

眉府办规〔2024〕2号

天府新区眉山管委会，各县（区）人民政府，市级各部门（单位）：

《眉山市城乡居民基本医疗保险管理办法》已经市政府同意，现印发给你们，请严格遵照执行。

眉山市人民政府办公室

2024年9月10日

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，促进城乡居民基本医疗保险体系健康发展，维护城乡居民基本医疗保险权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》《四川省人民政府办公厅关于推进基本医疗保险省级统筹的意见》等有关规定，结合我市实际，特制定本办法。

第二条 具有我市户籍的城乡居民、长期居住我市的外地户籍人员、外地来眉就读学生、取得合法居住权的未就业境外人员和港澳台人员按规定参加我市城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保），适用本办法。凡依法应当参加职工基本医疗保险的，不适用本办法。

第三条 城乡居民医保遵循以下原则：

- （一）应保尽保、保障基本、依法覆盖全民的原则；
- （二）筹资标准与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩的原则；

（三）个人缴费与政府补助相结合的原则；

（四）保当年与保当期相结合的原则；

（五）方便群众、公开透明的原则。

第四条 城乡居民医保实行调剂金模式省级统筹，按照全省安排部署，逐步实现预算管理、基金调剂、参保筹资、待遇保障、支付机制、经办管理“六统一”。

第五条 市医疗保障局负责全市城乡居民医保管理工作，眉山天府新区社会事务局、各县（区）医疗保障局在市医疗保障局指导下，负责本行政区域内的城乡居民医保管理工作。各级医疗保障行政部门负责贯彻执行国、省城乡居民医保政策法规，领导、监督本级城乡居民医保业务经办工作。各级医疗保险经办机构负责本级行政区域内城乡居民医保业务经办服务工作。

天府新区眉山管委会、各县（区）人民政府应当按照属地管理原则，加强对医疗保障工作的领导，承担本辖区内城乡居民医保的主体责任，负责辖区内城乡居民医保的组织参保和管理工作，强化医保基金使用常态化监管，统筹区域内各部门资源，形成监管合力。各乡（镇）人民政府、街道办事处负责本辖区内城乡居民医保的参保登记、信息变更、政策宣传等工作，加强基层医保基金监管能力建设，把医保基金监管纳入乡镇政府（街道办事处）综合监管体系。

财政部门负责城乡居民医保政府补助资金的筹集、划拨和基金专户的监督管理等工作；税务部门负责全市城乡居民医保费征

收工作和缴费服务，及时回传缴费信息，加强与医保部门数据比对，协助做好参保动员工作；卫生健康部门负责定点医疗机构的日常管理和监督工作，协助开展新生儿参保工作；教体部门负责协调督促本市行政区域内的幼儿园、中小学校（含中职学校）、高等院校，以学校为单位办理在校学生城乡居民医保的参保登记，协助开展政策宣传工作；民政、人力资源社会保障、农业农村、审计、市场监管等有关部门按照各自职能职责协同实施好本办法。

第二章 基金筹集

第六条 基金构成

- （一）个人缴纳的基本医疗保险费；
- （二）政府补助资金；
- （三）基金利息收入；
- （四）其他合法收入。

第七条 个人缴费

城乡居民医保个人缴费按照国家要求确定。具体缴费标准每年由市医疗保障局会同市财政局等有关部门在集中缴费期前向社会公布。

第八条 政府补助

- （一）政府补助标准按国家规定执行。

（二）政府补助由中央、省、市、县（区）财政补助构成。除中央财政、省财政补助外，应由我市地方政府补助部分，非扩权县按现行财政体制明确的比例分担，扩权县市财政不再补助。各县（区）应将补助资金纳入财政预算，及时拨付到位。

第九条 缴费方式

（一）城乡居民可根据自身医疗保障需求，在户籍所在地（外地户籍人员在居住地）参保缴费。其中高等院校和中小学校（含中职学校）学生由所在学校代收保费；其他城乡居民和儿童在户籍（居住地）所在乡（镇、街道）、村（社区）办理参保缴费手续。

（二）特殊群体参保缴费。符合资助参保条件的医疗救助对象的个人缴费部分，由医疗救助资金按规定分类资助参保；计划生育特别扶助对象、重度残疾人、享受国家定期抚恤和生活补助优抚对象、被征地农民超龄人员的个人缴费部分，由对应主管部门申请财政专项资金全额资助参保；低收入家庭 60 周岁以上老年人、未成年人和三、四级残疾人的个人缴费部分，由民政部门申请财政专项资金定额资助 75%。

（三）城乡居民医保参保缴费，实行年度一次性缴费，一年一缴。在国、省的统一部署下，健全参保长效机制，建立城乡居民医保连续参保人员和零报销人员的大病保险激励机制，持续巩固拓展全民参保成果。

（四）退役军人等特殊人群参保按国家相关政策执行。

第十条 缴费时间

每年9月1日至12月31日为下一年度城乡居民医保集中缴费期。新生儿、动态新增特殊身份人员、户籍新迁入人员、刑满释放人员等当年可随时参保缴费。

第十一条 有效期限

参保人员保险有效期为次年1月1日至12月31日。未在居民医保集中缴费期内参保缴费的普通居民，设置参保后待遇等待期3个月。集中缴费期结束后参保缴费的动态新增特殊身份人员、户籍新迁入人员、刑满释放人员等从缴费之日起享受医保待遇。新生儿出生当年可随时办理参保缴费，出生90天（含）内参保的从出生之日起享受医保待遇，出生90天后参保的从缴费之日起享受医保待遇。高等院校新生和成建制跨市（州）到我市参加城乡居民医保的高等院校学生，第一年保险待遇享受期为当年9月1日至次年12月31日。职工医保中断缴费3个月以内参加城乡居民医保人员，无待遇等待期，中断期间的待遇可追溯享受。

第三章 基金管理

第十二条 城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户管理，单独列账，任何单位和个人不得挪用。

第十三条 城乡居民医保基金实行年度预决算管理，按照

“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，科学编制基金收支预决算。

第十四条 城乡居民医保业务的工作经费列入财政预算，不得从城乡居民医保基金中提取。

第十五条 建立健全城乡居民医保基金运行分析和风险预警制度，每季度开展 1 次基金运行分析监测，每年向市政府常务会议报告 1 次基金运行情况，科学研判基金收支和保障能力趋势，及时化解基金运行过程中的风险，保障基金安全。

第四章 基本医疗保险待遇

第十六条 城乡居民医保基金主要用于城乡居民住院、普通门诊、门诊慢特病等费用支付。

第十七条 住院起付标准

（一）根据医疗机构级别设置住院起付标准，各级医疗机构起付标准为：乡镇卫生院和社区卫生服务中心 150 元，一级医疗机构 360 元，二级医疗机构 460 元，三级医疗机构 660 元，临时异地就医起付标准 1000 元。

（二）转入上级定点医疗机构治疗的患者，住院起付标准执行两级医疗机构起付标准之差；转入下级定点医疗机构治疗的患者，不再设置住院起付标准。

第十八条 报销比例

参保人员发生的住院医疗费在起付标准以上的符合基本医疗保险报销范围的部分，个人先支付应自付的费用后，根据医疗机构级别设置报销比例。

（一）分级报销比例：乡镇卫生院和社区卫生服务中心 90%，一级医疗机构 80%，二级医疗机构 75%，三级医疗机构 65%。

（二）异地就医报销比例：异地转诊人员和异地急诊抢救人员在备案地住院就医结算时，支付比例在本地住院就医支付比例基础上下调 10 个百分点；非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例在本地住院就医支付比例基础上下调 20 个百分点；异地长期居住人员在备案地住院就医待遇政策与本地相同，符合转外就医规定的，执行转诊转院支付政策。

异地长期居住人员包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保地以外工作、居住、生活的人员；临时外出就医人员包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。异地就医具体规定按相关政策执行。

第十九条 基金支付范围

符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊抢救的医疗费用，按照规定从城乡居民医保基金中支付。目录内药品、诊疗项目和医疗服务设施，甲类全额纳入医保报销范围，乙类药品个人先行自付 10%后纳入医保报销范围，乙类诊疗项目和医疗服务设施个人先行自付 15%后纳入医保报销

范围，乙类医用耗材按价格分段，个人先行按比例自付后再纳入医保报销范围，分段标准为：

A 段:单价低于 500 元的，按 75%计入计算基数；

B 段:单价 500 元及以上，低于 5000 元的，按 65%计入计算基数；

C 段:单价 5000 元及以上，低于 5 万元的，按 55%计入计算基数；

D 段:单价 5 万元及以上，低于 10 万元的，按 45%计入计算基数；

E 段:单价 10 万元及以上，以 10 万元计，按 35%计入计算基数。

第二十条 不予支付的范围

下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检；
- （六）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

医疗费用依法应当由第三人负担。第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第二十一条 普通门诊

（一）城乡居民普通疾病门诊实行门诊统筹。门诊统筹包含一般诊疗费或调增的门急诊费和普通疾病门诊费。

（二）参保人员在门诊定点医疗机构发生的，符合基本医疗

保险规定支付范围的普通疾病门诊医疗费用，在二级以下（不含二级）定点医疗机构不设起付标准，报销比例为 60%，在二级及以上定点医疗机构设年度起付标准 50 元/人，报销比例为 50%。一个保险年度内统筹基金普通疾病门诊支付限额为 200 元/人。

（三）参保人员到门诊定点医疗机构就诊，凭医保电子凭证或社会保障卡直接在门诊定点医疗机构结算，普通门诊统筹支付后剩余部分的医疗费用由参保人员个人承担。应由统筹基金支付的费用，由门诊定点医疗机构与医疗保险经办机构定期结算。

第二十二条 门诊慢特病

（一）门诊慢特病

参保人员罹患慢性疾病或重特大疾病，需要在定点医疗机构长期门诊治疗发生的医疗费用纳入统筹基金支付范围。根据门诊慢特病病种特点及诊疗规范不同，病种分为门诊慢性病和门诊特殊病两类管理。门诊慢性病实行按病种限额报销，门诊特殊病费用视同住院医疗费用报销。门诊慢特病病种范围、限额标准、准入条件等具体政策由市医疗保障局另行制定。

（二）高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障

参加我市城乡居民医保并采取药物治疗的“两病”患者，在定点医疗机构发生的降血压、降血糖的政策范围内药品费用纳入统筹基金支付范围，“两病”的认定机构、用药范围、待遇标准等具体规定按相关政策执行。

第二十三条 最高支付限额

城乡居民在一个保险年度内，基金累计支付最高限额不高于眉山市上上年度城乡居民人均可支配收入的 6 倍。

第五章 城乡居民大病保险

第二十四条 大病保险

（一）大病保险资金从城乡居民医保基金中列支，城乡居民参保人员个人不缴费。

（二）大病保险由商业保险公司承办，市医疗保障局通过公开招标确定承办机构和人均列支费用。

（三）大病保险起付标准原则上按全市上上年度居民人均可支配收入的 50% 确定，具体由市医疗保障局会同市财政局等有关部门根据经济社会发展水平、大病保险资金实际支付水平等因素适时调整后公布。

（四）大病保险对参保人员年度内发生的单次或累计住院合规医疗费用，在城乡居民医保基金报销后，个人负担超过起付标准以上的部分按比例支付，总体报销比例不低于 60%。

（五）城乡居民大病保险具体管理办法按相关规定执行。

第六章 商业补充医疗保险

第二十五条 商业补充医疗保险

（一）积极建立完善城乡居民商业补充医疗保险制度，鼓励有资质的商业保险公司设计和承办城乡居民商业补充医疗保险，险种设计遵循保本微利、便民利民、全市统一的原则，理赔顺序先基本、再大病、后救助、末补充。

（二）每年补充医疗保险缴费标准按不高于城乡居民医保当年筹资标准（含财政补助）的 10%，由承保商业保险公司确定。凡参加城乡居民医保的参保人员，按照自愿原则参加城乡居民补充医疗保险。缴费时间、保险有效期、赔付范围与城乡居民医保一致；保险赔付办理、赔付金支付与城乡居民大病保险一致。

（三）城乡居民商业补充医疗保险原则上由城乡居民大病保险承保商业保险公司在大病承保范围内承保。承保商业保险公司应以多种方式参与城乡居民医保经办、监管工作。

（四）城乡居民商业补充医疗保险实行协议管理，由医保经办机构与承保商业保险公司签订服务协议，明确保险责任（赔付标准）、双方权利义务、违约责任等。

第七章 结算方式

第二十六条 建立健全按疾病诊断分组（DRG）付费、病种付费、人头付费、床日付费、医共体总额付费等复合型医保付费方式，引导定点医疗机构规范服务行为，控制医疗费用不合理增长，提高医保基金使用效率。

第二十七条 定点医疗机构住院费用结算

参保人员在定点医疗机构住院发生的应由城乡居民医保基金支付的医疗费，由定点医疗机构与医疗保险经办机构结算，应由个人负担的部分由定点医疗机构与个人结算。参保人员入院时，个人应向定点医疗机构预付一定数额的医疗费，用于支付应由个人负担的费用，预付医疗费的具体数额由定点医疗机构根据病情确定，出院时定点医疗机构直接与参保人员结算。重点人群住院按有关规定执行。

第二十八条 异地就医住院费用结算

异地就医实行备案制管理，参保人员在异地就医应履行登记备案手续，异地长期居住或者临时外出就医的参保人员办理异地就医登记备案后，可在已开通直接结算的异地定点医疗机构就诊并直接结算。在未开通直接结算的异地定点医疗机构发生的医疗费用，凭相关报销凭证回参保所在地的医保经办机构办理报销。

第二十九条 参保人员当年医疗费用报销结算截止时间为次年 12 月 31 日，逾期未报销的医疗费用，城乡居民医保基金不予支付。

第八章 医疗服务管理

第三十条 城乡居民医疗保险实行定点协议管理，由医保经办机构与医药机构签订医疗保障服务协议，明确服务对象、服务

内容、服务质量、服务价格及双方权利义务等。

第三十一条 按照相关部门就医管理规定，严格实行基层首诊和分级转诊转院制度。

第三十二条 城乡居民医保相关业务经办及监督管理规程由市医疗保障局另行制定。

第九章 法律责任

第三十三条 医保经办机构、定点医疗机构和参保人员以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取城乡居民医保基金的，由医疗保障行政部门依照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十四条 医疗保障行政部门以及医疗保险经办机构工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，造成城乡居民医保基金损失的，依法依规给予处分；构成犯罪的，移送司法机关，依法追究刑事责任。

第三十五条 建立健全医疗保险诚信制度，对因医保骗保经司法机关查实的参保人及定点医药机构法人，纳入医疗保险诚信体系管理，具体管理办法按相关规定执行。

第十章 附 则

第三十六条 城乡居民医保筹资标准、待遇保障等政策由医疗保障局会同有关部门根据我市经济社会发展水平和基金收支结余情况等因素适时制定调整方案，报市政府同意后实施。国、省出台新规定的，从其规定。

第三十七条 本办法自 2024 年 10 月 1 日起施行，有效期 3 年。《眉山市城乡居民基本医疗保险管理办法（修订版）》（眉府办发〔2019〕26 号）同时废止，其他文件与本办法相抵触的条款以本办法规定为准。