

定西市人民政府办公室文件

定政办发〔2023〕99号

定西市人民政府办公室 关于印发《定西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,定西高新区管委会,市政府有关部门,中央及省属在定有关单位:

《定西市城乡居民基本医疗保险市级统筹办法》已经市政府51次常务会议同意,现印发你们,请遵照执行。

定西市人民政府办公室
2023年12月8日



定西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 为更加完善城乡居民基本医疗保险市级统筹制度,健全更加公平更可持续的医疗保障体系,更好保障城乡居民基本医疗需求,根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号)《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》(国保发〔2021〕5号)等法律法规及国家和省有关规定,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,以基本医疗保险为主的城乡居民医疗保障制度。

第三条 定西市城乡居民基本医疗保险市级统筹以本市行政区为统筹单位,实行“统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理”的“六统一”管理体制。

第四条 本办法适用于本市行政区域内除职工基本医疗保险应参保人员或按照规定享有其他医疗保障的人员以外的全体城乡居民。

第五条 城乡居民医保制度坚持以下原则要求：

(一)坚持以收定支、收支平衡的基本原则。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，科学确定筹资待遇水平，实现城乡居民医保制度可持续发展。

(二)坚持统一政策、规范管理的基本要求。统一市域内城乡居民医保覆盖范围、筹资政策、待遇水平等政策，规范经办规程、定点医药机构和基金管理 etc 制度。

(三)坚持公平普惠、综合保障的政策设计。建立公平普惠的基本医疗保险制度，健全基本医疗保险、大病保险、医疗救助边界清晰的医疗保障体系，发挥不同医疗保障制度的功能作用，综合保障城乡居民就医需求。

(四)坚持预算管理、责任明确的管理机制。严格执行收支预算，按照权利与义务、激励与约束、事权与财权相结合的要求，

明确市县区两级扩面征缴、医疗待遇支付、基金监管等责任，建立市县区两级收支责任分担和绩效考核机制。

(五)坚持依法依规、清单管理的决策机制。按照国家建立医疗保障待遇清单管理制度安排，明确决策层级和权限，推进城乡居民医疗保障制度管理规范化、标准化、法制化。

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7月1日至12月31日办理下一年度参保登记缴费手续(具体缴费标准及时间按照国家和省级规定执行),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。在参保延长期内缴费的城乡居民当月缴费后,次月至年底享受医保待遇。在规定时间内未办理参保缴费的城乡居民不享受医保待遇。

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名义参加城乡居民医保。参保居民可通过银行营业网点、网上(掌上)银行、第三方支付、乡镇(社区)代缴系统、便民终端等方式缴纳医疗保险费。

第八条 鼓励连续参保缴费,实行连续缴费年限与待遇享受挂钩机制。在市域内参加城乡居民医保连续缴费每满两年的(从2020年算起),住院医疗费用统筹基金支付比例提高1个百分点,以此类推,以上调5个百分点为限。连续缴费中断后再次参保的,支付比例按新参保人员重新计算。

第九条 新生儿参保缴费,监护人应自出生之日起90天(含)内为该新生儿办理当年城乡居民医保参保登记并缴纳相关费用。参保缴费后,新生儿自出生之日起至当年12月31日享受城乡居民医保待遇。

10月1日至12月31日出生的新生儿,监护人可在新生儿出生之日起90天(含)内为该新生儿办理次年城乡居民医保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

民医保待遇。

第十条 新生儿出生后在90天(含)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医保经办机构按城乡居民基本医保、大病保险和医疗救助相关政策支付。

第十一条 参保人员已连续2年(含2年)以上参加基本医疗保险,因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的,且中断缴费3个月(含)以内的,可办理基本医疗保险费补缴手续,缴费后即可享受基本医疗保险待遇。

第十二条 参保人员不得重复参保,包括重复参加同一基本医疗保险制度(制度内重复参保)或重复参加不同基本医疗保险制度(跨制度重复参保),不得重复享受基本医疗保险待遇。

第十三条 参保城乡居民迁出本市的,当年继续享受本市城乡居民医保待遇。以非全日制、临时性工作等灵活就业形式的跨制度重复参保,保留一个可享受待遇的参保关系,暂停重复的参保关系。

第十四条 参保人缴纳城乡居民医保费后,进入待遇享受期前因死亡、重复缴费、出国定居、参加职工医保或在其他统筹地区参加居民医保的,应及时办理居民医保终止手续,依申请办理退费。待遇享受期开始后,不再办理个人退费。

第十五条 城乡居民医保征缴机构应向参保人员出具省税务局监制的《甘肃省城乡居民医疗保险个人缴费专用票据》、经收银

行通过线上渠道向缴费人出具的可在线查询的电子回单、电子经收凭据或代办单位使用税务信息系统向缴费人开具的《社会保险费缴费凭证》。医疗保障部门根据税务信息系统反馈的电子信息准确记录社会保险个人权益,并作为待遇计发和享受的依据。

第三章 基金筹集

第十六条 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。

第十七条 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。

第十八条 对特困人员、城乡低保对象、返贫致贫人口等低收入人口的个人缴费部分,由同级医疗保障部门按照有关规定予以资助。

第十九条 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月底前足额拨付到位,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

第二十条 城乡居民医保实行门诊、住院和大病保险相结合的统筹模式。一个年度内个人缴费、政府补助和集体资助等资金构成全市城乡居民医保统筹基金。统筹基金提取大病保险资金、风险调剂金之后的部分用于参保居民门诊和住院待遇。

第二十一条 门诊支付待遇。

(一)普通门诊。每人每年最高支付限额 160 元,年度不结转。参保城乡居民在二级及以上定点医疗机构发生的政策范围内门诊医疗费用按 60% 比例支付,在一级定点医疗机构(含村卫生室)发生的政策范围内门诊医疗费用按 80% 比例支付。

(二)“两病”(高血压、糖尿病)门诊。参保患者在定点医疗机构发生的政策范围内“两病”门诊药品费用,不设起付线,在年度支付限额内按 70% 的比例进行支付。高血压年度支付限额为每人 400 元;糖尿病年度支付限额为每人 800 元;参保人员同时患有高血压和糖尿病的,可享受年度支付限额 1200 元。

(三)门诊慢特病

1. 支付标准。门诊慢特病支付时不设起付线,在相应病种年度支付限额内,按政策范围内费用的 70% 进行支付。具体病种和相应的年度支付限额见下表。

门诊慢特病病种及统筹基金年度支付限额标准

序号	病种名称	年度支付限额 (元/人/年)
1	尿毒症透析治疗(慢性肾衰竭腹膜透析、血液透析及非透析阶段)	60000
2	再生障碍性贫血	20000
3	血友病	20000
4	系统性红斑狼疮	20000
5	恶性肿瘤放化疗	20000
6	白血病	20000
7	器官移植抗排异治疗	20000
8	苯丙酮尿症	14000
9	肾病综合征	12000
10	过敏性紫癜并肾病	12000
11	血小板减少性紫癜	10000
12	脑瘫	10000
13	慢性肾炎	10000
14	心肌病	10000
15	心脏瓣膜置换抗凝治疗	10000
16	强直性脊柱炎	10000
17	重症肌无力	10000
18	股骨头坏死	5000
19	精神分裂症	5000
20	抑郁症	5000
21	躁狂症	5000
22	分裂情感性障碍	5000
23	偏执性精神病	5000
24	双相(情感)障碍	5000
25	癫痫所致精神障碍	5000

26	精神发育迟滞伴发精神障碍	5000
27	急性心肌梗塞、冠心病介入治疗术后	5000
28	肝硬化（失代偿期）	5000
29	白癜风	5000
30	心脏病并发心功能不全	3000
31	高血压病（Ⅱ级及以上）	3000
32	脑梗塞、脑出血恢复期	3000
33	慢性活动性肝炎（含乙、丙型肝炎的抗干扰素治疗）	3000
34	慢性肺源性心脏病	3000
35	糖尿病伴并发症	3000
36	风湿（类风湿）性关节炎	3000
37	耐药性结核病	3000
38	癫痫	3000
39	甲亢（甲减）	3000
40	干燥综合症	3000
41	银屑病	3000
42	自身免疫性肝病	3000
43	支气管哮喘	3000
44	重症帕金森氏病	3000
45	老年痴呆症	3000
46	运动神经元病	3000
47	普通肺结核	2000
48	椎间盘突出	2000
49	溃疡性结（直）肠炎	2000
50	慢性阻塞性肺疾病	2000
51	慢性盆腔炎及附件炎	2000
52	克山病	2000
53	大骨节病	2000

54	布鲁氏菌病	2000
55	黑热病	2000
56	克汀病	2000
57	包虫病	2000
58	氟骨症	2000
59	砷中毒	2000
60	疟疾	2000

参保人员同时患有多种门诊慢特病的,最多可选择三个病种进行支付,以最高病种支付限额为基数,每增加一个病种支付额度增加 300 元。

2. 审核认定。县区医保经办机构收到申报资料后,组织相关专家(或委托二级及以上定点医疗机构)按规定进行审核认定。享受门诊慢特病待遇时间自审核认定之日起执行。

3. 动态管理。建立门诊慢特病准入退出机制。医疗保障经办机构按照门诊慢特病准入标准进行动态管理。

第二十二条 住院支付待遇。参保人员在定点医疗机构发生的符合政策范围内住院医疗费用,起付标准以上、最高支付限额以下的费用,由统筹基金和参保居民按比例支付。

(一)起付标准

市内一级、二级、三级定点医疗机构住院起付标准分别为 150 元、500 元、1000 元。市外一级、二级、三级定点医疗机构住院起付标准分别为 200 元、800 元、2000 元。

(二)支付比例

市内一级、二级、三级定点医疗机构政策范围内费用支付比例分别为83%、78%、68%。市域外各级医疗机构支付比例按照异地就医结算政策执行。

(三) 最高支付限额

参保人一个待遇年度内发生的政策范围内医疗费用,城乡居民医保基金累计最高支付限额为7万元。

(四) 意外伤害

参保城乡居民在生产生活中发生的无第三方责任的意外伤害,或虽有第三方责任人但事实无第三方(死亡、公安部门认定为失踪等)和因精神原因无民事行为能力所致意外伤害住院产生的政策范围内医疗费用纳入城乡居民医保支付范围,按住院支付政策执行。

(五) 急诊抢救

参保人员在定点医疗机构急诊、抢救、留观期间发生的医疗费用,按基本医疗保险门诊待遇政策支付;期间死亡的,当次发生的门诊医疗费用按住院费用支付,不设起付线;收治入院治疗的,所发生的医疗费用合并计算,按一次住院支付。

(六) 院外检查

各定点医疗机构要加强对外检费用和外购药品的管理。住院期间确因病情需要,需在其他定点医疗机构做进一步检查治疗或定点医药机构购药的,经就诊医疗机构同意,检查和购药费用纳入当次住院费用支付范围(不含与当次住院主要诊断无关的检查项目和购药费用)。参保人员院外检查费用低于就诊医疗机构收费标准的,按实际发生额由就诊医疗机构先行支付,并等额计入住院

费用中;高于就诊医疗机构收费标准的,按就诊医疗机构收费标准计入住院费用中并予以支付,差额部分由个人自负。

(七)住院分娩

参保城乡居民住院分娩实行限额支付,标准为:

1. 正常产不超过 2500 元。
 2. 难产不超过 3000 元。
 3. 剖宫产不超过 4000 元。
 4. 多胞胎生育每多一个婴儿增加 500 元。
- 对于生育三孩的,在上述标准的基础上增加 500 元。
5. 怀孕 7 个月以上终止妊娠的不超过 2500 元。
 6. 怀孕 7 个月以下 4 个月以上终止妊娠的不超过 1500 元。
 7. 怀孕 4 个月以下终止妊娠的不超过 1000 元。

对于在住院分娩中诊断患有并发症或其他疾病的,按基本医疗保险住院支付政策执行。

第二十三条 一个参保年度内,参保人员在二级、三级定点医疗机构两次以上(含两次)住院治疗的,从第二次住院开始起付标准降低 50%。

第二十四条 参保人员跨年度发生的住院费用,按出院时间所在年度政策规定支付。跨年度住院患者中断参保的,只对参保年度住院费用予以支付。

第二十五条 参保人员在市域内各定点医疗机构住院就医,享受同城化结算待遇,通过不同级别医疗机构间的差异化医保支付政策引导患者实现分级诊疗,不需办理基本医疗保险转诊转院手续。

第二十六条 医疗康复项目按照国家和省市相关政策规定执行,纳入城乡居民医保支付范围。

第二十七条 参保城乡居民门诊和住院治疗使用国家谈判药品的,纳入城乡居民医保支付范围,具体按谈判药品政策规定支付。

第二十八条 参保城乡居民住院及门诊慢特病医疗费用按现行基本医保政策支付后,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,纳入大病保险支付。具体支付标准按照甘肃省大病保险相关规定执行。

第五章 目录管理

第二十九条 城乡居民医保统一执行《基本医疗保险药品目录》、《基本医疗保险医用耗材目录》和《基本医疗保险诊疗项目目录》(以下简称“三个目录”)。

第三十条 使用“三个目录”中“甲类项目”所发生的医疗费用,全额纳入支付范围;“乙类项目”所发生的费用,先由个人自付10%后再纳入支付范围。超出规定范围和支付标准的医疗费用,城乡居民医保基金不予支付。

第三十一条 各级定点医疗机构使用取得批准文号和省级医疗保障部门确认的院内制剂纳入基本医疗保险用药范围。

第六章 定点管理

第三十二条 市医疗保障部门制定全市统一的定点医药机构管理政策,在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医保经办机构、定点医疗机构进行监督。建立健全定点医药机构动态准入退出机制,完善医疗保障部门与医药机构谈判协商机制和风险分担机制。

第三十三条 定点医药机构实行协议管理,由市县区医保经办机构评估确定并签订服务协议,实行属地管理与分级管理相结合。定点医药机构应当严格执行医保协议,合理诊疗、合理收费,严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录,优先配备使用医保目录药品,控制患者自费比例,提高医疗保障基金使用效率。

第三十四条 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。

第三十五条 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。

第三十六条 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、配合医保经办机构监督检查,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。

第三十七条 定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围;除急诊、抢救等特殊情形外,提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的,应当经参保人员或者其近亲

属、监护人同意。

第三十八条 建立定点医疗机构周转金制度。周转金金额以各定点医疗机构上年度统筹基金月平均支付额为基数,每年年初向定点医疗机构借支1-2个月的周转金,签订借款协议,年底统一清算。

第三十九条 异地就医实行备案管理。参保人员应按异地就医管理规定,科学、合理、有序就诊,异地就医执行就医地规定的支付范围及有关规定(基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围、支付标准和限价标准),执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

第四十条 推进医保支付方式改革。在基本医疗保险付费总额控制下,稳步推进区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)改革试点工作,积极探索推行按疾病诊断相关分组(DRG)、按人头、按床日付费、日间手术、中医日间病房等多元复合式医保支付方式改革,引导医疗机构有效控制医疗费用不合理增长。

第七章 基金管理

第四十一条 城乡居民医保基金实行市级统筹、分级征缴、统一使用、分级核算、统一管理。严格执行医疗保障基金财务制度,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,任何单位和个人不得挤占挪用,也不得用于平衡财政预算。

第四十二条 建立城乡居民医保基金预决算制度。由市医疗保障部门会同市财政部门、市税务部门负责编制年度基金收支预决算。财政、医疗保障、税务部门要严格按批准的基金预算和规定程序执行,未经批准不得随意调整。加强对预算执行情况的跟踪和分析,不断提高基金管理水平和基金支撑能力,使基金累计结余达到可支付4-6个月的合理水平。

第四十三条 基金支付应严格履行申报审核程序。市医疗保障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。市医疗保障部门应及时向县区医疗保障部门拨付。

第四十四条 建立风险分担机制。

(一)加强收入管理。各县区因未严格执行缴费政策或未按规定安排财政补助资金及管理不善等情况造成基金收支缺口的,由县区政府负责弥补到位。

(二)加强支出管理。各县区医疗保障、财政部门要加强基金的支出管理;市医疗保障、财政部门要加强基金监管,实施基金预算绩效考核。

(三)建立风险调剂金制度。风险调剂金按每年筹集的医保基金收入总额的5%计提,当风险调剂金规模累计达到当年筹资总额的15%后不再计提。风险调剂金由市级医保经办机构统一计提,在市医保基金财政专户进行管理,主要用于弥补特殊情况下出现的基金支付缺口。

(四)一个预算年度内,城乡居民医保基金收支出现缺口时,

先由历年累计结余基金进行弥补,累计结余基金弥补不足的,由风险调剂金弥补;风险调剂金弥补不足的,由市县区共同承担,其中,市级承担5%,县区承担95%。

第四十五条 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)非定点医疗机构就医以及非定点零售药店购药的(急诊抢救除外);
- (五)在境外就医的;
- (六)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;
- (七)自杀、自残的(精神病除外);
- (八)斗殴、酗酒、吸毒及其他违法犯罪行为所致伤病的;
- (九)国家、省、市规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第八章 部门职责

第四十六条 市医疗保障部门会同财政、税务、卫生健康、审计、民政、乡村振兴、公安等部门共同做好城乡居民医保市级统筹工作。

第四十七条 市级医疗保障部门负责建立和完善全市城乡居民医保政策、筹资标准、待遇水平和统筹基金支付范围;会同同级财政、税务部门编制审核基本医疗保险基金年度预算;对城乡居民

医保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；制定统一的医疗费用结算办法和结算标准；负责医疗保障信息平台维护工作。

第四十八条 财政部门负责管理纳入财政专户的城乡居民医保基金；会同同级医疗保障部门审核基本医疗保险年度预算；复核同级医疗保障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 税务部门负责征缴城乡居民医保个人缴费部分，严格执行缴费标准，及时解决征缴过程中出现的问题，保障城乡居民医疗保险基金按时足额入库。

第五十条 卫生健康部门负责医疗机构资格准入，加强医疗服务质量、安全和行为监管；建立完善医疗质量管理与控制体系、医疗安全与风险管理体系，提升医护人员业务素质；确定分级诊疗病种目录并实行动态管理。

第五十一条 审计部门负责对城乡居民医保基金的收支和管理使用情况进行审计监督。

第五十二条 民政部门负责将特困人员、孤儿、最低生活保障人员等数据信息及更新情况及时推送到医疗保障部门。

第五十三条 乡村振兴部门负责将脱贫人口、返贫致贫人口、易返贫致贫人口的数据信息及更新情况及时推送到医疗保障部门。

第五十四条 公安、市场监管、退役军人、残联等部门按照各自职责，做好城乡居民医保相关工作。

第九章 监督考核

第五十五条 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。

第五十六条 各级医疗保障部门会同同级财政、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。

第五十七条 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。

第五十八条 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。

第五十九条 参保城乡居民、医保经办机构人员、定点医疗机构、药品经营单位等个人和单位以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取城乡居民医保基金的,按照《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》等规定处理。构成犯罪的,移交司法机关处理。

第六十条 医疗保障部门应对定点医药机构医疗服务情况进

行监督检查,对违反规定的定点医药机构,按照《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等相关规定处理。

第六十一条 医疗保障部门的费用核查、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。

第十章 附 则

第六十二条 本办法自 2024 年 1 月 1 日起施行,有效期五年。国家、省另有规定的,从其规定;根据基金运行情况需调整的,适时调整。《定西市人民政府办公室关于印发定西市城乡居民医保市级统筹办法的通知》(定政办发〔2021〕70 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。

登记编号:定规〔2023〕-SZF7

公开属性:主动公开

定西市人民政府办公室

2023 年 12 月 8 日印发
