

白银市人民政府办公室文件

市政办发〔2020〕103号

白银市人民政府办公室 关于印发《白银市城乡居民基本医疗保险 市级统筹办法》的通知

各县、区人民政府，市政府各部门，中央、省在银有关单位：

《白银市城乡居民基本医疗保险市级统筹办法》已经2020年9月28日市政府第53次常务会议审定通过，现予印发，请认真遵照执行。

白银市人民政府办公室

2020年10月23日

白银市城乡居民基本医疗保险 市级统筹办法

第一章 总 则

第一条 为建立全市统一的城乡居民基本医疗保险制度，实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益，提高城乡居民基本医疗保障水平，根据《中华人民共和国社会保险法》、《甘肃省城乡居民基本医疗保险市级统筹实施意见》等法律、法规及国家、省有关规定，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）是由政府组织，个人、集体和政府多方筹资，以基本医疗为主的城乡居民医疗保障制度。

第三条 本实施办法适用于本市行政区域内的下列保障对象：

（一）具有本市户籍且城镇职工基本医疗保险制度未覆盖的城乡居民；

（二）在本市幼儿园、中小学就读且未在原籍参加城乡居民医保的幼儿、中小學生；

（三）在本市行政区域内的各类全日制普通高等学校、中等专业技术学校在校学生；

（四）在本市居住取得居住证的城乡居民可参加本市城乡居民基本医保；

（五）国家和我省规定的其他人员。

第四条 城乡居民医保制度坚持以下原则：

（一）坚持广覆盖、保基本、多层次，以收定支、收支平衡、略有结余；

（二）坚持个人缴费与政府补助相结合，以保障城乡居民基本医疗为主，实施住院、门诊和大病统筹；

（三）坚持立足基本、公平普惠、统筹兼顾，参保人员享受同等基本医疗保险待遇；

（四）坚持预算管理，责任清晰的管理机制，强化基金预算管理，严格执行收支预算。

第五条 全市城乡居民医保实行市级统筹、分级管理，实现城乡居民医保覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”管理。

第二章 参保缴费

第六条 城乡居民医保实行按年度一次性预缴费的年缴费制。符合条件的参保对象应在当年1月至12月办理下一年度参保登记缴费（缴费时间按照全省通知要求执行），于次年1月1日至12月31日享受规定的城乡居民医保待遇。

第七条 按照属地化管理原则，城乡居民在户籍所在地或

居住地以个人为单位参加城乡居民医保。

第八条 新生儿自出生之日起 90 天（含）内按规定办理参保登记并缴纳相关费用，从出生之日起至当年 12 月 31 日享受城乡居民基本医疗保险待遇。10 月 1 日至 12 月 31 日出生的新生儿，因户籍等问题当年未能参保缴费，可在新生儿出生之日起 90 天（含）内办理次年城乡居民基本医疗保险参保登记并缴纳相关费用，自出生之日起至次年 12 月 31 日享受城乡居民基本医疗保险。

第九条 新生儿出生后在规定的期限内未办理参保手续因病死亡的，发生的住院医疗费由监护人携带相关资料到母亲或父亲参保地经办机构按城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险和医疗救助相关政策报销。

第十条 参保人员因外出务工等原因参加职工医疗保险的，不得重复享受基本医疗保险待遇。参保城乡居民因各种原因迁出本市的，当年享受原参保地城乡居民医保待遇；在参保年度内已享受其他基本医疗保险待遇的，从享受之日起停止城乡居民医保待遇。

第十一条 城乡居民医保征缴机构应向所有参保人员出具省财政厅统一监制的专用缴费票据或代收银行缴费凭证，并及时将参保信息录入城乡居民医保信息管理系统。

第三章 基金筹集

第十二条 全市城乡居民医保基金实行个人缴费与政府补助相结合为主、鼓励其他资助为辅的多渠道筹资方式，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助，主要包括个人缴费、各级财政补助、医疗救助资助、集体扶持、社会捐赠、利息和其他收入，由各级政府负责组织筹集。

第十三条 城乡居民医保的筹资标准，根据国家、省上的规定和全市经济发展水平、居民收入状况、医疗消费需求等情况综合确定，并按年度实行动态调整，在提高政府补助的同时，适当提高个人缴费比重。

第十四条 城乡低保对象、特困人员、孤儿、建档立卡贫困人口等贫困弱势群体的个人缴费部分，由同级医保部门按照有关规定予以资助。

第十五条 财政部门要将城乡居民医保政府补助资金纳入同级财政年度预算安排，并确保及时、足额拨付到位。市、县（区）财政补助资金应当在6月底前足额到位，中央和省级财政补助资金按参保人数采取先预拨后清算的方式结算。

第四章 待遇保障

第十六条 城乡居民医保实行门诊、住院、大病保险相结合的统筹模式。门诊统筹基金按200元/人标准提取（其中门诊普通疾病100元/人，门诊高血压糖尿病50元/人，门诊慢性特殊疾病50元/人），大病保险基金根据省上确定的当年筹资标准

提取，剩余基金作为住院统筹基金。

第十七条 参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内的医疗费用，起付标准以上、最高支付限额以下部分按规定标准分别由门诊、住院、大病统筹基金支付，剩余部分由个人自负。

第十八条 门诊统筹。

（一）普通门诊。每人每年最高支付限额 100 元，不设门诊日诊疗报销封顶限额。参保居民在基层医疗机构发生的政策范围内的医疗费用，乡级定点医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）按 65%比例报销，村级定点医疗机构（村卫生室、社区卫生服务站）按 70%比例报销。

（二）“两病”门诊。高血压、糖尿病患者在基层医疗机构门诊发生的政策范围内的医疗费用，不设起付线，在年度支付限额内按 50%的比例进行报销。年度最高支付限额分别为高血压 300 元、糖尿病 600 元、合并患有高血压和糖尿病的参保人员年度支付限额 800 元。

（三）慢性特殊疾病门诊。将省、市确定的门诊慢性特殊疾病纳入城乡居民基本医疗保险支付范围，在相应病种年度报销限额内，患者发生的政策范围内医疗费用按 70%进行报销（其中：乙类项目由个人负担 10%）。

第十九条 住院统筹。

住院报销限额按年计算，每人年度累计最高报销限额为 50000 元。参保人员住院治疗，符合《甘肃省基本医疗保险药品目录》、《甘肃省基本医疗保险诊疗项目目录》和《甘肃省医疗

服务设施项目目录》（以下简称“三个目录”）有关规定的医疗费用，按规定的起付标准和比例给予报销。“三个目录”中的乙类项目先由个人负担 10%，再按基本医疗保险给付标准支付。

分项	医院等级			
	一级 (乡)	二级（县）	三级（市）	转市域外
起付标准	200 元	700 元	1200 元	3000 元
报销比例	80%	75%	70%	60%

（一）参保人员异地长期居住、外出务工、创业、求学的，按规定在参保地县（区）城乡居民医保经办机构登记备案后，可在居住地相应级别定点医疗机构就诊享受正常报销政策。异地备案人员因病情需要转出居住地以外就医的，需办理转诊转院手续。

（二）急危重症患者按照就近原则在定点医疗机构住院治疗。在市域外就诊的，入院途径属急诊住院，按转市域外转诊的规定予以报销；入院途径不属急诊住院的，按未办理转诊手续的规定给予报销。

（三）在市域外和备案地（居住地）以外就医未按规定办理转诊手续的，报销标准降低 20%。

第二十条 大病统筹。

凡参保的城乡居民住院及特殊门诊医疗费用按现行基本医保政策报销后，个人负担的政策范围内医疗费用达到大病保险起付标准的，纳入大病保险报销。具体报销标准按照甘肃省大

病保险相关规定执行。

第二十一条 城乡居民医保实行“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”分级诊疗转诊制度。参保患者在市域内按照就近原则，在定点医疗机构按照规定的报销比例和限额标准就医看病；因病情需要转市域外医疗机构就诊的，需在市、县（区）医保部门指定的定点医疗机构办理转诊转院手续，并报县（区）医保经办机构备案，就诊医院必须是就医地定点医疗机构。

第二十二条 基本医保基金不予支付范围：

- （一）非医保定点医疗机构就医以及零售药店购药；
- （二）超过医保部门规定医疗收费标准的；
- （三）自杀、自残的（精神病除外）；
- （四）斗殴、酗酒、吸毒等行为所致伤病的；
- （五）工伤、交通事故、意外事故、医疗事故等明确由第三人负担的；
- （六）出国出境就医的；
- （七）各种预防、保健、美容、健美、医疗鉴定、不育（孕）症、性功能障碍等治疗的；
- （八）突发性疾病流行和自然灾害等不可抗因素所造成的大范围急、危、重病患者的抢救；
- （九）设有财政专项经费支持的艾滋病防治、结核病防治、血吸虫病防治、慢性病防治等由公共卫生项目承担的医疗费用；
- （十）按有关规定不予报销的其他情形。

第五章 医疗费用结算

第二十三条 参保人员凭社会保障卡或身份证，选择医保定点医疗机构就医，在定点医疗机构发生的医疗费用，出院结算时由本人或其亲属核实住院医疗费用明细后签字，并支付个人自付费用。

第二十四条 属于城乡居民医保、大病保险、医疗救助支付范围的，分别由医保、大病保险经办机构负责与定点医疗机构进行结算，并提供“一站式”即时结报服务。

第二十五条 符合国家异地就医规定的参保人员，应选择已开通异地就医联网直接结算的定点医疗机构就医，按规定结算费用；尚未实现异地就医联网结算业务的，由参保人员先行垫付全部医疗费用，在出院后6个月内凭出院证明、住院发票、费用清单、病历首页复印件、转诊转院审批表、社会保障卡（或者身份证）复印件等资料到参保所在地医保经办机构（基层医疗机构）申请报销。

第二十六条 健全完善城乡居民基本医保、大病保险、医疗救助“三重”保障制度的有效衔接，建立市级统一资源数据库和覆盖城乡定点医疗机构的计算机网络，实现网络资源与数据信息的互联共享。

第六章 基金支付

第二十七条 符合《甘肃省基本医疗保险药品目录》、《甘肃省基本医疗保险诊疗项目目录》、《甘肃省医疗服务设施目录》“三个目录”政策范围内的医疗费用，按规定从城乡居民医保基金中予以支付。

第二十八条 城乡居民医保基金用于保障参保人员基本医疗费用的报销，不得用于健康体检、非疾病诊疗类、特需服务类项目、自购药品器械以及其他与治疗无关的费用。

第二十九条 城乡居民医保基金分为风险基金、大病保险统筹基金、门诊统筹基金和住院统筹基金。扣除当年计提风险基金后，实行门诊、住院和大病保险相结合的报销模式，对参保人员的住院和门诊医疗费用分别进行报销。

第三十条 医保基金支付范围：

- (一) 医疗保险待遇支出；
- (二) 大病保险支出；
- (三) 符合国家和省级政策的其他支出。

第三十一条 对定点医疗机构实施基本医疗保险付费总额控制。以基金收支预算管理为基础，实行“总额控制、超支分担、违约扣减”的办法，医保经办机构每月将控制额度的 90%（含门诊、住院）拨付至定点医疗机构，其余的 10%作为医疗服务质量保证金，与定点医疗机构服务质量挂钩，年底决算。

第三十二条 稳步推进城乡居民基本医保支付方式改革。推行按单病种、按人头、按疾病诊断相关组（DRGs）、按床日付

费等多种付费方式，督促医疗机构重视并有效从源头上遏制不合理医疗费用。

第七章 基金管理

第三十三条 城乡居民医保基金以市级为单位，实行分级筹集、统一使用和管理。严格执行社会保险基金财务制度，将医保基金纳入财政专户，独立核算，专款专用，实行“收支两条线”管理，任何单位和个人均不得挤占挪用，也不得用于平衡财政预算。

第三十四条 城乡居民医保基金按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，将当年统筹基金结余控制在15%以内。

第三十五条 设立城乡居民基本医疗保险风险基金，按照城乡居民医保基金当年筹资总额的10%筹集。因非正常超支使用风险基金的，次年按标准补齐。

第三十六条 建立城乡居民医保基金调剂制度，市级医保部门根据当年基金支出预算总额，按照5%的比例提取调剂基金，用于当年合理增长医疗费用的调剂。

第三十七条 医保行政部门应设立医保基金支出专户，用于基金的支出核算，分类记账，医保基金支出专户所产生的利息年末上缴市级财政专户。

第三十八条 基金支付应严格履行申报审核程序。市级医保部门根据审核情况向同级财政部门提交拨款申请，财政部门

审核无误后应及时拨付至市级医保基金支出户。市级医保部门应及时向县区医保部门拨付。

第三十九条 建立城乡居民医保基金预决算制度，市级医保部门应按照医疗保险当年基金预算收支任务和财政部门规定的表式、时间及编制要求，编制基金预决算草案和报告，报市级财政部门审核、批准，由市级财政部门报市人大批复后执行，并报省级财政和医保部门备案。

第四十条 建立分担机制，明确收支缺口责任。基金收支形成的缺口，依据基金预算，分析基金缺口成因，综合考虑县区经济发展状况、人口结构、发病率，合理划分市、县区两级政府的相关责任，建立基金缺口分担机制，对年度医保基金超支的县区，按照省上指导意见，超支部分由同级财政负担。

第八章 定点医疗机构管理

第四十一条 本市定点医疗机构是指与医保行政部门签订服务协议，为城乡居民参保患者提供医疗服务的医疗机构。包括公立医院、社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室以及具有一定资质的民营医院。

第四十二条 定点医疗机构应当建立健全内部管理制度，成立相应的管理机构和结算窗口，配备专职人员，开展城乡居民医保结算服务日常业务，实行“一站式”即时结报服务。

第四十三条 建立城乡居民医保就医告知制度，定点医疗

机构在患者入院前、住院中、出院时，要按照医保相关政策要求，及时向参保患者履行告知义务，并由患者或其家属签字同意。

第四十四条 定点医疗机构提供医疗服务时，必须认真查验核对患者有效证件，加强核对巡查，杜绝冒名住院、挂床住院现象。出院时必须真实、准确、规范提供收费票据和医疗文书。

第四十五条 定点医疗机构按照政策规定提供医疗服务、及时上传就医信息、配合经办机构监督检查，并设置宣传栏和公示栏，加强城乡居民医保政策的宣传，公开药品价格、诊疗项目和收费标准，严格执行患者住院费用“一日清单”制度，接受社会监督。

第九章 部门职责

第四十六条 市医保部门会同财政、税务等部门共同做好城乡居民基本医疗保险市级统筹工作。

第四十七条 市级医保部门负责建立和完善全市城乡居民基本医疗保险政策、筹资标准、待遇水平和统筹基金支付范围；确定基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店，签订服务协议，进行考核和监管；会同同级财政部门编制审核基本医疗保险基金年度预算；对基本医疗保险基金使用情况进行监督检查；对基本医疗保险工作责任目标进行考核；建立统一规范的经办

业务流程，合理确定市、县区经办机构的岗位职责；负责医保扩面、待遇支付工作，检查县区基本医疗保险缴费标准执行、基金征缴情况，按政策规定支付待遇情况；制定统一的医疗费用结算办法和结算标准；管理全市基本医疗保险基金，负责编制基本医疗保险基金年度预算、统计报表、会计报表和年度决算报表；负责基本医疗保障平台维护工作。

第四十八条 财政部门负责管理纳入财政专户的城乡居民基本医疗保险基金；会同同级医保部门审核基本医疗保险年度预算；复核同级医保部门使用基本医疗保险基金申请并及时拨付；负责按国家、省有关规定落实政府补助资金的预算和拨付，对医疗保险基金收支情况进行监督检查。

第四十九条 税务部门承担辖区内城乡居民基本医疗保险费征缴主体责任，负责征缴辖区内城乡居民基本医疗保险费；按规定及时将征缴的城乡居民基本医疗保险费纳入市级财政专户。

第五十条 县区医保部门负责本辖区城乡居民基本医疗保险扩面、参保登记、缴费标准执行、待遇支付工作；负责辖区内定点医疗机构和定点零售药店医疗保险费用审核结算和日常管理服务工作；受理审核结算本县区参保人员异地就医医疗费用；负责编制本县区统计报表、会计报表和年度决算报表；负责本县区医疗保障平台维护工作。乡镇政府、街道办事处负责辖区内城乡居民医保的参保登记、基金征缴、医保管理和政策宣传等工作。

第十章 监督考核

第五十一条 建立工作目标考核机制，强化县区责任，将各县（区）城乡居民参保扩面、基金征缴、政策执行、费用控制、基金安全等指标纳入目标责任考核范围。各县（区）政府要加强对城乡居民医保工作的统一领导，切实做好协调和督导工作。

第五十二条 各级医保部门会同同级财政、审计等有关部门，对城乡居民医保基金进行监督，及时研究解决城乡居民医保制度运行中的重大问题。

第五十三条 健全完善城乡居民医保信息平台，运用信息化手段强化大数据分析报告和网上监管工作。统筹推进城乡居民医保管理信息系统与国家级信息系统对接，加快实现跨省就医联网审核与即时结报业务。

第五十四条 对违反城乡居民医保政策规定、侵害参保人员利益以及侵占医保基金的，任何组织或者个人有权向医保、财政、卫健等部门举报、投诉。

第五十五条 城乡居民医保经办人员、定点医疗机构、参保人员、药品经营单位等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取城乡居民医保基金的，由医保部门告知退回骗取的医保基金。构成犯罪的，移交司法机关处理。

第五十六条 医保部门应对定点医疗机构医疗服务情况进

行监督检查，对违反规定的定点医疗机构、参保个人，要按照《中华人民共和国社会保险法》等相关规定处理。

第五十七条 医保部门的核查费用、监督管理、政策宣传、人员培训等工作经费，由同级财政部门根据所需要纳入同级财政预算。

第十一章 附 则

第五十八条 本办法与以往有关文件要求不一致的，以本办法为准。省、市政策若有调整，按调整后的政策执行。

第五十九条 本办法自公布之日起执行，有效期五年。原《白银市城乡居民基本医疗保险市级统筹暂行办法》（市政办发〔2019〕119号）同时废止。

抄送：市委办公室、市人大常委会办公室、市政协办公室。

白银市人民政府办公室

2020年10月23日印发
