

临沂市人民政府办公室 关于印发临沂市居民基本医疗保险办法的 通 知

临政办发〔2017〕17号

各县区人民政府，市政府各部门、各直属机构，临沂高新技术产业开发区管委会，临沂经济技术开发区管委会，临沂临港经济开发区管委会，临沂商城管委会，临沂蒙山旅游度假区管委会，临沂综合保税区管委会，各县级事业单位，各高等院校：

《临沂市居民基本医疗保险办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻实施。

临沂市人民政府办公室

2017年7月13日

临沂市居民基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为了建立全市统一、城乡一体、惠民高效、公平可及的居民基本医疗保险制度，保障居民基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》和《山东省人民政府关于建立居民基本医疗保险制度的意见》（鲁政发〔2013〕31号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 具有本市户籍且不属于职工基本医疗保险参保范围的城乡居民，本市行政区域内的各类全日制高等学校、中等职业学校和中小学校的非本市户籍学生，可以参加居民基本医疗保险。

第三条 居民基本医疗保险制度遵循以下原则：

- （一）全覆盖、保基本、多层次、可持续；
- （二）个人缴费与政府补助相结合，参保人员权利与义务相对等；
- （三）筹资标准和保障水平与经济社会发展水平及各方承受能力相适应，适度合理，重点保障参保居民基本医疗需求；
- （四）市级统筹，分级管理，有效衔接，协调发展；
- （五）居民基本医疗保险基金以收定支、收支平衡、略有结余。

第四条 人力资源社会保障部门是居民基本医疗保险的行

政主管部门，负责居民基本医疗保险的政策制定、指导协调和监督管理工作，负责建立全市统一的居民基本医疗保险信息管理系统，其所属的社会保险经办机构（以下简称经办机构）具体负责业务经办工作。

各县区（含临沂高新技术产业开发区、临沂经济技术开发区、临沂临港经济开发区、蒙山旅游度假区，下同）人民政府（管委会）负责辖区内居民基本医疗保险的组织实施工作；乡镇人民政府（街道办事处）、村（居）委会负责居民基本医疗保险的政策宣传、参保信息采集及保险费收缴等工作。

发展改革部门负责将居民基本医疗保险纳入国民经济和社会发展规划，并督促落实。

财政部门负责会同有关部门制定居民基本医疗保险财政补助政策，做好医疗保险专户基金的保值增值管理、政府补助资金预算安排和拨付、医疗保险基金监管等工作。

卫生计生部门负责会同有关部门制定医疗机构管理服务配套政策，加强对医疗机构医疗服务行为和质量的监督检查。

教育部门负责组织协调在校学生统一参保缴费。

公安、民政、残联、审计、食品药品监管、物价等有关部门按照各自职责，协同做好居民基本医疗保险工作。

第二章 参保登记和基金筹集

第五条 参保登记和缴费方式。居民基本医疗保险实行属地

管理，市属单位和中央、省属驻临沂单位（包括大中专院校）的居民参加基本医疗保险，到单位所在县区经办机构办理。

城乡居民以家庭为单位申报参加居民基本医疗保险，由户籍所在地乡镇政府（街道办事处）、乡镇（街道）人力资源社会保障服务机构，以及其所属村（居）委会负责参保信息采集、材料初审、费用代收代缴等工作；未参保的在校学生、托幼机构在册儿童，以学校为单位由所在学校、托幼机构负责参保信息采集和代收代缴基本医疗保险费。

乡镇政府（街道办事处）、村（居）委会、学校等居民基本医疗保险费代收单位应当及时向经办机构移交代收款项，不得截留、挪用。未及时上缴、影响参保居民按时享受医保待遇的，由代收单位负全责。

第六条 居民基本医疗保险基金由以下几项构成：

- （一）参保居民个人缴纳的基本医疗保险费；
- （二）政府补助资金；
- （三）社会捐助资金；
- （四）基金利息收入；
- （五）依法筹措的其他资金。

第七条 居民基本医疗保险执行全市统一筹资标准，实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式，参保居民按规定缴纳基本医疗保险费，享受相应的医疗保险待遇。

- （一）居民基本医疗保险个人参保缴费标准及政府补助标准

根据国家、省有关规定执行。

（二）农村五保供养对象、城乡最低生活保障对象、重点优抚对象、持证残疾人等特殊群体参保，由所在县区政府足额代缴个人缴费部分；70 周岁以上老年人参保，由所在县区政府根据当地财力情况对其个人缴费给予补助；农村贫困人口的参保政策和医疗保险待遇，按照国家、省有关规定执行。

（三）新生儿出生后 6 个月内，其父母应凭居民户口簿到户籍所在地的乡镇（街道）人力资源社会保障服务机构办理居民基本医疗保险参保手续，根据个人缴费标准缴纳基本医疗保险费，自出生之日起享受医疗保险相关待遇。

第八条 鼓励村（居）委会对本村（居）民参保缴费给予资助。有条件的用人单位可对本单位职工供养的直系亲属参保缴费给予资助。

第九条 政府补助资金应当按年度列入财政预算安排，并及时、足额划入居民基本医疗保险基金专户。

第十条 居民基本医疗保险实行年缴费制度，参保居民应于集中参保缴费期内足额缴纳下一年度居民基本医疗保险费。集中参保缴费期为每年 10 月 1 日至 12 月 31 日，享受居民医疗保险待遇期为下年度的 1 月 1 日至 12 月 31 日。下年 2 月底以前办理参保缴费手续的，按当年度个人缴费标准缴费；3 月 1 日后办理参保缴费手续的，按当年度人均筹资总额缴费。享受居民医疗保险待遇期均为参保缴费系统到账之日起 30 日后至当年 12 月 31

日。

民政、残联、人力资源社会保障等相关部门应当切实履行相关职责，确保特殊群体在集中缴费期内参保登记，因特殊原因未能在集中参保缴费期内参保登记的特殊群体，应当及时办理参保相关手续，享受医疗保险待遇期为 1 月 1 日至 12 月 31 日。

第三章 医疗保险待遇

第十一条 居民基本医疗保险待遇包括住院医疗待遇、普通门诊待遇、慢性病门诊待遇及特殊疾病门诊待遇等。

第十二条 参保居民就医发生的政策范围内医疗费用按照相应待遇标准从居民基本医疗保险基金中予以支付。一个医疗保险年度内，参保居民基本医疗保险统筹基金最高支付限额为 15 万元。

第十三条 参保居民在市内不同级别定点医疗机构住院设置不同起付标准。具体为：一级医疗机构每次 200 元、二级医疗机构每次 500 元、三级医疗机构每次 1000 元。

第十四条 恶性肿瘤放化疗、尿毒症透析患者年度内在市内同一定点医院再次或多次住院治疗，只承担一次住院起付标准。

第十五条 参保居民在市内定点医疗机构发生的住院医疗费用，按照不同定点医疗机构级别、起付标准和报销比例从居民基本医疗保险基金中予以支付。政策范围内住院医疗费用的报销比例分别为：实行药品零差率的一级定点医疗机构 85%（其中基

本药物为 90%)，未实行的 80%；实行药品零差率的二级定点医疗机构 70%，未实行的 65%；三级定点医疗机构 55%。对各级定点医疗机构住院治疗使用的中药饮片（中草药）费用，报销比例相应再提高 5%，但最高不超过 90%。

第十六条 建立居民基本医疗保险门诊统筹制度。参保居民发生的普通门诊医疗费用、门诊慢性病及特殊疾病门诊医疗费用纳入居民基本医疗保险基金支付范围。

普通门诊统筹重点解决参保居民在县域内定点基层医疗机构（主要指社区卫生服务中心、站和乡镇卫生院、一体化管理村卫生室）门诊发生的一般诊疗费和医药费用，一般诊疗费按规定收取和报销。参保居民在普通门诊定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用按 50%比例报销，新参保的每人每年最高报销限额为 120 元。连续参保的年度报销限额结余部分，可转入下年与下年度报销限额合并使用。鼓励居民连续参保缴费，中断参保缴费的，其结余部分不予结转。

门诊慢性病实行准入和定点限额管理制度。经县区经办机构组织认定患肺源性心脏病、消化性溃疡（胃、十二指肠球部溃疡）、慢性支气管炎、银屑病、溃疡性结肠炎、肺结核（两年有效期）、脑出血（后遗症）、脑梗塞（后遗症）、系统性红斑狼疮、前列腺性增生、糖尿病（并发症）、颈腰椎病（椎间盘突出、椎管狭窄）、冠心病、高血压、类风湿关节炎活动期（强直性脊椎炎）、甲亢、甲低、慢性肝炎（乙型、丙型病毒性肝炎）、慢性肾炎、肾病综

合征、股骨头无菌性坏死、垂体瘤（催乳素瘤）、帕金森氏病、肝豆状核变性、垂体性侏儒症、癫痫、硬化病、重症肌无力、四氢生物蝶呤缺乏症、苯丙酮尿症（不含6周岁以下免费治疗者）等30个规定慢性病病种的参保居民，累计年内起付标准为500元（患多种疾病的合并执行一个起付标准），政策范围内医药费用的报销比例为60%，一个医保年度内最高支付限额为8000元。

参保居民因患恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、血友病、重性精神病人药物维持治疗、耐多药肺结核、儿童脑瘫、儿童智障、儿童孤独症等特殊病种，经县级经办机构批准，到具备诊疗条件的定点医疗机构门诊就医治疗，累计年内起付标准为500元，政策范围内医疗费用的报销比例为70%，支付限额与住院医疗费用合并计算，累计不超过年度最高支付限额。

第十七条 符合计划生育政策的参保孕产妇，其住院生育医疗费用，按照自然顺产每人800元、符合指征的剖宫产手术每人1000元定额标准，从居民基本医疗保险基金中支付。

第十八条 参加居民基本医疗保险的居民同时享受居民大病保险待遇，参保个人不另外缴费，执行全省统一的居民大病保险政策。

第十九条 参保居民患有国家认定的甲类传染病和大规模流行疾病发生的医疗费用，不属于居民基本医疗保险报销范围的，由市、县区人民政府（管委会）按照有关规定解决。

第四章 医疗服务管理

第二十条 居民基本医疗保险的药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围，执行国家、省、市有关规定。

第二十一条 居民基本医疗保险实行定点医疗机构协议管理。定点医疗机构申请条件、流程等细则由市人力资源社会保障部门制定实施。居民基本医疗保险经办机构与定点医疗机构签订服务协议书，规范双方的权利、义务及违约处理等。

第二十二条 加强基金收支预算管理，全面开展医保付费总额控制工作，具体实施政策由市人力资源社会保障部门会同财政部门制定。完善复合式结算办法，建立对定点医疗机构的综合考评机制，强化对考评结果的管理运用，严格控制医药费用不合理增长，保障参保居民合法权益，维护基金运行安全。

第二十三条 参保居民持社会保障卡或二代居民身份证到定点医疗机构就医，并由定点医疗机构负责核实参保身份后按政策规定实行出院即时结算。发生的应当由居民基本医疗保险基金支付的费用，由经办机构与定点医疗机构结算。

参保居民在不具备即时结算功能的定点医疗机构就医（含异地就医）发生的住院医疗费用，先由参保居民个人垫付，治疗终结后应及时持有关资料到参保地经办机构办理审核报销手续，最迟应于次年2月底以前上报，逾期不再办理。

第二十四条 参保居民就医应实行基层首诊、分级诊疗、逐级转诊制度，一般应遵循“先县内、再市内、后市外”的原则。

市内需要办理但未按规定办理转诊备案手续的,其相应级别医院的报销比例降低 10 个百分点。

参保居民因病情特殊需要转市外定点医疗机构住院治疗的,应由参保地二级及以上综合或专科定点医疗机构出具转院证明,并报县级经办机构备案。参保居民在异地或因急、危病症需住院(转院)治疗的,应当自住院(转院)之日起 5 个工作日内凭急诊门诊病历等,按上述规定到参保地经办机构办理相关手续。

转往市外联网医院住院治疗的,按照上级关于异地联网结算相关规定执行。

转往市外非联网定点医院住院治疗按规定办理转院登记备案手续的,发生的政策范围内医疗费用个人先自付 10%,执行市内三级定点医院住院起付标准和报销比例;转往市外非联网定点医院住院治疗但未按规定办理转诊备案手续的,经查情况属实的,发生的政策范围内医疗费用个人先自付 20%,执行市内三级定点医院住院起付标准和报销比例。

第二十五条 参保居民发生的无责任人或无法确定责任人(第三人)的意外伤害的医疗费用,须由个人提出书面申请,并提供公安交警、单位或村(居)委会等出具的证明材料。经县级经办机构认定符合居民基本医疗保险支付政策规定的,其政策范围内的医疗费用由个人自负 40%后,剩余部分按照相应医院级别和待遇标准报销,基本医疗保险年度最高支付 5 万元。

第二十六条 居民基本医疗保险基金不予支付的医疗费用:

- （一）出国（境）期间发生的医疗费用；
- （二）因交通事故、医疗事故及工伤事故等发生的医疗费用；
- （三）因违法犯罪、酗酒醉驾、戒毒戒瘾、打架斗殴、自杀自残等发生的医疗费用；
- （四）不符合计划生育政策的生育医疗费用；
- （五）非功能性整形、整容、减肥、增高等各类矫形类手术以及验光配镜、视光矫正发生的费用；
- （六）挂号费、出诊费、救护车费、空调费、会诊费、陪护费、交通费、自购药品费用、收费票据中注有“其他”字样的费用以及个人生活用品等费用；
- （七）在非定点医疗机构就诊发生的费用；
- （八）其他不属于居民基本医疗保险基金支付范围的医疗费用。

第五章 基金管理和监督

第二十七条 居民基本医疗保险基金严格实行收支两条线管理，纳入财政专户，专款专用，任何单位、组织和个人不得挤占挪用。

第二十八条 居民医疗保险基金实行市级统筹、分级管理。建立居民基本医疗保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，实行“统一政策、分级管理，统一调剂、分级平衡，统

一考核、分级负责”的运行机制。

第二十九条 建立居民基本医疗保险市级统筹调剂金制度。各县区应当按照居民基本医疗保险年筹资总额的 2%上缴调剂金，调剂金规模达到当年全市医疗保险基金收入总额的 20%后暂停提取。

县区上缴的调剂金纳入市级财政专户管理，专款专用。如县区居民基本医疗保险基金当年收不抵支，先动用县区基金历年结余解决；历年结余不足的，从县区上缴调剂金总额中予以解决；县区上缴调剂金不能弥补差额的，市级可在该县区上缴调剂金总额 50%内给予垫付；仍有缺口的，由县区自行解决。市级调剂金垫付部分，由县区在上缴下一年度调剂金时一并上缴。

第三十条 居民基本医疗保险基金按照国家规定免征各种税费；按照社会保险基金优惠利率计息，利息收入并入居民基本医疗保险基金。

第三十一条 居民基本医疗保险经办机构负责医疗保险基金预决算草案编制、基金筹集和会计核算以及医疗保险费用的结算支付等工作。

经办机构应当建立健全内部管理制度，加强医疗保险基金收支管理，并接受财政、审计等部门的监督检查。

第三十二条 居民基本医疗保险经办机构开展工作所需经费，由同级财政予以保障，不得从居民基本医疗保险基金中提取。

第三十三条 市、县区应当成立由政府部门、人大代表、政

协委员、医疗机构、参保居民、有关专家等参加的居民基本医疗保险基金监督委员会，对居民基本医疗保险基金的筹集、运行、使用和管理进行监督。

人力资源社会保障、财政、审计部门应当按照各自职责，对居民基本医疗保险基金的收支、管理和投资运营情况进行监督检查。人力资源社会保障部门应当定期向社会公布基金收支情况。

成立市居民基本医疗保险咨询专家委员会，实行医疗重大问题专家咨询、评估制度。

第三十四条 对违反本办法有关规定的单位和个人，依照有关法律法规追究相应责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 基本医疗保险制度的转接

第三十五条 建立居民基本医疗保险与职工基本医疗保险转移接续机制，方便参保人员根据实际需要转移和接续基本医疗保险关系，享受基本医疗保险待遇。

第三十六条 居民实现就业的，应当参加职工基本医疗保险。居民基本医疗保险参保人员转为参加职工基本医疗保险、户籍迁离本市或者身故的，对涉及参保居民的相关医保事项，按有关规定程序办理，其居民基本医疗保险关系自动终止。

居民基本医疗保险参保居民转为参加职工基本医疗保险时，按照职工基本医疗保险的有关规定办理。参保人员达到规定退休年龄办理退休手续时，同时办理医保缴费年限接续手续。

在本市范围内参加居民基本医疗保险的累计缴费年限，按每

足额缴费一年视同职工基本医疗保险缴费 4 个月折算。视同缴费年限不计补职工基本医疗保险个人账户资金。

第七章 附 则

第三十七条 居民基本医疗保险待遇水平,根据我市经济社会发展、居民收入、医疗服务水平和基金收支平衡情况作相应调整。具体办法由市人力资源社会保障部门会同财政部门制定,报市政府同意后实施。

第三十八条 本办法自 2017 年 7 月 13 日起施行,有效期至 2022 年 7 月 12 日。2017 年 1 月 1 日至本办法施行前有关居民基本医疗保险政策按原《临沂市居民基本医疗保险暂行办法》(临政发〔2014〕34 号)相关规定执行。

(2017 年 7 月 13 日印发)