

攀枝花市城乡居民医疗保险办法实施细则

第一章 总则

第一条 根据《攀枝花市人民政府关于印发〈攀枝花市城乡居民医疗保险办法〉的通知》（攀府规〔2022〕3号）（以下简称《办法》）规定，制定本实施细则。

第二条 城乡居民医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）实行属地管理原则。

第二章 参保缴费

第三条 除依法应当参加职工基本医疗保险或按规定享有其他保障以外的人员均可参加我市城乡居民医保。

第四条 县（区）民政、乡村振兴、残联、教育和体育、公安等部门在职责范围内协助开展城乡居民医保参（续）保工作。乡镇（街道）、村（社区）、学校负责宣传动员并组织所属辖区或管理范围内城乡居民医保的参（续）保缴费、咨询服务、参保扩面等工作。

第五条 符合我市参保规定的城乡居民，可至户口所在地或居住地乡镇（街道）和村（社区）办理参保登记，也可通过互联网办理。

第六条 城乡居民医保按年缴费，集中征缴期为每年9月1日至12月31日，集中征缴期结束后，除下列人员外原则上不再办理当年参保登记和缴费：

- （一）新生儿；
- （二）退役军人；
- （三）新增符合资助参保对象的人员；
- （四）与用人单位解除劳动关系转换为城乡居民医保的人员；
- （五）刑满释放及解除羁押人员；
- （六）其他符合规定的人员。

第七条 参保人员已缴纳次年的城乡居民医保费，在次年1月1日医保待遇生效前死亡、重复参保（含跨统筹区和跨制度参保）等均可持有关证明办理退费手续。跨统筹区重复参保且享受了医保待遇的原则上不予退费。

第八条 被征地农民按现行政策规定参保并享受待遇。

第九条 集中征缴期内被认定为资助参保对象，在身份认定前按普通人员身份已缴费的，由有关部门按照规定对个人缴费部分予以补贴。集中征缴期结束后被认定为资助参保对象，但在身份认定前已按普通人员身份缴费的，个人缴费部分不予补贴。

第三章 医保待遇

第十条 下列人员按以下规定享受城乡居民医保待遇。

（一）新生婴儿在出生后 90 日内参保缴费的，从出生之日起享受医保待遇，出生 90 日至满一周岁期间参保缴费的，从参保缴费次月起享受医保待遇。

（二）民政、乡村振兴部门认定的符合资助参保的人员，从缴费之月起开始享受待遇。

（三）外地来攀新入学的在园幼儿和在校学生（含大学生）办理参保缴费手续后，原则上从次年 1 月 1 日起开始享受医保待遇。

（四）新参保人员、上年度中断缴费人员以及集中征缴期结束后缴费的人员，从参保缴费次月起设置 3 个月待遇等待期。

（五）医保关系转移、享受失业保险待遇期满、退役军人自情形发生之日起 3 个月内（含 3 个月）参保缴费的，从缴费当月起开始享受待遇；超过 3 个月办理的，从参保缴费次月起设置 3 个月待遇等待期。

（六）刑满释放及解除羁押人员自情形发生之日起 3 个月内（含 3 个月）参保缴费的，从缴费当月起开始享受待遇；超过 3 个月办理的，从参保缴费次月起设置 3 个月待遇等待期。

第十一条 参保人员发生的符合国家医保药品、医药耗材、医疗服务项目等目录中最高支付标准范围内的乙类费用先由参保人员个人自付 10%，其余 90%纳入城乡居民医保报销范围。

第十二条 参保人员办理异地安置和异地长期居住备案手

续后，原则上 6 个月内不予变更备案地。

第十三条 参加城乡居民医保人员，默认备案地为本市。办理了异地安置、异地长期居住备案手续的人员，备案地以实际备案情况为准。

第十四条 参保人员在备案地二级及以下定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊费用，按下列标准报销。

起付线：一个统筹年度内为 100 元；

报销比例：70%；

封顶线：一个统筹年度不超过 300 元。

第十五条 参保人员一般诊疗费待遇如下。

（一）参保人员在全市范围内，实施基本药物制度的基层定点医疗机构，包括乡镇卫生院、乡镇中心卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室、高校卫生所执行一般诊疗费。

（二）参保人员在乡镇卫生院、乡镇中心卫生院、社区卫生服务中心发生的一般诊疗费统筹基金支付标准为每门诊人次 10 元（一天为一个结算疗程）；在村卫生室、高校卫生所发生一般诊疗费统筹基金支付标准为每门诊人次 5 元（两天为一个结算疗程）。一个统筹年度内一般诊疗费实行总额预算管理。

（三）统筹基金支付参保人员在基层定点医疗机构的一般诊疗费不计算在参保人员普通门诊统筹限额内。参保人员普通门诊统筹基金支付达到统筹年度封顶线后，城乡居民医保统筹基金不再支付一般诊疗费。

第十六条 门诊特殊疾病病种、认定标准及管理方式按现行政策规定执行。办理了门诊特殊疾病医疗补助资格的参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内费用按以下规定报销。

（一）患有一类门诊特殊疾病病种的参保人员，可选择一个病种申请门诊特殊疾病医疗补助，取得补助资格后，其在备案定点医疗机构门诊治疗该病种的政策范围内医疗费用，不设起付线，按住院有关政策规定报销。

（二）患有二类门诊特殊疾病病种的参保人员，最多可选择两个病种申请门诊特殊疾病医疗补助，取得补助资格后，其在备案定点医疗机构门诊治疗该病种的政策范围内医疗费用，不设起付线，按 70% 报销，一个统筹年度内最高支付限额为 800 元。

（三）患有“两病”（高血压、糖尿病）的参保人员门诊用药保障按现行政策规定执行。

第十七条 城乡居民医保统筹基金支付政策范围内住院医疗费用设立起付线标准，起付线标准以上的费用按比例报销。

（一）备案地定点医疗机构住院起付线及报销比例。

起付线：三级定点医疗机构 800 元；二级定点医疗机构 600 元（其中县级定点医疗机构 400 元）；一级定点医疗机构 200 元；基层定点医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）100 元。参保人员中的特困、孤儿、重度残疾人住院不设起付线。

报销比例：三级定点医疗机构 70%；二级定点医疗机构 80%（其中县级定点医疗机构 85%）；一级定点医疗机构 90%；基层

定点医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）95%。

其他未定级定点医疗机构按二级定点医疗机构起付线标准和报销比例执行。

（二）参保人员在备案地定点医疗机构住院时主诊断为城乡居民医保一类门诊特殊疾病病种的，医疗费报销时不设起付线，基本医疗保险报销比例提高5个百分点，最高不超过95%。

（三）参保人员因病情需要办理转院手续的，实行双向转诊。备案地外转院的，起付线标准为1000元，报销比例降低8个百分点。

（四）参保人员在备案地外定点医疗机构住院且未办理转院的，起付线标准为1200元，因急（抢）救住院报销比例降低10个百分点，非急（抢）救住院报销比例降低20个百分点。

第十八条 参加城乡居民医保的女性参保人员，其符合生育政策规定且在定点医疗机构发生的生育医疗费采取总额控制、定额补贴的方式报销，具体标准如下：

（一）顺产1200元，难产2000元，剖宫产2500元；多胞胎生育的，每多一胎增加500元。

（二）参保人员因生育出现合并症、并发症的，其生育医疗费按项目付费方式报销。

（三）参保人员因保胎、病理性流产、病理性引产按规定提供资料申请费用报销。

第十九条 城乡居民医保参保人员同时享受大病保险待遇。

参保人员住院医疗费按基本医疗保险政策规定报销后个人负担的政策范围内超过大病保险起付线以上部分，由大病保险按规定予以报销。

第二十条 参保人员住院床位费执行攀枝花市医疗服务价格标准，按普通病房床位费一级病房三人间标准纳入统筹基金支付范围，普通病房床位费加收部分按医疗服务价格实际标准纳入统筹基金支付范围。异地就医人员医疗费手工报销的，按照我市政策执行。

第二十一条 单行支付药品统筹基金支付比例为 55%，其他国家医保谈判药品和高值药品按我市现行政策规定执行。

第二十二条 参保人员经二级以上精神专科定点医疗机构确诊患有抑郁症的，因自残、自杀导致产生的住院医疗费纳入医保统筹基金支付范围。

第二十三条 参保人员因交通事故等产生的住院医疗费，按公安、司法等部门认定的本人责任比例纳入医保统筹基金支付范围。其中，因参保人员主观故意或严重违法行为导致产生的住院医疗费，医保统筹基金不予支付。

第二十四条 一个统筹年度（自然年度）内，城乡居民医保统筹基金累计支付参保人员住院医疗费（含生育）的最高限额为 6 万元。参保人员出院日期与结算日期不在同一统筹年度的，统筹基金支付金额累计计算在出院日期所在年度。

第四章 就医结算

第二十五条 参保人员应在定点医疗机构住院治疗(含异地就医,下同),因病情紧急需急(抢)救的,可就近在非定点医疗机构救治,待病情缓解后及时转往定点医疗机构救治,不符合规定发生的住院医疗费,城乡居民医保统筹基金不予支付。

第二十六条 参保人员因病情需要转往备案地外上级医疗机构就医的,原则上转往备案地所属省内指定定点医疗机构。

第二十七条 参保人员住院前的急(抢)救费用纳入住院费用按规定给予报销,因门诊急(抢)救无效死亡发生的门诊医疗费按单独一次住院医疗费报销。

第二十八条 参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用未实现联网结算的,原则上在医疗费结算后90日内持有关资料到所属县(区)医保经办机构办理报销。

第二十九条 参保人员在定点医疗机构就医,因病情需要在院外定点医疗机构检查或购药、供药机构购药的,属于政策范围内的费用按规定报销。

第五章 管理和监督

第三十条 医保经办机构建立健全城乡居民医保财务管理制度、定点医药机构考核制度、内部审计制度、信息公开制度。

第三十一条 医保经办机构要定期不定期分析城乡居民医保基金运行情况，确保基金运行安全、完整和制度可持续。

第三十二条 医保经办机构应加强内部控制，定期对费用审核、基金征缴、基金财务等方面开展内控自查工作，精准识别风险点，形成风险点清单，分级分类明确防控措施，制定年度及日常内控检查计划，对经办业务的各环节及岗位进行全过程监督管理，及时发现问题并整改。

第三十三条 医保经办机构按市级医保行政部门授权，履行医保行政检查职责，加强对定点医药机构、参保单位、参保人员遵守医疗保险法律、法规和规章等情况的监督检查，调阅定点医药机构的医疗文书、会计核算资料、药品进销存凭据等有关材料。定点医药机构、参保人及其他有关单位、人员应当主动配合监督检查，不得伪造、变造或者隐匿有关资料。

第三十四条 定点医药机构应当遵守医疗保险、医疗救助有关政策规定，建立和完善医疗保险、医疗救助内部管理制度，明确医疗保险工作机构，确定医疗保险专（兼）职工作人员，做好本单位医疗保险管理和服务工作。

第三十五条 定点医药机构应当根据医疗保险联网结算和实时监控的要求，配备必要的信息管理系统，遵守医疗保险信息技术规范和信息安全有关规定，及时上传医疗保险结算费用等有关信息。

第三十六条 经办机构应持续推进医保支付方式改革工作，

引导定点医疗机构加强运行管理，提高基金使用效率，积极推行医保基金总额预算管理下以按疾病诊断相关分组付费为主的多元复合医保支付方式。

第六章 附则

第三十七条 城乡居民医保待遇标准及就医管理等由市级医保行政部门会同市级有关部门根据国家、省有关政策规定及我市基金运行情况适时调整。

第三十八条 本实施细则由市级医保行政部门负责解释。

第三十九条 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年。国家、省有新规定的，从其新规定。