

ZBCR-2022-0020004

淄博市人民政府办公室
关于印发淄博市城乡居民基本医疗
保险办法的通知

淄政办发〔2022〕7 号

各区县人民政府，高新区、经济开发区、文昌湖区管委会，市政府各部门，各有关单位，各大企业，各高等院校：

《淄博市城乡居民基本医疗保险办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

淄博市人民政府办公室

2022 年 9 月 22 日

（此件公开发布）

淄博市城乡居民基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为推进城乡统筹，健全医疗保障体系，提高城乡居民基本医疗保障水平，根据国家、省有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内，职工基本医疗保险制度覆盖范围外的城乡居民参加基本医疗保险，适用本办法。

第三条 城乡居民基本医疗保险制度遵循以下基本原则：

（一）筹资标准和保障水平与经济发展水平及各方承受能力相适应，重点保障城乡居民的大病医疗需求，适当保障门诊需求，逐步提高筹资标准和保障水平；

（二）个人缴费与政府补助相结合、权利与义务相对应、待遇与缴费相挂钩；

（三）按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则筹集基金和支付待遇。

第四条 医疗保障部门主管城乡居民基本医疗保险工作。医疗保障经办机构负责城乡居民基本医疗保险的经办工作。

各区县政府（含高新区、经济开发区、文昌湖省级旅游度假区管委会，下同）负责城乡居民参保组织工作。镇人民政府、街道办事处、村（居）便民服务站按照本办法规定，负责城乡居民基本医疗保险的申报登记、材料审核、信息录入、收缴服务、帮办代办等工作。

税务部门负责城乡居民基本医疗保险征缴工作。财政部门、审计机关负责城乡居民基本医疗保险基金监管工作。卫生健康部门负责城乡居民就医医疗机构管理服务工作。公安部门负责提供参保人员户籍信息。发改、教育、民政、市场监管、乡村振兴、残联、退役军人等部门按照各自职责，做好城乡居民基本医疗保险相关工作。

第二章 基金管理

第五条 城乡居民基本医疗保险实行市级统筹，市及区政府应明确职责，实行目标责任制和工作考核奖惩制。医疗保障经办机构开展城乡居民基本医疗保险所需日常工作经费由市财政予以保障，区县财政可按服务人口每人每年不低于 1 元的标准安排预算资金予以支持。

城乡居民基本医疗保险基金纳入社会保障基金财政专户统一管理，按照国家、省和市有关规定实施监督。

第六条 城乡居民基本医疗保险基金的来源：

- （一）个人缴纳的基本医疗保险费；
- （二）各级财政补助资金；
- （三）基金的利息收入；
- （四）社会捐助资金；
- （五）其他公共资金；
- （六）其他收入。

城乡居民基本医疗保险基金依法免征税费。

第七条 财政、医疗保障部门按规定编制城乡居民基本医疗保险基金预决算。

第三章 基金筹集

第八条 参加城乡居民基本医疗保险的人员应按照本办法规定缴纳基本医疗保险费。政府按规定给予财政补助。

第九条 城乡居民个人缴费标准为：

- （一）成年居民每人每年 440 元；
- （二）学生和儿童每人每年 340 元。

根据国家、省医保政策要求以及我市城乡居民基本医疗保险基金运行情况，城乡居民基本医疗保险个人缴费标准需要调整时，按照本办法第三十三条规定办理。

第十条 特困人员个人缴费部分由医疗救助资金全额代缴；低保对象医疗救助资金按照个人缴费部分的 80% 给予补助，防止返贫监测帮扶对象和返贫致贫人口，按照个人缴费部分的 30% 给予补助，医疗救助资金与个人缴费标准之间的差额部分由政府兜底解决。低保边缘家庭对象医疗救助资金按照个人缴费部分的 30% 给予补助。

孤儿、事实无人抚养儿童、重点困境儿童、重度残疾人个人缴费部分由政府全额代缴。

抚恤定补优抚对象个人缴费部分按照淄博市抚恤定补优抚对象医疗保障有关规定执行。

第十一条 鼓励有条件的区县政府或用人单位、镇（街道）、村（居）集体经济组织等单位和个人对特殊人群或其他城乡居民个人缴费部分给予全部或部分代缴。

第十二条 高等院校学生及市属以上中专和技校学生财政补助资金由市及以上财政按规定承担；其他城乡居民的财政补助资金由区县财政承担，市及以上财政按规定比例给予补助。政府代缴个人缴费所需资金，按参保人员管理级次由同级财政负担。

第十三条 城乡居民基本医疗保险办理参保登记由下列单位负责办理：

（一）成年和未入学（园）的城乡居民以家庭为单位，由其户籍所在地或者居住地镇人民政府、街道办事处、村（居）便民服务站负责办理；

（二）区县属中专和技校学生、中小学阶段学生和入园儿童由教育、人社部门负责办理；

（三）高等院校学生、市属以上中专和技校学生由所属院校负责办理。

第十四条 建立城乡居民基本医疗保险参保登记制度。设立集中参保登记缴费期，每年参保登记缴费期为上年的9月1日至12月31日。

第十五条 城乡居民在集中缴费期按时缴纳保险费的，自次年1月1日起享受居民基本医疗保险待遇；次年1月1日后缴费的，城乡居民缴纳个人缴费部分后，设置3个月的待遇享受等待期。低保对象、特困人员等低收入人口和返贫致贫人口参加城乡居民基本医疗保险，不设置待遇享受等待期。

第十六条 新生儿自出生之日起6个月内办理基本医疗保险参保手续并缴纳出生所在年度个人缴费部分的，自出生之日起享受基本医疗保险待遇；超过6个月的，自缴费的次月起享受基本医疗保险待遇；超过12个月的，缴纳个人缴费部分后，设置3个月的待遇享受等待期。

第四章 基本医疗保险待遇

第十七条 城乡居民基本医疗保险待遇包括住院医疗待遇（含居民生育住院）、门诊医疗待遇。在一个年度内，基本医疗保险统筹基金最高支付限额为 20 万元。

第十八条 住院医疗待遇

城乡居民在本年度首次住院的，医疗费用起付标准分别为：一级医院 100 元、二级医院 300 元、三级医院 700 元。

学生和儿童住院医疗费用起付标准统一为 100 元。

在一个年度内第二次住院的，起付标准减半，第三次及以后住院的，取消起付线。低保对象、农村特困供养人员在指定优惠就医医院住院的，医疗费用取消起付线。

起付标准以上至最高支付限额之间符合政策规定的住院医疗费用，实行基本药物制度的一级医院（社区卫生服务中心、镇卫生院）报销比例为 85%，其他一级医院报销比例为 75%，二级医院报销比例为 70%，三级医院报销比例为 60%。

第十九条 门诊慢特病医疗待遇

经确认患有规定慢特病所发生的门诊医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金给予适当补助。在一个自然年度内，门诊慢特病医疗费用起付标准为 500 元，与住院起付标准分别计算，起付标

准以上至最高支付限额之间符合政策规定的门诊慢特病医疗费用最高补助比例不低于 60%。

第二十条 普通门诊统筹医疗待遇

在一个年度内，门诊医疗费用起付标准为 50 元，参保人本年度内门诊统筹基金最高支付限额为 1000 元，起付标准以上至最高支付限额之间符合政策规定的普通门诊统筹医疗费用报销比例为 50%。

第二十一条 急诊医疗待遇

患者急诊经抢救无效死亡的，或急诊治疗后转入住院治疗，急诊医疗费用并入住院费用，统一执行住院报销政策。急诊未转入住院治疗的，发生的合规医疗费用，一级医疗机构起付标准为 50 元，二级医疗机构为 300 元，三级医疗机构为 500 元，按 55% 的报销比例从统筹基金支付，年度内最高支付限额与住院（含门诊慢特病、普通门诊统筹）统筹基金最高支付限额合并计算。

第二十二条 学生和儿童因意外伤害发生的符合政策规定支付的门诊医疗费用，按照门诊统筹规定支付，最高支付限额为 5000 元。

第五章 医疗服务管理

第二十三条 逐步建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度。城乡居民基本医疗保险医疗服务管理比照职工基本医疗保险医疗服务管理有关规定执行。

第二十四条 城乡居民基本医疗保险实行定点医疗管理。执行职工基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准。

第二十五条 定点医疗机构应建立健全医疗保险内部管理制度，提供合理、必要的医疗服务，尊重参保人员的知情权，履行相关告知义务。

第二十六条 医疗保障经办机构与定点医疗机构签订服务协议，实行协议管理，及时按规定与定点医疗机构结算医疗费用。

第二十七条 参保人住院就医按照基层首诊、遵循签约、逐级上转原则，选择本市住院定点医疗机构，门诊就医应选择签约医疗机构。就医时，应出示社会保障卡（医保电子凭证），凭卡（医保电子凭证）就医、联网结算。

第二十八条 定点医疗机构未履行联网结算手续等告知义务或在使用和提供自费药品、医用材料、诊疗项目时，未征得患方同意的费用由定点医疗机构承担。

第二十九条 参保人市外就医的，应办理相关就医手续。异地长期居住人员享受本市就医同级别医院的医保报销比例，临时外出就医人员首先负担符合政策规定医疗费用 10%后，享受本市就医同级别医院的医保报销比例。

第三十条 门诊慢特病实行签约医疗服务、限额管理；普通门诊统筹实行签约医疗服务、基层医疗机构首诊、双向转诊制度。

第三十一条 推进医保支付方式改革，建立完善医保基金总额预算下住院按病种分值付费（DIP）为主、门诊慢特病和门诊统筹按人头付费为主的多元付费制度。

第三十二条 参保人、定点医药机构、医疗保障部门工作人员违反本办法规定的，依据有关法律法规政策规定承担相应的责任。

第六章 附 则

第三十三条 城乡居民基本医疗保险个人缴费和财政补助标准、待遇标准需调整时，由市医疗保障部门会同市财政部门提出具体方案，经市人民政府同意后执行。

第三十四条 本办法由市医疗保障部门负责解释，并会同有关部门制定具体的实施细则。

第三十五条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日。