



迪庆藏族自治州人民政府关于印发 迪庆州城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知

迪政发【2017】 26 号

各县（市）人民政府，州直各委、办、局，开发区管委会：

《迪庆州城乡居民基本医疗保险暂行办法》已经州十二届人民政府第 62 次常务会议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

迪庆藏族自治州人民政府

2017 年 2 月 17 日

（此件公开发布）



迪庆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，实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益、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）等相关法律法规和政策规定，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职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民，包括农村居民、城镇非从业居民、大中专院校就读的在校学生、长期投资经商和务工的外来人员的未成年子女、以及国家和我省规定的其他人员。参保人员不再区分农村和城镇居民，不受户籍限制。



第三条 城乡居民基本医疗保险实行州级统筹、分级管理，坚持统筹城乡协调发展，个人缴费和政府补助相结合，保障适度、收支平衡、略有结余的原则。

第四条 州、县（市）人力资源和社会保障部门负责牵头做好城乡居民基本医疗保险的监督管理工作。

州、县（市）、乡（镇）医疗保险经办机构负责本行政区域内城乡居民基本医疗保险经办工作。

发展改革、教育、公安、民政、财政、卫计、残联、扶贫、审计等部门按照各自工作职责，做好城乡居民基本医疗保险的相关工作。

各县（市）、乡镇（街道）、村委会（社区）按照各自工作职责负责做好城乡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参保登记由各级医疗保险经办机构负责，各县（市）、乡镇（街道）、村委会（社区）负责做好辖区内参保登记相关工作。

第六条 城乡居民基本医疗保险采取家庭、个人等多种方式参保。符合参保条件的城乡居民，凭有效的身份证件到指定机构办理参保手续。具体参保管理办法由州人力资源和社会保障部门另行制定。

第七条 城乡居民基本医疗保险实行按年度参保缴费和享受医疗待遇。每年的7月1日至次年2月底为下一年度参保缴费期，从次年1月1日至12月31日享受相关医疗保险待遇。

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（次年开始参保缴费），随父母享受当年城乡居民医疗保险待遇。出生后超过90天办理参保的新生儿，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,年度筹资标准根据国家规定及迪庆州经济社会发展水平确定,并随着经济发展和基本医疗保险基金运行情况进行动态调整。

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。

第十条 州、县(市)财政应当将城乡居民基本医疗保险的同级财政补助资金纳入年度预算安排,除中央和省级财政补助外,其余补助资金州级财政承担30%,县(市)级财政承担70%,并及时足额拨付到位。

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、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;集中办理参保缴费期间因死亡等原因需退费的,受理截止时间为当年12月31日。



第十二条 参保人员的个人缴费，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：

（一）城市“三无”人员，农村五保对象，城乡低保对象，城乡丧失劳动能力的一、二级重度残疾人、低收入家庭60周岁以上的贫困老年人，迪庆农村户籍的居民由民政部门按规定标准负责资助。

（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，由卫生计生部门按规定标准负责资助。

（三）国家、省、州、县（市）规定的其他特殊困难人员，按照相关规定予以资助。

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。州财政部门应当会同州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财政专户，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 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情况和医疗保险待遇享受情况，主动接受社会监督。

人社、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 州医疗保险经办机构应当建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险，提高使用效率。

第十六条 建立城乡居民基本医疗保险风险储备金制度。储备金按照每年基金结余的 5% 提取，储备金规模达到当年筹资总额的 10% 后不在继续提取，提取的储备金统一上交州财政社会保险风险基金专户管理。

第四章 医疗待遇



第十七条 城乡居民基本医疗保险基金的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。

在一个自然年度内，基本医疗保险基金每人最高支付限额为15万元。

第十八条 参保人员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的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，乡级定点医疗机构的起付标准为100元，支付比例90%；县级定点医疗机构的起付标准为400元，支付比例80%；州级定点医疗机构和州内民营定点医疗机构的起付标准为700元，支付比例70%；州外定点医疗机构的起付标准为1200元，支付比例50%。

（二）符合政策规定的尿毒症和重性精神病患者，其医疗费用按相关文件规定执行。

（三）对中藏医药医保支付给予适当政策倾斜，对各级医疗机构的中藏医住院和门诊支付比例提高10%。

第十九条 参保人员门诊医疗待遇按照下列规定执行：



(一) 普通门诊医疗费。参保人员在统筹区内定点医疗机构发生的门诊医疗费，乡、村两级统筹基金支付比例为 50%，州、县两级统筹基金支付比例为 25%。普通门诊医疗费每次最高支付 30 元（一般诊疗费除外），一般诊疗费按省级规定标准执行。一个自然年度内，门诊医疗费最高支付限额为 400 元，支付金额不纳入年度最高支付限额累计。

(二) 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。二级医疗机构的起付标准为 400 元，三级及省外医疗机构的起付标准为 700 元。支付比例统一按照 70% 执行。支付金额纳入年度最高支付限额累计。

(三) 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%，支付金额不纳入年度最高支付限额累计。

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部门另行制定。

第二十条 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，在统筹区内实行限额包干结算：县、乡两级顺产为 1500



元；剖宫产县级为 2400，乡级为 1800 元；州级及其他医院实行最高支付限额，按照顺产 2000 元、剖宫产（含难产）3000 元结算，低于最高支付限额的按实际发生额结算。支付金额不纳入年度最高支付限额累计。

二次剖宫产、产科合并症和并发症及发生危重孕产妇抢救的孕产妇符合计划生育政策规定住院分娩发生的医疗费用，按照本办法第十八条第一项的规定执行。

第二十一条 参保人员转诊转院医疗待遇按照分级诊疗相关规定执行。

第五章 费用结算

第二十二条 参保人员实行持卡就医结算。参保人员发生医疗费用时，首先由城乡居民基本医疗保险报销，其次由城乡居民大病保险报销，最后由民政医疗给予救助。



参保人员在实现联网结算定点医疗机构发生的医疗费用，个人承担部分，由个人与医疗机构结算，统筹基金支付部分，由各级医疗保险经办机构与定点医疗机构结算。

第二十三条 参保人员在尚未实现联网结算的定点医疗机构发生的医疗费用，先由个人垫付，再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、慢性病门诊处方和发票）等资料原件，到各级参保地医疗保险经办机构报销，医疗费用报销受理截止时间为次年3月31日。

第二十四条 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相关规定结算。

第二十五条 医疗保险行政主管部门应当建立健全奖惩并重的激励和约束机制，加强对定点医疗机构医疗费用的监管，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。

第二十六条 城乡居民基本医疗保险医疗费用审核结算管理办法，由州人力资源和社会保障部门会同州财政部门另行制定。



第六章 定点医疗机构管理

第二十七条 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。

州人力资源和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协议管理办法，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。

第二十八条 符合准入条件并纳入定点的医疗机构，由医疗保险经办机构与其按年度签订服务协议，明确双方的职责、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，制定考核办法，经考核不合格的，终止服务协议。

第二十九条 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，经考核不符合定点条件且未按照规定整改的，取消定点资格。



第三十条 定点医疗机构应当认真执行城乡居民基本医疗保险政策规定，坚持诚信经营，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。

第七章 信息系统建设

第三十一条 城乡居民基本医疗保险实行计算机网络信息化管理，将新型农村合作医疗信息系统与城镇居民医疗保险信息系统进行整合，构建一体化的城乡居民医疗保险信息系统，建立以州级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。

第三十二条 城乡居民基本医疗保险和大病保险信息系统应当与州级区域民政医疗救助信息平台互连互通，实现州内及时结报。



第三十三条 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

第三十四条 州人民政府加强对城乡居民基本医疗保险工作的领导，与县（市）人民政府签订城乡居民基本医疗保险工作责任书，将城乡居民基本医疗保险参保缴费工作纳入州人民政府对县（市）人民政府年度综合目标任务考核范围。

第三十五条 建立经费保障机制，州、县（市）财政将所需工作经费列入同级财政预算，给予保障。

第九章 法律责任

第三十六条 定点医疗机构有下列行为之一的，根据《中华人民共和国社会保险法》、《社会保险费征缴暂行条例》、《劳



劳动保障监察条例》、《云南省医疗保险反欺诈管理办法》等文件规定,相关行政主管部门、医疗保险经办机构按照规定予以处理:

- (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费用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、扩大范围收费等的;
- (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。

第三十七条 参保人有下列行为之一的，根据《中华人民共和国社会保险法》、《社会保险费征缴暂行条例》、《劳动保障监察条例》、《云南省医疗保险反欺诈管理办法》等文件规定，由相关行政主管部门按照规定予以处理：

(一) 将本人社会保障卡交给他人或定点医疗机构使用的；

(二) 冒用他人身份证明或社会保障卡就医的；

(三) 伪造、编造病历、处方、疾病诊断证明、医疗费票据等骗取医疗保险待遇的；

(四) 其他违反医疗保险法律、法规的行为。

第三十八条 人力资源和社会保障行政部门、医疗保险经办机构、基层社会保障服务中心（站）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。



第三十九条 违反本办法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十章 附则

第四十条 发生暴发性、流行性传染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。

第四十一条 城乡居民基本医疗保险的待遇水平根据社会经済发展和医疗保险基金收支运行情况适时进行调整。调整工作由州人力资源和社会保障部门会同州财政部门提出意见，报州人民政府同意后执行。

第四十二条 本办法自 2017 年 1 月 1 日起施行，有效期三年。《迪庆州城镇居民基本医疗保险暂行办法》（迪政办发〔2008〕48 号）自本办法生效之日起同时废止。原有规定与本办法不一致的，按照本办法执行。

