

内江市人民政府文件

内府发〔2017〕34号

内江市人民政府 关于印发《内江市城乡基本医疗保险实施办法》的 通知

各县（市、区）人民政府，内江经开区、内江高新区管委会，市级有关部门：

《内江市城乡基本医疗保险实施办法》已经2017年10月30日市第七届人民政府第31次常务会议审议通过，现印发你们，请认真贯彻执行。



内江市城乡基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为完善我市城乡基本医疗保险制度，健全社会医疗保障体系，促进经济发展与社会和谐，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）、《四川省人民政府关于做好城乡居民基本医疗保险制度整合工作的实施意见》（川府发〔2016〕61号）和《内江市人民政府关于统一全市城乡基本医疗保险管理体制机制的通知》（内府发〔2016〕33号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡基本医疗保险制度应坚持城乡一体、全民医疗保障的原则，坚持广覆盖、保基本、可持续、以收定支、收支平衡、略有结余的原则，坚持公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与我市经济社会发展水平相适应的原则。

第三条 实行“一制两档”的城乡基本医疗保险制度。

“一制”即城乡基本医疗保险制度。实行统一政策、统一管理、统一流程、统一预算。

“两档”即城乡基本医疗保险一档和城乡基本医疗保险二档（以下简称一档或二档）。一档即职工基本医疗保险，由统筹基金和个人账户组成，实行市级统筹调剂；二档即城乡居民基本医疗

保险，由统筹基金和门诊统筹基金组成，实行市级统收统支。

第四条 本市所有用人单位及其从业人员、城乡居民应当按照本办法的规定参加城乡基本医疗保险。

本办法所称用人单位，是指本市行政区域内机关、事业单位、社会团体、企业、民办非企业单位、个体经济组织。

本办法所称城乡居民参保人员，是指以个人身份参加城乡基本医疗保险的人员。

第五条 人力资源社会保障部门承担城乡基本医疗保险管理职责，负责组织、协调城乡基本医疗保险工作；社会保险经办机构承担城乡基本医疗保险基金筹集、支付、管理等经办工作。

财政部门负责城乡基本医疗保险基金的监督管理。

审计部门负责城乡基本医疗保险基金收支情况和管理情况的审计监督。

卫生计生部门负责医疗机构医疗服务行为的监督管理。

食品药品监管部门负责药品经营企业和医疗机构药品药械质量、药械购销存的监督管理。

发展改革（物价）部门负责药品经营企业药品价格、高值医疗器械价格和医疗机构医疗服务价格的监督管理。

监察、公安、国土资源、税务、民政、扶贫移民、工商、教育、文化广电新闻出版等有关部门应按照职能职责共同做好城乡基本医疗保险相关工作。

第二章 参保缴费

第六条 本市所有用人单位及其职工、退休（职）人员；具有本市户籍的非从业成年人、未成年人（含各类学校无本市户籍的在校学生、幼儿，下同）及本市大中专院校在校学生；持有本市居住证的外地城乡居民应当依照有关规定办理城乡基本医疗保险登记、变更、注销等手续。

参保人员不得重复参加一档和二档，不得重复享受一档和二档待遇。

第七条 用人单位及其从业人员按相关法律法规规定应当参加一档。

第八条 城乡居民按以下规定参加一档或二档。

（一）已在本统筹地区参加基本养老保险且未办理领取基本养老金手续的城乡居民，可自愿选择参加一档或二档；已办理领取基本养老金手续的城乡居民参加二档。

（二）未参加基本养老保险且未满 60 周岁的城乡居民，可自愿选择参加一档或二档；已满 60 周岁（含 60 周岁）的城乡居民参加二档。

（三）特殊困难群体由户籍所在地县（市、区）民政、残联和扶贫移民等部门按职能职责核定其身份信息，提供相关资料，并由县（市、区）相关部门组织参保缴费。

（四）被征地农转非人员按国家和省规定的政策办理。

（五）城乡居民（含在校中小学生）原则上以家庭为单位由

居住地的乡（镇）政府、街道办事处组织参保。

（六）大中专学生应于每年9月1日至10月31日由学校统一组织本校学生参加二档并代收代缴城乡基本医疗保险费，从当年9月1日至次年12月31日享受城乡基本医疗保险待遇。

第九条 用人单位参加一档的基本医疗保险费由用人单位和职工按月共同缴纳，缴费费率为10.3%（含生育保险），其中用人单位按本单位上年度职工工资总额的8.3%缴纳，职工个人按上年度本人工资总额的2%缴纳。用人单位职工个人工资总额低于上年度本市全部单位职工平均工资的，以上年度本市全部单位职工平均工资为用人单位和职工的缴费基数。

第十条 城乡居民参加一档的基本医疗保险费，2018年按上年度本市全部单位职工平均工资的85%左右为缴费基数，今后逐步提高达到100%，缴费费率为10%。城乡居民参加二档的基本医疗保险费由政府补助和个人缴纳，个人缴纳按国家和四川省的相关规定执行。

以上缴费均按年度一次性缴纳，具体缴费标准每年由市人力资源社会保障局会同市财政局公布。

第十一条 用人单位及其参保人员未按时足额缴纳基本医疗保险费的，从欠缴第3个月起，参保人员暂不享受基本医疗保险待遇；欠缴医疗保险费6个月及以上的，从欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金；欠缴医疗保险费超过12个月的，视为中断参保。单位必须清缴欠费和滞纳金后方可重新申请参保，从参保

缴费之月起，享受门诊医疗待遇，连续缴费满 6 个月后，次月起可享受住院医疗待遇。从欠费之日起 12 个月内补缴欠费和滞纳金的，可补付欠费期间应由统筹基金支付的医疗费用和补划个人账户，并合并计算参保人员实际缴费年限。欠费超过 12 个月视为中断参保，参保人员发生的医疗费用由用人单位负担。用人单位欠费，其办理了医疗保险退休结算的人员，可继续享受城乡基本医疗保险相关待遇。

用人单位撤销或依法破产时，应当依法清偿城乡基本医疗保险欠费。

城乡居民参保人员未按规定时间续保缴费视为中断参保。

第十二条 初次或中断后重新参加城乡基本医疗保险的人员，自参保之月起连续缴费满 6 个月后，从次月起享受相应城乡基本医疗保险待遇。

城乡居民在规定时间内续保缴费的无医疗待遇等待期。

城乡居民参保人员在一个参保缴费年度内，不得跨档次转换，下一个参保缴费年度可重新选择参加城乡基本医疗保险档次。以下情况除外：(1) 以单位职工身份就业或解除劳动关系人员；(2) 享受失业保险待遇期满人员。

跨统筹地区转入我市的参保人员，在 3 个月内参保缴费的，从缴费之月起享受相应待遇；超过 3 个月的，自参保之月起连续缴费满 6 个月后，从次月起享受相应的城乡基本医疗保险待遇。

一档参保人员向二档转换，在终止一档缴费后 6 个月内办理

续保缴费的，无医疗待遇等待期，超过 6 个月的视为中断参保；二档参保人员向一档转换，从缴费之月起设置 6 个月医疗待遇等待期。

新出生婴儿从出生之日起 3 个月内参加城乡基本医疗保险并缴纳出生当年度基本医疗保险费的，从出生之日起至当年 12 月 31 日享受相应城乡基本医疗保险待遇。

第十三条 一档参保人员，已参加基本养老保险且办理领取基本养老金手续时或未参加基本养老保险且满 60 周岁时，最低累计缴费年限不低于 20 年，其中本市实际缴费年限不低于 10 年，达到最低缴费年限的，不再缴纳城乡基本医疗保险费，继续享受城乡基本医疗保险待遇。缴费年限不足最低累计缴费年限和本市实际缴费年限规定的，可选择一次性补足缴费年限或分年度缴纳至最低缴费年限，选择分年度缴纳的时间最长不超过 5 年。城乡居民选择分年度缴纳城乡基本医疗保险费的，应按每年度公布的个人缴费标准缴纳。

第十四条 城乡基本医疗保险参保人员中断参保前后参加城乡基本医疗保险的缴费年限可合并计算。统筹地区外转入我市接续的职工医疗保险年限与本市一档的缴费年限可合并计算。

二档参保人员转为一档后，以我市当年城乡居民参加一档缴费比值为标准，折算为一档缴费年限，不足一个月按一个月计算。

第十五条 转业退役后或部队退休移交参加本市城乡基本医疗保险的人员，医疗保险经办机构办理相应的转移接续手续，其

服现役年限视同一档累计缴费年限。

第三章 医保待遇

第十六条 门诊医疗待遇。

（一）一档参保缴费人员，按缴费基数 3% 计入个人账户；领取了基本养老金或未参加基本养老保险且已满60周岁（含60周岁）并办理了医疗保险结算手续的参保人员个人账户实行定额计入，具体标准由市人力资源社会保障局会同市财政局公布。

（二）二档参保人员在定点医疗机构或定点零售药店刷卡就医购药，享受门诊统筹医疗待遇。二档参保人员每人每年按人均筹资总额的 20% 左右确定当年的门诊统筹限额，具体标准由市人力资源社会保障局会同市财政局公布。门诊统筹限额当年度结余部分不能跨年使用，限额结余部分结转基本医疗保险门诊统筹基金。

第十七条 住院医疗待遇。

参保人员发生的符合城乡基本医疗保险政策规定的住院医疗费用，实行单次住院结算，确定起付金额和最高支付限额，起付金额以上、最高支付限额以下的住院医疗费由统筹基金按比例支付。

（一）起付金额。参保人员每次住院起付金额为：三级甲等医疗机构1000元、三级乙等医疗机构600元、二级医疗机构400元、一级及以下医疗机构200元。

参保人员办理了转诊转院手续的，在规定的时间内，转入上级医疗保险定点医疗机构，住院起付金额负担差额部分；转入下级医疗保险定点医疗机构，不再另外收取住院起付金额。

（二）报销比例。

1. 一档参保人员每年度在定点医疗机构发生的符合城乡基本医疗保险政策规定的住院医疗费由统筹基金支付，统筹基金应支付额按下列公式计算： $\text{统筹基金应支付额} = (\text{住院医疗费总额} - \text{自费和单项自负医疗费金额} - \text{起付金额}) \times (75 + \text{年龄} \times 0.2)\%$ 。参保人员年龄按上年度年龄计算。

2. 二档参保人员每年度在定点医疗机构发生的符合城乡基本医疗保险规定的住院医疗费由统筹基金支付，统筹基金应支付额按下列公式计算： $\text{统筹基金应支付额} = (\text{住院医疗费总额} - \text{自费和单项自负医疗费金额} - \text{起付金额}) \times \text{就医医院报销比例}$ （三级甲等医疗机构 60%、三级乙等医疗机构 70%、二级医疗机构 75%、一级及以下医疗机构 85%）。

3. 二档参保人员向一档转换，从一档缴费之月起 6 个月内发生的住院医疗费用，审核结算按二档报销比例支付。

4. 城乡居民参加城乡基本医疗保险的育龄妇女，自享受城乡基本医疗保险住院医疗待遇之日起，符合国家计划生育政策生育的，享受生育医疗费补助。一档补助标准为正常生育（顺产）补助 1200 元；剖宫产补助 1600 元；多胎生育的，每多生一孩增加补助 400 元。二档补助标准为正常生育（顺产）补助 800 元；剖

官产补助 1200 元；多胎生育的，每多生一孩增加补助 200 元。参保人员计划生育手术费按有关规定支付。生育医疗费补助及计划生育手术费纳入城乡基本医疗保险基金支付范围。参保人员存在档次转换，以新出生婴儿出生时参保育龄妇女的参保身份和是否达到待遇等待期确定相应的生育补助标准。

（三）最高支付限额。一档最高支付限额为 20 万元/人·年，二档最高支付限额为 12 万元/人·年。以后根据医疗费用的变化，由市人力资源社会保障局会同市财政局适时调整。

（四）不予支付情形。下列医疗费用不纳入城乡基本医疗保险基金支付范围：

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 非定点医疗机构和非定点零售药店发生的医疗费用（急诊急救除外）；
6. 国家和省、市规定的其他不予支付的项目。

第十八条 特殊疾病医疗待遇。

参保人员患规定范围内的需长期门诊治疗的特殊疾病，在一个自然年度内，按规定享受特殊疾病门诊医疗待遇，由统筹基金限额支付。具体管理办法另行制定。

第四章 管理服务

第十九条 城乡基本医疗保险实行定点医疗机构、定点零售药店（以下简称“定点医药机构”）管理。市及县（市、区）医疗保险经办机构与定点医药机构签订医疗保险服务协议，明确双方的权利和义务。各定点医药机构应规范医疗服务行为，严格履行医疗保险服务协议。

第二十条 转诊转院。

（一）建立双向转诊转院制度。参保人员应按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗就医制度，实现“小病在基层、大病到医院、康复回社区”的就医格局。

（二）因限于定点医疗机构技术、设备条件，参保患者需转统筹地区内上级定点医疗机构住院治疗的，或经上级医疗机构诊治后病情稳定可转回基层医疗卫生机构接受康复治疗的，由转出医疗机构审批同意实行双向转诊，并报医保经办机构备案。

（三）因病情需要须转统筹地区外定点医疗机构住院治疗的，由指定具备转院资格的定点医疗机构审批同意，出具转院手续并报医疗保险经办机构备案；其在异地定点医疗机构就医发生的基本医疗保险政策范围内医疗费用，审核结算支付比例降低10%。

（四）因病情需要经定点医疗机构审批同意，属于当次住院期间使用的符合城乡基本医疗保险政策规定的外购药品、外出检查、临床用血及其它治疗费用纳入统筹基金支付范围。

第二十一条 异地就医。

(一) 长期居住异地或因工作需要长驻外地的参保人员，可在所在地选择当地基本医疗保险定点医疗机构作为异地就医定点医疗机构(定点医疗机构所在地以地级市为选择范围)，报参保地医疗保险经办机构批准备案后满 1 年方可迁回。

(二) 办理了异地就医备案的人员在所选定的定点医疗机构就医，发生的符合城乡基本医疗保险政策范围内的住院医疗费用，审核结算时不降低报销比例。办理了异地就医备案的人员在内江市行政区域内定点医疗机构就医，发生的符合城乡基本医疗保险政策范围内的住院医疗费用，审核结算支付比例降低 10%。

(三) 未办理异地就医备案和转院手续的参保人员在异地定点医疗机构就医发生的符合城乡基本医疗保险政策范围内的住院医疗费用，审核结算支付比例降低 20%。

第五章 费用结算

第二十二条 城乡基本医疗保险住院医疗费用支付严格遵守《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省城乡基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施管理暂行办法》及相应管理规定。超出上述规定的药品、诊疗和医疗服务费用，城乡基本医疗保险统筹基金不予支付。参保人员住院期间使用《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中“乙类药品目录”的药品和实施城乡基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目所发生的费用，参保人员单项自负比例不低于 10%。

第二十三条 医保经办机构对实行服务协议管理的定点医疗机构申报的医疗费用，经审核后核定结算金额，根据服务协议约定的付费方式与结算方式，与协议服务机构进行费用结算。费用结算方式可执行按项目付费、按床日付费、按病种付费、按总额预付付费、按定额付费、按限额付费、按人头付费等。

第二十四条 参保人员发生的住院医疗费，联网结算的，只需支付应由个人负担的住院医疗费用，属城乡基本医疗保险基金支付的部分由医疗保险经办机构与定点医疗机构按月结算；未联网结算的，自出院之日起1年内凭相关资料到参保所属的医疗保险经办机构审核报销，超过1年不予报销。

第六章 基金管理

第二十五条 城乡基本医疗保险基金来源。

- (一) 用人单位或个人缴纳的城乡基本医疗保险费；
- (二) 城乡基本医疗保险费利息；
- (三) 城乡基本医疗保险费滞纳金；
- (四) 政府补助资金；
- (五) 依法应纳入城乡基本医疗保险基金的其他收入。

第二十六条 城乡基本医疗保险基金实行收支两条线管理，纳入医疗保险基金财政专户，分账核算，专款专用，不得相互挤占和挪用。

第二十七条 城乡基本医疗保险基金的使用范围。

参保人员发生的医疗费用中属于城乡基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准范围内的由城乡基本医疗保险基金按本办法规定支付。

（一）统筹基金。

统筹基金按本办法规定用于支付参保人员在定点医疗机构发生的符合城乡基本医疗保险政策规定的住院医疗费用、城乡基本医疗保险门诊统筹待遇、特殊疾病医疗待遇、生育医疗待遇。

（二）个人账户。

个人账户可用于支付在定点医疗机构或定点零售药店发生的门诊医疗费、住院起付金额、自负费用。一档参保人员转为参加二档的，其个人账户余额可继续使用。个人账户的本金和利息归参保人员个人所有，可结转使用和依法继承，原则上不得提取现金。

第二十八条 城乡基本医疗保险基金实行年度预算管理，按基金预算管理原则和风险预控机制，编制年度基金预算。具体管理办法另行制定。

第七章 法律责任

第二十九条 用人单位不办理城乡基本医疗保险登记的，由人力资源社会保障行政部门责令限期改正；逾期不改正的，对用人单位处应缴城乡基本医疗保险费数额一倍以上三倍以下的罚款，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员处五百元以上

三千元以下罚款。

第三十条 用人单位未按时足额缴纳城乡基本医疗保险费的，由医疗保险经办机构责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金；逾期仍不缴纳的，由人力资源社会保障行政部门处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

第三十一条 医疗保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等医疗保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出的，由人力资源社会保障行政部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；属于医疗保险服务机构的，解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。

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待遇的，由人力资源社会保障行政部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

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，由人力资源社会保障行政部门责令改正；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）未履行医疗保险法定职责的；
- （二）未将医疗保险基金存入财政专户的；
- （三）克扣或者拒不按时支付医疗保险待遇的；
- （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）有违反医疗保险法律、法规的其他行为的。

第三十四条 医疗保险经办机构擅自更改医疗保险费缴费基数、缴费费率，导致少收或者多收医疗保险费的，由人力资源社会保障行政部门责令其追缴应当缴纳的医疗保险费或者退还不应当缴纳的医疗保险费；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 违反《中华人民共和国社会保险法》规定，隐匿、转移、侵占、挪用医疗保险基金或者违规投资运营的，由人力资源社会保障行政部门、财政部门、审计机关责令追回；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。

第三十六条 人力资源社会保障行政部门和其他有关行政部门、医疗保险经办机构及其工作人员泄露用人单位和个人信息的，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。

第三十七条 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。

第三十八条 违反《中华人民共和国社会保险法》规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第三十九条 本办法所指医疗保险年度和自然年度为公历 1 月 1 日至 12 月 31 日。

第四十条 本办法自 2018 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年，执行期间若上级有新规定，按新规定执行。《内江市人民政府关于印发内江市城镇基本医疗保险实施办法的通知》（内府发〔2014〕36 号）同时废止。

信息公开选项：主动公开

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院，内江军分区。

内江市人民政府办公室

2017 年 11 月 29 日印发
