

【发布单位】汕头市  
【发布文号】汕府〔2008〕84号  
【发布日期】2008-06-05  
【生效日期】2008-06-15  
【失效日期】-----  
【所属类别】政策参考  
【文件来源】[汕头市](#)

## 印发《汕头市城镇居民基本医疗保险暂行规定》的通知

(汕府〔2008〕84号)

各区县人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《汕头市城镇居民基本医疗保险暂行规定》业经2008年5月26日汕头市人民政府第十二届第25次常务会议审议通过，现予公布，自2008年6月15日起施行。

汕头市人民政府

二〇〇八年六月五日

### 汕头市城镇居民基本医疗保险暂行规定

第一条 为建立城镇居民基本医疗保险制度，减轻城镇居民的医疗费用负担，促进社会和谐，根据国家 and 省的有关规定，结合本市实际，制定本规定。

第二条 本市行政区域内的城镇居民基本医疗保险（以下简称居民医疗保险）工作，适用本规定。

第三条 城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围以外具有本市城镇户籍的下列居民，可以按照本规定参加居民医疗保险：

- （一）未成年人（未满18周岁的居民）；
- （二）已满18周岁的中学生，未享受公费医疗的大中专及技工学校的全日制在校学生（以下简称在校学生）；
- （三）已满18周岁的无业居民；
- （四）征地后转为城镇居民的被征地农民。

第四条 居民医疗保险制度遵循家庭缴费与财政补助相结合、权利和义务相对等、保障水平与社会发展水平相适应、属地管理等原则。

第五条 市人民政府统一领导、协调居民医疗保险工作。

市劳动保障部门主管全市居民医疗保险工作，组织实施本规定。市劳动保障部门设立的社会保险经办机构负责具体承办居民基本医疗保险基金（以下简称医疗保险基金）的筹集、管理以及保险待遇的给付等居民医疗保险业务。

发展改革、财政、卫生、物价、食品药品监督、公安、审计、民政、教育、残联等部门，按照各自职责做好居民医疗保险工作。

第六条 居民医疗保险实行社会保险年度（以下简称社保年度）管理，每年的7月1日至次年的6月30日为一个社保年度。

第七条 居民参加居民医疗保险时，应当以家庭为参保单位，持身份证（未办理身份证的除外）、户口簿和市劳动保障部门要求的其他材料，向户籍所在地的街道（镇）劳动保障事务所办理居民医疗保险参保手续，并按规定到指定的银行缴纳医疗保险费，凭缴费单据到街道（镇）劳动保障事务所领取参保凭证。

按照本规定参加居民医疗保险的居民统称参保人。

第八条 居民参加居民医疗保险的，不得再参加城镇职工基本医疗保险或者城镇灵活就业人员基本医疗保险。

第九条 参保人个人应当缴纳的居民医疗保险费（以下简称保险费）的标准为：未成年人和在校学生每人每年48元；其他参保人每人每年120元。

第十条 参保人属低保对象、重度残疾的学生和儿童、丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭中年满60周岁老年人的，其个人应当缴纳的保险费，由财政和当地城乡医疗救助金给予全额资助。具体办法由市民政部门会同市财政、劳动和社会保障、残联等部门另行制定。

第十一条 参保人于每年6月10日前一次性缴纳下一社保年度保险费的，自当年7月1日起享受居民医疗保险待遇。

参保人在社保年度中途缴纳保险费的，应当一次性缴纳本社保年度剩余月份的保险费，并自缴费的次月1日起享受居民医疗保险待遇。

第十二条 市、区（县）政府在参保人缴纳保险费和国家、省给予定额补助的基础上，给予参保人每人每年25元的定额补助，其中，金平、龙湖和濠江区由市财政负担15元，区财政负担10元；澄海、潮阳、潮南区和南澳县由市财政负担5元，区（县）财政负担20元。

第十三条 各级财政部门应当于每年8月30日前，将定额补助资金和困难居民资助资金划入医疗保险基金财政专户；属于本规定第十一条第二款规定情形的，划入时间可根据参保人缴纳保险费的时间作相应调整。

第十四条 用人单位可以对其职工供养的直系亲属个人应当缴纳的保险费给予适当资助。

第十五条 本市设立医疗保险基金，主要由保险费和政府的定额补助构成。医疗保险基金只设统筹帐户，不设个人帐户。

医疗保险基金及其利息免征税费。

第十六条 医疗保险基金按照以收定支、收支平衡、略有积累的原则征集，实行市级统筹，在全市范围内统一制度、统一标准、统一管理、统一使用。

与医疗保险基金有关的其他管理事项，参照本市城镇职工基本医疗保险基金的有关规定执行。

第十七条 居民医疗保险实行定点医疗机构管理。

参保人到定点医疗机构就医必须持有参保凭证。

第十八条 参保人住院就医发生的医疗费用，由定点医疗机构按规定记账，属于个人支付的，由定点医疗机构与个人结算；属于医疗保险基金支付的，由定点医疗机构按规定与市社会保险经办机构结算。特殊情况下不能记帐的，由参保人先垫付后再到社会保险经办机构报销；参保人报销费用的，应当于出院之日起6个月内到社会保险经办机构办理报销手续，逾期不予受理。

第十九条 参保人异地定居或者常住异地（连续一年以上）的，可以在当地的基本医疗保险定点医疗机构中选择一至三家作为本人的定点医疗机构，并向本市社会保险经办机构办理备案手续。

第二十条 居民基本医疗保险的保障范围：

（一）因疾病、意外事故以及符合计划生育政策规定的生育或者终止妊娠住院就医发生的医疗费用；

（二）在门（急）诊抢救无效死亡发生的医疗费用；

（三）因患门诊特定病种（包括慢性肾功能衰竭，恶性肿瘤，肾脏、肝脏、骨髓移植术后抗排异反应治疗）就医发生的医疗费用。

第二十一条 参保人因下列情况发生的医疗费用，不纳入居民基本医疗保险的保障范围：

（一）因自杀、自伤等故意行为导致伤病就医的（参保人属精神病患者的除外）；

（二）因吸毒、斗殴等违法违规行为导致伤病就医的；

（三）交通事故、意外事故、医疗事故等由第三方支付；

（四）在国外或者香港、澳门特别行政区以及台湾地区就医的。

第二十二条 下列情况发生的医疗费用，属于居民基本医疗保险保障范围和医疗保险基金支付范围的，由医疗保险基金和参保人按照规定共同负担：

（一）参保人在我市定点医疗机构就医的；

（二）参保人因急诊抢救需要就近在我市非定点医疗机构就医的；

（三）参保人在本规定第十九条规定的非本市定点医疗机构就医的；

（四）参保人符合转外就医条件，在办理批准手续后转到非本市医疗机构就医的，或者因急诊抢救需要就近在非本市医疗机构就医的。

第二十三条 医疗保险基金按照本市城镇职工基本医疗保险的有关规定设立起付标准；但参保人在门（急）诊抢救无效死亡的，不设立起付标准。

第二十四条 参保人就医发生的医疗费用中，起付标准以下部分由参保人自负；起付标准以上部分（以下简称共付段费用），由医疗保险基金和参保人按照比例共同支付。

参保人足额缴纳整个社保年度的保险费的，医疗保险基金在一个社保年度内支付医疗费用的累计最高限额为三万六千元；未足额缴纳的，累计最高限额根据参保人实际缴费情况按照比例计算。

第二十五条 参保人住院就医发生的共付段费用中，属于本规定第二十二条第（一）项至第（三）项

规定情形的，医疗保险基金按照以下规定比例支付：

（一）参保人参加居民医疗保险的首个社保年度内，三级医疗机构（含执行同等级医疗机构起付标准但未定等级的医疗机构，下同）为50%，二级医疗机构为55%，一级以下医疗机构为60%；

（二）参保人连续参加居民医疗保险的，从连续参保的第二个社保年度起，三级医疗机构为55%，二级医疗机构60%，一级以下医疗机构为65%。

第二十六条 参保人住院就医发生的共付段费用中，属于本规定第二十二条第（四）项规定情形的，医疗保险基金按照以下规定比例支付：

（一）参保人参加居民医疗保险的首个社保年度内为45%；

（二）参保人连续参加居民医疗保险的，从连续参保的第二个社保年度起为50%。

第二十七条 参保人因患门诊特定病种就医发生的共付段费用，医疗保险基金按照50%的比例支付。

参保人在门（急）诊抢救无效死亡发生的医疗费用，医疗保险基金按照50%的比例支付。

第二十八条 参保人住院就医的时间跨社保年度并已按规定缴纳下一个社保年度保险费的，其医疗保险待遇根据社保年度分段计算，下一个社保年度发生的医疗费用不计算起付标准。

参保人住院就医的时间跨社保年度但未缴纳下一个社保年度医疗保险费的，其享受医疗保险待遇的截止时间为社保年度内的最后一日。

第二十九条 定点医疗机构管理、参保人就医管理、医疗保险基金支付范围、医疗费用结算管理、门诊特定病种鉴定管理等，参照本市城镇职工基本医疗保险的有关规定执行。

第三十条 保险费缴纳标准、政府定额补助标准以及居民基本医疗保险待遇标准等需要调整时，由市劳动保障部门会同市财政部门拟订调整方案，经省劳动保障厅、财政厅审核并报市人民政府批准后公布执行。

第三十一条 本规定由市劳动保障部门负责解释。市劳动保障部门可以根据本规定制定实施细则。

第三十二条 本规定自2008年6月15日起施行。

说明：本库所有资料均来源于网络、报刊等公开媒体，本文仅供参考。如需引用，请以正式文件为准。

京ICP证080276号 | 网上传播视听节目许可证(0108276) | 互联网新闻信息服务许可证(1012006040)

中国法院国际互联网站版权所有，未经协议授权，禁止下载使用或建立镜像

Copyright © 2002-2011 by ChinaCourt.org All rights reserved.

Reproduction in whole or in part without permission is prohibited