窗体顶端

|  |
| --- |
| IMG_256 |
| 津政发〔2009〕21号 |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| |  | | --- | | **关于印发天津市城乡居民基本医疗保险规定的通知** | |
| |  | | --- | | 各区、县人民政府，各委、局，各直属单位： 　 现将《天津市城乡居民基本医疗保险规定》印发给你们，望 遵照执行。 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　天津市人民政府　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　二○○九年四月十七日 　　　　　　 　　　　　　　天津市城乡居民基本医疗保险规定 　　　　　　　　　　　第一章　总则 　　第一条　为提高城乡居民基本医疗保障水平，完善基本医疗 保险制度，健全社会医疗保障体系，促进经济发展与社会和谐， 根据国家和本市有关规定，结合本市实际，制定本规定。 　 第二条　本规定适用于具有本市户籍的下列人员： 　　（一）农村居民； 　　（二）城镇非从业居民； 　　（三）国家和本市规定的其他人员。 　　第三条　城乡居民基本医疗保险制度的基本原则： 　　（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）以家庭缴费为主，政府给予适当补助； 　　（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　劳动保障行政部门主管城乡居民基本医疗保险工作。  区县人民政府负责城乡居民参保组织工作。财政部门负责城乡居  民基本医疗保险基金财政专户的管理、财政补助资金的预算管理  及基金运行的监管。卫生部门负责城乡居民就医管理服务工作，  参与基本医疗保险门诊特殊病病种的确定、诊疗项目目录、药品  目录及医用耗材、医疗服务设施目录等政策的制定。公安部门负  责参保人员户籍认定。民政部门负责低保等人员身份认定。残疾  人联合会负责重度残疾人员身份认定。教育、物价、食品药品监  管等部门按照各自的工作职责，协助做好城乡居民基本医疗保险  工作。 　　社会保险经办机构按照本规定负责城乡居民基本医疗保险的 经办工作。 　　 　　　　　　第二章　城乡居民基本医疗保险基金 　　第五条　城乡居民基本医疗保险实行全市统筹，建立城乡居 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， 单独核算,并按照国家和本市有关规定对基金实施监督。 　　已建立新型农村合作医疗制度的区县，应改为参加城乡居民 基本医疗保险。暂不具备条件的区县可继续执行新型农村合作医 疗制度，实行区县统筹、区县管理经办，但应制定计划在一定期 限内改为参加城乡居民基本医疗保险。 　　第六条　城乡居民基本医疗保险基金由下列各项构成： 　　（一）城乡居民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）其他公共资金； 　　（五）城乡居民基本医疗保险基金利息收入； 　　（六）其他收入。 　　城乡居民基本医疗保险基金免征税费。 　　第七条　城乡居民基本医疗保险基金收支的预算、决算由市 社会保险基金管理中心负责编制，经市劳动保障行政部门同意和 市财政部门审核，报市人民政府批准后执行。 　　 　　　 第三章　城乡居民基本医疗保险费的缴费和补助 　　第八条　参加城乡居民基本医疗保险的人员应当按照本规定 缴纳基本医疗保险费。政府按照规定标准给予补助。 　　第九条　学生、儿童筹资标准为每人每年100元（含建立学 生儿童意外伤害附加保险的保险费），其中个人缴纳50元、政府 补助50元。 　　重度残疾、享受低保待遇和特殊困难家庭的学生、儿童个人 不缴费，由政府全额补助。 　　第十条　成年居民筹资标准分为三档，由本人自愿选择，家 庭中符合参保条件的成员（不含学生、儿童）应选择同一档次的 筹资标准。 　　（一）每人每年560元，其中个人缴纳330元、政府补助230 元。 　　（二）每人每年350元，其中个人缴纳160元、政府补助190 元。 　　（三）每人每年220元，其中个人缴纳60元、政府补助160元。 　　重度残疾、享受低保待遇和特殊困难家庭人员以及城镇低收 入家庭60周岁以上的老年人，个人不缴费，政府按照220元缴费 档次给予全额补助。 　　第十一条　城乡居民参保的补助资金分别由市和区县人民政 府各承担二分之一，对财力困难的区县由市财政给予适当照顾。 城乡居民缴费补助资金管理办法另行制定。 　　第十二条　属于用人单位职工供养直系亲属的城乡居民，其 个人缴费部分，职工所在单位有条件的可给予适当补助。 　　第十三条　城乡居民基本医疗保险的缴费标准、补助标准以 及待遇标准，根据居民收入水平和医疗服务水平的变化情况作相 应调整。调整工作由市劳动保障行政部门会同市财政等有关部门 提出意见，报市人民政府批准后执行。 　　 　　　　　　　　第四章　住院医疗保障待遇 　　第十四条　在一个年度内，学生、儿童发生的18万元以下的 住院医疗费，在一级医院（社区卫生服务中心）报销比例为65％；  在二级医院起付标准为300元，报销比例为60％；在三级医院起付  标准为500元，报销比例为55％。 　　第十五条　在一个年度内，成年居民发生的住院医疗费，按 照下列标准报销： 　　（一）按照560元筹资标准缴费，住院医疗费在11万元以下 的，在一级医院（社区卫生服务中心）报销比例为65％，在二级 医院报销比例为60％，在三级医院报销比例为55％。 　　（二）按照350元筹资标准缴费，住院医疗费在9万元以下的，  在一级医院（社区卫生服务中心）报销比例为60％，在二级医院  报销比例为55％，在三级医院报销比例为50％。 　　（三）按照220元筹资标准缴费，住院医疗费在7万元以下的，  在一级医院（社区卫生服务中心）报销比例为55％，在二级医院  报销比例为50％，在三级医院报销比例为45％。 　　在上述报销标准中，一级医院（社区卫生服务中心）不设起 付标准，二级医院起付标准为300元，三级医院起付标准为500元。 　　第十六条　参保的城乡居民在一个年度内住院治疗2次以上 的，从第二次住院治疗起，不再设置起付标准。 　　 　　　　第五章　门（急）诊医疗保障待遇和其他待遇 　　第十七条　建立城乡居民在一级医院和社区医疗机构就医门 （急）诊大额医疗费用补助制度。在一个年度内，参保人员发生 的800元以上3000元以下的门（急）诊医疗费用，按照560元筹资 标准缴费的成年居民报销比例为40%，按照350元筹资标准缴费的 成年居民报销比例为35%，按照220元筹资标准缴费的成年居民和 学生、儿童的报销比例为30%。 　　第十八条　建立学生儿童意外伤害附加保险制度。凡参加城 乡居民基本医疗保险的学生、儿童，从个人缴费中按照每人每年 15元的标准筹集意外伤害附加保险资金，用于支付学生、儿童因 意外伤害发生的医疗费用以及因意外造成伤残、死亡的补助金。 具体办法另行制定。 　　第十九条　参保人员患有特殊病在门诊就医和按照规定设立 的家庭病床，享受本规定确定的住院医疗费报销待遇。特殊病的 管理办法另行制定。 　　第二十条　参保孕产妇符合计划生育政策生育子女的，其住 院分娩费用，由城乡居民基本医疗保险基金按照规定给予报销， 同时享受100元生育补助待遇。 　　第二十一条　符合医疗救助条件的参保人员，可在享受城乡 居民基本医疗保险待遇的基础上，按有关规定申请医疗救助。 　　 　　　　第六章　城乡居民基本医疗保险费的征收管理 　　第二十二条　市和区县人民政府建立城乡居民参加基本医疗 保险工作责任制。各区县人民政府应当完善工作措施，组织实施 本区县城乡居民基本医疗保险工作。 　　第二十三条　各区县的街道、乡镇劳动保障服务中心及其社 区、村劳动保障工作机构负责组织参保资源调查、参保资格审核、  缴费标准认定和参保登记工作；社会保险经办机构负责基金征收、  待遇审核支付等经办工作。 　　第二十四条　学生、儿童以所在学校或托幼机构为单位参保，  其他居民和未入托入学的儿童以家庭为单位参保。符合城乡居民  基本医疗保险参保条件的人员应当持户口簿、居民身份证等有效  证件，到街道、乡镇劳动保障服务中心及其社区、村劳动保障工  作机构或社会保险经办机构办理参保资格认定、登记缴费等手续。 　　新生儿及未成年人由其法定监护人按照上述程序为其办理参 保缴费手续。 　　第二十五条　每年9月至12月为下一年度城乡居民参保缴费 办理期。其中，享受政府全额补助的，应在此期间办理下一年度 参保手续；其他参保的城乡居民，应在此期间办理参保手续，并 一次性缴纳下一年度基本医疗保险费。 　　第二十六条　城乡居民基本医疗保险费的收缴，使用社会保 险专用收据。 　　 　　　　　　　　　　第七章　管理服务 　　第二十七条　城乡居民基本医疗保险实行定点医院与定点零 售药店管理，具体管理办法比照城镇职工基本医疗保险定点医院 和定点零售药店管理规定执行。 　　定点医院应尊重参保人员的知情权，在使用和提供自费的药 品、医用耗材、诊疗项目时，应事先征得患者同意，并应提供每 日医疗费用明细清单，方便患者了解费用情况。 　　第二十八条　城乡居民在定点医疗机构就医，应当符合国家 和本市城乡居民基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服 务设施目录的管理规定。 　　第二十九条　城乡居民就医所需基本医疗保险药品目录内非 处方药品，可以按照有关规定在定点零售药店直接购买，纳入城 乡居民基本医疗保险报销范围。 　　第三十条　参保人员在已经实行联网结算的定点医院发生的 医疗费用，按照联网结算管理的有关规定办理。 　　参保人员在尚未实行联网结算的定点医院发生的医疗费用， 先由个人垫付，出院后凭定点医院的出院证明、医疗费发票和全 部费用清单，到街道、乡镇劳动保障服务中心登记，归集报销资 料，统一交社会保险经办机构审核结算。社会保险经办机构应在 规定的时间内结算完毕，并按规定支付报销的医疗费用。 　　社会保险经办机构在经办工作中应当尊重和维护参保患者的 疾病隐私权。 　　第三十一条　参保人员就医时，应出示市劳动保障行政部门 制发的社会保障卡。社会保障卡管理办法另行制定。 　　第三十二条　社会保险经办机构应当与定点医院、定点零售 药店签订服务协议，并按规定实行科学的医疗费用结算办法。签 订的服务协议和医疗费用结算办法应向市劳动保障行政部门和市 财政部门备案，接受监督。 　　第三十三条　社会保险经办机构与定点医院、定点零售药店 因履行、变更服务协议发生争议的，由医疗保险争议处理机构调 解处理。医疗保险争议处理机构由市劳动保障行政部门、市财政 部门、市卫生行政部门、市食品药品监管部门的代表和有关专家 组成，办事机构设在市劳动保障行政部门。 　　第三十四条　参保人员发生的下列费用，城乡居民基本医疗 保险基金不予支付： 　　（一）在非定点医疗机构发生的医疗费用； 　　（二）不属于城乡居民基本医疗保险药品目录、诊疗项目目 录和医疗服务设施目录支付的费用； 　　（三）因违法违规驾车肇事发生的医疗费用，打架斗殴、吸 食或注射毒品以及犯罪发生的医疗费用； 　　（四）自杀、自残所发生的医疗费用； 　　（五）在境外和国外发生的医疗费用； 　　（六）因医疗事故或民事、刑事伤害发生的医疗费用； 　　（七）国家和本市规定不予支付的其他费用。 　　第三十五条　建立城乡居民基本医疗保险诚信制度。参保人 员、定点医院、定点零售药店和社会保险经办机构应当遵守市劳 动保障行政部门制定的城乡居民基本医疗保险诚信建设标准，规 范参与城乡居民基本医疗保险的行为，履行医疗保险诚信义务。 　　 　　　　　　　　　　　第八章　监督 　　第三十六条　参加城乡居民基本医疗保险的人员不得有下列 行为： 　　（一）将本人身份证明及医疗保险凭证转借他人就医； 　　（二）冒用他人身份证明或社会保障卡就医； 　　（三）伪造、变造病历、处方、疾病诊断证明和医疗费票据； 　　（四）伪造、变造有关证明材料参加城乡居民基本医疗保险； 　　（五）其他违反城乡居民基本医疗保险规定的行为。 　　第三十七条　定点医院或定点零售药店不得有下列行为： 　　（一）允许或诱导非参保人员以参保人员名义就医； 　　（二）允许使用城乡居民基本医疗保险基金支付应当由参保 人员自己负担的医疗费用； 　　（三）通过伪造、变造的手段将保健品、化妆品及其他用品 纳入城乡居民基本医疗保险报销范围； 　　（四）提供虚假疾病诊断证明、病历、处方和医疗费票据等 资料； 　　（五）向参保人员提供不必要的医疗服务和过度医疗服务； 　　（六）转借POS机（服务终端）给非定点单位使用； 　　（七）倒卖基本医疗保险票据； 　　（八）不执行物价部门定价标准，造成城乡居民基本医疗保 险基金损失； 　　（九）其他违反城乡居民基本医疗保险规定的行为。 　　第三十八条　劳动保障行政部门或者社会保险经办机构的工 作人员违反规定为参保人员、定点医院和定点零售药店谋取私利，  造成城乡居民基本医疗保险基金损失的，按照有关法律、法规的  规定依法追究其行政、经济和刑事责任。 　　第三十九条　参保人员、定点医院和定点零售药店对劳动保 障行政部门的处理决定不服的，可依法向其上级机关申请行政复 议或直接提起行政诉讼；对社会保险经办机构的经办行为有异议 的，可以向其上级劳动保障行政部门投诉。 　　 　　　　　　　　　　　第九章　附则 　　第四十条　本规定自2010年1月1日起施行。2007年9月17日 市人民政府《关于印发天津市城镇居民基本医疗保险暂行规定的 通知》（津政发〔2007〕64号）同时废止。2010年度城乡居民参 保缴费工作自2009年9月1日开始实施。  主题词：劳动　社会保障　医疗　保险　规定　通知 | |

窗体底端