

黔南布依族苗族自治州人民政府 办公室文件

黔南府办发〔2019〕27号

黔南州人民政府办公室 关于印发黔南州城乡居民基本医疗保险 实施办法（试行）的通知

各县（市）人民政府，州有关部门（单位）：

《黔南州城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》已经州政府研究同意，现印发你们，请认真抓好贯彻落实。

黔南州人民政府办公室

2019年12月29日



黔南州城乡居民基本医疗保险 实施办法（试行）

第一章 总则

第一条 为建立我州统一的城乡居民基本医疗保险（以下简称：“城乡居民医保”）制度，根据国家、省相关要求，结合我州实际，制定本实施办法。

第二条 黔南州行政区域内的除已经参加城镇职工基本医疗保险人员外的城乡居民，均参加城乡居民医保。

第三条 城乡居民医保实行州级统筹、县级经办。全州实行统一的城乡居民医保政策制度和基金管理。

第二章 参保登记

第四条 符合参保条件的城乡居民，根据属地管理和“先登记，后缴费”原则参加城乡居民医保，在医保经办机构或其委托部门办理参保登记手续：

（一）城乡居民原则上在户籍地参保；

（二）未在户籍地参保的异地常住人口，可凭居住证在居住地参保；

（三）在校大中专学生以学校为单位在学校所在地参保；

（四）新生儿可在户籍地或父母居住地参保；

(五)非从业的港澳台同胞和外籍人员,可凭港澳台居民来往内地通行证、护照以及居住地公安机关出具的居住证明在居住地参保。

(六)公安监管场所被监管人员和监狱服刑人员按照属地原则,由当地公安、监狱部门以监狱(所)年末监管数、押犯数或者核定监管数、押犯数按规定向监狱(所)所在地县(市)医保经办机构统一办理参保登记。具体办法由州医疗保障局商有关部门另行制定。

第五条 城乡居民不得重复参加城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险;在没有办理终止城乡居民医保相关手续前,不得参加城镇职工基本医疗保险。

第三章 保险费缴纳

第六条 城乡居民医保参保费用由税务部门依法依规予以征收,城乡居民可以通过税务部门公告的多种途径完成自主缴费。

第七条 城乡居民医保基金坚持多渠道筹资,实行个人缴费与政府补助相结合的筹资方式,鼓励有条件的集体、单位、其他社会经济组织或个人给予扶持或资助。

第八条 城乡居民医保执行全省统一的个人缴费标准和政府补助标准。具体标准根据国家、省政策确定。

第九条 城乡居民医保政府补助资金按照财政事权与支出

责任相适应的原则，由各级财政按规定比例负担。各级政府补助资金纳入同级财政年度预算安排，应当按规定及时、足额拨付到位。

第十条 城乡居民医保个人按自然年度缴费，采用以集中征缴为主，零星缴费为补充的参保缴费方式。城乡居民应在当年9月1日至12月31日集中征缴期内缴纳次年城乡居民医保参保费用。

（一）2020年度集中征缴期延长至次年2月底，2021年度起城乡居民医保征缴按新的集中征缴期规定执行。

（二）在集中征缴期内缴纳次年城乡居民医保费的参保个人，按次年个人缴费标准缴纳，从次年1月1日起开始享受城乡居民医保待遇。

（三）未在集中征缴期参保的城乡居民，可以通过零星缴费方式参保，按当年个人缴费标准和政府补助标准之和缴纳参保费用，从缴费之日起60日后开始享受城乡居民医保待遇。

（四）新生儿出生当年实行动态参保，不受集中征缴期限限制，按当年个人缴费标准缴纳。监护人应当在新生儿出生后90日内为其办理参保缴费手续。在出生后90日内参保缴费的，从出生之日起享受城乡居民医保待遇；超过90日的，从缴费之日起60日后开始享受城乡居民医保待遇。

（五）建档立卡贫困人口实行动态参保，参加城乡居民医保不受集中征缴期限限制，并享受参保资助政策，个人只缴纳扣除财

政资助部分后的应缴部分。

（六）参加职工医保的人员当年转为参加城乡居民医保的，缴费标准为城乡居民当年个人缴费标准。在职工医保暂停缴费后60日内参加城乡居民医保，从缴费之日起享受城乡居民医保待遇；超过60日的，从缴费之日起60日后开始享受城乡居民医保待遇。

（七）缴费后，参保人员因各种原因提前终止城乡居民医保关系的，其所缴纳的城乡居民医保费不予退还。

第十一条 特殊困难群众参加城乡居民医保享受参保资助政策，特殊困难群众对象范围、资助标准、各级财政分担比例按医疗保障扶贫政策和医疗救助政策等相关规定执行。

第四章 基本医疗保险待遇

第十二条 城乡居民医保参保人员待遇享受期为自然缴费年度内，自待遇享受之日起至自然缴费年度最后一日止。

第十三条 城乡居民医保基金支付范围

（一）城乡居民医保基金支付范围执行全省统一的基本医疗保险诊疗目录、药品目录、医疗服务设施目录（以下简称“三目录”），三目录外的医疗费用由参保人员全额自费。国家、省、州另有政策规定的，从其规定。

（二）城乡居民医保“三目录”实行分类管理，乙类目录和特殊诊疗项目由参保人员个人先行自付，先行自付比例为10%，

剩余部分再按医保政策予以支付。特殊药品的个人先行自付比例，按照国家、省相关规定执行。

(三) 医用材料按费用分段自付，剩余部分再按医保政策予以支付。医用材料具体管理规定由州医疗保障局另行制定。

第十四条 建立城乡居民医保普通门诊统筹制度，参保人员在待遇享受期内，在二级及以下定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用，扣除个人自费部分、先行自付部分以后，剩余的医疗费用根据定点医疗机构的级别相对应的支付比例由基金支付。

普通门诊报销不设起付标准，年度最高支付限额为 400 元。支付比例如下：

项目	村卫生室 (社区卫生服务站)	一级医疗机构 (乡镇卫生院、 社区卫生服务中心)	二级 医疗 机构	州外二级 及以下 定点医院
支付比例	60%	50%	40%	30%

第十五条 建立城乡居民医保特殊疾病门诊保障制度。将适合在门诊治疗的常见、多发的慢性病和长期在门诊治疗、费用较高的重大疾病纳入特殊疾病门诊保障范围。

参保人员在待遇享受期内，发生的特殊疾病门诊医疗费用，扣除个人自费部分、先行自付部分以后，由基金按比例支付。特殊疾病门诊报销不设起付标准，根据疾病种类设立年度最高支付限额，基金支付比例如下：

项目	一级及以下 医疗机构	二级医 疗机构	三级医 疗机构	经批准 外出治疗 或购药	非经批准 外出治疗 或购药
支付比例	70%	65%	60%	50%	30%

特殊疾病门诊保障具体规定由州医疗保障局另行制定。

第十六条 参保人员在待遇享受期内，在定点医疗机构住院治疗所发生的医疗费用，扣除个人自费部分、先行自付部分以后，超过起付标准以上部分由基金按比例支付。起付标准、基金支付比例如下：

项目	一级及以下 医疗机构	二级医 疗机构	三级医 疗机构	经批准 省内 转院	经批准 省外 转院	非经批准 转外就医
起付标准 (元/次)	100	400	800	1000	1500	1500
支付比例	80%	75%	65%	55%	55%	30%

参保人员长期在州外居住的，应办理异地居住就医备案登记，按照统筹区内同类级别定点医疗机构支付政策执行。未办理异地居住就医备案登记的，按非经批准转外就医政策执行。

参保人员转诊转院和长期异地居住就医备案登记具体管理规定由州医疗保障局另行制定。

第十七条 0—18岁儿童先天性心脏病、0—18岁儿童白血病、乳腺癌、宫颈癌、终末期肾病、重性精神病、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗死、血友病A、血友病B、

I型糖尿病、甲亢、唇腭裂、地中海贫血、老年性白内障、儿童先天性尿道下裂、儿童苯丙酮尿症 25 个重大疾病实行定点救治，按定（限）额标准支付。重大疾病定点救治医疗机构和定（限）额支付标准按照整合前原重大疾病政策文件执行。

第十八条 参保人员因生育或计划生育手术所产生的政策范围内医疗费用按城乡居民医保政策支持。参保人员住院分娩当次所产生的政策范围内的新生儿检查、护理等医疗费用纳入参保人员住院医疗费用合并报销。

第十九条 参保人员因无第三责任人的意外伤害所发生的政策范围内医疗费用纳入城乡居民医保支付范围。建立意外伤害事故核查机制，确保基金安全。

第二十条 一个自然年度内，城乡居民医保（不含大病保险）统筹基金年度最高支付限额 25 万元。最高支付限额以上医疗费用城乡居民医保基金不予支付。

第二十一条 州医疗保障局可结合实际确定州外定点医疗机构，参保人员在确定的州外定点医疗机构就医，可参照州内同类级别医疗机构支付政策执行。

第二十二条 城乡居民医保参保人员在非定点医疗机构就诊（急诊除外）所发生医疗费用，城乡居民医保基金不予支付。

第二十三条 大学生门诊医疗费补助政策由州医疗保障局另行制定。基层定点医疗机构一般诊疗费和家庭医生签约服务费按相关政策规定执行。

第二十四条 对有专项资金补助或医疗机构减免费用的疾病，参保人员住院治疗后，发生的医疗费先按照城乡居民医保政策报销，剩余部分的费用由相关部门在政策范围内予以补助和减免。

第五章 大病保险

第二十五条 建立城乡居民大病保险制度。大病保险筹资标准原则上不低于城乡居民医保当年筹资总额的 5%，参保人员个人不缴纳大病保险费。具体标准根据国家和省有关政策规定并结合本地实际确定。

一个自然年度内，大病保险起付标准计算一次，为 7000 元，今后根据经济社会发展情况和大病保险运行情况适时调整。参保人员所发生的特殊疾病门诊、普通住院和重大疾病救治的政策范围内医疗费用，在基本医疗保险统筹基金支付后，个人累计负担费用超过大病保险起付线以上的部分，由大病保险分段进行支付，最低档不低于 60%。大病保险年度最高支付限额为 25 万元。

第二十六条 实行特殊困难群众大病保险待遇倾斜政策。其中，建档立卡贫困人员和特困供养人员大病保险起付标准在普通居民基础上降低 50%，各档支付比例提高 5 个百分点，取消大病保险封顶线。

第二十七条 城乡居民大病保险原则上委托商业保险机构承办。坚持公开、公平、公正和诚实信用的原则，建立健全招投标

机制，规范招投标程序。在正常招投标不能确定承办机构的情况下，由州医疗保障局根据实际情况提出意见报州人民政府批准。

第二十八条 按照保本微利原则，通过平等协商，完善风险分担机制。商业保险机构因承办大病保险出现超过合同约定的结余，应当返还至城乡居民医保基金；因政策性原因导致商业保险机构亏损的，由城乡居民医保基金和商业保险机构合理分担；非政策性亏损由商业保险机构承担。

城乡居民大病保险具体政策由州医疗保障局另行制定。

第六章 医疗救助

第二十九条 建立城乡医疗救助制度。整合特殊人群资助参保资金渠道，统一归口到医疗救助资金管理。城乡医疗救助资金主要用于城乡医疗救助对象的以下支出：

- （一）资助参保费用；
- （二）门诊救助费用；
- （三）基本住院救助费用；
- （四）重大疾病医疗救助费用。

城乡医疗救助具体政策由州医疗保障局会同其他相关职能部门另行制定。

第七章 就医管理

第三十条 城乡居民医保定点医疗机构按照属地管理原则分

级准入、分级管理，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。民营医疗机构享有公立医疗机构同等待遇。定点医疗机构评估规则由州医疗保障局另行制定。

第三十一条 建立健全医保部门与定点医药机构的谈判协商机制和风险分担机制，引导定点医药机构规范服务行为，控制医药费用不合理增长。

第三十二条 参保人员就医时须持有效居民身份证（或户口簿），特殊疾病门诊就医时还须持《门诊特殊病就医证》。县域内就诊时实行先诊疗后付费。

参保人员在开通即时结算的各级定点医疗机构就诊，应当在定点医疗机构直接结算，只需支付应当由个人负担的部分，应由城乡居民医保基金支付的部分，医保经办机构与定点医疗机构直接联网结算。

参保人员在未开通即时结算的各级定点医疗机构就诊，所产生的医疗费用先由本人垫付，提供发票原件、费用清单、诊断证明等相关材料，到参保地医保经办机构报销。

第三十三条 参保人员所发生跨年度医疗费用，有连续的参保缴费关系，所有医疗费用以治疗终结所在年度计算待遇；没有连续的参保缴费关系，医疗费用按日清单分年度分别计算待遇。

第三十四条 完善异地就医直接结算管理，以流动人口和随迁老人需求为重点，进一步简化备案类型、备案条件、申报材料，优化简化备案程序，利用电话、网络、手机APP等方式，提供便

捷备案服务。

第八章 基金管理

第三十五条 原城镇居民基本医疗保险基金和新型农村合作医疗基金整合为统一的城乡居民医保基金。各级医疗保障部门设立城乡居民医保基金支出户，州级财政部门设立财政专户。城乡居民医保基金实行“收支两条线”管理，统收统支，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，独立核算，专款专用，任何单位和个人不得挤占、挪用。

第三十六条 加强基金预决算管理，按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，合理控制城乡居民医保基金当年结余率和累计结余率。不断提升基金管理绩效，提高使用效率。

第三十七条 城乡居民医保基金由以下收入构成：

- （一）城乡居民个人缴费收入；
- （二）政府补助资金收入；
- （三）基金利息收入；
- （四）其他渠道收入。

第三十八条 城乡居民医保基金用于以下支出：

- （一）政策范围内门诊医疗费支出；
- （二）政策范围内住院费用支出；
- （三）政策范围内特殊药品购药支出；
- （四）城乡居民大病保险费支出；

(五) 国家和省规定的其他费用支出。

第三十九条 基金当年入不敷出时，按以下递进顺序筹集资金以保障基金支付：

- (一) 动用历年滚存结余；
- (二) 申请使用风险调剂基金；
- (三) 同级财政部门给予补助。

第九章 基金监督

第四十条 建立健全城乡居民医保业务、财务、基金安全和风险管理、内部审计等各项制度，严格履行城乡居民医保服务协议，加强对定点医药机构履行服务协议情况的日常管理和检查。

第四十一条 加强城乡居民医保基金监督管理，要充分利用督查、专项治理、飞行检查等方式，保持打击欺诈骗取医保基金的高压态势。畅通监督举报渠道，完善举报奖励、诚信管理和责任追究等监管机制，鼓励社会力量参与监督。加强协议处罚与行政处罚、行政执法与刑事司法的衔接，推进依法监督和部门联动综合监督，确保基金安全。对违反《中华人民共和国社会保险法》有关规定和基本医疗保险政策骗取、套取城乡居民医保基金的行为，依法依规严厉查处。

第四十二条 完善医疗保险智能审核监控机制，开展对门诊、住院等各类医疗服务行为的监控，动态调整智能审核监控规则，合理设置监控指标，规范监控标准，提高监控质量与效率。

第十章 保障措施

第四十三条 按照分级负责原则，州人民政府及各县（市）人民政府负责解决经办人员、平台建设、业务经费、资金保障等。各乡镇人民政府（街道办事处）负责宣传、动员、引导、组织城乡居民参保、缴费。州级医保部门负责城乡居民医保基本政策制定和基金预决算编制，并组织实施，负责对县级医保部门业务的指导、监督和考核。县级医保部门负责城乡居民医保参保登记及相关信息推送，负责各项待遇审核支付以及经办服务。财政部门负责完善基金财务制度，落实财政补助政策，会同相关部门做好基金监管工作。税务部门负责建立完善城乡居民医保费征缴机制，足额及时征收参保费用。卫生健康部门负责做好医疗行业管理、规范医疗行为，配合做好基本医疗保险支付方式改革，督促指导医疗机构做好医疗服务工作。民政、残联和扶贫部门负责职责范围内资助参保对象的身份认定，配合做好特殊群体资助参保工作。教育部门负责督促学校加大政策宣传力度，积极引导学生参保。公安部门负责居住证的申请受理、制作、发放、签注等证件管理工作。银保监部门负责对参与经办服务的商业保险机构从业资格审查、服务质量和市场行为的监督。大数据管理部门负责配合做好医保信息化建设工作。

第四十四条 加强城乡居民医保经办队伍和服务能力建设，以县、乡镇、街道（社区）为重点，确保医保经办机构工作正常

运转，保证人员稳定。

第四十五条 加大财政投入力度，保障必要的工作经费和医保信息系统维护经费。将城乡居民医保工作经费列入各级财政年度预算。工作经费用于医保医师、相关专家聘用费用以及涉及医疗管理、宣传发动、日常办公等医保常规工作相关支出，确保医保工作的正常开展。

第四十六条 全省统一信息系统投入使用前，城乡居民医保使用现有新型农村合作医疗信息系统。

医保部门按照城乡居民医保政策完成系统调试改造，做好基础数据比对清理，确保并行系统中城乡居民医保数据可交换、可共享、可监控，确保参保人员基础信息的唯一性、准确性，避免重复参保，切实保障参保人员医疗待遇。

第四十七条 要完善管理运行机制，改进服务手段和管理办法，优化经办流程，提高管理效率和服务水平，推进基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。

第十一章 附则

第四十八条 本办法未尽事宜，由州医疗保障局另行补充规定。根据黔南州经济社会发展和城乡居民医保实际运行情况，由州医疗保障局适时对办法进行调整。

第四十九条 国家、省对城乡居民医保政策有新的规定时，从其规定。

第五十条 本办法自 2020 年 1 月 1 日正式实施。

黔南州人民政府办公室

2019 年 12 月 30 日印发

共印 2 份