

ເງື່ອນໄຂການປະຕິບັດກົດໝາຍກ່ຽວກັບການປະຕິບັດກົດໝາຍກ່ຽວກັບການປະຕິບັດກົດໝາຍ
西双版纳傣族自治州人民政府文件

西政发〔2016〕64号

**西双版纳州人民政府关于印发西双版纳州
城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知**

各县、市人民政府，试验区管委会，各区管委会，州直各委、办、局：

为进一步完善城乡居民基本医疗保障制度，加快推进城乡居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度整合，现将《西双版纳州城乡居民基本医疗保险暂行办法》印发给你们，请认真贯彻落实。

西双版纳州人民政府

（此件公开发布）

2016年12月16日

西双版纳州城乡居民基本医疗保险暂行办法

第一章 总 则

第一条 为了建立统一的城乡居民基本医疗保险制度,实行城乡居民公平享受基本医疗保险权益,促进社会公平正义,根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)和《云南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》(云政发〔2016〕72号)等规定,结合我州实际,制定本办法。

第二条 本办法适用于本州行政区域内除城镇职工应参保人员以外的所有城乡居民,包括农村居民、城镇非从业居民、在校就读学生、在园儿童、婴幼儿、新生儿、宗教教职人员、长期投资经商和务工的外来人员的未成年子女,以及国家和省、州规定的其他人员。参保居民不再区分农村和城镇居民,不受城乡户籍限制。

第三条 城乡居民基本医疗保险实行州级统筹、分级管理。按照全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针,坚持基本医疗保险筹资水平与经济社会发展相适应原则;坚持权利和义务对等,个人缴费和政府补助相结合的原则;坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

第四条 人力资源和社会保障部门负责城乡居民基本医疗保险的组织、实施和管理工作。各级医疗保险经办机构负责城乡居民基本医疗保险参保、待遇支付等具体业务经办管理和服务工作。

州委编办、发展改革、财政、卫生计生、民政、教育、审计等部门依据各自的职责，配合做好城镇居民基本医疗保险的相关工作。

第二章 参保管理

第五条 城乡居民基本医疗保险实行全面参保登记，参保登记由医疗保险经办机构、乡镇（街道）、村委会（社区）和学校（幼儿园）负责。

第六条 城乡居民基本医疗保险采取单位（村、组、社区、学校、幼儿园等）、家庭、个人等多种方式参保。家庭成员均为城乡居民的以家庭方式全员参保。

参加城乡居民基本医疗保险应当提供有效的身份证件。

第七条 城乡居民基本医疗保险实行年度缴费制度，每年的7月1日至12月底为下一年的集中参保缴费期。未在集中办理期参保的，可在次年2月底前一次性补缴，自缴费次月起享受相关医疗保险待遇。3月1日起停止办理年度参保缴费（首次参保人员除外）。

第八条 新生儿出生后90天内（含90天）办理参保缴费的，

自出生之日起享受相关医疗保险待遇；若父母双方均已参加城乡居民基本医疗保险，并符合国家卫生计生政策规定的，参保后出生当年个人不缴费，随父母享受当年城乡居民基本医疗保险待遇。出生后超过 90 天办理新参保的新生儿，自参保缴费次月起享受相关医疗保险待遇。

第三章 基金筹集和管理

第九条 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，全州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。

年度筹资标准根据国家和省的有关规定及我州经济社会发展水平确定，并随着经济发展水平和基本医疗保险基金运行情况进行动态调整。

第十条 城乡居民基本医疗保险州、县市配套比例为 2：8。各级政府应当将城乡居民基本医疗保险配套资金纳入年度财政预算，并足额拨付到位。

第十一条 参加城乡居民基本医疗保险的人员应当按照规定标准缴纳基本医疗保险费，可以通过现金、刷卡、银行代扣、网上缴费等多种方式缴纳。

参保人员保险费按年度一次性缴纳后，已进入医疗保险待遇享受期间的，不予退费。

第十二条 具有本州户籍并符合规定条件的下列城乡居民，由相关部门按照规定给予全额或差额资助参保：

（一）城乡特困供养人员，城乡低保对象，农村重点优抚对象，丧失劳动能力的一、二级重度残疾人，低收入家庭 60 周岁以上的贫困老年人，县、市边境一线以行政村为单位的农村居民，由民政部门按有关政策负责资助。

（二）农村独生子女的父母及年龄不满 18 周岁的独生子女、只生育了两个女孩且采取了绝育措施的农村夫妻的个人缴纳参保费用由卫生计生部门按有关政策负责资助。

（三）国家和省、州、县市规定的其他特殊困难人员，按照有关规定由相关部门予以资助。

负责资助的部门应当于每年的 7 月 1 日前提供资助对象花名册并及时划拨补助资金，全额资助人员不需要缴费，差额资助人员承担补助后差额部分。资助范围小、资助人员少的可以采取由个人先行全额缴纳本人承担的城乡居民基本医疗保险费后，再由相关部门按照规定给予全额或差额资助。

第十三条 城乡居民基本医疗保险执行社会保险基金预决算管理制度、基金财务制度和会计制度。财政部门应当会同人力资源和社会保障部门制定城乡居民基本医疗保险基金财务管理办法，规范基金财务管理，加强基金监督，确保基金安全完整和保值增值。

城乡居民基本医疗保险基金纳入社会保险基金专户管理,实行“收支两条线”管理。基金独立核算、专户管理,任何单位和个人不得挤占或挪用。

第十四条 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,定期向社会公布城乡居民基本医疗保险基金收支和医疗保险待遇享受情况,主动接受社会监督。

各级人力资源社会保障、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。

第十五条 州医疗保险基金管理中心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。

第十六条 建立州级城乡居民基本医疗保险风险储备金制度。

第四章 医疗待遇

第十七条 城乡居民基本医疗保险基金支付范围和标准按照云南省城乡居民基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录和医疗服务设施范围执行。

第十八条 在一个自然年度内,城乡居民住院医疗费用、特殊疾病门诊医疗费基本医疗保险基金最高支付限额为 4 万元。基金实际支付累积 4 万元以上的合规医疗费用由大病保险基金分段按比例支付。

第十九条 城乡居民住院医疗待遇按照下列规定执行:

(一)参保人员在定点医疗机构发生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，一级医疗机构起付标准为 200 元，支付比例 90%；二级医疗机构起付标准为 500 元，支付比例 80%；三级医疗机构起付标准为 800 元，支付比例 60%；省级和省外医疗机构起付标准 1200 元，支付比例 60%。

(二)城乡居民基本医疗保险住院待遇与分级诊疗挂钩：下级医疗机构转上级医疗机构的住院起付标准应补差，上级医疗机构转下级医疗机构的不再收取住院起付标准；符合分级诊疗转诊转院的参保人员，医疗费用支付比例按上述规定执行，不符合分级诊疗规定的，在本统筹区内住院的支付比例降低 10%；在省级和省外住院的支付比例降低 20%。

(三)对城乡特困供养人员，城乡低保对象，农村重点优抚对象，丧失劳动能力的一、二级重度残疾人，低收入家庭 60 周岁以上的贫困老年人，实行县域内先诊疗后付费的办法，门诊统筹中一般诊疗费由基本医疗保险基金全额支付；在一级医疗机构住院不设起付线，合规医疗费用全额纳入支付。符合分级诊疗、按照转诊转院规范在二级以上医疗机构住院的起付标准降低 200 元，支付比例提高 5%。

(四)符合政策规定的尿毒症和重性精神病患者，其医疗待遇标准按有关规定执行。国家和省原有关政策规定的 22 种重大疾病的门诊和住院医疗待遇继续执行。

第二十条 城乡居民门诊医疗待遇按照下列规定执行：

（一）普通门急诊医疗费。参保人员在实施基本药物零差率销售的基层医疗卫生机构（包括村卫生室、社区卫生服务站、社区卫生服务中心和乡镇卫生院）的乡、村两级定点医疗机构普通门诊（含门急诊）就医发生的门诊医药费，统筹基金支付比例为50%；在县级（二级）定点医疗机构普通门诊就医发生的门诊医药费，统筹基金支付比例为25%。

普通门诊医药费用每日最高支付50元/日（一般诊疗费除外），一个自然年度内，门诊医药费用最高支付限额为500元。

（二）慢性病门诊医疗费。参保人员在一级及以上定点医疗机构发生规定范围内的慢性病门诊医疗费，在规定限额内由统筹基金支付60%，支付限额不纳入年度最高支付限额累计。

（三）特殊疾病门诊医疗费。参保人员在二级及以上定点医疗机构发生规定范围内的特殊疾病门诊医疗费，一个自然年度内实行一次起付标准。二级医疗机构起付标准600元，三级医疗机构起付标准800元，省级及省外医疗机构1200元，支付比例为70%。门诊特殊疾病的医疗费用与住院医疗费用合并计算年度最高支付限额。

（四）城乡居民基本医疗保险门诊特殊病、慢性病具体管理办法由州人力资源和社会保障局另行制定。

第二十一条 参保人员符合计划生育政策规定住院分娩发生的医疗费用,统筹区内县乡两级定点医疗机构实行定额包干和定额支付,定点医疗机构不得变相分解将费用转嫁给患者承担。在统筹区内顺产费用包干支付:县、乡 1500 元;剖宫产费用包干支付:县级 2400 元、乡级 1800 元。州级及以上定点医疗机构定额支付:顺产 2000 元;剖宫产 3000 元。

高危孕产妇符合计划生育政策规定住院分娩发生的医疗费用,按照本办法第十九条第一项规定执行。

第二十二条 除国家和省另有规定外,以下情形基本医疗保险基金不予支付:

(一)云南省城乡居民基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录和医疗服务设施范围以外的费用。

(二)未按要求转诊自行到统筹区以外就医的和不遵医嘱拒不出院或挂名住院的。

(三)因违法犯罪、吸毒、酗酒、打架斗殴、自伤自残(精神疾病状态下除外)造成的医疗费用。

(四)交通事故、医疗事故和属其他保险、其他赔付责任范围内应支付的医疗费用。

(五)在境外发生的医疗费用。

(六)其他应由个人自付的医疗费用。

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、册）就医结算。参保人员在实现联网结算定点医疗机构就医发生的医疗费用，个人应承担部分，由个人与医疗机构结算；统筹基金应承担部分，由医疗保险经办机构与定点医疗机构结算。

第二十四条 参保人员在尚未实现联网结算的定点医疗机构就医发生的医疗费用，先由个人垫付，在凭定点医疗机构出具的出院证明、医疗费用发票和全部费用清单（特殊病、慢性病门诊提供处方、发票）等资料原件，到参保地医疗保险经办机构报销，受理时限截止为次年3月30日。

第二十五条 统筹区内定点医疗机构实行联网结算，统筹区外开通异地结算网络的定点医疗机构按照异地就医的有关规定结算。

第二十六条 医疗保险经办机构要加强对定点医疗机构的监管，在实现总量控制的前提下，逐步推行总额预付、按病种付费、按人头付费、按床日付费、按服务项目付费、疾病分组付费等复合式付费方式，建立奖惩并重的激励约束机制，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。

第二十七条 城乡居民基本医疗保险费用审核结算管理办法，由州人力资源社会保障局会同财政部门另行制定。

第六章 定点医疗机构管理

第二十八条 城乡居民基本医疗保险定点医疗机构实行定点服务协议管理。

第二十九条 州人力资源社会保障部门负责制定城乡居民基本医疗保险定点医疗机构管理办法,建立健全考核评价机制和动态准入、退出机制,强化定点医疗机构的管理。

医疗保险经办机构负责定点医疗机构准入、退出的具体工作和日常监管。

第三十条 符合准入条件并纳入定点管理的医疗机构,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。医疗保险经办机构要完善服务协议内容,规范医疗机构服务行为,制定考核管理办法。经考核不合格的,终止服务协议。

第三十一条 按照先纳入、后规范的原则,将现有城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗定点医疗机构整体纳入城乡居民基本医疗保险定点范围,实行服务协议管理。

第三十二条 定点医疗机构应当严格执行城乡居民基本医疗保险政策规定,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、合规收费。

第七章 信息系统建设

第三十三条 城乡居民基本医疗保险实行计算机信息化管理，将新型农村合作医疗与城镇医疗保险信息系统进行升级整合，构建一体化的医疗保险信息系统，建立以州医疗保险经办机构为中心，县市医疗保险经办机构网络互通、信息共享，连接乡镇（街道）及其所属村委会（社区）服务平台、医疗服务机构和金融机构的网络服务体系，实现参保网上缴费、待遇联网支付、网络实时监控等功能。

城乡居民基本医疗保险信息系统应当与州级区域卫生信息平台互联互通，实现资源共享。

第三十四条 医疗保险信息系统接入云南省医疗保险基金管理中心基本医疗保险异地结算平台，实现城乡居民在全省范围内持卡就医即时结算。

第八章 组织保障

第三十五条 州人民政府加强对城乡居民基本医疗保险工作的领导，建立城乡居民基本医疗保险工作责任制，将城乡居民基本医疗保险参保缴费纳入县市人民政府目标责任考核范围。

第三十六条 州、县市人民政府应根据实际工作需要，切实解决医疗保险经办机构人员编制及保障业务和信息系统建设等必要的工作经费，并列入同级财政预算。

第九章 法律责任

第三十七条 定点医疗机构有下列行为之一的，由相关行政主管部门、医疗保险经办机构按照《云南省医疗保险反欺诈管理办法》的规定予以处理：

- （一）接收或者诱导非参保人以参保人名义住院的；
- （二）将应当由参保人员自行承担的医疗费用申报医疗保险统筹基金支付的；
- （三）提供虚假疾病诊断证明办理住院的；
- （四）未确认参保人员身份或者病情，将门诊病人挂名住院或者冒名住院的；
- （五）向参保人员提供不必要或者过度医疗服务的；
- （六）将非定点医疗机构发生的费用合并到定点医疗机构与医疗保险经办机构进行结算的；
- （七）擅自提高收费标准、增加收费项目、分解收费、重复收费、扩大范围收费的；
- （八）将非医疗保险的病种、药品、诊疗项目、医疗服务设施，以及保健品、食品、生活用品等替换成医疗保险病种、药品、诊疗项目和医疗服务设施列入医疗保险支付范围，套取医疗保险基金的；
- （九）以虚报、假传数据等方式套取医疗保险基金的；
- （十）其他违反医疗保险法律、法规的行为。

第三十八条 参保人有下列行为之一的，由相关行政主管部门按照有关法律法规的规定予以处理：

- （一）将本人社会保障卡交给他人或定点医疗机构使用；
- （二）冒用他人身份证明或社会保障卡就医；
- （三）伪造、变造病历、处方、疾病诊断证明、医疗费票据等骗取医疗保险待遇；
- （四）其他违反医疗保险法律、法规的行为。

第三十九条 人力资源社会保障部门、医疗保险经办机构、基层社会保障服务中心（所）及其工作人员，违反本办法规定，滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守、收受贿赂的，由所在单位或者上级行政主管部门对直接负责的主管人员和其他直接负责人员依法给予处分。

第四十条 违反本办法规定，构成犯罪的，移交司法机关依法追究刑事责任。

第十章 附 则

第四十一条 因暴发性、流行性传染疾病和自然灾害等造成的大范围急、危、重病人救治医疗费，由州、县市人民政府综合协调解决。

第四十二条 城乡居民基本医疗保险的待遇水平根据经济社会发展情况和医疗保险基金运行情况适时进行调整。由州人力资源

社会保障部门会同财政部门提出调整意见,报州人民政府同意后执行。

第四十三条 本办法自 2017 年 1 月 1 日起施行。有效期至 2021 年 12 月 30 日。《西双版纳傣族自治州城镇居民基本医疗保险试点实施办法》(西政发〔2009〕4 号)同时废止。

抄送：州委各部门，州人大常委会办公室，州政协办公室，州纪委
办公室，州法院，州检察院，西双版纳军分区。

西双版纳州人民政府办公室

2016年12月28日印发

