

市政府关于颁发《常州市市区城镇居民基本医疗保险暂行办法》的通知

(常政发〔2007〕110号)

各辖市、区人民政府，市各委办局，市各公司、直属单位：

现将《常州市市区城镇居民基本医疗保险暂行办法》颁发给你们，望认真贯彻执行。

常州市人民政府

二〇〇七年六月十八日

常州市市区城镇居民基本医疗保险暂行办法

第一章 总 则

第一条 为了进一步健全医疗保障体系，保障城镇居民的基本医疗需求，根据《省政府关于建立城镇居民基本医疗保险制度

常州市行政规范性文件

的意见》（苏政发〔2007〕38号）等规定，结合本市实际情况，制定本办法。

第二条 建立城镇居民基本医疗保险制度，坚持以大病医疗统筹为主，重点解决住院和大病门诊医疗费用；坚持从经济发展水平和各方面承受能力出发，合理确定筹资标准和保障水平；坚持个人缴费和政府补助相结合；坚持以收定支、收支平衡、略有节余。按照个人缴费、政府补助、社会捐助的办法建立城镇居民基本医疗保险基金。

第三条 市劳动保障部门主管市区城镇居民基本医疗保险工作，各区劳动保障部门负责所辖区域内城镇居民基本医疗保险的推进工作。市（区）社保经办机构负责保险费的征收；市医保经办机构负责基金管理和费用给付；街道（镇）劳动保障所负责办理参保登记和费用收缴。

第二章 范围和对象

第四条 凡未在城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险和行政事业单位职工子女统筹医疗制度覆盖范围内的市区城镇户籍居民应参加居民基本医疗保险。具体对象包括：

（一）男60周岁、女50周岁以上的居民（以下简称老年居民）；

(二) 持有《常州市城市居民最低生活保障金领取证》的低保人员；持有《中华人民共和国残疾人证》并已完全丧失劳动能力的残疾人员（以下简称特困居民）；

(三) 幼儿园和大专段以下在校学生（不含大专），以及其他 18 周岁以下不在校的未成年人（以下简称未成年居民）。

第五条 具有劳动能力的参保居民实现就业后，应当按照规定参加城镇职工基本医疗保险。已享受职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险和行政事业单位职工子女统筹医疗待遇的人员，不重复享受城镇居民基本医疗保险待遇。

第三章 筹资标准

第六条 “老年居民”筹资标准为每人每年 350 元，由参保人员每人每年缴纳 150 元，政府按每人每年 200 元予以补助。

第七条 “未成年居民”筹资标准为每人每年 100 元，由每个参保人员家庭每年缴纳 50 元，政府按每人每年 50 元予以补助。

第八条 “特困居民”中，成年人筹资标准为每人每年 350 元，未成年人筹资标准为每人每年 100 元，应缴费用由政府按筹资标准全额承担。

第九条 政府补助所需资金由各区财政承担，其中新北、天宁、钟楼、戚墅堰区由市财政补贴 50%。

第四章 保险待遇

第十条 在一个结算年度内，属于居民基本医疗保险支付范围的住院和大病门诊医疗费用累计最高限额为 10 万元，超过最高限额的部分由个人承担。

第十一条 住院。参保居民住院医疗费用结算的起付标准，以及起付标准以上至最高限额之间由基金按比例支付的费用如下：

（一）一级、二级医疗机构起付标准为 400 元/次；三级医疗机构起付标准为 800 元/次；起付标准以下费用由个人承担；

（二）起付标准以上至最高限额的医疗费用，“未成年居民”由基金支付 60%；其他人员由基金支付 50%。

第十二条 大病门诊。参保人员患下列大病的费用经市医保经办机构审核确认后，享受大病门诊补助：

（一）血液和腹膜透析治疗费；

（二）器官移植后的抗排异药费；

（三）恶性肿瘤化疗、放疗费；

（四）白血病、血友病、再生障碍性贫血药费。

大病门诊补助费用结算的起付标准为 800 元/年，起付标准以下费用由个人承担。超过起付标准部分的费用，按上述住院结

常州市行政规范性文件

算办法支付，大病门诊补助药品目录由市劳动保障部门另行制定。

第十三条 普通门诊。“老年居民”（包括“特困居民”中的成年人）设立门诊个人账户，标准为每人每年50元。门诊个人账户限用于定点社区卫生服务机构。门诊个人账户当年未用完的部分可结转下年使用。“未成年居民”不设门诊个人账户。

第十四条 居民基本医疗保险医疗费用的支付范围，参照《常州市基本医疗保险和工伤保险药品目录》、《常州市基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准》以及少儿补充药品目录和诊疗项目执行。其中乙类药品和乙类诊疗服务项目先由参保人员按规定的比例自付，其余部分再按居民基本医疗保险规定结付。超出范围的药品和诊疗服务项目费用由个人承担。

第十五条 居民基本医疗保险定点医疗机构在职工基本医疗保险定点医疗机构基础上择优确定。

第十六条 参保人员因病情需要转市外住院治疗的，由三级定点医疗机构科主任提出并填写《常州市城镇居民基本医疗保险市外转院审批表》，经定点医疗机构医保办审核，报市医保经办机构批准后，办理转院手续。其住院发生的符合规定的医疗费用减半执行。

第五章 费用结算

第十七条 参保人员大病门诊时，在定点医疗机构发生的符合规定的专科药品及治疗费用，由市医保经办机构与定点医疗机构结算。

第十八条 参保人员在定点医疗机构发生的符合居民基本医疗保险支付范围的住院医疗费用，由市医保经办机构与定点医疗机构结算。

第十九条 参保人员市外转院和居住在市外发生的住院医疗费用，由个人持相关凭证票据到市医保经办机构审核结付。

第二十条 参保人员外出期间发生急诊住院的，须在住院一周内报市医保经办机构备案，出院后持相关凭证票据，到市医保经办机构审核结付。

第六章 监督管理

第二十一条 居民基本医疗保险基金纳入财政专户管理，专款专用，并接受财政、审计、劳动保障、监察部门的审计和监督。

第二十二条 居民基本医疗保险基金实行预警报告制度，市医保经办机构应每月分析基金运行情况，发现问题及时上报。

第二十三条 定点医疗机构应规范医疗行为，合理检查、合理用药、严格掌握住院标准，杜绝挂名与冒名住院现象。定点医

疗机构管理办法和考核办法与职工基本医疗保险定点医疗机构相同。

第二十四条 参保人员弄虚作假套取基金的，市医保经办机构一律不予支付，并追回已支付的费用。涉嫌刑事犯罪的，移交司法机关处理。

第七章 附则

第二十五条 符合参加居民基本医疗保险条件但未及时参保的居民，或参保后中断缴费的，在办理参保或续接居民基本医疗保险手续时，须补缴应参保之日起的医疗保险费或中断缴费期间的医疗保险费后，方可享受本保险待遇。中断期间发生的医疗费用，基金不予支付。补缴的医疗保险费按规定的筹资标准，全额由居民个人承担。

第二十六条 参加城镇居民基本医疗保险的低保人员按《常州市市区城市居民最低生活保障对象医疗救助办法》（常政发〔2006〕93号）享受相应的医疗救助，医疗救助和城镇居民基本医疗保险待遇不得重复享受。

第二十七条 市劳动保障、财政部门可根据本市经济社会发展水平以及居民基本医疗保险基金的实际运行情况，提出筹资标准和医疗保险待遇的调整意见，报市人民政府批准后执行。

第二十八条 市劳动保障部门可会同相关部门根据本办法制定实施细则。

第二十九条 本办法自 2007 年 10 月 1 日起施行。