

雅安市人民政府办公室文件

雅办发〔2019〕43号

雅安市人民政府办公室

关于印发雅安市城乡居民基本医疗保险办法的通知

各县（区）人民政府，经开区管委会，市政府各部门、各直属机构，各有关单位：

《雅安市城乡居民基本医疗保险办法》已经市政府同意，现印发你们，请认真遵照执行。

雅安市人民政府办公室

2019年12月27日

雅安市城乡居民基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为完善我市城乡居民基本医疗保险制度，促进城乡居民基本医疗保障体系健康发展，维护城乡居民参加基本医疗保险和享受基本医疗保险待遇的合法权益，依据《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 城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）实行市级统筹、分级经办、属地管理，基金统收统支。全市统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一基金管理、统一定点管理。

第三条 健全以基本医疗保险为主体、其它多种形式补充保险和商业健康保险为补充的多层次医疗保障体系，支持商业保险机构参与医保经办服务；健全城乡居民大病保险制度，完善商业保险机构承办城乡居民大病保险政策和机制。

第二章 参保范围和基金筹集

第四条 下列人员可按规定参加本市城乡居民医保：

（一）具有本市户籍人员（除已经参加城镇职工基本医疗保险

险以外的所有人员)、非本市户籍在雅普通高校、职业院校(含技工院校)的全日制在校学生及取得了本市居住证的市外户籍人员;

(二)根据实际情况,可以参照适用本办法执行的其他人员。

第五条 城乡居民医保实行个人缴费和政府补贴相结合的筹资方式。城乡居民医保基金来源:

(一)参保居民个人缴费;

(二)政府补贴资金;

(三)基金利息收入;

(四)其他收入。

第六条 城乡居民医保个人缴费设置两档:第一档缴费标准按不超过全市上年度城乡居民人均可支配收入的1%确定;第二档缴费标准按不超过全市上年度城乡居民人均可支配收入的2%确定;具体缴费标准由市医疗保障部门根据全市上年度城乡居民人均可支配收入并结合基金运行情况测算确定,公布后执行。

第七条 城乡居民医保实行跨年度缴费,本年度缴纳下一年度的医保费,集中参保缴费时间为每年9月1日至12月20日,参保人员需在本年度一次性缴纳下一年度的城乡居民医保费。正常续保人员在下一年度1月1日至12月31日享受相应城乡居民医保参保待遇(以下简称“参保待遇”)。

新增户籍(含取得居住证,不含新生儿)人员应在取得户籍(居住证)之日起90日内办理参保;因与单位解除劳动关系、享受失业保险待遇期满、转业退伍、市外医保关系转入等人员按转

移接续相关规定办理参保。个人缴费金额自缴费当月起按月计算，自缴费之日起享受相应参保待遇。

新生儿自出生之日起 90 日内办理参保，个人缴费金额自出生之日起按月计算，自出生之日起享受参保待遇。

符合城乡居民医保参保条件的人员未按以上规定参保或者未按规定续保的可中途参保，个人缴费金额自缴费当月起按月计算，自缴费之日起满 90 日后享受参保待遇。

第八条 对最低生活保障家庭人员、特困供养人员参加城乡居民医保个人缴费部分，按第一档缴费标准按原有资金渠道给予补助，不足部分由各县(区)政府给予补差。

因个人意愿选择第二档参保的最低生活保障家庭人员，需个人自费补足差额后，享受第二档报销待遇。

第九条 城乡居民由户籍所在地的乡（镇）人民政府、街道办事处组织参保；普通高校、职业院校（含技工院校）全日制在校学生由学校统一组织参保并代收代缴城乡居民医保费；取得居住证的外地户籍人员由个人到取得居住证所在地社区、乡（镇）村参保缴费。城乡居民医保实行个人实名参保登记，自愿选择缴费档次。

第十条 城乡居民医保费一经缴纳原则上不予退还。

第三章 基金管理

第十一条 城乡居民医保基金的管理，按照国家、省、市社会保险基金管理的有关规定执行。城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户统一管理，单独列账，专款专用，并按照规定接受财政、审计部门的监督。

第十二条 城乡居民医保基金通过预算实现收支平衡。基金出现收不抵支，不能正常支付待遇时，由市、县（区）人民政府按财政管理体制给予补贴，具体方案由市医疗保障部门商财政部门制定，报经市人民政府批准后执行。

第四章 参保待遇

第十三条 按规定参保缴费且在待遇享受期内的参保人员，可按本办法规定享受住院、特殊疾病门诊、普通门诊和大病保险待遇。

第十四条 符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用，按照本办法规定在城乡居民医保基金中支付。其中，使用乙类药品、支付部分费用的诊疗项目及医疗服务设施标准发生的医疗费，由参保人员个人先自付 20%后，其余 80%纳入城乡居民医保基金支付范围，按本办法规定支付；医用材料的支付办法由市医疗保障部门另行制定。

第十五条 城乡居民医保基金支付住院医疗费设立起付标准，符合支付范围、起付标准以上的住院医疗费由城乡居民医保

基金按比例支付，剩余部分由参保人员个人自付。

（一）市内定点医疗机构住院医疗待遇。

1.起付标准。政府举办的社区卫生服务中心、乡（镇）卫生院为 100 元，一级医疗机构为 200 元，二级医疗机构为 500 元，三级医疗机构为 800 元。未定级医疗机构参照二级医疗机构标准执行。

参保的住院患者由低级别的定点医疗机构转往高级别的定点医疗机构，需补足起付标准差额，由高级别定点医疗机构转往低级别的定点医疗机构，不再另计起付标准。

2.支付比例。

第一档：政府举办的社区卫生服务机构、乡（镇）卫生院为 92%，一级医疗机构为 80%，二级医疗机构为 78%，三级医疗机构为 70%。

第二档：政府举办的社区卫生服务机构、乡（镇）卫生院为 92%，一级医疗机构为 85%，二级医疗机构为 83%，三级医疗机构为 75%。

未定级医疗机构参照二级医疗机构标准执行。

（二）市外省内定点医疗机构住院医疗待遇的起付标准和支付比例均不分定点医疗机构级别。

1.起付标准：1000 元。

2.支付比例：第一档为 55%；第二档为 60%。

（三）在省外国内（不含港澳台地区）定点医疗机构住院医

疗待遇的起付标准和支付比例均不分定点医疗机构级别。

1.起付标准：1200 元。

2.支付比例：第一档为 45%；第二档为 50%。

（四）起付金额在一个自然年度内依次按比例递减，第一次住院按起付标准的 100%执行，第二次住院按起付标准的 70%执行，第三次及以上住院按起付标准的 40%执行。

（五）参保人员因恶性肿瘤、精神病或慢性肾功能不全需透析治疗在市内定点医疗机构住院治疗的，一个自然年度内只计算一次起付标准，以参保人员该年度所住最高级别医院起付标准执行。

第十六条 参保人员的生育住院医疗费用参照生育保险规定标准，第一档按 45%支付、第二档按 50%支付。

第十七条 参保人员在政府举办的社区卫生服务中心、乡（镇）卫生院及各级公立医院住院治疗中使用中药饮片治疗的，中药饮片费用报销比例提高 5 个百分点。

第十八条 参保人员在市内二级及以下医疗机构和政府举办的社区卫生服务中心、乡（镇）卫生院、村卫生室所发生的普通门诊医疗费用纳入城乡居民医保基金支付范围，设立起付标准和封顶线，一个自然年度内属支付范围的普通门诊医疗费用累计超过起付标准的部分，由城乡居民医保基金按比例支付，剩余部分由参保人员个人自付。

（一）起付标准：50 元/年。

(二) 支付比例：社区卫生服务中心、乡（镇）卫生院和村卫生室为 80%，二级、一级医疗机构为 60%。

(三) 封顶线：第一档为 120 元/年；第二档为 300 元/年。

(四) 普通门诊医疗费用支付范围由市医疗保障部门另行制定。

第十九条 参保人员所患需长期依靠药物门诊治疗的慢性疾病经批准纳入特殊疾病门诊管理。特殊疾病门诊管理办法由市医疗保障部门另行制定。

第二十条 在一个自然年度内，城乡居民医保基金支付参保人员医疗费累计不得超过当年城乡居民医保基金最高支付限额。

第二十一条 城乡居民医保基金最高支付限额、起付标准、支付比例等参保待遇由市医疗保障部门根据国家有关规定、我市经济社会发展水平和城乡居民医保基金运行状况适时调整、公布、执行。

第五章 医疗服务及费用结算

第二十二条 城乡居民医保实行定点管理。市、县（区）医保经办机构根据管理服务的需要与定点医疗机构按年度签订城乡居民医保服务协议，明确双方的权利和义务。

第二十三条 坚持以病人为中心、群众自愿就医、医保政策引导、统筹城镇乡村、创新体制机制的原则，优化医疗资源合理

配置，提供更加便捷的就医条件和服务，强化医保、医药和医疗“三医联动”，逐步建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的就医制度。

第二十四条 参保人员凭社会保障卡在定点医疗机构就医和结算。定点医疗机构应当核对就医人的参保凭证和身份凭证，确保就医真实性。

第二十五条 参保人员在市内定点医疗机构、市外异地联网即时结算定点医疗机构发生的医疗费用，应由参保人员个人自付部分，由其个人缴纳；应由城乡居民医保基金支付部分，由定点医疗机构如实记录并与医保经办机构结算。

参保人员在异地非联网即时结算定点医疗机构住院以及因门诊抢救无效死亡发生的门诊医疗费用先由个人垫付，在医疗终结后90日内，由参保人或被委托人持相关有效凭据到参保地医保经办机构或其指定、委托的经办点办理审核结算。

第二十六条 建立城乡居民医保基金付费总额控制制度。实行总额控制为基础，按病种付费、按项目付费、按次付费等多种付费方式相结合的综合支付方式。

第六章 组织管理与职责

第二十七条 县（区）人民政府负责辖区内城乡居民医保的组织参保、基金筹集和征缴等工作；乡（镇）人民政府、街道办

事处具体负责辖区内城乡居民医保的参保、基金征缴、信息变更、政策宣传等工作。市人民政府将城乡居民医保组织参保和基金征缴等工作纳入对县（区）人民政府的年度目标责任考核；县（区）人民政府将城乡居民医保组织参保、基金征缴等工作纳入对乡（镇）人民政府、街道办事处的年度目标责任考核。

第二十八条 各相关部门、单位各司其职相互配合共同做好城乡居民医保工作。

（一）市医疗保障部门是城乡居民医保工作的主管部门，具体负责城乡居民医保实施细则、经办规程及相关配套政策的制定和完善，支持商业保险机构参与城乡居民医保经办服务。市、县（区）医疗保障部门按照分级管理原则分别负责基金运行、管理监督以及医保经办队伍建设。

各级医保经办机构按照分级管理原则负责医保政策执行、医保基金管理、医保费用结算等经办业务，负责辖区内定点医疗机构协议管理工作。

（二）税务部门负责城乡居民医保费用的征收管理，负责征缴资金到账信息核对，及时将征缴明细信息传递给医疗保障部门，做好与国库部门的对账工作。

（三）市、县（区）财政部门负责医疗保障部门工作经费的预算和保障、政府补贴资金的筹集、对基金财政专户的监督管理等工作。

（四）本市行政区域内的普通高校、职业院校（含技工院校）

负责统一办理其全日制在校学生的代收代缴和政策宣传等工作。

(五)市、县(区)发展改革、教育、民政、卫生健康、公安、审计、市场监管、残联等有关部门和单位,按照各自职责分工协同实施本办法。

第七章 法律责任

第二十九条 定点医疗机构违反《中华人民共和国社会保险法》规定的,由医疗保障部门依法处理;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第三十条 以欺诈、伪造材料或者其他手段骗取参保待遇的,由医疗保障部门依照《中华人民共和国社会保险法》规定进行处理;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第三十一条 医疗保障部门以及医保经办机构工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守,造成城乡居民医保基金损失的,依法给予处分;构成犯罪的,移交司法部门,依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第三十二条 本办法自2020年1月1日起施行,有效期5年。原《雅安市城乡居民基本医疗保险办法(试行)》(雅办发〔2017〕40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，雅安军分区，川农大，雅职院。

雅安市人民政府办公室

2019年12月30日印发
