



楚雄州人民政府关于印发楚雄彝族自治州 城乡居民医疗保险实施办法的通知

楚政规〔2022〕8号

各县市人民政府，州直各部门，楚雄高新区管委会：

现将《楚雄彝族自治州城乡居民医疗保险实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

2022年12月30日

（此件公开发布）



楚雄彝族自治州城乡居民医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为健全完善统一的城乡居民医疗保险制度，保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益，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》等法律法规及有关规定，结合我州实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于楚雄州行政区域内除职工基本医疗保险应参保人员以外的所有城乡居民。

第三条 城乡居民医疗保险包括基本医疗保险和大病保险。实行州级统筹、分级管理。坚持统筹城乡协调发展，全覆盖、保基本、多层次、可持续，个人缴费与政府补助相结合，保障适度 and 收支平衡的原则。

第四条 医疗保障行政部门负责城乡居民医疗保险工作，制定城乡居民医疗保险有关配套政策，并对本行政区域内城乡居民医疗保险工作进行管理、监督和指导。

发展改革、教育体育、公安、民政、财政、人力资源和社会



保障、卫生健康、审计、税务、市场监管、乡村振兴、退役军人事务、残联等部门按照各自的工作职责，协同做好城乡居民医疗保险工作。

州医疗保险经办机构负责全州城乡居民医疗保险经办业务指导和州级统筹等相应职责，县市医疗保险经办机构负责本行政区域内城乡居民医疗保险经办服务工作。

各乡镇、村（社区）按照各自工作职责负责本行政区域内城乡居民医疗保险的有关工作。

第二章 参保管理

第五条 城乡居民基本医疗保险实行全民参保登记，参保缴费工作由各县市、乡镇人民政府负责组织实施。

第六条 符合参保条件的城乡居民，凭有效身份证件办理参保手续。参保人员可以线上、线下多渠道缴纳基本医疗保险费。

鼓励集体、单位或其他社会经济组织对城乡居民个人缴费给予资助。

第七条 城乡居民基本医疗保险按照年度参保缴费和享受医疗保险待遇。参保缴费以集中缴费为主，在集中缴费期内缴费



的，从新的待遇年度开始享受医疗保险待遇；未在集中参保缴费期缴费的，经本人申请，可延长至新的待遇年度6月30日前参保缴费，医疗保险待遇从参保缴费次月起享受（以入院时间为准，下同）。6月30日以后，除新生儿、大中专毕业生（含全日制研究生）、刑满释放人员、退役军人、随军家属、医疗救助对象等符合规定的人员外，不再受理当年度的参保缴费。

第八条 新生儿出生后90天（含90天）内，监护人应当按照相关规定为其办理参保登记，按照规定缴纳出生当年居民医保费后，自出生之日起当年所发生的医疗费用按照规定纳入医保报销。新生儿出生当年未在出生后90天内参加居民医保的，医疗保险待遇从参保缴费次月起享受。

第三章 基金筹集

第九条 城乡居民基本医疗保险采取个人缴费和政府补助相结合的方式，执行国家和省统一规定的筹资标准。

第十条 城乡居民基本医疗保险政府补助，按照“共同筹资、分级负担”的原则安排补助资金，具体补助标准按照当年国家和省有关规定执行。



州、县财政应当将城乡居民基本医疗保险的同级政府补助资金纳入年度预算安排，并及时足额拨付到位。

城乡居民基本医疗保险政府补助中，州、县市人民政府对城乡居民基本医疗保险补助部分按照楚雄州医疗卫生领域财政事权和支出责任划分有关规定执行。

第十一条 参保人员按照规定缴费，符合资助条件的由有关部门按照规定给予全额或者定额资助。

第四章 基金管理

第十二条 城乡居民医疗保险设立基本医疗保险基金和大病保险基金，不设立个人账户。

基本医疗保险基金由以下构成：

- （一）城乡居民个人缴纳的基本医疗保险费；
- （二）政府补助资金；
- （三）社会捐助资金；
- （四）城乡居民基本医疗保险基金利息收入；
- （五）其他收入。

大病保险基金按照城乡居民基本医疗保险筹资标准的10%左



右，从城乡居民基本医疗保险基金中划拨筹集，参保人员个人不单独缴费。参加城乡居民基本医疗保险的参保人员，同时享受大病保险有关待遇。

第十三条 城乡居民医疗保险基金实行州级统一管理，坚持政府主导、政策统一、基金共济、统一考核和分级负责的州级统筹管理模式。

城乡居民医疗保险基金执行《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》和社会保险基金预决算管理规定，纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，独立核算，专款专用，任何部门、单位和个人均不得挤占、挪用，也不得用于平衡财政预算。

第十四条 医疗保险经办机构应当建立健全内部管理制度和基金运行风险预警机制，加强基金收支管理，定期向社会公布城乡居民医疗保险基金收支和待遇享受情况，接受社会监督。

医疗保障行政主管部门和财政、审计等部门依法对城乡居民医疗保险基金收支和管理使用情况进行监督。

第十五条 建立城乡居民基本医疗保险风险储备金制度。从每年筹集的城乡居民基本医疗保险基金中按照 3%提取，风险储备金规模达到当年筹资总额的 10%后不再继续提取。城乡居民基



本医疗保险风险储备金纳入州级社会保障基金财政专户管理。

城乡居民基本医疗保险风险储备金，主要用于弥补特殊情况下出现的基金支付风险。如需使用，由州医疗保险经办机构提出申请，经州医疗保障、财政部门审核，报州人民政府批准后执行。风险储备金按照规定程序报批动用后差额部分应及时补足。

第五章 医疗待遇

第十六条 城乡居民医疗保险基金支付范围按照国家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及云南省有关规定执行。

第十七条 参保人员在医疗保险协议定点医疗机构发生的医疗费用，依照本办法享有门诊医疗待遇（含普通门诊医疗待遇、门诊慢性病待遇、门诊特殊病待遇、协议期内国家谈判药品门诊待遇、日间手术待遇、门诊急诊抢救待遇）、住院医疗待遇、住院分娩医疗待遇、大病保险医疗待遇、重大疾病住院待遇。

第十八条 参保人员门诊医疗待遇按下列规定执行：

（一）在实施药品零差率销售的一级及以下医保协议定点医疗机构（含村卫生室、社区卫生服务站等，下同）就医发生的普



通门诊医疗费用，基本医疗保险基金支付比例为 50%；在实施药品零差率销售的二级医保协议定点医疗机构就医发生的普通门诊医疗费用，基本医疗保险基金支付比例为 25%；使用中彝药（不含中成药）和中彝医适宜技术发生的费用，基本医疗保险基金支付比例提高 10 个百分点。一个自然年度内个人门诊医疗费用基本医疗保险基金最高支付限额为 500 元。对未纳入慢性病门诊保障范围，需要服用降血压、降血糖药物的“两病”参保患者，在实施药品零差率销售的二级及其以下医保协议定点医疗机构发生的政策范围内降血压、降血糖的药品费用，基金支付比例不低于 50%。

（二）门诊慢性病不设起付标准（起付线，下同），基本医疗保险基金支付比例为 60%，单病种基金年度支付限额为 2000 元，每增加一个病种增 500 元，年度最高支付限额总额不超过 3000 元，与住院年度最高支付限额分别计算。

（三）门诊特殊病起付标准为 1200 元，基本医疗保险基金支付比例为 70%。其中，重性精神病、慢性肾功能衰竭（尿毒症）两个病种不设起付标准，基金支付比例为 90%。基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。同时患有门诊慢性病和门诊特殊病的，根据其就诊诊断，分别按照门诊慢性病、特殊



病政策享受待遇，其起付标准、基金支付限额均分别计算。与门诊慢性病、特殊病治疗相关的药品、诊疗项目和医用耗材，纳入门诊慢性病、特殊病支付范围。

（四）符合条件的协议期内国家医保谈判药品，在二级及以上定点医疗机构门诊按照诊疗规范（指南）就诊或者开具门诊处方的费用，扣除先行自付 10% 后的政策范围内费用，基金起付标准为 1200 元，每种谈判药每年支付一次起付标准，与住院起付标准分别计算，基本医疗保险基金支付比例为 70%。基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。在普通门诊、门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救、日间手术等使用国家医保谈判药品，按照相应门诊政策所规定的起付标准执行。

（五）日间手术基金起付标准按照就诊定点医疗机构住院起付标准减半执行，与住院起付标准分别计算；基金支付比例按照就诊定点医疗机构住院支付比例执行；基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。

（六）门诊发生的急诊抢救（含院前急诊抢救），根据救治医疗机构级别（一级及以下按一级执行），政策范围内费用基金起付标准、支付比例按照该级别定点医疗机构住院起付标准、支付比例执行，基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合



并计算。

第十九条 参保人员住院医疗待遇按下列规定执行：

（一）在统筹区内医保协议定点医疗机构就医发生的符合基金支付范围的住院医疗费用，一级及其以下医疗机构起付标准为 200 元，基本医疗保险基金支付比例为 85%；二级医疗机构起付标准为 500 元，基本医疗保险基金支付比例为 80%；三级医疗机构起付标准为 800 元，基本医疗保险基金支付比例为 65%。

（二）在统筹区外医保协议定点医疗机构就医发生的符合基金支付范围的住院医疗费用，一级及其以下医疗机构起付标准为 200 元，基本医疗保险基金支付比例为 85%；二级医疗机构起付标准为 500 元，基本医疗保险基金支付比例为 65%；三级医疗机构起付标准为 1000 元，基本医疗保险基金支付比例为 60%。

（三）使用中彝药（不含中成药）和中彝医适宜技术发生的费用，基本医疗保险基金支付比例提高 5 个百分点。

（四）住院期间使用国产医用耗材和单价在 200 元以下（含 200 元）进口医用耗材的，按城乡居民医保待遇标准支付；使用单价在 200 元以上进口医用耗材（含合资）的，个人先负担 50% 后再按城乡居民医保待遇标准支付。使用乙类药品的，个人先自付 5%。特殊抢救病人因病情需要使用“血液制品”的，个人先



自付 10%。使用国家谈判药品的，个人先自付 10%

（五）一个自然年度内，参保人员个人发生的符合政策规定范围内的住院医疗费用，基本医疗保险基金累计最高支付限额为 15 万元。

（六）下级医疗机构转上级医疗机构的住院起付标准就高补差计算；上级医疗机构转下级医疗机构的不再重复计算住院起付标准费用。

第二十条 参保人员住院分娩医疗待遇按下列规定执行：

（一）参保孕产妇在统筹区一级、二级定点医疗机构住院分娩，实行单病种包干支付，定点医疗机构“结余留用、超支不补”，个人不承担费用。

（二）参保孕产妇在三级定点医疗机构住院分娩，实行单病种限额支付。住院分娩医疗费用达不到限额标准的，医保基金按照实际费用支付；超出限额标准的，医保基金按照限额支付，超出限额部分由个人负担。

（三）因难产、危急孕产妇抢救、妊娠并发症、妊娠合并症或孕产妇伴随有其他疾病需要住院治疗等特殊情况，导致诊疗所需费用超出单病种包干支付范围，或在统筹区外一级、二级定点医疗机构住院分娩的，不再实行单病种包干支付，按照普通住院



医疗待遇标准进行结算。

(四) 妊娠 7 个月(含 7 个月)以上生产的,不论胎儿是否存活,均享受住院分娩医疗待遇。妊娠 7 个月以内,因生育住院的,按照普通住院医疗待遇标准进行结算。

(五) 住院分娩参保人员及其配偶已享受了职工生育保险或公务员医疗补助相关生育分娩待遇的,不再重复享受城乡居民住院分娩医疗待遇。

第二十一条 参保人员大病保险待遇按下列规定执行:

(一) 在一个自然年度内发生的住院医疗费用,经基本医疗保险报销后,政策范围内的个人自付医疗费用累计超过大病保险起付标准以上的部分,大病保险基金分段按比例支付,即:起付标准以上,2 万元以下(含 2 万元)的支付比例为 60%;2 万元以上 4 万元以下(含 4 万元)的支付比例为 70%;4 万元以上 6 万元以下(含 6 万元)的支付比例为 80%;6 万元以上的支付比例为 90%。

(二) 大病保险年度起付标准,原则上不高于统筹区上一年度居民人均可支配收入的 50%。

(三) 大病保险基金个人年度最高支付限额为 15 万元。

(四) 低保对象、特困人员和返贫致贫户等参保人员,大病



保险起付标准降低 50%，支付比例提高 5 个百分点，并取消年度最高支付限额。

第二十二条 参保人员发生重大疾病住院，医保政策范围内住院费用，基金支付比例不低于 70%，取消大病保险年度最高支付限额。

第二十三条 住院、门诊慢性病和门诊特殊病符合分级诊疗并按规定办理转诊转院的患者，医疗费用支付待遇按相应级别医疗机构标准执行；在统筹区内，不符合分级诊疗或者未按规定办理转诊转院的，基本医疗保险基金支付比例降低 5%；在统筹区外，不符合分级诊疗或者未按规定办理转诊转院的，基本医疗保险基金支付比例降低 10%。

第六章 费用结算

第二十四条 城乡居民医疗保险实行持社会保障卡、医保电子凭证等就医结算医疗费用。

参保人员在实现联网结算的医保协议定点医疗机构发生的医疗费用，个人应承担的部分，由个人与医疗机构结算；应由基金支付的部分，由医保协议定点医疗机构向医疗保险经办机构申



报结算。

第二十五条 参保人员在医保协议定点医疗机构发生的医疗费用实行联网结算。未能联网结算的，可到参保地医疗保险经办机构手工报销，执行参保地政策。费用报销受理截止时间原则上为次年3月31日。

第二十六条 有下列情形之一的，参保人员就医发生的医疗费用，城乡居民医疗保险基金不予支付：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检；
- （六）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

第七章 保障措施

第二十七条 州人民政府对城乡居民医疗保险参保缴费、基金管理实行目标责任考核。



各县市人民政府应当建立城乡居民医疗保险工作责任制，组织实施本行政区域城乡居民医疗保险工作。

第二十八条 州医疗保障和财政部门按以收定支、收支平衡、保障适度、略有结余的原则，对城乡居民基本医疗保险、大病保险筹资标准和方式以及医疗保险待遇保障标准等适时调整。

第二十九条 城乡居民医疗保险实行网络信息化管理，相关责任部门应当健全完善网络和数据安全管理制度，严格落实网络安全主体责任，保障医保网络和信息系统数据安全。

第三十条 县市市人民政府应当保障城乡居民医疗保险经办和信息系統建设及运行维护经费。

第三十一条 城乡居民医疗保险定点医疗机构实行协议管理。

医疗保险经办机构应当建立健全激励约束、考核评价和动态准入退出机制，加强对医保协议定点医疗机构的管理，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。

医保协议定点医疗机构应当严格执行城乡居民医疗保险有关政策规定，坚持诚信经营，严格履行服务协议，自觉规范医疗服务行为，做到合理收治、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。



第三十二条 城乡居民大病保险可通过政府购买服务的方式由商业保险机构承办或者采取联合办公的方式运行。

第八章 法律责任

第三十三条 医疗保障行政部门、经办机构和工作人员违反本办法，滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，以及骗取、截留或者挪用城乡居民医疗保险基金的，依法予以处分；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第三十四条 医保协议定点医疗机构及其工作人员违反有关法律法规和本办法的，由医疗保障部门追索不应由医疗保险基金支付的费用，并依法予以处分；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第三十五条 参保人员违反有关法律法规和本办法骗取医疗保险待遇的，由医疗保障部门追索不应由医疗保险基金支付的费用，并依法予以处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第九章 附 则



第三十六条 因突发公共事件所造成的大范围急、危、重病人抢救产生的医疗费用，由州人民政府统筹研究解决。

第三十七条 本办法相关配套措施由州医疗保障部门另行制定，国家、省有具体政策措施的按具体规定执行。

第三十八条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行。《楚雄州人民政府关于印发楚雄彝族自治州城乡居民医疗保险实施办法的通知》（楚政规〔2019〕1 号）同时废止。