

达州市人民政府办公室文件

达市府办〔2019〕42号

达州市人民政府办公室 关于印发《达州市城乡居民基本医疗保险 管理办法》的通知

各县（市、区）人民政府，达州高新区管委会，市级有关部门（单位）：

《达州市城乡居民基本医疗保险管理办法》已经市政府研究同意，现印发你们，请认真贯彻落实。

达州市人民政府办公室
2019年12月30日



达州市城乡居民基本医疗保险管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市城乡居民基本医疗保险制度，规范基本医疗保险服务管理，保障参保人员基本医疗权益，提升基本医疗保障能力和服务水平，根据《中华人民共和国社会保险法》等相关法律法规和《四川省医疗保障局 四川省财政厅转发〈国家医疗保障局 财政部关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保险工作的通知〉的通知》（川医保发〔2019〕22 号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 建立城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）制度应遵循以下原则：

- （一）筹资标准和保障水平与经济社会发展相适应；
- （二）权利与义务相对应，个人缴费和政府补助相结合；
- （三）基金筹集和使用坚持“以收定支，收支平衡，略有结余”；
- （四）以住院统筹为主，门诊统筹、大病保险为辅，重点保障城乡居民基本医疗保险需求；
- （五）统筹协调，实现职工医保、居民医保关系相互转接；
- （六）实行市级统筹，统一参保范围、统一缴费标准、统一基金管理、统一医保目录、统一待遇水平、统一定点医药机构管

理、统一经办服务、统一信息系统。

第三条 市、县（市、区）人民政府负责本行政区域内居民医保统筹协调工作，将居民医保纳入民生工程和重点工作目标考核。

医疗保障部门为居民医保的行政主管部门，负责居民医保的管理工作；财政部门负责居民医保政府补助资金的筹集和对居民医保基金的收支管理及监督工作；教育、民政、人力资源社会保障、卫生健康、退役军人事务、审计、市场监管、扶贫开发、税务、残联等有关部门和单位，按照各自职责协同实施本办法；乡镇人民政府（街道办事处）、村民委员会（社区居民委员会）负责组织城乡居民参保缴费。

第二章 参保范围和资金筹集

第四条 居民医保的参保范围：

（一）具有达州市户籍，未纳入职工医保制度覆盖范围的城乡居民；

（二）在我市投资、经商、务工、居住、上学且未在达州市外参加基本医疗保险和未参加达州市职工医保的非达州市户籍人员；

（三）其他符合条件的人员。

已在本市行政区域外参加基本医疗保险的，不得重复参保。

本市行政区域内的国家机关、事业单位、社会团体、各类企

业、民办非企业单位、个体经济组织及其职工不纳入居民医保参保范围。

第五条 居民医保实行个人参保缴费和政府给予补助相结合的筹资方式。基金构成如下：

- （一）各级财政补助资金；
- （二）参保居民个人缴费；
- （三）基金利息收入；
- （四）其他收入。

第六条 参加居民医保的，个人应按照规定缴纳基本医疗保险费，政府给予补助。政府补助资金由各级财政分担。按照国家确定的当年财政补助标准，扣除中央、省财政补助后的地方财政筹集部分，扩权县由县级财政全额承担，非扩权县（区）由市级财政承担 20%，县级财政承担 80%。各县（市、区）应将由本级分担的财政补助资金纳入年度财政预算，并按规定及时足额上解至市级社会保险基金财政专户。

第七条 市医疗保障部门、市财政部门根据国家和省规定，结合全市经济社会发展水平、居民医保基金运行情况，于每年 8 月底前向社会公布次年居民医保个人缴费标准。

第八条 建档立卡贫困人口，具有本市户籍的特困人员、重点优抚对象、重度残疾人、纳入孤儿基本生活保障范围的孤儿、城乡居民最低生活保障对象参加居民医保，个人缴费部分由政府按有关规定资助。

第九条 居民医保实行按年度一次性参保缴费。每年9月1日至12月25日为次年度参保缴费集中办理期。保险有效期为次年的1月1日0时至12月31日24时（以下简称“保险年度”）。

第十条 居民因下列特殊原因未在集中办理期参保缴费的，可在保险年度内凭相关证明材料中途参保，并按当年居民医保费全额标准缴费。

- （一）与单位解除劳动关系的；
- （二）享受失业保险待遇期满的；
- （三）复员退伍的；
- （四）刑满释放的；
- （五）本市户籍人员在外地上学因故休学、退学或毕业的；
- （六）其他特殊情形。

第十一条 城乡居民应按照税务部门规定的缴费渠道缴纳城乡居民医疗保险。

应由征地部门代缴居民医保费的被征地居民，由征地部门按个人缴费标准为其办理参保缴费。非政府征地项目的被征地居民，由项目业主按规定一次性缴纳20年居民医保费。

第十二条 各级政府按下达目标任务组织征缴，做到应征尽征、应保尽保。除本市高校学生由学校组织参保并代收保险费外，其余城乡居民由户籍所在地（居住地）乡镇人民政府（街道办事处）、村民委员会（社区居民委员会）组织参保缴费。

第三章 医疗保险待遇

第十三条 居民医保基金支付范围须符合《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》以及医疗保障、发展改革、卫生健康、市场监管等部门相关规定。

第十四条 居民医保待遇包括住院医疗、生育医疗、普通门诊、门诊特殊疾病、家庭病床医疗待遇，并按规定享受大病保险相应待遇。

每个参保居民在一个保险年度内，除大病保险赔付外，各项报销费用的总和不得超过 18 万元。

第十五条 居民医保基金实行统筹管理，用于支付参保居民的门诊和住院合规医疗费用。

建立居民医保门诊费用统筹及支付机制，重点保障参保居民普通门诊医疗、一般诊疗（含挂号、诊查、注射输液、药事服务等）、零售药店购药，每人每年限额 120 元。门诊费用统筹金按比例支付，在定点医药机构发生的普通门诊医疗费用，实行单次结算，统筹金支付 50%、个人支付 50%。

第十六条 参保居民在定点医疗机构治疗一类门诊特殊疾病发生的门诊医疗费用，属于居民医保基金支付范围的，不计起付标准，按 60% 的比例支付。

参保居民在定点医疗机构治疗二类门诊特殊疾病发生的门诊医疗费用，属于居民医保基金支付范围的，按相应等级定点医

疗机构的住院费用比例支付，只计算一次起付标准。

第十七条 参保居民在定点医疗机构发生的住院医疗费用实行单次住院结算。发生的总医疗费用减去自费费用及首先自付费用，扣除起付标准后按比例支付：

（一）起付标准：达州市行政辖区内的乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）100元，二级医疗机构、其他一级及无等级医疗机构400元，三级医疗机构600元；省内（含重庆市）市外医疗机构1200元；省外医疗机构1800元。自主异地就医的提高起付标准，省内（含重庆市）市外医疗机构1500元；省外医疗机构2000元。

一个保险年度内住院两次及以上的，起付标准每次降低50元，但降低后的最低起付标准不得低于50元。

一个保险年度内，在同一家定点医疗机构多次住院治疗恶性肿瘤、白血病、红斑狼疮、慢性肾功能衰竭、器官移植术后抗排斥、结核病、重性精神病的，只计算一次起付标准。

（二）统筹基金支付比例：达州市行政辖区内的乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）为90%，二级医疗机构、其他一级及无等级医疗机构为75%，三级医疗机构为70%。

（三）异地就医：参保居民到达州市行政区域外就医的，登记备案及待遇标准按照有关规定执行。市外就医按规定下调的支付比例医疗费用，不列入大病保险报销范围。

（四）双向转诊：双向转诊治疗的医疗费用按一次住院计算，

按转入医院等级仅计算一次起付标准(在高级别医疗机构医疗费用中扣减),符合支付范围的住院医疗费用,按实际住院的医疗机构支付比例分段支付。

(五)学生、儿童治疗先天性心脏病、苯丙酮尿症和白血病的住院费用,按国家和省的规定执行。

(六)精神病患者住院医保基金支付按床日限费,二级及以上医疗机构每床每日基金支付不超过110元,二级以下医疗机构每床每日基金支付不超过90元,基金支付限额内的费用按实际结算。伴有躯体疾病治疗的费用,单独向医保部门申请结算。对肇事肇祸等严重精神障碍患者,统筹基金提高10%支付。

(七)参保居民在定点医疗机构发生的住院医疗费用中,符合医保基金支付范围的中医诊疗项目和中药(含中药饮片、中医院内制剂)费用,提高10%的支付比例。

(八)建档立卡贫困人口住院医疗费用支付执行国家、省、市相关规定。

第十八条 参保居民住院医疗费用中,下列项目费用按以下规定计入基金支付范围:

(一)床位费:三级医疗机构每床每日15元,二级医疗机构每床每日12元,一级及以下医疗机构每床每日10元,层流洁净病房、重症监护病房、特殊防护病房按相关规定执行;

(二)血液及成份血首先自费65%;

(三)乙类药品首先自付15%;

(四) 单次(件)发生的特殊材料、特殊检查、特殊治疗费用不足500元的首先自付10%;500元至2000元的首先自付20%;超过2000元的首先自付30%;一个住院周期,计入基金支付范围的费用不得超过10000元;

(五) 中草药及其饮片纳入报销范围费用日均不得超过120元;

(六) 理疗项目和中医民族诊疗项目纳入报销范围费用日均不得超过80元,连续使用不超过15天;

(七) 白内障复明手术实行基金定额支付2300元/眼;

(八) 在达州市行政区域外发生的医疗费用,按相关标准结算支付。

第十九条 下列情况发生的医疗费用不属于医保基金支付范围:

(一) 在境外就医的;

(二) 除急救抢救外,未在定点医疗机构就医的;

(三) 基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录和支付标准范围以外的;

(四) 应当从工伤保险基金中支付的;

(五) 因交通、医疗事故等应当由第三方负担的;

(六) 因本人吸毒、打架斗殴等违规违法行为造成的;

(七) 因酗酒、自伤、自残(精神病除外)、戒毒、性传播疾病(艾滋病除外)治疗的;

(八) 因美容、矫形等进行治疗的;

(九) 国家和省政策规定的其他不予支付费用情形。

交通事故能提供相关部门出具的无第三方责任人的相关证明,且没有享受相关待遇的,其在定点医疗机构发生的住院医疗费用列入居民医保基金支付范围。

第二十条 参保居民发生的政策内生育费,由居民医保基金按以下标准支付医疗费用:

(一) 顺产一次性定额支付医疗费用:一级及以下医疗机构 500 元,二级及以上医疗机构 600 元。

(二) 剖宫产一次性定额支付医疗费用:一级及以下医疗机构 1000 元,二级及以上医疗机构 1300 元。

(三) 多胞胎生育的,每多生育一个婴儿在原支付基础上增加 1000 元;有合并症者,增加 700 元。

参保居民因其他疾病须终止妊娠发生的医疗费用,按居民住院医疗费用规定报销,不再享受限额报销。

第二十一条 经医疗保障部门核准,乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)可为下列参保人员建立家庭病床,发生的医疗费用,属于医保基金支付范围的,按相应的住院费用比例支付,一个保险年度只计算一次起付标准:

(一) 脑中风丧失全部或大部分行为能力且病情符合住院条件者;

(二) 骨折牵引固定需卧床者;

（三）长期卧床不起或 70 周岁以上老年人患慢性病需要连续治疗，到医院就诊确有困难者；

（四）恶性肿瘤晚期行动困难者。

乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）实施家庭病床服务的资格，由各县（市、区）医疗保障部门按年度进行考核确定。

第二十二条 参保居民的治疗费用已获得商业保险等赔付的部分，不得再纳入基本医疗保险报销。但自愿在获得商业保险等赔付后，将剩余合规医疗费用纳入基本医疗保险结算的，不计起付标准，直接按报销比例支付。

第二十三条 一个保险年度内，居民医保待遇的有效期限执行以下规定：

（一）参保居民按年度连续参保缴费的，从次年起，每年住院治疗费报销比例提高 0.5 个百分点，提高比例最高不超过 5 个百分点，累计最高报销比例不超过 95%。

（二）达州市外户籍的新入学学生，在入学 30 日内缴纳当年医保费的，从入学之日起享受当年居民医保待遇；预缴次年度医保费的，从次年 1 月 1 日起享受次年居民医保待遇。

（三）符合本办法第十条规定的特殊情形，在特殊情形发生后 90 日内参加居民医保的，缴费当日起享受当年居民医保待遇；超过 90 日的，从缴费之日起 30 日后享受当年居民医保待遇。

（四）新生儿自出生之日起 90 日内参加出生当年居民医保的，从其出生之日起享受当年居民医保待遇；超过 90 日参保的，从缴费之日起 30 日后享受当年居民医保待遇。

第四章 就医管理和费用结算

第二十四条 居民医保实行定点医药机构就医购药管理。定点医药机构实行协议管理，并执行分级动态管理、年度考核等制度，引入淘汰退出机制。

市、县（市、区）医疗保障部门组织本级医保经办机构与定点医药机构按年度签订医疗保险服务协议，明确双方的权利和义务。

第二十五条 定点医药机构须配备专职或兼职管理人员，与医保经办机构共同做好医疗服务管理工作。对参保人员的医疗费用由专职财务人员实行单独建账，并按要求真实、及时、准确地向医保经办机构提供参保人员就医购药等信息。

第二十六条 建立全市统一的医保信息管理系统，实行全市范围联网结算。

参保居民当年发生的医疗费用，申报支付截止时间为次年6月30日。逾期不申报支付的，视为自动放弃。

第五章 基金管理

第二十七条 居民医保基金纳入社会保障基金财政专户管理，单独列账，不得挤占挪用。

第二十八条 居民医保费的征缴、收入管理，执行《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国预算法》《社会保险费征缴暂行条例》和国家有关规定。基金的预决算和支付管理，执行市级统筹管理规定。

第六章 责任追究

第二十九条 相关单位及个人有下列行为的，按照《社会保险法》有关规定处理；涉嫌犯罪的，移交司法机关依法处理：

（一）医疗保障部门、医疗保险费征收机构、医保经办机构工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，导致医保基金遭受损失的；

（二）参保居民采用弄虚作假、冒名顶替等手段骗取医保基金的；

（三）定点医药机构为参保居民提供或伙同弄虚作假、伪造病案、冒名顶替骗取医保基金的。

第七章 附 则

第三十条 居民医保和职工医保关系相互转移接续执行以下规定：

（一）居民医保转为职工医保的，自缴费之日起享受职工医保待遇，其在就业年龄内的居民基本医疗保险缴费年限，按当年实际缴费额与当年灵活就业人员参加职工基本医疗保险缴费额的比值为标准，折算为职工基本医疗保险缴费年限。

（二）职工医保转为居民医保的，自缴费之日起享受居民医保待遇。职工医保的实际缴费年限，计入居民医保缴费年限。

第三十一条 市医疗保障部门、市财政部门根据国家和省有关规定，结合本地经济社会发展水平、基金运行情况和医疗费用

增长等因素，可对参保范围、缴费标准、待遇标准、结算方式等提出调整建议，报市政府同意后执行。

第三十二条 本暂行办法下列用语的含义：

“用人单位”，是指国家机关、事业单位、社会团体、各类企业、民办非企业单位、个体经济组织；

“在校学生”，是指各类普通高等学校、普通中小学校、高等职业学校、中等职业学校、特殊教育学校的全日制在校学生；

“特困人员”，是指无劳动能力、无生活来源和无法定赡养、抚养、扶养义务人或者其法定义务人无履行义务能力的城乡老年人、残疾人以及未满 16 周岁的未成年人；

“重点优抚对象”，是指经退役军人事务部门批准，享受抚恤和生活补助的优抚对象，包括“三属”（烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属）、“三红”（在乡退伍红军老战士、西路红军老战士和红军失散人员）、残疾军人、在乡老复员军人（指 1954 年 10 月 31 日之前入伍，后经批准从部队复员的人员）和带病回乡退伍军人（在服现役期间患病，尚未达到评定残疾等级条件并有军队医院证明，从部队退伍的人员）、参战参试退役人员、60 周岁以上农村籍退役士兵、60 周岁以上烈士子女（含被错杀平反人员子女）。

“重度残疾人”，是指持有《中华人民共和国残疾人证》且残疾等级在二级以上（含二级）的城乡居民。

“建档立卡贫困人口”，是指精准扶贫工作中的建档立卡贫困

人口，包括脱贫后仍享受扶贫政策的贫困人口。

“城乡居民最低生活保障对象”，是指城乡低保对象。

“一类门诊特殊疾病”，是指符合临床医学标准规定，诊断明确，主要依赖药物在门诊长期治疗的疾病。包括：甲状腺功能亢进或减退，年度内最高支付限额 800 元；高血压病（Ⅱ、Ⅲ级）、Ⅱ型糖尿病，年度内最高支付限额 1000 元；肝硬化失代偿期、再生障碍性贫血、精神病（重性精神病除外）、帕金森氏病、脑血管意外后遗症、慢性病毒性肝炎（丙肝除外）、心脏病（肺心病、高心病、冠心病、风心病、扩心病）、类风湿性关节炎、冠心病心脏介入治疗后抗血小板聚集治疗、结核病、心肌梗死介入治疗术后或冠状动脉搭桥术后、癫痫、慢性阻塞性肺疾病、小儿脑性瘫痪、支气管哮喘、原发性血小板减少性紫癜、肾病综合症、地中海性贫血、再生性贫血、肝豆状核变性，年度内最高支付限额 1300 元。

患有上述两种或两种以上疾病的可同时申办，只按支付标准最高的一种疾病支付。

“二类门诊特殊疾病”，是指符合临床医学标准规定，病情稳定后，可在门诊治疗的疾病。包括：恶性肿瘤；慢性白血病；红斑狼疮；器官或骨髓移植术后抗排斥治疗；血友病；重性精神病〔以精神分裂症、分裂情感障碍、偏执性精神病、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞为第一诊断〕；丙肝；脊髓空洞症；脊髓蛛网膜粘连；结核性脑膜炎；交通性脑积水；

慢性肾功能衰竭门诊透析治疗（费用限额 530 元/次，每周不超过 3 次）。

同时患有一类、二类门诊特殊疾病的人员，自愿选择其中一类申报。

“自费”，是指在实际发生的医疗费用中，按照有关规定不符合基本医疗保险支付范围而全部由个人支付的费用。

“自付”，是指在实际发生的医疗费用中，属基本医疗保险支付范围，并按照规定应由个人支付的费用。

“居民医保费全额标准”，是指当年参保居民个人缴费部分与财政补助部分的总和。

第三十三条 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年。《达州市人民政府办公室关于印发达州市城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知》（达市府办〔2017〕72 号）同时废止。

信息公开选项：主动公开

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委监委机关，市中级人民法院，市检察院，达州军分区。

达州市人民政府办公室

2019 年 12 月 31 日印发

