

达州市人民政府办公室文件

达市府办〔2011〕84号

达州市人民政府办公室 关于调整 2011 年城镇居民基本医疗保险 筹资标准及待遇水平的通知

各县、市、区人民政府，市级相关部门：

2011 年是贯彻落实国务院《关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011 年）的通知》（国发〔2009〕12 号）精神的最后一年。根据国家、省、市基本医疗保险相关政策规定，决定对我市城镇居民基本医疗保险筹资标准及待遇水平进行调整。现将有关事项通知如下：

一、城镇居民医疗保险费筹集标准

2011 年 18 周岁以上非在校的城镇居民（以下简称成年人），按每人 445 元标准筹集。其中个人缴纳 245 元，政府补助 200 元；属于低保对象、重度残疾人、低收入家庭中 60 周岁以上的老人，

个人缴纳 195 元，政府补助 250 元；属于“三无”人员和无工作优抚对象由现资金供给渠道为个人缴纳 65 元，政府补助 380 元。

征地转非居民按规定由现资金供给渠道划拨上述相应类型人员个人应缴部分，其余部分由政府补助。

2011 年在校学生和 18 周岁以下非在校少年儿童，按每人 280 元（学生为每学年，下同）标准筹集。其中个人缴纳 80 元，政府补助 200 元；属于低保家庭、重度残疾的在校学生和少年儿童家庭缴费 50 元，政府补助 230 元。驻达各大专院校学生可按国家规定的学制年度，在新生入校时一次性缴纳学制年度个人应缴部分医保费。

城镇居民补充医疗保险费从城镇居民个人缴纳的医疗保险费用中划拨。成年人每人每年划拨 65 元，在校学生和 18 周岁以下的非在校少年儿童每人每年划拨 50 元。

二、城镇居民医疗保险待遇

参保人员在定点医疗机构发生的符合城镇居民基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费，起付标准以上最高支付限额以下的，基本医疗保险基金按下述基础比例支付各等级定点医疗机构的医疗费用：

社区卫生服务机构和一级医疗机构为 75%；二级医疗机构为 70%；三级医疗机构为 65%。转诊转院的支付比例省内（含重庆市）相应下调 5%，省外相应下调 10%。

符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，除基本医疗保险基

金支付外的各项比例负担超过 8000 元以上的部分，由居民补充医疗保险基金支付 70%，基本医疗保险基金最高支付限额以上的部分，补充医疗保险基金支付 75%。

三、城镇居民住院起付标准

参保人员在各等级定点医疗机构住院起付标准调整为：

社区卫生服务机构和未评等级医疗机构为 100 元，一级医疗机构为 150 元，二级医疗机构为 200 元，三级医疗机构为 400 元。年内第二次及以上住院的起付标准每次降低 50 元。各等级医院起付标准降低后，每次住院起付标准不能低于 50 元。

四、住院医疗费最高支付限额

从 2011 年 1 月起，城镇居民基本医疗保险基金支付参保居民住院医疗费最高累计支付限额为 8 万元。补充医疗保险每年累计支付最高限额为 15 万元。其中，在校学生按每学年起止时间计算年最高支付限额。

五、城镇居民门诊医疗统筹

（一）筹资标准

成年人每人每年 100 元，在校学生和 18 周岁以下非在校少年儿童每人每年 80 元。门诊统筹费从居民医保基金中划解，个人不再缴纳。门诊医疗统筹基金主要用于对参保居民普通门诊医疗费力的补助。

（二）门诊医疗补助标准

参保人员在医保定点社区卫生服务机构或学（院）校医务室，

购买零差价药品发生的门诊医疗费，成年人每年度最高可支付 100 元，在校学生和 18 周岁以下非在校少年儿童每年度最高可支付 80 元。

（三）费用结算

1. 结算地点：

居民居住辖区社区卫生服务中心（站）或学（院）校医务室。

2. 就医结算程序：

参保人员持卡（证）在所辖社区卫生服务中心（站）或学（院）校医务室进行门诊就医购药者，由辖区社区卫生服务中心（站）或学（院）校医务室逐次进行登记结算。确需到社区或学（院）校医务室外就医者，由参保者提出书面申请，经社区卫生服务中心（站）或学（院）校医务室同意并向当地医保经办机构申请备案后，可纳入本社区卫生服务中心（站）或学（院）校医务室登记结算，否则，不予登记结算。

（四）门诊统筹资金的管理

1. 门诊统筹基金按以收定支、收支平衡的原则，由医保经办机构单独建账、单独预算、单独核算、单独管理。

2. 当年未发生门诊费的居民，以后年度不累计计算。

3. 门诊统筹标准可随今后缴费标准、政府补助标准的变化而适当调整。

（五）门诊统筹资金的拨付

门诊统筹资金由各级医保经办机构按上年度各社区和学

(院)校实际参保人数和在辖区社区卫生服务中心(站)或学(院)校医务室登记就医的人数进行预算,根据参保及基金征集的进度,向各社区卫生服务中心(站)或学(院)校医务室预拨 60%左右的统筹费,次年的 1-2 月进行核算。各社区卫生服务中心(站)或学(院)校医务室申报的医疗费超过辖区人均年预算总额的,由社区卫生服务中心(站)或学(院)校医务室自负,未超的据实拨付,节余的门诊统筹费,结转下年度统筹使用。

(六) 其他

参保居民当年已享受大病门诊待遇的,不再享受普通门诊统筹待遇。



主题词：社会保障 医疗保险 通知

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，
市纪委，市中级法院，市检察院，达州军分区。

达州市人民政府办公室

2011 年 9 月 1 日印

(共印 40 份)

