

# 绵阳市人民政府文件

绵府发〔2017〕15号

## 绵阳市人民政府 关于印发《绵阳市城乡居民基本医疗保险 暂行办法》的通知

科技城管委会，各县市区人民政府，各园区管委会，科学城办事处，市级各部门：

《绵阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法》已经市七届政府第26次常务会议审议通过，现印发你们，请认真贯彻执行。

绵阳市人民政府  
2017年9月20日

# 绵阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法

## 第一章 总则

**第一条** 为统筹推进城乡医疗保障体系建设,建立城乡统一的居民基本医疗保险制度。根据《中华人民共和国社会保险法》和《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)等规定,结合绵阳实际,制定本办法。

**第二条** 我市行政区域内的下列人员,可参加我市城乡居民基本医疗保险(以下简称城乡居民医保):

(一)具有绵阳市户籍的城乡居民;

(二)市外户籍的在绵高校、中小学校、中等职业学校(技校)、特殊教育学校和托幼机构在册学生、在园幼儿,长期居住在绵阳市并持有《居住证》的市外户籍居民;

(三)法律、法规规定或经省、市政府批准的其他人员。

依法应当参加城镇职工基本医疗保险(以下简称职工医保)的人员,不能重复参加城乡居民医保。

**第三条** 我市城乡居民医保遵循以下原则:

(一)覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、协议管理、基金核算全面统一;

(二)广覆盖、保基本、多层次、可持续;

(三)筹资标准、保障水平与全市经济社会发展水平及各方承受能力相适应;

(四) 权利与义务相对应、个人缴费与政府补助相结合;

(五) 以收定支、收支平衡、略有结余。

**第四条** 将城乡居民医保纳入市政府目标考核,按年度进行考核和督查。县市区政府(园区管委会)、乡镇政府(街道办事处)负责做好辖区内城乡居民医保参保护面、基金征收等工作。

市、县两级人力资源和社会保障行政部门负责本行政区域内城乡居民医保行政管理和基金监管工作,加强对城乡居民医保经办工作的指导与督促检查,完善内控制度,并会同财政部门建立城乡居民医保基金预警机制和公共财政对医保基金的补偿机制;各级社保经办机构按照属地原则,负责所属辖区的参保登记、基金征收、稽核等工作;各级医疗保险经办机构,负责所属辖区内城乡居民医保基金的核算和管理、待遇审核支付和医疗服务监管等工作。

财政部门负责政府补助资金的筹集和基金监督管理。

卫计部门负责医疗机构医疗服务行为监督管理,规范医疗机构财务管理以及严重精神障碍患者身份认定。

食药监部门负责药品、医疗器械和零售药店监督管理。

民政、扶贫、残联、惠民帮扶中心等部门分别对本办法第八条所列特殊人群进行确认、组织参保、代缴保费和实行动态管理。

审计、监察、公安、发改、编制、教育、国土等相关部门按照各自职能职责协同做好城乡居民医保相关工作。

## **第二章 参保缴费及基金筹集**

**第五条** 城乡居民医保基金实行个人缴费与政府补助相结

合。主要来源：

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

**第六条** 缴费标准根据国家规定和绵阳市城乡居民人均可支配收入水平等因素确定，由市人力资源和社会保障行政部门会同市财政部门分年度适时公布。

**第七条** 城乡居民医保政府补助资金由中央、省、市、县财政补助构成，补助标准按上级规定执行。除中央、省政府补助外，应由市和县财政补助的部分，扩权试点县（市）由县级财政全额承担，绵阳城区范围由市、区财政共同承担。各级财政部门应将补助资金纳入财政预算，及时拨付到位。

**第八条** 下列人员的个人缴费部分由政府按不同标准代缴或补助，代缴（补助）资金按标准拨付到同级城乡居民社会保险基金收入户，剩余应由个人缴纳的由个人按相关程序缴纳。

（一）省定建档立卡贫困人员、特困人员供养对象、重点优抚对象、重度残疾人员全额代缴。

（二）低保对象每年补助不低于 50 元，城乡困难群众每年补助 50 元。

**第九条** 城乡居民按年度一次性缴纳基本医疗保险费，所缴城乡居民医保费不予退还。

- （一）城乡居民以家庭为单位，由户籍所在乡镇（街道）组

织参保；

(二)大中专院校的学生和其他学校(托幼机构)中非本市户籍学生(在园幼儿)由学校(托幼机构)负责组织参保。

**第十条** 城乡居民个人缴费采取银行托收方式。各级社保经办机构与相关商业银行签订托收城乡居民基本医疗保险费协议,明确双方权利义务。

**第十一条** 每年9月1日至12月31日为下年度集中参保缴费期,城乡居民应在集中参保缴费期内足额缴费,因特殊情况缴费期可延期至次年2月底,保险年度为下一年度1月1日至12月31日。

以学校、托幼机构为单位参保的在册学生和入园幼儿,初次参加城乡居民医保或参保中断后接续参保的保险年度为缴费当年9月1日至下一年度12月31日。

具有我市户籍的新生儿在出生后3个月内(含跨年度参保)缴纳当年医疗保险费,自出生之日起发生的医疗费用由基金按规定支付。

### 第三章 医疗保险待遇

**第十二条** 城乡居民医保待遇包括:住院医疗,符合计划生育政策的住院医疗,门诊慢性病和特殊重症疾病,普通疾病门诊,在册学生(在园幼儿)因在校期间发生无责任意外事故门诊治疗等医疗费用报销,以及国家、省、市规定的其他待遇等。

**第十三条** 医保待遇享受期限。

(一)城乡居民初次参保不设置待遇等待期,参保中断后接

续参保的，自在我市办理续保和缴费手续之日起，满6个月后发生的医疗费用，基金按规定予以支付。

参保居民从职工医保或从市外转入本市城乡居民医保，3个月内办理关系转移接续并缴费的自缴费到账之日起执行待遇；逾期接续医疗保险关系的按参保中断处理。

(二) 参保居民未在规定时间内缴纳医疗保险费的，视为参保中断。

(三) 新生儿在出生后3个月内未参保缴费的，从初次参保缴费之日起执行待遇。

**第十四条** 城乡居民医疗费用支付范围按照《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》、《绵阳市医疗服务价格》以及绵阳市特殊医用材料、特殊检查和治疗、医院制剂等相关目录执行。

**第十五条** 参保居民在医疗机构发生的符合城乡居民医保政策范围的住院费用、特殊重症疾病门诊费用，超过起付标准以上的按比例报销。

(一) 住院起付线标准和报销比例（见下表）

起付线 和报销 比例	定点医疗机构所在区域和等级						
	市内					市外	
	社区卫生服务 中心、乡镇卫 生院	一级、 无等级	二级	三级乙等	三级甲等	市外定点	非定点(急 救、抢救费 用)

起付线	150	300	500	600	700	1000	1200
报销比例	88%	80%	73%	68%	60%	45%	40%

(二) 下列情况减免起付标准

参保居民因艾滋病在本市定点医疗机构住院的不计起付标准。

参保居民患门诊重症疾病在定点医疗机构多次住院,经审批后一年计算一次起付标准,按年度所住定点医疗机构最高级别确定。

参保居民在一个治疗过程中因病情需要可以通过家庭医生签约服务转诊或者双向转诊。在本市由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构,只补计起付标准差额;由高级别定点医疗机构转往同级别或低级别定点医疗机构,不再另计起付标准。

(三)本市中医医院执行下一级医疗机构报销政策;鼓励其他医疗机构开展中医疗服务,住院中使用的纯中药饮片,报销比例提高5%。

(四)下列费用由参保居民自付后,再按本条第(一)款规定范围纳入基金支付:使用《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中乙类药品15%的费用;经医疗保险经办机构审批进行特殊检查、特殊治疗15%的费用。

(五)经医疗保险经办机构审批使用的特殊医用材料,根据其类别和金额,分段按比例纳入基金支付。具体支付办法由市人力资源和社会保障行政部门会同有关部门另行制定。

(六)基金对参保居民的年度累计报销金额实行最高限额支付,最高支付限额为上年度我市城乡居民年均可支配收入的6倍。跨年度住院的费用计入出院年度。最高支付限额标准由市人力资源和社会保障行政部门发布。

### **第十六条** 城乡居民生育医疗费用报销。

(一)参保人员在城乡居民医保待遇享受期内,且符合人口与计划生育政策规定的住院分娩医疗费用,按城乡居民医保住院费用政策规定实行限额报销。顺产报销额度不超过800元、剖宫产报销额度不超过1200元。

(二)因分娩发生严重并发症的,其分娩和并发症的医疗费用,按城乡居民医保住院费用政策规定报销,不再执行本条第(一)款的限额报销规定。

**第十七条** 建立城乡居民医保门诊统筹制度。参保居民在居住地门诊统筹定点医疗机构(乡镇中心卫生院、一般卫生院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站和村卫生室),发生的普通门诊医疗费用纳入城乡居民医保门诊统筹基金支付范围,并实行按比例和年度限额支付。一般诊疗费(含挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本)报销比例为100%,其他门诊费用报销比例为70%,限额标准为每人每年120元。医疗保险经办机构应对门诊统筹定点医疗机构实行总额控制。

(一)门诊统筹基金按照每人每年120元的标准从城乡居民医保基金中划拨,年末结余归集住院统筹基金;

(二)门诊统筹基金账户余额家庭成员可共用。

**第十八条** 参保居民门诊慢性病和特殊重症医疗费用纳入城乡居民医保基金支付范围。门诊慢性病和特殊重症实行定病种、定报销范围、定支付标准，具体管理办法由市人力资源和社会保障行政部门另行制定。

**第十九条** 在册学生、在园幼儿在校期间发生无责任意外事故的门诊合规医疗费用，基金支付 50%，年度每人最高支付限额为 2000 元，限当年使用。

**第二十条** 参保居民异地就医（含市外转诊）、特殊医用材料、特殊检查和治疗、按病种支付和意外伤害支付等具体管理办法，由市人力资源和社会保障行政部门另行制定。建档立卡贫困人员医疗保险待遇按省、市相关规定执行。

**第二十一条** 参保居民发生的下列医疗费用不属于基金支付范围：

- （一）除急救、抢救外在非定点医疗机构发生的医疗费用；
- （二）因吸毒、打架斗殴等违法犯罪行为所致伤病的医疗费用；
- （三）因自伤、酗酒、戒毒、性传播疾病（不含艾滋病）等进行治疗的医疗费用；
- （四）因美容、矫形、生理缺陷及不孕不育等进行治疗的医疗费用；
- （五）交通事故、意外伤害、医疗事故等应当由第三方承担医疗费赔付责任的部分；
- （六）在港澳台地区和境外发生的医疗费用；

(七) 按有关规定不予支付的其他情形。

## 第四章 医疗服务与费用结算管理

**第二十二条** 城乡居民基本医疗服务实行定点管理,原城镇基本医疗保险定点医疗机构、新农合定点医疗机构纳入城乡居民医保定点医疗机构,统一按照绵阳市医疗保险定点医药机构协议管理办法进行管理。

**第二十三条** 按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度,形成“小病在基层,大病到医院,康复回社区”的就医格局。鼓励参保居民按居住地就地就近就医。

参保人员到二级及以上医疗机构住院治疗,原则上由居住地乡镇卫生院、社区卫生服务中心转诊;到市内三级医疗机构住院治疗,由居住地县区人民医院、中医院、妇幼保健院转诊;到市外住院治疗,由市内三级医疗机构或县级医疗机构转诊。

**第二十四条** 参保人员在实现医疗费用联网结算地区(含市外)就医发生的符合城乡居民医保基金报销范围的医疗费用,应当由参保人员个人负担的费用,由定点医疗机构与患者直接结算;应由城乡居民医保基金支付的费用,由医疗保险经办机构与医疗机构结算。在未实现异地联网结算地区的定点医疗机构就医,原则上出院后六个月内,持原始发票及相关资料到参保地医疗保险经办机构报销医疗费用。

**第二十五条** 长期在市外居住人员,需向参保地医疗保险经办机构进行异地就医备案,在居住地定点医疗机构发生的合规医疗费用,城乡居民医保基金按本办法有关规定予以支付。

**第二十六条** 城乡居民医保付费实行总额控制、按病种、按人头、按床日等综合付费方式相结合。总额预算办法参照现行基本医疗保险付费总额控制办法执行。

## 第五章 基金管理 with 风险控制

**第二十七条** 城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户管理，实行专账核算，专款专用，任何单位和个人不得截留、挤占、挪用。城乡居民医保费的征缴、收入管理按照《社会保险法》《社会保险费征缴暂行条例》和国家有关规定执行。

**第二十八条** 城乡居民医保基金分为门诊统筹基金和住院统筹基金，分列建帐、统筹管理。社会保险经办机构、医疗保险经办机构要建立基金收支预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，确保基金安全。

**第二十九条** 城乡居民医保基金征收、支出、清算、预算管理和三方对账制度等，参照城镇居民基本医疗保险市级统筹相关规定执行。

**第三十条** 建立城乡居民医保市级统筹基金。城乡居民医保市级统筹基金包括城镇居民基本医疗保险（以下简称“城镇居民医保”）和新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）历年累计结余的基金和利息、城乡整合后征收的超目标任务部分留成基金、城乡整合后年度实际支出未超预算控制数的结余部分等。市级统筹基金留存原则上用作本级支出户周转金，以及弥补本级城乡居民医保当期基金赤字。各地使用市级统筹基金留存须报市人力资源社会保障行政部门、市财政行政部门批准同意。

城乡居民医保整合前的绵阳市新农合风险调剂金直接转为全市城乡居民医保市级统筹基金。

城乡居民医保整合前的城镇居民医保基金和新农合基金(包括应收未收的滚存欠费)，全部留存县市区(园区)，作为城乡居民医保市级统筹基金(县级)留存使用。

**第三十一条** 城乡居民医保整合前，城镇居民医保和新农合历年累积欠费，由当地财政纳入同级财政预算安排解决。

**第三十二条** 城乡居民医保整合后基金责任分担。

(一)各地的当期收入全额上解，各级财政补助的城乡居民医保资金直接向绵阳市社会保险基金财政专户拨付。未完成征收目标任务的，由属地本级财政补足。

(二)市本级、县市区(园区)基金支出超预算控制数的部分，经市人力资源社会保障局、市财政局审核批准后，由本级市级统筹基金(县级)留存中城乡居民医保资金部分弥补，仍不足部分，由市级统筹基金调剂补助 20%、所在地财政负担 80%。

(三)对擅自扩大城乡居民医保基金支付范围、支付标准等造成的基金缺口，市级统筹基金不予补助。

**第三十三条** 财政补助资金解缴。

(一)中央、省财政对我市城乡居民医保的补助资金由市财政局直接划入绵阳市社会保险基金财政专户，应由市本级、县市区(园区)财政配套的补助资金，于当年 9 月 30 日前全部划转到绵阳市社会保险基金财政专户。

(二)市本级、县市区(园区)财政代缴特殊人群个人缴费

部分于当年8月31日前划转到同级社会保险经办机构本级社会保险基金收入户，社会保险经办机构于当年9月10日前上解到绵阳市城镇基本医疗保险基金收入户，再由绵阳市城镇基本医疗保险基金收入户于当年9月30日前转入绵阳市社会保险基金财政专户。

## 第六章 经办管理

**第三十四条** 医疗保险经办机构应建立健全内控制度，规范业务流程，定期分析城乡居民医保基金运行情况，加强预决算管理，确保基金当期收支平衡。

**第三十五条** 医疗保险经办机构应按照“分级管理、属地管理”的原则，与定点医疗机构按年度签订医疗保险服务协议，确定双方的权利和义务。服务协议的内容包括：服务对象、服务范围、服务规范、费用控制指标、结算办法、支付标准及违约责任等。实行智能审核和实时监控，加强对定点医疗机构的监管和考核。

**第三十六条** 城乡居民医保参保登记、基金征缴、关系转移接续、待遇审核支付、付费方式确定、定点医疗机构协议管理、基金财务管理、医疗服务监管与考核等各项业务流程，由市社保局、市医保局组织分别制定。

**第三十七条** 加强城乡居民医保信息化建设，构建覆盖市、县、乡镇（街道）、村（社区）的城乡居民医保信息管理系统。人力资源社会保障部门应及时督促社会保障卡合作银行为参保居民发放社会保障卡。

**第三十八条** 定点医疗机构应严格执行基本医疗保险法律法规和政策，建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理机构，健全管理制度。严格入院、出院指征，合理用药、合理治疗、合理检查；控制医疗费用增速和药品、检查检验费用占比，提高合规医疗费用占比，减轻参保人员医疗费用负担。医疗服务过程不得弄虚作假。

## 第七章 法律责任

**第三十九条** 医疗保险经办机构应当在医保服务协议中约定违约责任，违反协议约定的，应当追究违约责任。

**第四十条** 参保人员采取隐瞒、欺诈等手段骗取城乡居民医保基金的，按照《社会保险法》及相关规定处理处罚。

**第四十一条** 定点医疗机构及其工作人员隐瞒、编造病史，伪造、非法篡改病历、处方、检查化验报告单、病情诊断证明等医疗文书和医疗费用票据等骗取医疗保险基金的；虚假住院、挂床住院、冒名住院、分解住院等骗取医疗保险基金的；虚记费用、分解收费、重复收费、串换药品、套靠医疗保险服务项目等骗取医疗保险基金的，按照《社会保险法》等相关法律规定处理处罚。

**第四十二条** 国家机关及其工作人员在社会保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法依规依规给予处分。

**第四十三条** 建立医保基金违法违规行为举报奖励制度，按照市社会保险基金举报奖励有关规定对举报人给予精神及物质奖励。

## 第八章 附 则

**第四十四条** 在实行城乡居民基本医保的基础上,建立城乡居民大病保险制度,具体办法另行制定。

**第四十五条** 城乡居民医保个人筹资标准、城乡居民医保基金支付范围及待遇标准,由市人力资源和社会保障行政部门会同市财政部门根据经济社会发展水平、基金收支结余情况、医疗费用增长幅度等因素,适时调整并公布。

**第四十六条** 本办法实施期间,国家、省对城乡居民医保政策做出调整的,及时作相应调整。

**第四十七条** 本办法由市人力资源和社会保障行政部门负责解释,未尽事项由市人力资源和社会保障行政部门会同有关部门出台配套规定加以明确。

**第四十八条** 2017年9月1日起按照本办法有关规定组织参保缴费,2018年1月1日起全面实施。本办法有效期两年,我市及县市区以前发布的其他不符合本办法规定的文件同时废止。

**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，市中级人民法院，市检察院，绵阳军分区。

---