



普洱市人民政府关于印发普洱市城乡居民 基本医疗保险实施办法的通知

普政规〔2020〕3号

各县（区）人民政府，市直各委、办、局：

现将《普洱市城乡居民基本医疗保险实施办法》印发给你们，
请遵照执行。

普洱市人民政府

2020年7月1日

（此件公开发布）

普洱市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善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，促进社会公平正义，根据《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（医保办发〔2018〕21号）、《关于统一城乡居民基本医疗保险覆盖范围和筹资标准有关问题的通知》（云人社发〔2016〕248号）、《云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生和计划生育委员会关于统一城乡居民基本医疗保险待遇有关问题的通知》（云人社发〔2016〕310号）、《云南省医疗保障局 云南省财政厅关于做好2019年城乡居民医疗保险工作的通知》（云医保发〔2019〕76号）等相关规定，结合普洱市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内除城镇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、大中专院校和中小学学生、幼儿园儿童、婴幼儿、宗教教职人员、外来投资经商和务工人员及其未成年子女、国家和省、市规定的其他人员。

第三条 城乡居民基本医疗保险实行市级统筹、分级管理。按照全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，坚持基本医疗保险统筹水平与经济社会发展水平相适应、权利与义务对等、个人缴费和政府补助相结合及以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

第四条 职能部门工作职责

（一）医疗保障部门负责城乡居民基本医疗保险政策的制定、组织实施和业务管理；

（二）财政部门负责城乡居民基本医疗保险基金财政专户管理、财政补助资金纳入年初预算工作，并对基金进行监督；

（三）税务部门负责城乡居民基本医疗保险费的征缴；

（四）扶贫部门负责对建档立卡贫困人口的认定；

（五）卫生健康部门负责认定对符合政府资助参保的计生对象的认定和个人缴费资助，按职能职责做好医疗机构的监督管理工作；

（六）残联负责对一、二级重度残疾人的认定；

（七）民政部门负责对低保、特困供养人员、低收入家庭中的贫困老年人和未成年人的认定；

（八）退役军人事务管理部门负责农村重点优抚对象的资格进行认定和个人缴费资助；

（九）审计、教育、公安、宣传等部门按照各自职责，配合做好城乡居民基本医疗保险相关工作。

第二章 参保管理

第五条 城乡居民基本医疗保险实行全民参保登记。参保登记由医疗保险经办机构、乡(镇、街道)、村(社区)服务中心和学校负责。

城乡居民基本医疗保险采取单位(村、组、学校、幼儿园等)、家庭或个人等方式参保缴费。参保家庭成员均为城乡居民的,以家庭方式全员参保。

第六条 城乡居民基本医疗保险实行按年度参保缴费和享受医疗待遇。每年的7月至12月集中办理下一年度参保缴费业务,没有在集中缴费期缴纳保险费的,可在当年度1月至2月期间按全年一次性补缴,补缴次月起享受医疗保险待遇。

第七条 出生三个月内(含三个月)的新生儿参保缴费期限不受限制,全年均可参保缴费。

父母均参加城乡居民基本医疗保险且符合计生政策的新生儿不缴费,随父母享受出生年度城乡居民基本医疗保险待遇。父母均未参加或一方参加城乡居民基本医疗保险的,出生后三个月内(含三个月)参保缴费的,自出生之日起享受当年度医疗保险待遇;出生后超过三个月参保的新生儿,在规定缴费期内参保缴费,自缴费次月起按规定享受医疗保险待遇。

第三章 基金筹集和管理

第八条 城乡居民基本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。鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。

城乡居民基本医疗保险年度筹资标准根据国家、省相关规定和城乡居民基本医疗保险基金运行情况适时调整。

第九条 市、县（区）财政应当将城乡居民基本医疗保险的同级财政补助纳入年度预算安排。

每年征收的个人缴费收入按月上解到市级财政城乡居民基本医疗保险基金专户，年末县级零结余；财政应当配套的补助资金于每年9月30日前全额上解到市级财政城乡居民基本医疗保险基金专户。

第十条 参加城乡居民基本医疗保险的人员应当按规定标准缴纳基本医疗保险费，符合资助条件的特殊困难群体由有关部门按标准给予定额资助。

第十一条 个人缴费通过微信、手机APP、银行代扣代缴、刷卡等方式缴纳。参保人员所缴保险费一经入账，不予退费。

第十二条 城乡居民基本医疗保险基金纳入社会保险基金财政专户，实行收支两条线管理，单独建账、独立核算、专款专用，不得挤占挪用。

严格执行社会保险基金预决算制度，城乡居民基本医疗保险基金预决算向人大、政府报告。基金收支管理情况应当定期向社会公布，接受社会监督。

第十三条 各级医疗保险经办机构应当建立健全内部管理制度，加强基金收支管理。各级医保、财政、审计、监察等部门依法对城乡居民基本医疗保险基金收支和管理使用情况进行监督。

第十四条 市级医疗保障部门应当建立和完善城乡居民基本医疗保险基金运行风险预警机制，防范基金运行风险。

第四章 医疗待遇

第十五条 参加城乡居民基本医疗保险的参保人员，在协议医疗机构就医，确因病情需要的门诊（含普通门急诊、慢性病门诊、特殊病门诊）医疗待遇、住院医疗待遇、生育分娩医疗待遇项目纳入城乡居民基本医疗保险支付范围。

参加城乡居民基本医疗保险的参保人员，同时享受城乡居民大病保险规定的相关待遇。

第十六条 门诊医疗待遇

（一）普通门诊。参保人员在实施基本药物制度，实行药品零差率销售的基层协议医疗机构（包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室、社区卫生服务站）普通门诊（含门急诊）就

医的，医药费由医疗保险基金支付 50%；在二级协议医疗机构普通门诊就医的，医药费由医疗保险基金支付 25%。门诊医药费最高支付 50 元/日（不含一般诊疗费和门急诊费），一个自然年度内，个人普通门诊医疗费用最高支付限额为 400 元；

（二）门急诊抢救。门急诊抢救的医疗费用，按照《云南省基本医疗保险门急诊抢救管理办法》执行，纳入基本医疗保险规定的住院统筹基金支付标准结算；

（三）慢性病、特殊病门诊。经评审享受慢特病门诊补助的参保人员，按慢性病、特殊病门诊补助管理规定享受相应医疗保险待遇。慢性病门诊医疗费不纳入年度最高支付限额累计；在一个自然年度内门诊特殊病医疗保险基金支付的起付标准单独计算，门诊特殊病的医疗费用与住院医疗费用合并计算封顶线。

第十七条 住院医疗待遇

参保人员在协议医疗机构发生的符合城乡居民基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，起付标准和支付比例为：

（一）一级医疗机构起付标准 100 元，支付比例 90%；

（二）二级医疗机构起付标准 600 元，支付比例 80%；

（三）市内和省内除昆明市的其他州市三级医疗机构起付标准 1000 元，支付比例 60%；

（四）在省政府驻地昆明市辖区内三级及省外医疗机构起付标准 1200 元，支付比例 60%。

一个自然年度内每次住院按规定收取起付线，其中从上级医院转往下级医院住院的，免收起付线。

城乡居民基本医疗保险住院医疗待遇与分级诊疗规定挂钩。参保人员未按规定转诊转院或者办理异地就医备案发生的医疗费用，在市内三级协议医疗机构住院的，报销比例降低 10 个百分点；在市外省内三级协议医疗机构和省外协议医疗机构住院的，报销比例降低 20 个百分点。

第十八条 城乡居民基本医疗保险医疗待遇按照城乡居民基本医疗保险用药范围、诊疗项目范围、服务设施标准和医用耗材的规定执行。参保人在住院（含门急诊抢救）、特慢病门诊发生下列情况时，医疗费用按以下比例自付：

- （一）乙类药品、乙类治疗、乙类手术费用，个人先自付 5%；
- （二）乙类检查、乙类化验费用，个人先自付 20%；
- （三）单项 5000 元以下的国产材料费用，个人先自付 20%；
- （四）单项 5000 元以上的国产材料费用，个人先自付 50%；
- （五）进口耗材单价在 200 元以下的，纳入基本医疗保险按比例支付。

第十九条 一个自然年度内，城乡居民基本医疗保险住院医疗费、特殊病门诊医疗费基本医疗保险统筹基金最高支付限额为 6 万元。

第二十条 生育医疗待遇

城乡居民基本医疗保险参保人员符合国家计划生育政策，在一、二级协议医疗机构住院分娩发生的医疗费用实行定额包干，三级及以上协议医疗机构实行定额支付，包干协议医疗机构不得变相分解将费用转嫁给产妇承担。

在统筹区内，生育医疗费用支付标准为：一级医院顺产 1500 元，剖宫产 2500 元；二级医院顺产 2000 元，剖宫产 3000 元；三级医院顺产 2300 元，剖宫产 3300 元。一胎多孩生育的，每多 1 孩增加 500 元。

在统筹区外分娩的，参照上述标准定额支付给产妇。

危急孕产妇不受定额包干政策限制，根据协议医疗机构等级按普通住院标准支付。

第二十一条 除国家、省规定以外，下列情形基本医疗保险基金不予支付：

（一）各类器官、组织移植的器官源及组织源；

（二）健康体检、计划免疫、预防保健、健康教育等公共卫生服务的费用；

（三）计划外怀孕（宫外孕除外）、计划生育手术、不孕不育症的检查、治疗费用；

（四）交通事故、医疗卫生事故、意外伤害等明确由第三方负责或有其他赔付责任的费用，吸毒、酗酒、斗殴、自杀自残（精神病除外）、违法驾驶等法律、法规规定的由个人承担责任的原因所发生的医疗费用；

- (五) 在非定点医疗机构诊治的医疗费用；
- (六) 应当由工伤保险基金支付的；
- (七) 参保人在境外和港澳台地区发生的医疗费用；
- (八) 其他应由个人自付、自费项目的医疗费用；
- (九) 城乡居民基本医疗保险规定的其他不予支付的医疗费用。

第二十二条 城乡居民基本医疗保险统筹基金起付标准、最高支付限额、医疗待遇水平可由市医疗保障部门根据经济社会发展和医疗保险基金收支运行情况适时调整。

第五章 费用结算

第二十三条 城乡居民基本医疗保险实行持卡(证)就医结算。参保人员在实现联网结算的协议医疗机构发生的医疗费用，个人应当承担的部分，由个人与医疗机构结算；统筹基金应当支付的部分，由医疗保险经办机构与协议医疗机构结算。

第二十四条 参保人员在尚未实现联网结算的协议医疗机构发生的医疗费用，先由个人垫付，再凭协议医疗机构出具的出院证明、医疗费用发票和全部费用清单等资料原件，到参保地医疗保险经办机构报销，受理时限截止到次年6月30日。

第二十五条 医疗保障部门应当加强对协议医疗机构医疗费用的监管，及时结算费用。在实行总量控制的原则下，逐步推

行总额控制、按病种付费、按人头打包付费、疾病分组付费等多种付费方式，建立健全奖惩并重的激励和约束机制，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。统筹区内协议医疗机构实行联网结算；统筹区外开通异地网联结算的协议医疗机构，按异地就医相关规定结算。

第六章 协议医疗机构管理

第二十六条 城乡居民基本医疗保险协议医疗机构实行协议管理。

第二十七条 市医疗保障部门负责制定城乡居民基本医疗保险协议医疗机构管理办法，建立健全考核评价机制和准入、退出机制，强化协议医疗机构的管理。

医疗保险经办机构负责协议医疗机构的监督管理工作。

第二十八条 纳入协议管理的医疗机构，由医疗保险经办机构与其按年度签订服务协议，明确双方的责任、权利和义务。医疗保险经办机构应当完善服务协议内容，规范医疗机构服务行为，制定管理考核办法，严格进行考核管理。

第二十九条 协议医疗机构应当认真执行城乡居民基本医疗保险政策规定，诚信经营，全面履行服务协议，严格控制出入院标准，自觉规范医疗服务行为，做到合理检查、合理治疗、合理用药。



第七章 信息系统建设

第三十条 城乡居民基本医疗保险实行一体化的医疗保险信息系统，信息系统应当具有可扩展性，逐步实现与市级区域卫生信息平台的连接。

第三十一条 建立以市级医疗保险经办机构为中心，县（区）医疗保险经办机构网络互通、信息共享，连接乡（镇、街道）及其所属的村（社区）服务平台、医疗服务机构和金融机构的网络服务体系。逐步实现网上参保登记、待遇联网支付、网络实时监控等功能。

第八章 法律监督

第三十二条 医疗保障、财政、卫健等部门应当加强对执行医疗保险法律、法规和规章等情况的监督。

经市医疗保障部门授权，市级医疗保险经办机构可以政府购买服务的方式委托有资质的第三方机构对医疗机构医疗服务行为进行专业审核。

第三十三条 协议医疗机构有违反基本医疗保险规定和服务协议的，视情节轻重，医疗保障部门可对医药机构作出约谈、责令改正、警告或通报批评等处理，并扣回不应由医疗保险基金

支付的费用；有下列情节之一的，一律解除服务协议，情节严重的，按相应的法律法规处理：

（一）通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”等涉及套取骗取医保基金的；

（二）为非协议管理医疗机构、暂停协议医疗机构提供医疗费用结算的；

（三）协议有效期内累计 3 次被暂停协议，或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

（四）被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》的；

（五）拒绝、阻挠或不配合经办机构开展必要监督检查的；

（六）其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

第三十四条 参保人员有下列行为之一的，医疗保障行政部门有权追回所发生的费用，并视情节轻重，予以批评，情节严重的，按相应的法律法规处理：

（一）将医疗保险卡转借他人使用的；

（二）持他人医疗保险卡冒名就医的；

（三）私自伪造涂改处方、费用单据等骗取医疗基金待遇享受的；

（四）其他违反基本医疗保险规定的行为。

第三十五条 医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由医疗保障行政部门视情节轻重责令整改，并依法给予行政处分；情节严重的，按相应的法律法规处理：

(一) 在收缴基本医疗保险费、记载管理个人账户和审核、报销、支付医疗费用时，徇私舞弊、损公肥私的；

(二) 利用职权和工作之便，贪污、挪用基本医疗保险基金或索贿受贿、谋取私利的；

(三) 玩忽职守或违反财经纪律造成医疗保险基金重大损失的；

(四) 擅自减免或增加参保单位和个人应缴纳医疗费用的；

(五) 有其他不法行为被投诉，并经查证属实的；

(六) 违反医疗保险的其他有关规定的。

第九章 附 则

第三十六条 对突发性、流行性传染病和自然灾害等因素所造成的大范围急、危、重病人救治医疗费，由各级人民政府综合协调解决。

第三十七条 本办法自发文之日起施行，以前文件规定与本办法不一致的，按本办法执行。