

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

各县市人民政府，州直有关部门，楚雄开发区管委会：

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。

2019年12月31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城镇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。



发改、教育、公安、民政、财政、人社、卫健、审计、税务、市场监管、扶贫、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、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（居）委会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 参保缴费

第五条 城乡居民基本医疗保险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。参保人员可以通过手机、银行、税务大厅等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；因特殊原因未在集中参



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）。6月30日以后除新生儿外不再受理当年度的参保缴费。

第八条 新生儿出生后90天内（含90天）办理参保缴费的，自出生之日起享受有关医疗保险待遇。其中：父母双方均已参加城乡居民基本医疗保险并符合计划生育政策规定的新生儿，出生当年个人不缴费。

出生后超过90天办理参保缴费的新生儿，自缴费次月起享受有关医疗保险待遇。

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、县人民政府对城乡居民基本医疗保险配套部分按县市类型和比例配套，一类县：楚雄市、禄丰县州级财政补助 40%，二类县：南华县、大姚县、武定县州级财政补助 45%，三类县：双柏县、牟定县、姚安县、永仁县、元谋县州级财政补助 50%，其余部分由各县市财政承担。

第十一条 参保人员按照个人缴费标准全额缴纳城乡居民基本医疗保险费后，符合资助条件的由有关部门按照规定给予资助。

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。



大病保险基金从基本医疗保险基金中按照一定额度划拨筹集，参保人员个人不单独缴费。大病保险年度筹资标准按照国家和省要求，结合楚雄州城乡居民医疗保险基金运行情况确定。参加城乡居民基本医疗保险的参保人员，同时享有城乡居民大病保险有关待遇。

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。

州级统筹的城乡居民医疗保险基金累计结余作为调剂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基金当年收不抵支时，在州、县市责任分担后，按以下顺序保障基金支付：

- （一）使用调剂金；
- （二）按照程序申请动用风险储备金；
- （三）经州人民政府批准的其他资金。

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云南省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。

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、慢性病门诊医疗待遇、特殊疾病门诊医疗待遇）、住院医疗待遇、生育分娩医疗待遇、大病保险医疗待遇。

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乡镇卫生院及其所属村卫生室、社区卫生服务中心、社区卫生服务站等基层医疗卫生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 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%。对未纳入门诊特慢病保障范围，但需要服用降血压、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，基金支付比例为 50%。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。

（二）符合享受楚雄州慢性病门诊待遇资格的参保人员，在病种支付范围和规定限额内的门诊医疗费用，基本医疗保险基金支付比例为 60%。

（三）符合享受楚雄州特殊疾病门诊待遇资格的参保人员，在病种支付范围内发生的门诊医疗费用，起付线以上、支付限额以内的，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）两个病种不设起付线，基本医疗保险基金支付比例为 90%。

第十九条 参保人员住院医疗待遇按下列规定执行：

（一）在统筹区域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线为 200 元，基本医疗保险基金支付比例为 85%；二级医疗机构起付线为 500 元，基本医疗保险基金支付比例为 80%；三级医疗机构起付线为 800 元，基本医疗保险基金支付比例为 65%。

（二）在统筹区域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线为



200 元，基本医疗保险基金支付比例为 85%；二级医疗机构起付线为 500 元，基本医疗保险基金支付比例为 60%；三级医疗机构起付线为 1000 元，基本医疗保险基金支付比例为 50%。

（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%。

（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的，个人先负担 50%后再按城乡居民医保待遇标准支付。特殊抢救病人因病情需要使用“血液制品”的，个人先负担 10%。

（五）一个自然年度内，个人发生的符合政策规定范围内的住院和特殊疾病门诊医疗费用，基本医疗保险基金累计最高支付限额为 4 万元。

（六）下级医疗机构转上级医疗机构的住院起付线就高补差计算；上级医疗机构转下级医疗机构的不再重复计算住院起付线费用。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；不符合分级诊疗或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%—20%。



第二十条 参保人员生育分娩医疗待遇按下列规定执行：

（一）符合计划生育政策在医保协议定点医疗机构住院分娩发生的医疗费用，实行定额包干和定额支付。在一级、二级定点医疗机构实行包干支付，顺产包干标准为一级和二级医疗机构1800元，剖宫产包干标准一级医疗机构2000元、二级医疗机构2600元；在三级医疗机构实行定额支付，定额标准为顺产2000元、剖宫产3000元。多胞胎生育的在上述标准基础上每胎增加500元。

（二）从怀孕开始到产褥期结束期间因生育引起的并发症住院费用，按普通住院医疗待遇规定支付。

（三）妊娠7个月（含7个月）以上生产的，不论胎儿是否存活，均享受生育分娩医疗待遇。

（四）生育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生育分娩医疗待遇。

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（包括特殊疾病门诊费用），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线以上的部分，大病保险基金分段按比例支付，即：起付线以上，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65%；4万元以上6万元以下（含6万元）的支付比例为70%，6万元以上的支付比例为75%。

（二）大病保险年度起付线，原则上不高于云南省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，在一个自然年度内特殊疾病门诊医疗费用和住院医疗费用基金实际支付额合并累计计算。列入楚雄州城乡居民医疗保险重大疾病的，大病保险基金支付不封顶。

第二十二条 参加城乡居民医疗保险的建档立卡贫困人口、农村特困供养人员、农村低保对象、贫困残疾人等参保人员的医疗待遇，按相关规定执行。

第六章 费用结算

第二十三条 城乡居民医疗保险实行持社会保障卡就医结算医疗费用。



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。

第二十四条 参保人员在医保协议定点医疗机构发生的未实现联网结算的医疗费用，先由个人垫付，再凭医保协议定点医疗机构出具的出院证明、医疗费用发票、费用清单、患者身份证明等资料原件，到参保地医疗保险经办机构报销，费用报销受理截止时间原则上为次年 3 月 31 日。

第二十五条 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）应当由工伤保险基金支付的；
- （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）法律法规规定的其他情形。

第七章 保障措施



第二十六条 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。

第二十七条 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。

第二十八条 城乡居民医疗保险实行网络信息化管理，建立健全数据州级集中，上联国家和省，下联县乡村，横联医药机构的医疗保险信息网络服务体系。

第二十九条 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统建设及运行维护经费。

第三十条 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。

第三十一条 州医疗保障部门设立大额医疗费用救助基金，对超过基本医疗保险封顶线未享受大病保险待遇的部分和未列入重大疾病的参保人员住院医疗费用超过大病保险封顶线的部分予以救助。

救助资金在城乡居民大病保险基金结余中列支。

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 参保人员提供虚假材料等骗取医疗保险待遇的，由医疗保障部门追索，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 2020 年 1 月 1 日起施行。2016 年 12 月 20 日发布的《楚雄州城乡居民基本医疗保险暂行办法》（楚雄州人民政府公告第 52 号）同时废止。