

# 攀枝花市城乡居民医疗保险办法

## 第一章 总则

第一条 为进一步完善我市城乡居民医疗保险（以下简称“居民医保”）制度，提升市级统筹质效，根据《中华人民共和国社会保险法》和《中共四川省委 四川省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（川委发〔2021〕9号）、《四川省医疗保障局 四川省财政厅关于转发〈国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单管理制度的意见〉的通知》（川医保发〔2021〕3号）等精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 居民医保应遵循以下原则。

- （一）全覆盖、保基本。
- （二）统筹城乡、保障公平。
- （三）权利与义务对等。
- （四）以收定支、收支平衡、略有结余。
- （五）医疗、医保、医药联动改革，协同推进，有效衔接。

第三条 居民医保实行市级统筹，制度覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理、业务经办规程等全市统一。

第四条 强化基本医保、大病保险、医疗救助三重保障功能，

促进各类医疗保障互补衔接，提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平。

## 第二章 参保范围及基金筹集

第五条 除职工医保应参保人员和按规定享有其他医疗保障的人员外的全体居民均可参加我市居民医保。

第六条 居民医保以个人缴费为主、政府适当补助的方式筹资。个人按规定标准缴纳医保费，政府补助资金由各级财政分担。特殊困难人员个人缴费部分按规定给予资助。

第七条 居民医保基金由下列项目构成。

- (一) 居民个人缴纳的医保费。
- (二) 各类资助参保收入。
- (三) 政府补助资金。
- (四) 基金利息收入。
- (五) 其他收入。

第八条 居民医保个人缴费统一为一个标准，每年缴费额度根据国家、省有关规定并结合我市经济发展水平以及居民医保基金运行情况等因素，由市级医保行政部门商同级财政部门确定后公布，不得低于国家规定的当年最低缴费标准。

第九条 居民医保按年缴费，以自然年度（统筹年度）为一个保险责任周期，个人所缴医保费在医保待遇生效后不予退还。

第十条 居民医保不建个人账户。

### 第三章 参保待遇及基金支付范围

第十一条 集中参保期结束后参（续）保的居民（新生儿、农村低收入人口等特殊群体除外）和中断缴费 3 个月以上续保的居民，设置不超过 6 个月的待遇等待期。中断缴费期间和待遇等待期内发生的医疗费，居民医保基金不予支付。

第十二条 居民医保待遇主要包括普通门诊统筹、门诊特殊疾病（含“高血压、糖尿病”门诊用药保障）、住院、生育以及其他政策规定的医疗费用支付待遇。

（一）普通门诊统筹待遇。参保人员在符合条件的定点医疗机构发生的普通门诊费用纳入居民医保基金支付范围，按比例报销，设置统筹年度最高支付限额。

（二）门诊特殊疾病待遇。参保人员所患疾病需要长期门诊维持治疗的，按规定纳入门诊特殊疾病管理。

（三）住院医疗待遇。参保人员在定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费纳入居民医保基金支付范围，合理设置起付线标准、报销比例和统筹年度最高支付限额，起付线标准以上的政策范围内住院医疗费由居民医保基金按规定比例报销。起付线标准和报销比例设置向基层定点医疗机构适当倾斜。一个统筹年度内居民医保基金支付参保人员住院医疗费累计不得超过统筹年

度最高支付限额。

（四）生育医疗待遇。参保人员在定点医疗机构发生的、符合生育政策的住院分娩医疗费，纳入居民医保基金支付范围，定额包干支付。

（五）国家医保谈判药品和高值药品按国家、省有关规定执行。

**第十三条** 参保人员在定点医疗机构住院发生的符合国家医保药品、医用耗材、医疗服务项目目录的甲类费用全部纳入居民医保基金支付范围，乙类费用个人先自付一定比例后再纳入居民医保基金支付范围。

**第十四条** 下列医疗费居民医保基金不予支付。

- （一）应当从工伤保险基金支付的。
- （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、健康体检等费用。
- （六）国家规定的基金不予支付的其他费用。

**第十五条** 突发重大公共卫生事件和重大疫情期间的医疗保障按照国家、省、市有关规定执行。

## 第四章 医疗服务及费用结算管理

**第十六条** 符合国家、省规定的管理条件并自愿申请定点的医药机构，经评估合格、签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”）后，由市、县（区）医保经办机构开展医保协议管理，对定点医药机构严格考核、依法评估，在准入条件下实行动态管理。

**第十七条** 参保人员持社会保障卡、医保电子凭证等在定点医药机构就医、购药，医疗费用实现联网结算。

**第十八条** 参保人员在定点医药机构发生的符合居民医保基金支付范围的医药费用中，应由个人承担部分，由参保人员与定点医药机构结算；应由居民医保基金、大病保险基金、医疗救助资金等支付的部分，由医保经办机构与定点医药机构结算。

**第十九条** 参保人员在市外（备案居住地除外）住院的，住院医疗费报销时适当提高起付线标准、降低报销比例。其中，因病情需要经规范转诊转院到上级医院住院的，其提高起付线标准、降低报销比例的幅度可区别于其他市外住院情形。

## **第五章 基金管理和监督**

**第二十条** 居民医保基金纳入社会保险基金财政专户管理，执行统一的社会保险基金财务制度，实行单独核算、专款专用和“收支两条线”管理，任何单位、个人不得挤占挪用。

**第二十一条** 持续推进医保支付方式改革，提高基金使用效

率。实行区域总额预算下，以按疾病诊断相关分组（DRG）付费为主的多元复合医保支付方式改革，引导医疗机构加强运行管理。

## 第二十二条 加强居民医保基金监督。

（一）内部监督检查。市、县（区）医保、财政、税务部门对居民医保基金收支预（决）算执行、运行等情况进行检查，对医保经办工作进行监督，确保基金安全。

（二）信息化监督管理。定点医药机构应将 HIS 系统（医院信息）、基层医疗卫生平台信息系统、购销存管理信息系统等内部监控管理网络系统与医保信息系统全面对接，适时传输医保结算有关数据，提升智能审核和智能监管水平。

（三）建立信用管理制度。构建以信用为基础的新型监管体制，建立定点医药机构信息报告制度，实行医药机构及其有关工作人员、参保人员信用记录、信用评价和记分管理制度。加强和规范医疗保障领域守信联合激励和失信联合惩戒。积极开展定点医药机构信用承诺和信用提醒约谈工作，形成事前提醒、事中监督与事后惩戒并重的信用管理格局。

（四）建立健全综合监管制度。加强部门协调配合，医保、卫生健康、市场监管等有关部门对定点医药机构开展联合检查。

（五）建立违纪违法案件线索移送和行纪、行刑衔接制度。对涉嫌违纪违法的线索和问题，按规定移交纪检监察机关、司法

机关依纪依法处理。

## 第六章 组织实施

第二十三条 坚持政府主导，部门协同配合，共同做好居民医保工作。

县（区）人民政府按照上级下达的参保任务，组织辖区居民参保缴费，并将其纳入重点工作目标考核。

医保行政部门是居民医保工作的行政主管部门，市级医保行政部门负责制定居民医保政策及工作规划并组织实施。市级医保经办机构负责对县（区）医保经办机构进行工作指导，县（区）医保部门负责具体业务经办。

税务部门负责居民医保基金征收，确保应收尽收。

教育和体育部门负责督促学校做好学生参保缴费的组织工作。

民政、乡村振兴、残联等部门（单位）负责特殊困难人员的资格确认，并协助做好动员和资助参保工作。

公安部门负责户籍信息查询、比对等工作；对涉嫌欺诈骗取居民医保基金的案件立案侦办。

卫生健康部门负责对定点医疗机构医疗服务行为的监督和管理。

财政部门负责按时拨付政府补助资金；统筹安排参保征缴、

待遇给付、基金监管等专项工作经费。

审计部门负责对医保经办机构、定点医药机构管理、使用居民医保基金情况进行审计监督。

市场监管部门负责对定点医药机构药品、医疗器械的质量安全和价格、医疗服务价格等监督检查。

## 第七章 附 则

**第二十四条** 在实施基本医保的基础上，建立全市统一的大病保险制度，保险费由居民医保基金支付。现行居民补充医疗保险制度按照国家医疗保障待遇清单政策清理规范。

**第二十五条** 市级医保行政部门会同同级财政部门、税务部门制定实施细则。

**第二十六条** 本办法自 2023 年 1 月 1 日起实施，有效期 5 年。