

宝鸡市人民政府文件

宝政发〔2019〕23号

宝鸡市人民政府 关于印发《宝鸡市城乡居民基本医疗保险 实施办法》的通知

各县、区人民政府，市政府各工作部门，各直属机构：

《宝鸡市城乡居民基本医疗保险实施办法》已经市政府研究同意，现印发给你们，请认真抓好落实。

宝鸡市人民政府

2019年12月23日

宝鸡市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为整合完善全市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，保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益，促进医疗保障体系持续健康发展，根据国务院《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）和陕西省人民政府办公厅《关于统一城乡居民基本医疗保险提升服务效能的实施意见》（陕政办发〔2016〕79号）精神，结合我市实际，制定宝鸡市城乡居民基本医疗保险实施办法（以下简称《办法》）。

第二条 整合完善城乡居民医保制度的基本原则：

（一）坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续，促进医疗保障水平与我市经济社会发展水平相适应。

（二）坚持“筹资就低不就高、待遇就高不就低、目录就宽不就窄”的原则，建立起城乡统一的居民基本医保制度。

（三）坚持统筹城乡、保障公平，促进城乡居民公平享有医疗保障权益。

（四）坚持协同推进、有效衔接，实行医保、医疗、医药三医联动，促进基本医疗保险、大病保险、医疗救助、商业健

康保险等制度多层次发展。

第三条 城乡居民医保制度实行覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理等市级统一。

第四条 市医疗保障行政部门负责本市城乡居民医保制度的组织实施和管理。市医疗保障经办机构负责本市城乡居民医保制度的落实，指导县（区）经办服务工作。

税务部门负责城乡居民医疗保险费征缴管理；民政、卫健、退役军人事务、扶贫、残联等部门负责每年集中缴费期前，向税务部门提供相关管理对象基础信息；财政部门负责城乡居民医保基金财政补助、医疗救助资金划拨、财政专户管理核算、医保基金监管等工作，会同相关部门制定和落实财政补助政策；人社部门负责社会保障卡的发行及其运行信息网络保障；卫健部门负责医疗机构医疗服务行为和质量的监管；审计部门负责做好基金审计监督工作；公安部门协助医保部门做好参保人员信息核查，依法打击涉及医疗保障领域的欺诈骗保犯罪；机构编制部门负责做好机构设置、编制配备及调整工作。

第五条 各县（区）人民政府应将城乡居民医保工作纳入本县（区）经济社会发展规划，加强组织领导，确保制度落实。县（区）医疗保障部门负责本行政区域内的城乡居民医保管理工作，医疗保障经办机构具体负责本行政区域内城乡居民医保经办工作，并做好基层业务指导工作。

第二章 覆盖范围及参保缴费

第六条 城乡居民医保参保对象为具有本市户籍或在本市长期居住（取得居住证），除城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）应参保人员以外的其他所有城乡居民，参保形式为以家庭（院校）为单位整体参保，具体包括以下人员（以下简称“参保人员”）：

1. 18 周岁以上，无固定工作单位、且未参加职工医保的城乡居民（以下简称“城乡居民”）；

2. 18 周岁以下，本市各类在校中小學生及婴幼儿，非本市户籍参加本市职工医保人员的 18 周岁以下未成年子女（以下简称“学生儿童”）；

3. 在本市行政区域内各类全日制普通高等学校、科研院所、中等专科院校（包括民办高校、独立学院、成人院校）中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、研究生（以下简称“大学生”）。

第七条 城乡居民凭居民身份证或户口簿、居住证等相关资料到所在县（区）经办机构或街（镇）、社区（村）办理参保登记手续，并按规定缴纳城乡居民医疗保险费。大学生参保以学校为单位，由学校统一组织参保，并代收代缴城乡居民医疗保险费。

第八条 城乡居民、学生儿童按年度缴费，根据省、市规

定集中缴纳次年城乡居民医疗保险费，在集中缴费期内参保缴费的，待遇享受期为次年1月1日至12月31日；大学生按学年缴费，待遇享受期为每年9月1日至次年8月31日。以上待遇享受期统称为“一个待遇年度”。

第九条 新生儿出生当年以自然人身份随父母一方参保登记，当年不缴费，享受出生当年的医保待遇。次年起以自然人身份参保缴费。

第十条 当年退役士兵、未就业的本市户籍高校毕业生、刑满释放人员参加城乡居民医保缴纳当年医疗保险费的，自缴费到账次月起享受当年度城乡居民医保待遇。

第十一条 职工医保参保人员，于暂停职工医保缴费90日内转入城乡居民医保、缴纳当年城乡居民医疗保险费的，自暂停职工医保缴费之日起享受当年城乡居民医保待遇。

第十二条 除本办法第九、十、十一条所列人群外，在集中缴费期以后参保、缴费的人员，按当年城乡居民医保筹资标准，全额缴纳当年城乡居民医疗保险费(包括政府补助部分)，并设置90天的待遇等待期，待遇等待期内产生的医疗费用医保基金不予支付。

第十三条 参保人员在待遇享受期内转入职工医保的，自享受职工医保待遇之日起，不再享受居民医保待遇。

第十四条 城乡居民医保实行个人缴费和各级政府补助相结合为主的筹资方式，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给

予扶持或资助。根据经济社会发展和居民收入水平，建立结构统一、分担合理的动态筹资调整机制。

特困人员（城市“三无”、农村“五保”）参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分由医疗救助资金全额资助；最低生活保障对象、优抚对象及计划生育家庭成员参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分实行定额资助，资助资金由相关部门根据缴费凭证及相关信息资料按原渠道发放。逾期缴费或补缴参保费用的，不享受资助政策。脱贫攻坚期内，农村建档立卡贫困人口参保个人缴费部分，按中省相关规定由财政给予定额补助。

第三章 基金管理

第十五条 建立城乡居民医保基金，基金由个人缴费、政府补助、利息和按规定纳入的其他收入构成。

第十六条 城乡居民医保基金实行统一征缴、统一支付，全市基金收入全额纳入市医疗保障基金财政专户，实行“收支两条线”管理，基金独立核算、专户管理、专款专用，任何单位和个人不得挤占或挪用。

第十七条 城乡居民医保基金实行市级统筹、总额控制、分县（区）记账。市医保经办机构负责全市城乡居民医保基金的预决算和管理，对各县（区）城乡居民医保基金收支情况单独核算、分县（区）记账，对全市城乡居民医保基金运行进行

动态监测和风险预警，按季提交基金运行动态监测报告，并根据监测分析结果提出建议。

第四章 就医管理

第十八条 参保人员凭本人社会保障卡或居民身份证至定点医疗机构就医。

第十九条 参保人员在本市行政区域内定点医疗机构住院，实行基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度。

第二十条 危急重症、精神类疾病、急性重大传染病、恶性肿瘤等特殊情况的患者和政策规定其他必须定点收住的患者，不受本市分级诊疗制度限制。

第二十一条 因恶性肿瘤放化疗、肾透析、骨折愈合拆除钢板等须间隔多次住院治疗的患者，可选择原就医定点医疗机构进行治疗，不受本市分级诊疗制度限制。

第二十二条 65 岁以上老年人、孕产妇、5 岁以下儿童，不受本市分级诊疗制度限制；定点医疗机构所在社区居民，可就近选择具有相应技术能力的定点医疗机构进行就诊。

第二十三条 参保人员长期在本市行政区域外（以下简称异地）居住或因病情需要转往异地就医的，应按中、省相关规定进行异地就医登记备案后，就诊就医。

第二十四条 参保人员在本市行政区域外发生外伤住院治疗的，外伤原因核实由参保地医疗保障经办机构负责；在本市行政区域内发生外伤住院治疗的，外伤原因核实由外伤发生地县（区）医疗保障经办机构负责。

第五章 医保待遇

第二十五条 城乡居民参保人员医保待遇主要包括普通门诊待遇、门诊慢特病待遇、住院待遇。在一个待遇年度内发生的符合城乡居民医保支付范围的医疗费用，基金按规定支付。

第二十六条 普通门诊待遇。

在本市行政区域内医保定点的镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、高校内设卫生室（所）发生的符合规定的门诊医疗费用实行门诊统筹，由城乡居民基本医疗保险基金按规定支付。具体政策由市医疗保障行政部门会同相关部门另行制定。

第二十七条 门诊慢特病待遇。

（一）将恶性肿瘤门诊放化疗、慢性肾功能衰竭腹膜透析或血液透析、器官移植后的抗排异反应、慢性再生障碍性贫血、白血病、肝硬化（失代偿期）、系统性红斑狼疮、运动神经元病、帕金森氏病（震颤麻痹）、精神分裂症、血友病及原发性高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、糖尿病（含 I 型糖尿病）、脑梗塞后遗症、脑出血后遗症、多耐药性肺结核、慢性活动性肝炎、慢

性肾小球肾炎、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、类风湿性关节炎、慢性肺源性心脏病、癫痫、支气管哮喘、风湿性心脏病、慢性肾功能不全、慢性肾盂肾炎、银屑病、白塞氏综合症、阿尔茨海默病、强直性脊柱炎、大骨节病、中（重）度氟骨病、慢型克山病等疾病纳入城乡居民医保门诊慢特病保障范围。

（二）将慢性丙型肝炎门诊干扰素治疗及学生儿童发生的苯丙酮尿症纳入城乡居民医保门诊慢特病保障范围。

（三）纳入城乡居民门诊慢特病保障范围的门诊医疗费用，起付标准以上、基金支付限额以下部分，由城乡居民基本医疗保险基金按规定支付。

第二十八条 住院待遇。

参保人员住院发生的医疗费用，起付标准以上、基金支付限额以下部分，由城乡居民基本医疗保险基金按规定支付。

（一）起付线

1. 城乡居民在本市行政区域内定点医疗机构住院起付线标准为：一级医疗机构（含镇卫生院、社区卫生服务中心，下同）400 元，二级医疗机构 800 元，三级医疗机构 2000 元；学生儿童、大学生在本市行政区域内定点医疗机构住院起付线标准为：一级医疗机构 200 元，二级医疗机构 400 元，三级医疗机构 1000 元。

2. 参保人员在本市行政区域内定点医疗机构住院且医疗费用超过起付线标准时，按本市分级诊疗制度要求由一级或二级定点医疗机构转往三级定点医疗机构住院治疗的，三级定点医

疗机构起付线执行两级定点医疗机构起付线差额部分；由三级定点医疗机构住院下转的，个人不再支付一级或二级定点医疗机构起付线费用。

3. 长期在异地居住的男满 60 周岁、女满 55 周岁的城乡居民及在异地务工的城乡居民、随其生活的学生儿童，办理了异地就医登记备案的，在登记备案就医地住院起付线标准为：一级医疗机构 400 元，二级医疗机构 800 元，三级医疗机构 2000 元。

4. 异地转诊转院人员和其他异地就医人员，在异地定点医疗机构住院，住院起付线标准为：城乡居民 2700 元，学生儿童、大学生 1400 元。

5. 一个待遇年度内，参保人员因患恶性肿瘤、尿毒症、精神病、慢性再生障碍性贫血、脑瘫、系统性红斑狼疮、器官移植后抗排斥反应治疗、耐药性肺结核、肝硬化（失代偿期）等特殊疾病，多次在本市行政区域内同一定点医疗机构（二级以上，含二级）住院的，个人只需支付一次起付线费用。

（二）基金支付比例

1. 参保人员按本市分级诊疗制度要求，在本市行政区域内定点医疗机构住院，基金支付比例为：一级医疗机构 90%，二级医疗机构 78%，三级医疗机构 62%；未按本市分级诊疗制度要求办理转诊转院手续的，在三级定点医疗机构住院，基金支付比例降低 30 个百分点。

2. 参保人员在异地居住的男满 60 周岁、女满 55 周岁的城

乡居民及在异地务工的城乡居民、随其生活的学生儿童，办理了异地就医登记备案的，在登记备案就医地住院，执行我市行政区域内定点医疗机构住院基金支付比例。

3. 因治疗需要、办理了异地转诊转院手续在本市行政区域外定点医疗机构住院的，基金支付比例为 60%。

4. 未办理异地就医登记备案或异地转诊转院手续，因急诊急救在本市行政区域外医疗机构住院的，基金支付比例降低 10 个百分点；非急诊急救在本市行政区域外定点医疗机构住院的，基金支付比例降低 30 个百分点。

5. 参保人员住院期间的门诊和外购药品费用、非急诊急救在非医保定点医疗机构住院发生的医疗费用，基金不予支付。

（三）参保人员符合国家计划生育政策的生育住院医疗费用，纳入基金支付范围

第二十九条 按照“定医疗机构、定责任医师、定零售药店”原则，加强对定点医疗机构、定点零售药店国家谈判药品管理，畅通采购渠道，确保国家谈判药品顺畅供应和合理使用。

第三十条 参保人员一个待遇年度内发生的医疗费用，基本医疗保险基金累计支付不超过 13 万元。

第三十一条 在城乡居民基本医疗保险基础上，建立全市统一的城乡居民大病保险制度。一个待遇年度内，参保人员发生的基金支付范围内的住院的医疗费用，在享受基本医疗保险待遇基础上，个人自付费用超过大病保险起付标准以上部分，

由大病保险按规定支付。

第三十二条 在其他统筹地区已参加城乡居民医保或职工医保的，医疗保险待遇不得重复享受。

第六章 医疗服务管理

第三十三条 按照标准统一、数据集中和服务延伸的原则，建立全市统一的城乡居民医保信息系统，覆盖到街（镇）和社区（村），提升信息化支撑水平。

第三十四条 城乡居民医保定点医疗机构实行协议管理，按照“统一标准、分级管理”的原则，与职工医保定点医疗机构执行统一的协议管理办法，建立动态的城乡居民医保定点医疗机构准入退出机制，强化事中、事后监管。

第三十五条 按照每个定点医疗机构只对应一个医保经办机构的原则，渭滨区、金台区行政区域内二级甲等（含二级甲等）以上定点医疗机构，由市医保经办机构签订协议，负责结算；其余定点医疗机构根据所属行政区域由各县区医保经办机构签订协议，负责结算。

第三十六条 医保经办机构应根据定点医疗机构的实际服务能力，实行分类管理签订服务协议，并在服务协议中对医疗服务对象、双方责任、权利、义务等进行明确，对违反法律法规或服务协议约定的，依照法律法规或服务协议约定追究相关责任。

第七章 医疗费用结算

第三十七条 参保人员在本市行政区域内定点医疗机构就医，实行一站式服务、一窗口办理、一单式结算。

第三十八条 参保人员在联网结算的定点医疗机构发生的医疗费用，应由个人支付的直接与定点医疗机构结算，应由医保基金支付的由经办机构与定点医疗机构结算。

第三十九条 参保人员在非联网结算的定点医疗机构发生的住院费用，由个人先行支付，出院后在参保地医保经办机构按政策规定报销。

第四十条 城乡居民医保基金支付范围为符合国家规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目（含特殊医用材料）、医疗服务设施标准（以下简称“三个目录”）以及急诊、急救的医疗费用（以下简称“医疗费用”）三个目录中需个人支付部分，由个人先按规定比例支付后，再按规定的待遇政策执行。

第四十一条 城乡居民医保基金不予支付的费用根据《中华人民共和国社会保险法》和中、省、市相关规定执行。

第四十二条 城乡居民医保基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算制度。建立城乡居民医保基金审计制度，定期开展基金收支和管理等审计工作，保障基金安全。

第四十三条 医疗费用管理坚持“总额预算、分类管理，

合理调控、风险共担”的原则，实行总额控制下的按病种、按床日、按人头等多元复合式支付方式，形成责任共担与激励机制相结合的费用结算管理模式，提高医疗机构自我管理的积极性，引导医疗资源合理配置，提高医保基金使用效率。

第八章 相关责任

第四十四条 定点医疗机构、定点零售药店应严格遵守法律法规，履行服务协议。定点医药机构违反服务协议，造成医疗保险基金损失的，医保经办机构应根据服务协议约定，拒付或追回违规费用、放大倍数扣款，并按情节轻重给予限期整改、暂停服务协议、解除服务协议等处理。

第四十五条 医保经办机构未履行法定职责的，由医疗保障行政部门责令改正。

第四十六条 任何组织或个人，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保基金的，由医疗保障行政部门责令退回骗取的医保费用，依法给予行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第九章 附 则

第四十七条 市医疗保障行政部门根据本办法会同相关部

门制定相关配套措施。

第四十八条 市医疗保障行政部门会同市财政等部门根据中省相关要求、本市经济社会发展水平和城乡居民医保基金的实际运行情况，对有关政策待遇适时调整。

第四十九条 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2024 年 12 月 31 日。《宝鸡市人民政府关于印发城镇居民基本医疗保险实施意见的通知》（宝政发〔2007〕51 号）、《宝鸡市新型农村合作医疗协调小组关于统一全市新农合住院费用按比例报销补偿方案的通知》（宝合疗组发〔2007〕1 号）同时废止，其他相关政策规定与本办法不一致的，以本办法为准。

抄送：省医疗保障局。

市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室。

宝鸡市人民政府办公室

2019 年 12 月 24 日印发

共印 20 份

