

晋中市人民政府办公厅文件

市政办发〔2017〕80号

晋中市人民政府办公厅 关于印发《晋中市城乡居民基本医疗保险 实施办法》的通知

各县（区、市）人民政府，市直各单位：

为进一步完善我市城乡居民医疗保险制度，提高参保群众受益水平，根据国务院《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）、山西省人民政府《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（晋政发〔2016〕57号）和《关于进一步完善城乡居民基本医疗保险政策的通知》（晋政发〔2017〕36号）等国家、省相关政策，市政府研究出台《晋中市城乡居民基本医疗保险实施办法》，现印发你们，请结合实际，认真贯彻落实。

晋中市人民政府办公厅

2017年9月8日

晋中市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为建立统一的城乡居民基本医疗保险(以下简称城乡居民医保)制度,进一步健全全民医保体系,实现我市城乡居民公平享有基本医疗保险权益,根据国务院《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)、山西省人民政府《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》(晋政发〔2016〕57号)、山西省人民政府《关于进一步完善城乡居民基本医疗保险政策的通知》(晋政发〔2017〕36号)、山西省人力资源和社会保障厅《关于做好城乡居民基本医疗保险制度整合工作的通知》(晋人社厅发〔2017〕3号)和山西省人力资源和社会保障厅《关于调整部分特殊疾病医保待遇的通知》(晋人社厅发〔2017〕23号)等国家、省相关文件精神,结合我市实际,制定本办法。

第二条 基本原则:

(一)坚持筹资标准和保障水平与我市经济社会发展水平及各方面的承受能力相适应的原则;

(二)坚持个人缴费和政府补助配套相结合的筹资原则;

(三)坚持基金以收定支、收支平衡、略有结余的原则;

(四)坚持各类医疗保障制度统筹兼顾、协调发展的原则。

第三条 市、县人社部门为城乡居民医保的主管部门，各级医疗保险经办机构(以下简称医保经办机构)按照本办法负责城乡居民医保的经办工作。

第二章 覆盖范围

第四条 统一覆盖范围。城乡居民医保制度覆盖范围包括除城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围以外的其他城乡居民。包括下列人员：

(一) 农村居民；

(二) 城镇非从业居民；

(三) 各类全日制普通高等学校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生以及职业高中、中专、技校学生(以下统称大中专学生)；

(四) 我省和我市规定的其他人员。

第三章 资金筹集

第五条 统一筹资政策。实行个人缴费和政府补助相结合的筹集方式。建立政府和个人合理分担、可持续的筹资机制。

城乡居民医保的个人缴费标准和财政补助标准每年由省人社、财政部门确定。

第六条 城乡居民医保实行年度缴费制度。原则上每年的9月1日至12月20日为城乡居民下年度参保缴费期。各县(区、市)医保经办机构要及时将个人缴费足额缴入晋中市财政局开设的城乡居民基本医疗保险财政专户。各级财政补助按次年2月底前缴入财政专户的核准缴费人数申请。2018年起城镇居民个人缴

费不再区分成年人、未成年人，执行统一的参保缴费标准。城乡居民大病保险随城乡居民基本医疗保险一并实施，年度筹资标准为每人每年 50 元，根据运行情况可做适当调整。

中小学生和大专院校等全日制在校学生以学校为单位，在学籍所在地参保缴费。流动人员在居住地参保缴费。农村居民尚未发放使用社保卡的，仍以家庭为单位参保缴费。其他居民以所在社区、乡镇、行政村为单位，统一办理参保登记和个人医保费代征工作。

城乡居民医保征缴工作由县（区、市）、乡（镇）人民政府、社区负责组织，条件成熟时城乡居民医保参保缴费可与城乡居民养老保险参保缴费合并征缴，并全部实行以个人身份参保缴费。积极探索委托银行代扣代缴、网上银行缴费等便捷的缴费和续保方式。进一步完善参保方式，避免重复参保。

第七条 80 周岁以上城乡居民、最低生活保障对象、特困供养人员、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭 60 周岁以上（含 60 周岁）的老年人和未成年人、符合规定的优抚对象、医疗救助对象以及农村建档立卡贫困人口参保个人缴费部分，由政府根据相关规定给予资助。

第八条 新生儿自出生当年，凭所在地新生儿的城乡户籍或其父母城乡户籍证明材料在户籍所在地医保经办机构办理参保手续，当年不再缴费，可享受城乡居民医保待遇；对新生儿下一年仍未办理城乡户籍的，也可凭其父母城乡户籍证明材料在户籍所在地医保经办机构办理参保缴费。

第九条 具备参保条件的城乡居民上年度已参加城乡居民医保、本年度错过缴费期要求补缴的，当年个人缴费和财政补助全部由个人缴纳，从缴费之日起满 30 日后，开始享受城乡居民医保待遇。

第十条 城乡居民医保的保险年度为自然年度，即每年的 1 月 1 日至 12 月 31 日。财政代缴个人缴费部分的城乡居民必须每年在缴费期内到乡镇（村）、社区（学校）进行身份认证。

第四章 保障待遇

第十一条 统一医保待遇。城乡居民医保待遇包括普通门诊医疗待遇、门诊大额疾病医疗待遇、重特大疾病医疗待遇、住院医疗待遇(包括生育医疗待遇)。根据国家、省统一部署，积极探索建立长期护理保险制度，逐步解决失能、半失能老年人社会化日常照料护理问题。

第十二条 普通门诊医疗待遇。全面建立门诊统筹制度，从城乡居民统筹基金中按每人 100 元提取门诊统筹基金，根据运行情况可做适当调整。主要用于支付参保居民在基层“两定机构”发生的普通门诊医药费用、医事服务费、家庭医生签约服务费和参保居民门诊大额疾病等医药费用。普通门诊报销不设起付标准，报销比例 60%，年度内最高支付限额不低于 200 元。门诊统筹基金实行总额预算管理（门诊统筹基金管理使用办法由市人社、财政部门另行制定）。

第十三条 门诊大额疾病医疗待遇。参照原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗相关政策，选择部分需长期或终身在

门诊治疗、且医疗费用较高的疾病(或治疗项目)，纳入门诊大额疾病管理范围，具体病种和治疗项目由省人力资源和社会保障厅统一制定。

参保居民被确诊为慢性髓性白血病、恶性胃肠道间质瘤、乳腺Ca并符合相关适应症的，使用特殊药品治疗的费用纳入城乡居民门诊大额疾病管理，由城乡居民大病保险资金按规定比例给予支付。具体支付标准和办法按照省人力资源和社会保障厅晋人社发〔2017〕23号文件规定执行。

参保居民经卫生计生部门指定的新生儿遗传代谢病筛查中心筛查、诊断，确诊为经典型苯丙酮尿症，且年龄在18周岁及以下的患者；确诊为苯丙酮尿症合并智力低下、四氢生物喋呤(BH4D)缺乏的患者，经医保经办机构按照门诊大额疾病规定确认后，纳入城乡居民门诊大额疾病管理，门诊费用纳入大病保险支付范围。具体支付标准和办法按照省人力资源和社会保障厅晋人社发〔2017〕23号文件规定执行。

第十四条 重特大疾病医疗待遇。将22类重特大疾病纳入重大疾病医疗救助保障范围。其中：参保贫困家庭儿童中1-14周岁(含14周岁)患有先天性房间隔缺损等1类13种疾病住院医疗费用，由城乡居民医保基金支付70%、慈善基金会补助30%，实行免费救治；参保人员患有肺癌、食道癌等21类疾病住院医疗费用，由城乡居民医保基金支付70%，符合救助条件的，由民政部门医疗救助资金救助20%。22类疾病在指定医院住院治疗，

实行按病种付费管理，超出限额标准的医疗费用由指定医院承担。

第十五条 住院医疗待遇。参保居民在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用，起付标准以下由个人支付；起付标准以上由住院统筹基金按比例支付，额度不超过住院统筹基金年度最高支付限额。参保居民在同一医疗机构住院前7日内急诊抢救留观费用合并住院报销。

城乡居民基本医疗保险住院待遇标准

定点医疗机构	三类收费标准 (二级乙等及以下)	二类收费标准 (三级乙等及二级甲等)		一类收费标准 (三级甲等)	
		县级	省、市级	省、市级	省外
起付标准	100 元	400 元	500 元	1000 元	1500 元
支付比例	85%	75%	70%	60%	55%

原则上每次住院均需扣除起付线。14周岁以下(含14周岁)参保患者住院，减半扣除起付线；参保居民年内二次及以上住院费用报销起付标准按上表起付标准降低50%执行；跨年度住院的，只扣除一次起付标准费用，按出院日期进行费用结算；肇事肇祸等严重精神障碍患者按规定及时纳入城乡居民基本医疗保险，并享受相应医疗保险待遇。

纳入城乡居民医保诊疗目录范围的诊疗项目执行以下支付规定：大型设备的检查、治疗费用按60%纳入居民医保支付范围；用于疾病治疗的体内植入材料费用国产材料按70%纳入居民医保支付范围，进口材料按50%纳入居民医保支付范围；一次性医用

材料按 60%纳入居民医保支付范围。患者病情危急需要输血（包括：全血、血浆、红细胞、血小板）产生的费用按 50%纳入居民医保支付范围。

年度内城乡居民基本医疗保险统筹基金支付住院费用封顶线为 7 万元，今后可根据基金承受能力适当调整。

第十六条 生育医疗待遇。参保孕产妇在定点医疗机构住院分娩发生的医疗费用，由城乡居民医保基金支付。自然分娩乡级医疗机构支付标准为 1000 元，县级及以上医疗机构支付标准为 1200 元。自然分娩合并症、剖宫产按住院医疗机构的相应比例给予报销。

第十七条 大病保险待遇。城乡参保居民在一个保险年度内发生的住院医疗费用，经城乡居民医保基金按规定支付后，个人累计负担的合规医疗费用超过 10000 元以上的部分，由大病保险资金统一按 75%的比例支付，在一个年度内参保患者大病保险按规定支付的最高限额为 40 万元。

第五章 保障范围

第十八条 统一医保目录。城乡居民就医执行全省统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围及支付标准(以下简称“三个目录”)。参保居民发生的属于“三个目录”范围的医疗费用，由城乡居民医保基金按规定支付。乡、村两级定点医疗机构原则上执行现有的基本药物政策，其他定点医疗机构统一执行调整后的医保药品目录。将国家新增的 29 项医疗康复项目，包括参保人员因病致残进行相对应的运动疗法、偏瘫肢

体综合训练等，按规定纳入城乡居民医保统筹基金支付范围。严格按照项目内涵、限定支付范围进行费用审核和支付，防止基金浪费和服务过度利用。

第十九条 下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围：

- (1) 因违法犯罪、打架斗殴、酗酒、自残、自杀以及交通事故、医疗事故等责任事故引起的医疗费用；
- (2) 出国以及出境期间所发生的一切医疗费用；
- (3) 应当由公共卫生或其他基金负担的；
- (4) 在非定点医疗机构治疗的（急诊除外）；
- (5) 不符合山西省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围标准的医疗费用；
- (6) 按照国家和省规定应当由个人支付的医疗费用。

第六章 医疗服务管理

第二十条 统一定点管理。将原城镇居民医保和新农合定点医药机构整体纳入城乡居民医保协议管理范围。对养老机构设置的符合评估条件的医疗机构，纳入医保协议管理范围。原定点医药机构服务协议到期后，各级医保经办机构要及时与定点医药机构签订服务协议，做好日常管理工作，并向社会公布。经新闻媒体曝光，医保行政、经办机构检查稽核，发现存在骗取医保基金等违规问题的定点医药机构依照相关规定终止服务协议，追缴违规所得，情节严重的追究法律责任。将定点医疗机构设立的原省市县医保、铁路医保、新农合等服务窗口整合为统一的医保服务

窗口。定点医药机构名称统一为“基本医疗保险定点医疗机构”和“基本医疗保险定点零售药店”。

第二十一条 全面开展城乡居民异地就医即时结算。城乡居民符合规定转往外地住院的，到当地经办机构登记后，持社会保障卡办理入院登记手续，出院直接结算。异地就医即时结算办法按照国家、省级规定执行。

第二十二条 参保居民在定点医疗机构就医发生的医疗费用，属于城乡居民医保基金支付的，定点医疗机构先行垫付，再由医保经办机构按规定定期与定点医疗机构结算；应由个人支付的医疗费用，由本人与定点医疗机构结算。暂不具备即时结算条件的，医疗费用由本人先行垫付，出院后到参保地医保经办机构按规定报销。

建立定点医疗机构服务质量保证金制度。医保经办机构与定点医疗机构结算应支付的医疗费用时，预留不超过5%的额度作为服务质量保证金。服务质量保证金根据定点医疗机构年度考核结果予以返还（具体考核办法另文下发）。

第二十三条 深化医保支付方式改革。在全面推行医保付费总额控制基础上，结合医保基金预算管理，系统推进按人头付费、按病种付费、按床日付费、总额预付等多种支付方式相结合的复合支付方式改革。结合县、乡医疗卫生机构一体化改革，对具备条件的县、乡医疗集团实行打包付费总额预算管理。

第二十四条 积极配合落实分级诊疗制度建设。参保居民应首先就近在基层定点医疗机构就医，需转诊转院到统筹区域外医

疗机构的,应办理转诊转院手续;作为过渡性措施,对未按规定办理转诊转院手续的(急诊除外),按相应医疗机构级别报销比例降低10个百分点执行。

长期外出务工、求学、居住等人员发生疾病,原则上需到居住地城乡居民医保定点医疗机构就诊(急诊除外),并于出院后1个月内将相关材料递交所在地城乡居民医保经办机构(特殊情况不应超过1年),按统筹地区同级别医疗机构补偿比例报销。

第二十五条 探索建立医保医师管理制度。将医保对定点医疗机构服务的监管,延伸到对医务人员医疗服务行为的监管。

第七章 基金管理

第二十六条 统一基金管理。城乡居民医保基金实行市级统筹,统一执行社会保险基金财务制度和会计制度,按年度编制城乡居民医保基金预决算。

第二十七条 城乡居民医保基金收入包括城乡居民缴费收入、财政补助收入、社会捐助资金收入、利息收入、其他收入等。

第二十八条 市级财政部门设立城乡居民基本医疗保险基金财政专户,各县(区、市)原新农合基金财政专户全部撤销。整合各县(区、市)原城镇居民、新农合经办机构收入户和支出户,市、县级城乡医保经办机构只保留一个收入户、支出户。城乡居民医保基金按照“统收统支”的管理模式,纳入市级财政专户,实行“收支两条线”管理,分账核算,专款专用,任何单位和个人不得挤占、挪用。强化基金市级预算管理,明确市、县两级人民政府对完成征缴任务和弥补基金缺口的责任。

第二十九条 存入收入户、支出户的活期存款，应按中国人民银行规定的优惠利率计息；存入财政专户的活期存款，按照开户银行三个月定期存款挂牌利率计息。

第三十条 城乡居民医保基金分为门诊统筹基金、住院统筹基金。除门诊统筹基金外，其他资金均列入住院统筹基金，住院统筹基金主要用于参保居民住院医疗费用、重特大疾病医疗费用支出。

第三十一条 城乡居民医疗保险整合前，原城镇居民医保和新农合门诊统筹基金结余部分，全部纳入城乡居民基本医疗保险基金管理。

第三十二条 各县（区、市）医保经办机构负责审核、拨付本辖区内定点医疗机构（包括市级医疗机构）住院患者和统筹区域外（非即时结算）城乡参保居民补偿费用，按规定报市医保经办机构复审后，市财政部门统一拨付。

第三十三条 各县（区、市）医保经办机构月底前向市医保中心申请次月用款计划，市医保经办机构按月向市财政部门填报用款申请书，财政部门审核后将基金从市城乡居民医保基金财政专户拨入市医保经办机构支出户，市医保经办机构于次月10日（节假日顺延）前，通过支出户下拨各县（区、市）经办机构。

第三十四条 强化基金管理，加强监督检查。人社部门要强化基金监管，完善内控机制，加大监督检查力度。财政、审计部门要按照各自职责，对城乡居民医保基金的管理情况实施监督。市、县医保经办机构要强化对定点医药机构监管力度，实时监控

医疗机构的次均费用变化情况，定期不定期地对定点医药机构进行检查，发现问题全市通报，并按相关规定进行处理，进一步规范定点医药机构服务行为，保证医保基金的安全运行。

第八章 经办管理

第三十五条 各县（区、市）人社部门要积极与同级机构编制部门沟通，整合新农合经办机构和城镇医保经办机构，成立统一的基本医疗保险管理服务机构，承担城乡居民基本医疗保险与城镇职工经办业务。医疗保险经办机构要统一规范，优化完善经办服务流程，提供一体化的经办服务。市、县医疗保险经办机构要配足配强经办服务工作人员，保持工作人员的稳定性，确保服务工作的连续性。市县财政要按有关规定，保障医保经办机构必要的办公经费。

我市根据省委、省政府文件精神，结合本地实际，本着积极稳妥高效的原则，逐步放开商业保险进入社会保险的业务经办。通过公开招标，选择商业保险公司经办基本医保门诊慢性病、住院费用审核支付、大病保险和农村建档立卡贫困人口补充医疗保险等业务。在选择商业保险公司时，要统筹考虑经办业务的完整性和政策衔接。各经办商业保险公司与人社、财政等部门要实现相关数据共享，保险业监管部门要加强对商业保险公司服务质量监管，促进商业保险公司规范服务。

2017年后，委托商业保险公司经办农村居民大病保险合同即将到期时，人社部门对城乡居民大病保险委托业务重新招标，并且根据合作服务情况完善合同内容，确保委托经办工作前后衔

接、平稳推进。

第九章 信息管理

第三十六条 在省人力资源社会保障部门建立全省统一的城乡居民医保信息系统的基础上,逐步实现基本医疗保险与大病保险、贫困人口补充医疗保险以及医疗救助同步结算;接入省级异地就医结算平台,与全国异地就医结算平台有效对接,实现城乡居民异地就医联网直接结算。

第三十七条 加快推进“金保工程”业务专网的扩面工作,将网络进一步向基层延伸,实现与社区、乡、村定点医疗机构的全部联网。各县(区、市)要根据市人社局统一部署,将原新农合业务数据整体迁入城镇居民医保信息系统,实现市、县级医保经办机构之间,医保经办机构与各经办网点、定点医疗机构、金融机构和商业保险机构之间联网对接,确保高效运行。

第三十八条 各级医保经办机构要使用城乡居民医保信息系统办理参保登记、待遇支付、费用结算等经办业务。

第三十九条 建立完善城乡居民医保智能监控系统建设,强化对医疗行为的科学监管力度,推进实施智能审核和实时监控。

第四十条 人社部门加快面向农村居民,特别是16周岁以下未成年人的社会保障卡发卡速度,改善用卡环境,大力推行城乡居民持卡缴费和代扣代缴,逐步实现参保、缴费、就医、结算“一卡通”。

第四十一条 各级财政对城乡居民医保信息系统建设和维护给予必要的经费支持。

第十章 附 则

第四十二条 城乡居民参保人员因突发性、流行性疾病和自然灾害等不可抗力因素造成的大范围急、危、重病患者的救治医疗费，由市、县政府综合协调解决。

第四十三条 本办法自 2017 年 7 月 1 日起施行，原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的相关规定以及市人社、财政局联合下发市人社发〔2017〕29 号同时废止，省里如有新的政策调整，同步执行新政策。

抄送：市委办公厅，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市中级人民法院，
市检察院，各人民团体，各新闻单位。

晋中市人民政府办公厅

2017年9月8日印发
