



玉溪市人民政府关于印发玉溪市城乡居民 医疗保险管理实施办法的通知

玉政规〔2021〕4号

各县（市、区）人民政府，市直各委、办、局，各人民团体和企事业单位，中央、省驻玉单位：

《玉溪市城乡居民医疗保险管理实施办法》已经第五届市人民政府第75次常务会议讨论通过，现印发给你们，请认真遵照执行。

2021年12月12日

（此件公开发布）

玉溪市城乡居民医疗保险管理实施办法

第一章 总则

第一条 为了完善多层次的医疗保障体系，建立全市统一、规范的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度，保障城乡居民基本和大病医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》、《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）、《云南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（云政发〔2016〕72号）等有关法律法规和政策规定，结合玉溪实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民，包括农村居民、城镇非从业居民、大中专院校就读的在校学生、国家和省规定的其他人员。参加城乡居民医疗保险的人员（以下简称参保人员）不受户籍限制。

第三条 城乡居民医疗保险实行市级统筹、分级管理，坚持政府补助与个人筹资相结合、保障水平与经济社会发展相适应的原则。

第四条 市医疗保障部门负责城乡居民医疗保险政策的制定，市、县（市、区）医疗保障部门负责城乡居民医疗保险的组织实施和监督管理等工作。

第五条 市、县（市、区）医疗保险经办机构负责医疗保险经办服务工作，各乡（镇）人民政府、街道办事处、村民委员会、居民委员会按照各自工作职责做好城乡居民医疗保险有关工作，组织落实好辖区内政策宣传、参保登记、管理等有关工作。

第二章 参保管理

第六条 符合参保条件的城乡居民，应当依法参加城乡居民医疗保险，凭有效身份证件到指定机构办理参保手续，不允许重复参保。

第七条 城乡居民医疗保险实行按年度参保缴费和享受医疗保险待遇，每年的9月至次年2月为下一年度集中参保缴费期。在集中参保缴费期办理参保缴费的，自次年的1月1日起享受医疗保险待遇。新生儿、脱贫人口、从城镇职工医疗保险转续到城乡居民医疗保险且自愿全额（含财政补助和个人缴纳部分）缴纳医疗保险费人员、应届大中专毕业生（含全日制研究生）、国家和省规定的其他人员，不受城乡居民医疗保险规定集中参保缴费期限限制，办理参保缴费后，按有关规定享受医疗保险待遇。

第八条 新生儿出生 90 天以内办理参保登记，且父母双方都已在云南省参加城乡居民医疗保险或职工基本医疗保险的，新生儿出生当年免缴保费；新生儿出生 90 天以内未办理参保登记，或新生儿父母有一方未在云南省参加城乡居民医疗保险或职工基本医疗保险的，新生儿出生当年需按照当年个人缴费标准缴纳保费，但不受城乡居民医疗保险集中参保缴费期限限制。

新生儿参保缴费（免缴除外）后，自出生之日起，当年所发生的医疗费用均可纳入医保报销。

第三章 基金筹集和管理

第九条 城乡居民医疗保险实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式，全市执行统一的筹资标准。

参保人员应当按照年度标准一次性缴纳医疗保险费。

城乡居民医疗保险补助纳入同级财政年度预算予以保障。鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。

第十条 具有本市户籍并符合资助参保条件的城乡居民，原则上只缴纳资助后个人承担部分，由有关部门按照规定给予全额或差额资助，并于参保当年 6 月 30 日前将资助资金足额划入城乡居民医疗保险基金（以下简称医保基金）财政专户。资助对象及资助部门如下：

(一) 城乡特困对象，城乡低保对象，孤儿，事实无人抚养儿童，受艾滋病病毒感染儿童，丧失劳动能力的一、二级重度残疾人，低收入家庭 60 周岁以上的贫困老年人和未成年人，由医疗保障部门负责资助。

(二) 重点优抚对象，由退役军人事务部门负责资助。

(三) 计划生育扶补对象，由卫生健康部门负责资助。

(四) 六种人口较少民族及特困民族支系资助参保按玉溪市有关规定执行。

资助对象符合多种资助参保条件的，按“就高”原则给予资助参保，不重复资助。

国家、省、市、县（市、区）规定的其他特殊困难人员，按照有关规定予以资助。

第十一条 城乡居民医疗保险执行社会保险基金预决算管理制度、基金财务制度和会计制度。医保基金纳入社会保险基金财政专户，实行“收支两条线”管理，基金独立核算、专户管理，任何单位和个人不得挤占挪用。

第十二条 医保基金的使用遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，确保应支付费用及时足额拨付。

建立健全基金运行风险预警机制，防范基金运行风险，合理控制基金当年结余率和累计结余率，提高基金使用效率。

第十三条 医疗保险经办机构应当建立健全内部管理制度，强化基金内部审计和外部监督，定期向社会公布医保基金收支和医疗保险待遇享受情况，加强社会监督、民主监督和舆论监督。

第四章 基本医疗保险

第十四条 城乡居民基本医疗保险待遇包括住院待遇、门诊待遇和其他医疗保险待遇。在 1 个自然年度内，基本医疗保险基金最高支付限额为 15 万元。

第十五条 医保基金的支付范围和标准，按照国家、省基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准执行。

第十六条 参保人员在市内定点医疗机构发生的符合医保基金支付范围的住院医疗费用，按以下标准支付：

（一）一级医疗机构：起付标准 300 元，支付比例 90%。

（二）二级医疗机构：起付标准 600 元，支付比例 75%。

（三）三级医疗机构：起付标准 800 元，支付比例 60%。

参保人员在市内定点中医医院、综合医院中医类科室住院治疗，医疗费用住院起付标准在现行基础上相应降低 200 元。

市外医疗机构不区分医疗机构级别，起付标准 1000 元，支付比例 55%。

第十七条 参保人员门诊医疗待遇按下列规定执行：

（一）一般诊疗费。参保人员在基层医疗机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区卫生服务站、村卫生室）就诊发生的一般诊疗费，纳入医疗保险支付范围。

（二）普通门诊医疗费。参保人员在实施基本药物零差率销售的定点医疗机构就诊发生的门诊医疗费，医保基金支付比例为：社区卫生服务站、村卫生室、一级定点医疗机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心）50%；二级定点医疗机构25%。1个自然年度内，门诊医疗费最高支付限额为300元（含一般诊疗费）。市外发生的普通门诊医疗费，医保基金不予支付。

（三）门诊慢性病、特殊病以及门诊急诊抢救和留观发生的医疗费，由市医疗保障部门按照国家、省、市有关规定执行。

第十八条 参保人员在市内定点医疗机构住院分娩发生的医疗费用，按照下列方式支付：

（一）县、乡两级医疗机构实行单病种包干支付（无痛分娩除外）。顺产支付标准为县、乡两级医疗机构1800元；剖宫产支付标准为县级医疗机构2700元，乡级医疗机构2100元。

（二）市级医疗机构实行单病种限额支付。顺产支付标准为2400元；剖宫产支付标准为3400元。

（三）因难产、危急孕产妇抢救、妊娠并发症、妊娠合并症或孕产妇伴随有其他疾病需要住院治疗等特殊情况，导致诊疗所

需费用超出包干支付范围，不再实行包干支付，按普通住院医保待遇标准进行结算。

参保人员在市外定点医疗机构住院分娩的，按普通住院待遇标准进行结算。

参保人员在非定点医疗机构住院分娩的，医保基金不予支付。

第五章 大病保险

第十九条 参保人员全部纳入城乡居民大病保险保障范围，享受大病保险待遇时间与基本医疗保险一致。大病保险费从城乡居民基本医疗保险基金中按一定额度划拨，个人无需缴纳。

第二十条 城乡居民大病保险按照国家、省有关规定，实行商业化运作。

第二十一条 在 1 个自然年度内，大病保险基金最高支付限额为 20 万元，参保人员发生的基本医疗保险政策范围内住院和特殊疾病门诊个人自付医疗费累计（不含生育医疗费和按照分级诊疗规定不予报销的费用）超过大病保险起付标准的，由大病保险基金按以下比例分段支付：

（一）起付标准以上 4 万元以下（含 4 万元）部分，支付比例为 60%。

(二) 4 万元以上 6 万元以下 (含 6 万元) 部分, 支付比例为 70%。

(三) 6 万元以上的部分, 支付比例为 80%。

大病保险起付标准按云南省上年度居民人均可支配收入的 50% 确定。

农村贫困人口、重大疾病大病保险有关政策按照国家、省的有关规定执行。

第六章 费用结算

第二十二条 参保人员在实现联网结算的定点医疗机构发生的医疗费用, 个人承担部分由个人与医疗机构结算; 统筹基金支付部分由医疗保险经办机构或大病保险承办公司按月与定点医疗机构结算。

第二十三条 参保人员在尚未实现联网结算的定点医疗机构发生的医疗费用, 由个人先行垫付, 医疗终结后, 到医疗保险经办机构或大病保险承办公司报销, 报销截止时间原则上为次年 3 月 31 日。

第二十四条 市医疗保障部门应当建立健全奖惩并重的激励和约束机制, 加强对定点医疗机构医疗费用的监督管理, 实行医共体打包付费、总额预付、疾病诊断相关分组 (DRG) 付费、

病种付费、项目付费等“复合式”结算办法，控制医疗费用不合理增长。

第七章 经办管理

第二十五条 市、县（市、区）人民政府应当加强医疗保障服务能力建设，构建统一的医疗保障经办管理体系，推进服务下沉，实现市、县（市、区）、乡（镇）人民政府、街道办事处、村民委员会、居民委员会医疗保障服务全覆盖。

第二十六条 市、县（市、区）医疗保障部门应当规范全市基本医疗保险协议管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，将符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围，强化定点医药机构行为规范、服务质量和费用控制管理。

第二十七条 市医疗保障部门负责制定全市统一的城乡居民基本医疗保险管理制度、经办流程、工作标准和业务规范，推进经办标准化建设，提升服务质量和水平。

第八章 组织保障和监督

第二十八条 市人民政府加强对城乡居民医疗保险工作的领导，将城乡居民医疗保险参保和征收工作纳入市人民政府对县（市、区）人民政府年度综合目标任务考核范围。

第二十九条 市医疗保障部门应当会同有关部门加强对城乡居民医疗保险的管理监督，共同做好城乡居民医疗保险工作。

税务部门负责城乡居民个人医疗保险费征收管理工作。

财政部门负责落实城乡居民医疗保险财政补助资金，做好医保基金财政专户管理、预算安排和拨付等工作。

民政部门负责城乡特困对象、城乡低保对象、孤儿、事实无人抚养儿童、受艾滋病病毒感染儿童等对象评估认定，低收入家庭 60 周岁以上的贫困老年人和未成年人依申请认定等工作。

乡村振兴部门负责脱贫人口身份认定工作。

卫生健康部门负责计划生育扶补对象认定及医疗行为监督管理工作。

残疾人联合会负责丧失劳动能力的一、二级重度残疾人的评估认定工作。

退役军人事务部门负责重点优抚对象认定管理工作。

发展改革、教育体育、民族宗教、公安、审计等部门按照各自工作职责，做好城乡居民医疗保险的有关工作。

第三十条 建立经费保障机制，市、县（市、区）财政部门应当根据城乡居民医疗保险业务工作的需要给予必要的经费保障。

第九章 附则

第三十一条 发生暴发性、流行性传染病和自然灾害等因素造成的大范围急、危、重病人救治医疗费，由市、县（市、区）人民政府综合协调解决。

第三十二条 城乡居民医疗保险的参保、筹资、待遇等按照国家、省的有关规定执行，并根据玉溪市社会经济发展和医疗保险基金收支运行情况，由市医疗保障部门会同市财政、卫生健康等有关部门适时提出调整意见，报市人民政府同意后执行。

第三十三条 城乡居民医疗保险参保管理办法、重大疾病医疗保险待遇办法、城乡居民医疗保险医疗费用审核结算管理办法等城乡居民医疗保险具体管理政策由市医疗保障部门会同有关部门另行制定。

第三十四条 本办法自 2022 年 1 月 1 日起施行，原有规定与本办法不一致的，按照本办法规定执行。