

资府办发〔2020〕79号

资阳市人民政府办公室

关于印发资阳市城乡居民医疗保险实施办法的通知

各县（区）人民政府，高新区管委会，临空经济区管委会，市级各相关部门（单位）：

经市政府同意，现将资阳市城乡居民医疗保险实施办法印发你们，请认真抓好贯彻落实。

资阳市人民政府办公室

2020年12月31日

资阳市城乡居民医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为完善城乡居民基本医疗保险制度，促进基本医疗保险公平、稳健、持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》和国家、省有关政策规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，坚持以收定支、收支平衡、略有结余，公平与效率相结合、权利与义务相对等，筹资标准和保障水平与经济发展水平相适应的原则。

第三条 建立以基本医疗保险为主，大病保险、补充医疗保险和商业健康保险为辅，医疗救助托底的多层次医疗保障体系。

第四条 城乡居民基本医疗保险与职工基本医疗保险制度间可按相应条件进行转换。

第五条 城乡居民基本医疗保险基金实行市级统筹，统一参保范围、统一筹资标准、统一待遇保障、统一管理办法。

第六条 市政府根据国家、省的政策规定，结合本地经济发展水平和多层次医疗保险运行情况，对缴费基数、筹资标准、待遇水平等作相应调整，调整情况由市医疗保障局、财政局、税务局适时公布。

第七条 医疗保险统筹年度为每年1月1日至12月31日。

第二章 基本医疗保险基金筹集

第八条 城乡居民基本医疗保险基金实行政府补贴和个人缴费相结合的筹资机制。基金由下列各项构成：

- （一）个人缴纳的基本医疗保险费；
- （二）政府补助资金；
- （三）基金利息收入；
- （四）其他收入。

第九条 城乡居民基本医疗保险根据筹资标准和待遇水平分设高档次和低档次，参保居民自愿选择档次参保，两个档次间可按相应条件进行转换。

第十条 筹资标准

(一) 个人缴纳的基本医疗保险费标准每年由市医疗保障局会同市财政局、市税务局等有关部门根据经济社会发展水平、国家政策调整、基金运行情况等因素适时调整并公布。

建档立卡贫困人口，特困人员供养、孤儿、优抚对象，低保对象，家庭贫困的一、二级重度残疾人和精神残疾人，重型精神病患者、艾滋病患者等参加城乡居民基本医疗保险个人缴费资助办法按各县（区）政府或相关部门规定执行。资助对象如同时具备两种或两种以上资助条件，只以一种条件（身份）享受政府资助，就高不就低。

行政区域内被征地农转非超龄人员（2008年4月11日以后因政府统一征收农村集体土地转为城镇居民的被征地农民，在批准征地时超过法定退休年龄，即征地时男60周岁、女50周岁及以上）参加高档次，基本医疗保险个人缴费资助办法按相关规定执行。

(二) 政府补助由中央、省、市、县（区）财政补助构成，除中央、省财政补助外，应由市和县（区）财政补助的部分，除扩权县外，市级财政承担30%，县（区）级财政承担70%。市、县（区）两级政府应将补助资金纳入财政预算，及时拨付到位。

第十一条 参保范围及对象

- (一) 具有本行政区域户籍的城乡居民。
- (二) 各类学校和托幼机构无本行政区域户籍的在校学生和幼儿。
- (三) 持有本行政区域居住证、暂住证的外地户籍居民。

(四) 符合规定的其他人员。

在一个统筹年度内，参保人员只选择一个档次参保。按照国家规定在其他统筹地区参加医疗保险的，不得同时在本市参保，不得重复享受医疗保险待遇。

第十二条 参保时间

城乡居民基本医疗保险实行按年度参(续)保登记缴费。当年9月1日至12月25日为次年参(续)保登记缴费集中办理期(医疗保险关系转移接续、领取失业救济金期满续保、出生90天内的新生儿、刑满释放人员等除外)。

第十三条 参保缴费

(一) 城乡居民持户口簿或身份证或本行政区域居住证等证件到所属乡镇(街道)便民服务中心、村(社区)便民服务代办点办理次年医疗保险参(续)保登记。

(二) 乡镇人民政府、街道办事处组织实施城乡居民于每年集中办理期办理次年医疗保险参(续)保登记缴费事项。

(三) 新生儿应在出生后90天内办理当年参保登记缴费。刑满释放人员应在刑满释放后90天内办理当年参保登记缴费。如遇次年集中参保缴费期，应同时办理当年和次年参保缴费手续。

(四) 无本行政区域户籍的在校学生和幼儿由所在学校和托幼机构组织办理参(续)保登记手续，医疗保险费由学校代扣代缴。

(五) 参保人员已缴纳次年医疗保险费，在进入待遇享受期前，因户口迁出、出国定居、死亡及就业等原因，可持相关材料到缴费所在地税务部门申请办理退费，年度待遇享受期开始后，不再办理退费。

第三章 基本医疗保险待遇

第十四条 参保人员初次参保(上年度在市外参加城乡居民医疗保险人员除外)、断保，从参保或重新续保缴费之日起，6个月后开始享受基本医疗保险待遇。

参保人员在待遇享受期内因病情危重门诊急诊抢救死亡，产生符合基本医疗保险政策范围内的门诊医疗费用，按住院待遇支付。

新生儿在出生后90天内参保缴费的，从出生之日起享受当年基本医疗保险待遇。

刑满释放人员初次参保(刑满释放后90天内)，从参保缴费之日起开始享受基本医疗保险待遇。

参保人员在本市范围内按相应条件转换的，由高档次向低档次转移，直接享受低档次相关待遇；由低档次向高档次转移的，从缴费之日起6个月内享受低档次相关待遇，6个月后享受高档次相关待遇。

第十五条 基本医疗保险严格按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》(以下简称《国家药品目录》)、

《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》、《四川省基本医疗保险服务设施项目范围》等有关文件确定支付范围。

（一）基本医疗保险支付范围中，乙类药品、支付部分费用的诊疗项目和医用材料先按个人首付比例自付，再按基本医疗保险规定支付。

1. 乙类药品（最小包装）个人首付比例：50元（含）以下10%，50元至100元（含）15%，100元以上20%。

2. 支付部分费用的诊疗项目个人首付比例：300元（含）以下10%，300元至1000元（含）20%，1000元至3000元（含）30%，3000元以上40%。

3. 纳入医保报销范围的医用材料个人首付比例：单件价（或套件价）在500元（含）以下10%，500元至3000元（含）20%，3000元至10000元（含）30%，10000元至30000元（含）40%，30000元至60000元（含）50%。

纳入医保报销范围限价的药品、医用材料费用，限价内的费用先按个人首付比例自付，再按基本医疗保险规定支付，超过限价以上的费用由个人全额自费。

纳入医保报销范围未限价的医用材料费用，单价在60000元以内的费用先按个人首付比例自付，再按基本医疗保险规定支付，单价超过60000元以上的费用由个人全额自费。

（二）住院床位费支付标准

一级以下医疗机构普通床位 12 元/日、隔离及抢救床位 20 元/日，一级医疗机构普通床位 15 元/日、隔离及抢救床位 30 元/日，二级医疗机构普通床位 20 元/日、隔离及抢救床位 40 元/日，三级医疗机构普通床位 25 元/日、隔离及抢救床位 50 元/日。专科医院或专科病房床位费在相应等级支付标准基础上，按照医疗服务价格规定的上浮比例执行。参保人员实际住院床位费未达到支付标准的，按实际发生的床位费进行比例支付。

纳入基本医疗保险支付范围的药品、医用材料等项目支付限价实行动态调整，由市医疗保障局、财政局适时调整公布。

（三）下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 除急诊急救外，在非定点医疗机构就医的；
6. 其他不属于基本医疗保险基金支付范围的。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第十六条 最高支付限额（封顶线）

(一) 在一个统筹年度内，基本医疗保险基金累计最高支付限额，高档次为上年度全市城镇居民人均可支配收入的 6 倍，低档次为上年度全市农村居民人均可支配收入的 6 倍。

(二) 在一个统筹年度内，基本医疗保险基金支付的普通门诊、特殊疾病门诊、住院、单行支付药品等费用合并计算，合并后的支付金额不超过基本医疗保险基金年度最高支付限额。

第十七条 普通门诊

(一) 门诊统筹

参保人员在县域内取消药品加成的联网定点医疗机构就医，发生的符合基本医疗保险支付范围，扣除个人首付后的普通门诊医疗费用基本医疗保险基金按 80% 支付，年度支付限额为基本医疗保险个人缴费标准的 60%。

(二) 高血压、糖尿病门诊用药保障按照省市相关文件执行。

第十八条 特殊疾病门诊

(一) 特殊疾病病种按重大疾病、重型慢性疾病和一般慢性疾病分为三类。

(二) 参保人员在一个统筹年度内发生的符合基本医疗保险支付范围、扣除个人首付款后的医疗费用，基本医疗保险基金按以下比例和限额支付。

1. 支付比例

第一类视同住院，按住院待遇支付。

第二、三类：高档次按 60% 支付，低档次按 40% 支付。

2. 支付限额

第二类：高档次 2000 元，低档次 1000 元。

第三类：高档次 1000 元，低档次 500 元。

同时患两种或两种以上第二、三类特殊疾病并纳入门诊治疗管理的，以高限额为当年度支付限额，每增加一个病种，支付限额在前述分类标准基础上增加 20%的额度。

3. 门诊特殊疾病的管理办法由市医疗保障局另行制定。

第十九条 单行支付药品和《国家药品目录》部分高值药品管理办法按照省市相关文件执行。

第二十条 单病种

（一）单病种门诊治疗，根据定点医疗机构出具的治疗方案，进行实名制登记和事前审核后，符合基本医疗保险支付范围、扣除个人首付后的门诊医疗费用，按住院待遇（一个统筹年度计算一次起付线）和相关规定结算支付。

1. 《国家药品目录》部分高值药品涉及的病种用药，其中第一类门诊特殊疾病病种用药按特殊疾病门诊待遇支付；

2. 丙型肝炎干扰素抗病毒治疗。

（二）儿童苯丙酮尿酸症、儿童先天性心脏病（先天性房间隔缺损、先天性室间隔缺损、先天性动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄）、儿童白血病（急性淋巴细胞白血病和急性早幼粒细胞白血病）、唇腭裂等按照国家、省现行政策规定的支付待遇执行。

（三）公立医院实施按病种收付费管理的按照省市相关文件执行。

第二十一条 对参保人员在实施基本药物制度的基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区卫生服务机构）和定点村卫生站（室）门诊的一般诊疗费进行补偿；

对参保人员在取消药品加成的县级及以上公立医疗机构门（急）诊的诊查费进行补偿。具体补偿标准按省市规定执行。

第二十二条 住院

住院医疗费用实行单次住院结算支付，设起付线，起付线以上符合基本医疗保险支付范围、扣除个人首付费和起付线后的医疗费用（以下简称“住院合格费用”），基本医疗保险基金按比例支付。

（一）起付线

1. 一级以下医疗机构本地 100 元、异地 300 元，一级医疗机构（含乡镇中心卫生院）本地 200 元、异地 400 元，二级乙等医疗机构本地 400 元、异地 600 元，二级甲等医疗机构本地 600 元、异地 800 元，三级乙等医疗机构本地 800 元、异地 1000 元，三级甲等医疗机构本地 1000 元、异地 1200 元。

2. 一个统筹年度内多次住院的每次递减 50 元。

3. 经降低或递减后每次住院起付线不低于 100 元。

4. 第一类特殊疾病和艾滋病患者一个统筹年度内多次住院的，只计算年度第一次起付线。

5. 参保人员办理了转诊转院手续，在 24 小时内完成转院的，视为连续住院，转入上级定点医疗机构，住院起付线额负担差额部分；转入下级定点医疗机构，不再设置住院起付线。

（二）支付比例

参保人员在定点医疗机构发生的住院合格医疗费用，按以下比例支付：

1. 高档次：一级以下医疗机构本地 85%，一级医疗机构（含乡镇中心卫生院）本地 80%，二级乙等医疗机构本地 70%，二级甲等医疗机构本地 65%，三级乙等医疗机构本地 60%，三级甲等医疗机构本地 55%。

2. 低档次：一级以下医疗机构本地 80%，一级医疗机构（含乡镇中心卫生院）本地 75%，二级乙等医疗机构本地 65%，二级甲等医疗机构本地 60%，三级乙等医疗机构本地 55%，三级甲等医疗机构本地 50%。

3. 第一类特殊疾病患者在相应档次支付比例的基础上提高 5%。

4. 住院合格医疗费用支付比例不超过 100%。

5. 办理完善异地长期居住备案手续的参保人员，在备案地就医时发生的特殊疾病门诊、单病种和住院（含视同住院）费用，按本地待遇和相关规定结算支付。

6. 办理完善异地转诊转院、急诊急救备案手续的参保人员，在备案地就医时发生的特殊疾病门诊、单病种和住院（含视同住院）费用，基本医疗保险起付线按照异地标准执行，支付比例各级别医疗机构均为：高档次 45%、低档次 40%。

7. 未办理完善异地就医备案手续的参保人员，在市外就医时发生的特殊疾病门诊、单病种和住院（含视同住院）

费用，基本医疗保险起付线 1200 元，支付比例各级别医疗机构均为：高档次 35%、低档次 30%。

第二十三条 生育医疗费用

参保人员生育医疗费用基本医疗保险基金实行限额支付，住院费用超过限额的按限额支付，未达到限额的按实际发生额支付，限额标准如下：

（一）高档次顺产 1500 元、剖宫产 3000 元。

（二）低档次顺产 1000 元、剖宫产 2000 元。

因分娩发生严重并发症的，其分娩和并发症的住院医疗费用，按照住院相关政策支付。

第四章 大病保险

第二十四条 大病保险所需资金在基本医疗保险基金中列支，参保人员个人不缴费。

大病保险原则上通过招标确定商业保险机构承办大病保险业务。

第二十五条 参保人员在一个统筹年度内，对单次住院需个人负担的合规医疗费用以及多次住院累计需个人负担的合规医疗费用达到起付线后，由大病保险对超过起付线部分分段按比例支付。

（一）起付线。大病保险起付线原则上按上年度全市城乡居民人均可支配收入的 50% 确定。具体标准由市医疗保障局、财政局适时调整公布。

(二) 支付比例。大病保险起付线以上至 50000 元(含)本地 50%、异地 30%; 50000 元至 100000 元(含)本地 60%、异地 40%; 100000 元以上本地 70%、异地 50%。

办理完善异地长期居住备案手续的,按本地待遇和相关规定结算支付。

办理完善转诊转院、急诊急救备案手续的,大病保险赔付比例为:起付线以上至 50000 元(含)40%,50000 元至 100000 元(含)50%,100000 元以上 60%。

第五章 补充医疗保险

第二十六条 补充医疗保险

(一) 积极建立完善城乡居民补充医疗保险制度,鼓励有资质的商业保险公司设计和承办城乡居民补充医疗保险,险种设计遵循保本微利、便民利民、全市统一的原则,理赔顺序先基本,再大病,后补充。

(二) 补充医疗保险缴费标准:高档次按上年度全市城镇居民人均可支配收入的 1%左右;低档次按上年度全市农村居民人均可支配收入的 0.5%左右确定。凡参加城乡居民基本医疗保险的参保人,按照自愿原则参加城乡居民补充医疗保险。缴费时间、保险有效期、赔付范围与城乡居民基本医疗保险一致;保险赔付办理、赔付金支付与城乡居民大病保险一致。

（三）城乡居民补充医疗保险承办机构原则上与城乡居民大病保险承办机构整体招标确定。承保商业保险公司应以多种方式参与城乡居民基本医疗保险经办、监管工作，承担维护市场法治公平的责任。

（四）城乡居民补充医疗保险实行协议管理，由医保经办机构与承保商业保险公司签订服务协议，明确保险责任（赔付标准）、双方权利及义务、违约责任等。

第六章 经办管理与服务

第二十七条 医疗费用结算

（一）门诊统筹

参保人员持社会保障卡到门诊统筹联网定点医药机构发生的医疗费用，按门诊统筹待遇结算，参保人员只需结清个人负担费用。应由医疗保险统筹基金支付部分费用，由定点医疗机构与医保经办机构结算。

（二）特殊疾病门诊

1. 联网结算。参保人员就医时出示社会保障卡，医疗机构按规定办理医疗费用结算，参保人员只需结清个人负担费用。

2. 未联网结算。参保人员需全额垫付医疗费用，然后持处方、检查报告、门急诊费用清单、医院收费票据、身份证复印件及本人银行卡复印件等资料，于每年10月至12月10日前到所属乡镇（街道）便民服务中心审核结算。

（三）住院

1. 联网结算。参保人员入院时出示社会保障卡，经医疗机构经办人员确认人、卡信息相符后，按规定办理住院手续，出院时，参保人员只需结清个人负担费用。

2. 未联网结算。参保人员入院时医疗机构按规定办理住院手续，出院时，参保人员需全额垫付医疗费用，然后持医院收费票据、住院费用清单、出院记录、身份证复印件及本人银行卡复印件等资料，于每年10月至12月10日前到所属乡镇（街道）便民服务中心审核结算。

第二十八条 外伤、中毒等非疾病原因住院须由经治医疗机构、参保人员或家属在入院后三日内（三日内出院须在出院前）到所属医保经办机构登记备案，提供由参保人员或家属填写的外伤中毒等非疾病原因入院登记表和住院首次病程记录或入院记录等。

第二十九条 异地就医实行备案制管理。参保人员应按相关部门就医管理规定，科学、合理、有序就诊。

（一）异地工作和长期异地居住人员须到所属医保经办机构凭异地工作证明或异地居住证办理异地就医登记备案手续。

（二）国内探亲旅游等临时在异地因急诊急救住院的参保人员，出院前凭经治医疗机构入院记录等相关资料，向所属医保经办机构登记备案。

（三）因病情需要转诊转院治疗的，经所在地二级甲等以上或县级及以上专科定点医疗机构同意，并办理转诊转院登记备案手续或持相关手续向所属医保经办机构登记备案。如转入医疗机构条件有限需再次转诊转院的，应再次办理转诊转院登记备案。

第三十条 经办体系

（一）本着“精干、高效、便民、流畅”原则，建立统一的医疗保险管理服务经办队伍，形成上下一致的层级经办格局。夯实乡镇（街道）和村（社区）经办基础，力量下沉，充分发挥一线作用。

（二）各级财政根据财力情况，按参保人数每人每年不超过2元标准合理安排工作经费并列入同级预算。

第三十一条 基金管理

（一）执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度，医疗保险基金纳入财政专户，实行“收支两条线”管理，任何单位和个人不挤占挪用。

（二）加强基金预算管理。基金使用遵循以收定支、收支平衡、略有结余原则，确保应支付费用及时足额拨付，合理控制基金当年结余率和累计结余率，建立健全基金运行风险预警机制和协议管理定点医药机构考核制度，防范基金风险，提高使用效率。

（三）深化付费方式改革。坚持保障基本、建立机制、因地制宜、统筹推进的基本原则，建立以基金总额预算为基础，在基本医疗保险付费总额控制下，开展按疾病诊断相关分组（DRG）、按病种、按人头、按床日等多元复合式医保支付方式。

（四）加强一般诊疗费和门（急）诊诊查费管理。一般诊疗费和门（急）诊诊查费在基本医疗保险基金中列支，实行“总额控制、超支自理”。

（五）强化基金内部审计和外部监督，坚持基金收支运行情况信息公开制度，加强社会监督、民主监督和舆论监督。

（六）基本医疗保险基金的银行计息办法按照社会保险基金优惠利率计息。

(七) 基本医疗保险基金因疾病暴发流行、严重自然灾害等特殊情况出现支付缺口，由财政给予补助。

第三十二条 定点医疗机构和定点零售药店管理

(一) 医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店协议管理，对符合医疗保险定点基本条件的医药机构，通过规范的程序确定为医疗保险定点服务单位，由医保经办机构与其签订医疗保险定点服务协议书，通过协议约定双方的责任、权利和义务。

(二) 村卫生站（室）的日常监督管理工作由卫生健康部门负责，乡镇卫生院具体组织实施。

第七章 管理职责

第三十三条 政府职责。各级政府负责组织实施医疗保险制度，对医疗保险工作实行目标考核；建立以政府分管领导牵头，相关部门配合的工作机制，负责辖区内医疗保险组织管理与监督工作，研究解决医疗保险工作中存在的困难和问题，做好协调和督导工作，确保应保尽保。

第三十四条 部门职责

(一) 市医疗保障行政部门负责全市城乡居民基本医疗保险行政管理工作。县（区）医疗保障行政部门负责辖区内城乡居民基本医疗保险行政管理工作。

市医保经办机构负责全市城乡居民基本医疗保险统计报表、运行分析工作。县（区）医保经办机构负责辖区内城乡居民基本医疗保险业务经办服务工作。

(二) 税务部门负责城乡居民医疗保险费征缴工作。

(三) 卫生健康部门负责定点医疗机构日常管理和监督, 严格“合理检查、合理治疗、合理用药、合规收费”管理, 负责处理严重影响医疗保险制度健康发展的医疗机构和个人, 将医疗保险工作纳入对定点医疗机构年度目标考核。

(四) 财政部门负责落实配套资金和经办机构工作经费, 合理安排并及时拨付城乡居民医疗保险资金, 监督基金运行。

(五) 编制部门负责合理设置机构, 配备编制。

(六) 市场监督管理部门按职责做好定点医疗机构和零售药店监管工作。

(七) 审计部门负责基本医疗保险基金收支余的审计监督工作。

(八) 公安部门负责全市参保人员户籍信息的交互和管理。

(九) 保险行业监管部门依法对参与经办服务的商业保险机构进行监管。

(十) 宣传、发改、监察、教体、民政、农业农村、残联等部门按照各自的工作职责, 做好城乡居民医疗保险工作。

(十一) 乡镇(街道)便民服务中心、村(社区)便民服务代办点配备落实专职工作人员负责办理参保缴费、信息录入、变更登记、医疗费用结算及政策宣传、咨询等工作。

第八章 附 则

第三十五条 本办法由市医疗保障局、市财政局负责解释。

第三十六条 从2021年1月1日起执行, 有效期5年。本市原医疗保险暂行办法与本办法相抵触的内容同时废止。