

随州市人民政府文件

随政发〔2017〕27号

市人民政府关于印发 随州市城乡居民基本医疗保险实施细则的通知

各县、市、区人民政府，随州高新区、大洪山风景名胜区管理委员会，市政府各部门：

《随州市城乡居民基本医疗保险实施细则》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻实施。



2017年8月31日

随州市城乡居民基本医疗保险实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市基本医疗保障体系，整合城乡居民基本医疗保险制度，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）、《省人民政府关于印发湖北省整合城乡居民基本医疗保险制度工作方案的通知》（鄂政发〔2016〕20号）和《省人民政府关于城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（鄂政发〔2017〕9号）精神，结合我市实际，制定本细则。

第二条 城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）坚持“全覆盖、保基本、多层次、可持续”，医疗保障水平与经济社会发展水平相适应。坚持“筹资互助共济、费用共同分担”，保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益。坚持与大病保险、医疗救助和精准扶贫等制度和政策相衔接，为城乡居民提供优质便捷高效的医疗服务。

第三条 城乡居民医保实行以居民家庭（个人）缴费与政府给予适当补助相结合；坚持以保大病为主，兼顾受益面公平；坚持参保人权利与义务相对应，缴费水平与待遇水平相挂钩。

第四条 城乡居民医保参保对象为本市行政区域内除职工基

本医疗保险应参保人员外的所有城乡居民（包括在校大学生、普通中小学校学生、中职学校学生、特殊教育学校学生和学龄前儿童）。

城乡居民不能同时参加职工基本医疗保险和居民医疗保险，不得重复享受职工基本医疗保险和居民医疗保险待遇。

第二章 组织机构

第五条 市人民政府负责全市城乡居民医保制度的整体规划、综合管理和指导监督工作，制定全市城乡居民医保政策、医保管理服务办法并组织实施。各县（市、区）政府负责组织做好本区域内城乡居民参保登记、保费征缴、政策落实、经办服务和运行保障等工作。各乡镇（场）人民政府、办事处、管委会负责督办本辖区内各社区和各行政村做好城乡居民医保参保和相关服务工作，行政村（社区）负责办理居民个人参保登记和缴费手续。

第六条 各级人力资源和社会保障部门是本行政区域内城乡居民医保工作的主管部门。市人力资源和社会保障部门负责拟定城乡居民医保政策、医保服务办法并组织实施。各县（市、区）人力资源和社会保障部门负责指导区域内城乡居民医保经办服务等工作，所属医疗保险经办机构具体经办城乡居民医保工作。

机构编制部门负责落实机构编制调整工作，根据管理和经办工作需要，合理设置机构、配置编制。

发展改革部门负责将城乡居民医保工作纳入经济社会发展规

划。

教育部门负责督促学校（幼儿园）配合做好学生（幼儿）参保登记缴费工作。

公安部门负责定期提供本辖区城乡户籍人口和流动人口基本信息，依法打击涉及医疗保险领域的保险诈骗犯罪。

民政部门负责认定困难对象，落实特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员等困难群众参保个人缴费资助政策，做好医疗救助工作，加强医疗救助与城乡居民医保、大病保险的有效衔接。

财政部门负责制定和完善医保基金财务管理制度，监管城乡居民基本医疗保险基金，按政策落实城乡居民基本医疗保险补助资金。

卫生计生部门负责做好医疗服务管理工作，认定严重精神障碍患者、计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女的身份，落实其参保个人缴费资助和特殊待遇补助政策，做好疾病应急救助工作。

审计部门负责做好医保基金的审计工作。

税务部门负责做好城乡居民医保个人缴费征收工作。

扶贫部门负责认定精准扶贫建档立卡贫困人口的身份，向同级医保经办机构、民政医疗救助经办机构提供精准扶贫建档立卡贫困人口的动态变化基础信息。

残联组织负责做好丧失劳动能力残疾人的身份确认工作，协

调落实其参保个人缴费政府资助政策。

经信、物价、食品药品监管等部门根据各自职能，配合做好城乡居民医保制度建设的相关工作。

第七条 城乡居民医保实行市级政策统一，县、市、区分别运行。各县（市、区）政府根据城乡居民参保人数、工作量的一定比例，配备经办机构工作人员，人员工资和工作经费纳入同级财政预算；建立全市统一的城乡居民医保信息网络系统，健全乡镇、村（社区）服务平台。信息网络系统建设费和运行维护费全额纳入同级财政预算。

第三章 参保缴费

第八条 符合参加城乡居民医保条件的城乡居民（以下简称“参保居民”），原则上应当以家庭为单位，在居住地的村（社区）组织下整体参保。

第九条 城乡居民参保缴费实行一个保险年度一次性缴纳。每年9月1日起开展下一年度保费征收工作，12月31日为下年度参加城乡居民医保的登记、缴费截止时间（外出务工或返乡居民续保缴费可延长到次年2月底）。新生儿父母一方参加基本医疗保险并按时缴费，新生儿出生当年在居住地医保经办机构办理参保登记手续，免缴当年的居民医疗保险费，从出生之日起享受城乡居民医保待遇。

已参保缴费的城乡居民不得要求退返已缴纳的保费。

第十条 医疗保险经办机构要认真审核参保人的资格，及时办理参保缴费记录手续，并为其建立参保缴费档案。医疗保险经办机构负责辖区内各乡镇（场）、办事处、管委会城乡居民医保基本信息采集、录入工作，通过城乡居民医保信息网络系统即时向各县（市、区）地税部门传递登记、核定以及增减变化信息。

第十一条 参保居民就业后应随单位参加职工基本医疗保险。

第十二条 城乡居民医保基金包括：参保人员缴纳的医疗保险费、政府财政补助资金、医疗保险基金的利息及相关收入、社会对医疗保险的捐赠以及依法纳入医疗保险基金的其他资金。

第十三条 城乡居民医保筹资标准按省人力资源和社会保障厅及省财政厅的政策制定个人缴费标准执行。各级财政专项转移支付资金按中央、省规定执行。

第十四条 各乡镇（场）、办事处、管委会、行政村、社区负责城乡居民医保具体组织实施工作，协助医保经办机构办理城乡居民医保参保登记、缴费手续，并督促缴费；协助地税部门征收城乡居民医保费个人部分。

第十五条 对特困供养人员、孤儿、最低生活保障对象、丧失劳动能力的残疾人、严重精神障碍患者和计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女，参加城乡居民医保所需个人缴费资金给予全额资助。

精准扶贫建档立卡贫困人口的资助缴费和待遇政策按《中共湖北省委湖北省人民政府关于贯彻实施〈中共中央国务院关于打

赢脱贫攻坚战的决定》的意见》（鄂发〔2016〕6号）文件规定执行。

低收入家庭中60周岁以上的老年人和未成年人以及县（市、区）政府批准的其他特殊困难人员，参加城乡居民医保所需个人缴费部分由当地政府给予补贴，资助办法由各县（市、区）政府制定。

按规定享受资助政策的困难人员，参加城乡居民医保所需个人缴费资金，由相应的职能部门负责落实。同一人员同时符合多种资助缴费政策时，按照就高不就低的原则予以资助，不得重复资助。

第十六条 鼓励企事业单位、社会团体和个人捐赠城乡居民医保基金。捐赠的基金由各级财政部门统一接收，并入城乡居民医保基金专户。

第四章 基金管理

第十七条 城乡居民医保基金实行专户管理、封闭运行、专款专用、独立核算，接受财政、审计部门的监督。

第十八条 医疗保险经办机构按照“以收定支、收支平衡、保障适度、略有节余”的原则编制城乡居民医保基金年度预算，年度终了后及时决算，并将预算执行情况上报相关主管部门。

第十九条 城乡居民医保基金分为统筹基金、风险基金和大病保险基金。

(一) 统筹基金为提取风险基金和大病保险基金后的剩余部分。统筹基金分住院基金和门诊基金，分别按政策支付住院医疗费用和门诊医疗费用。

(二) 风险基金按当年筹资总额的 3% 提取，用于城乡居民医保基金意外情况的应急处理。风险基金累计达到当年筹资总额的 10% 后，不再提取。

(三) 居民大病保险基金按上级有关政策执行。

第五章 医疗保险待遇

第二十条 参保居民到定点医疗机构就医，按《湖北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《湖北省基本医疗保险、生育保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录》执行。

第二十一条 门诊基金使用范围：参保居民门诊分为门诊统筹、慢性病门诊及重大疾病门诊。门诊统筹乡镇实行签约管理，镇（办）总额控制使用，政策内医疗费用按比例报销的管理模式；城区实行个人到基层定点医疗机构签约就医，政策内医疗费用按比例报销的管理模式。慢性病门诊实行按病种标准鉴定准入管理，重大疾病门诊实行审核备案管理。

(一) 门诊统筹

门诊统筹实行定点就医，参保居民选择乡镇卫生院和村卫生室为定点医疗机构，也可选择一所社区卫生服务中心（站），在

院（校）学生可选择在该院（校）条件具备的附属医院或卫生所（室）。医疗保险经办机构通过与承担门诊统筹的定点医疗机构签订医疗服务协议确定管理和结算办法。

参保居民门诊统筹不设起付线，其符合政策规定的门诊费用报销比例为 50%，参保居民门诊统筹基金每日支付限额为：卫生室（所、站）每人每天限额 15 元；卫生院（卫生服务中心、附属医院）每人每天限额 20 元，未达到日限额的按实际费用结算，超过部分金额由患者个人负担。城乡居民门诊统筹年度累计政策内费用封顶线为 400 元，超封顶线后的医疗费用全部由患者个人负担。

（二）慢性病门诊

1. 慢性病病种：高血压病（Ⅲ级）、冠心病、器质性心脏病（伴二度心衰）、再生障碍性贫血、脑血管意外后遗症、类风湿性关节炎（含强直性脊柱炎）、肝硬化失代偿期、慢性阻塞性肺病（肺心病）、结核病、癫痫病、糖尿病（伴并发症）、慢性肾功能不全、系统性红斑狼疮、帕金森氏病、重症肌无力、精神分裂症、慢性重症肝炎抗病毒治疗等。

2. 申请程序：参保居民符合慢性病病种的患者首次申报需提交近 2 年以内的二级及以上医院出院记录、医学诊断证明等相关资料，交所属辖区镇（办）人社（医保）服务中心，由各镇（办）人社（医保）服务中心每季度底集中上报至各地医保经办机构，每年由各地医保经办机构组织不少于一次的专家组评审，

慢性病患者的门诊费用报销自鉴定批准之日起生效，医保经办机构对慢性病患者实行动态管理，根据情况定期进行复核。

3. 医疗待遇：参保居民慢性病患者发生符合规定的医疗费每年起付线 200 元，起付线以上部分每月 200 元以内报销 60%，年报销封顶线为 1200 元。

参保居民患有二种以上慢性病的，每月增加 30 元，年报销封顶线 1400 元。

（三）重大疾病门诊

1. 重大疾病病种：慢性肾功能衰竭透析治疗、器官和组织移植后抗排异治疗、恶性肿瘤（包括白血病）放化疗、血友病及地中海贫血。

2. 重大疾病门诊实行备案管理工作，参保居民持二级及以上医院出院记录、诊断证明到统筹地医保经办机构申报审核备案。

3. 医疗待遇：参保居民重大疾病患者在定点医疗机构发生符合规定的医疗费报销 70%，当年政策内累计费用纳入基本医疗保险合并计算。符合大病保险政策的，纳入大病保险报销。

第二十二条 住院基金使用范围：用于参保居民起付线以上封顶线以内的住院政策内医疗费用报销。

（一）起付线：参保居民住院实行起付线制度。

1. 各乡镇卫生院起付线标准为 200 元；
2. 二级及以下定点医疗机构起付线标准为 500 元；
3. 三级定点医疗机构起付线标准为 900 元；

4. 转省内定点医院起付线标准为 1500 元；

5. 转省内部级定点医院和其他医院起付线标准为 2000 元。

自然年度内多次住院，每增加一次起付线下降 100 元，儿童住院起付线标准为上述各级定点医疗机构起付线标准的一半，但最低不少于 200 元。

（二）封顶线：城乡居民医保实行封顶线制度，参保居民因病住院每年统筹基金最高支付限额为 12 万元。

（三）报销比例：参保居民住院医疗费用在政策规定范围内的甲类费用按下列比例报销：在一级及以下医疗机构住院发生的医疗费用按 90% 的比例报销；在二级定点医疗机构住院发生的医疗费用按 80% 的比例报销；在三级定点医疗机构住院发生的医疗费用按 70% 的比例报销；按规定程序转省内定点医疗机构住院发生的医疗费用按 55% 的比例报销；按规定程序转其他医院住院发生的医疗费用按 45% 的比例报销。乙类费用在上述报销基础上下降 10%，其中进口材料、血费及血液制品在上述报销基础上下降 20%。未按规定程序办理手续转外住院治疗，报销比例在上述规定标准的基础上下降 10%。

参保居民外出、暂住、探亲期间因特殊情况需异地住院治疗的，应先申报批准、后住院，或住院 3 日内办齐相关手续，其住院费用按照转省内定点医疗机构相关规定执行。未按要求备案的，报销比例再下降 10%。

参保患者住院时发生的中医适宜技术、中草药费用在原报销

比例的基础上提高 5%。

符合政策的参保居民住院分娩实行定额补助；符合规定的产前检查费用纳入门诊统筹基金支付范围。

第二十三条 符合本《细则》第十五条规定的参保居民住院不设起付线；在惠民医院（含惠民窗口）享受惠民医疗的有关减免政策。

第二十四条 城乡居民享受大病保险政策，按居民大病保险政策执行。

第六章 就医管理与费用结算

第二十五条 城乡居民就医实行定点管理。参保居民在定点医疗机构门诊就医时，应持本人的“社会保障卡”等身份证明。参保居民因病需住院应主动出示本人的“社会保障卡”或身份证（户口簿），参保居民患者在住院期间应遵守医院制度，配合医疗机构接受治疗，不得点名检查、点名开药。参保居民在定点医疗机构门诊或住院发生的医疗费用通过“社会保障卡”即时结算，参保居民只需支付由个人负担的部分，医保基金支付的部分由医疗机构与医保经办机构结算。

第二十六条 定点医疗机构的医务人员应对参保居民患者因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，严格控制不合理医疗费用，提供优质服务，保证医疗安全。

第二十七条 鼓励定点医疗机构按照基层医疗机构首诊、双

向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗原则开展分级诊疗。

第二十八条 定点医疗服务机构应严格执行物价、卫计部门制定的服务项目、药品收费标准。公示基本医疗药品目录、医疗服务项目和手术项目服务价格、医疗费用报销程序及相关情况。

第二十九条 医疗保险经办机构要积极探索支付制度改革，采取在“总额预算、过程监督、超额分担、结余留用”的前提下，实行按人头付费、按床日付费、单病种结算和按项目付费等方式与定点医疗机构签订结算协议。引导定点医疗机构优化服务模式，降低医疗费用，逐步建立成本核算和自我约束的内部运行机制。

第三十条 医疗保险经办机构应向社会公示城乡居民医保基金的运行情况，接受社会监督。

第三十一条 医疗保险经办机构对定点医药服务机构实行协议管理，落实定点医药服务机构准入和退出机制，不定期对定点医疗机构开展巡查和稽查工作，加强对医疗服务行为的监管，对违规行为认真处理，定期对定点医疗机构综合服务质量进行评审或考核，评审及考评结果与定点医疗机构的医保基金结算挂钩。

第七章 法律责任

第三十二条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金的单位或个人，由社会保险行政部门依据《中华人民共和国社会保险法》第八十七条、第八十八条之规定进行处理。

第三十三条 医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由社会保险行政部门依据《中华人民共和国社会保险法》第八十九条规定，责令其改正；给医疗保险基金、用人单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

（一）工作严重失职或违反财经纪律造成城乡居民基本医疗保险基金损失的；

（二）未将居民医疗保险基金存入财政专户的；

（三）克扣或者拒不按时支付居民医疗保险待遇的；

（四）丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保险待遇记录等医疗保险数据、个人权益记录的；

（五）其他违反城乡居民基本医疗保险规定的。

第三十四条 违反《中华人民共和国社会保险法》规定，匿名、转移、侵占、挪用医疗保险基金或者违规投资运营的，由社会保险行政部门、财政部门、审计部门依据《中华人民共和国社会保险法》第九十一条规定，责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第三十五条 社会保险行政部门和其他有关行政部门、医疗保险经办机构、医疗保险费征收机构及其工作人员泄露用人单位和个人信息的，依据《中华人民共和国社会保险法》第九十二条规定，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处

分；给用人单位或者个人造成损失的，应当承担赔偿责任。

第三十六条 国家工作人员在医疗保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。对涉嫌犯罪的，移送司法机关追究刑事责任。

第八章 附 则

第三十七条 本《细则》实施后，原有的新型农村合作医疗制度、城镇居民医疗保险制度同时废止。

第三十八条 本《细则》由市人力资源和社会保障局负责解释。

第三十九条 本《细则》自2018年1月1日执行。2018年居民医疗保险费征收工作从2017年9月1日起实施。

抄送：市委各部门，随州军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

随州市人民政府办公室

2017年8月31日印发
