

# 保山市人民政府办公室文件

保政办发〔2019〕52号

---

## 保山市人民政府办公室关于印发保山市 城乡居民医疗保险暂行办法（修订）的通知

各县（市、区）人民政府，各园区管委会，市直各委、办、局：  
经市人民政府同意，现将《保山市城乡居民医疗保险暂行办法（修订）》印发给你们，请认真组织实施。



保山市人民政府办公室  
2019年12月31日

（此件公开发布）

# 保山市城乡居民医疗保险暂行办法（修订）

## 第一章 总 则

**第一条** 为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《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）、《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）、《保山市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》（保政发〔2016〕51号）和中央、省委、市委全面深化改革领导小组会议精神，结合我市实际，制定本暂行办法。

**第二条** 城乡居民基本医疗保险按照“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的方针，坚持基本医疗保险统筹水平与经济社会发展水平相适应的原则；坚持权利与义务相对等，个人缴费和政府补助相结合的原则；坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则。

**第三条** 城乡居民基本医疗保险实行市级统筹，统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理。医保业务分市本级（主要是异地就医结算）、隆阳区、施甸县、腾冲市、龙陵县、昌宁县6块运作。

**第四条** 市、县（市、区）医疗保障局为城乡居民基本医疗保险行政主管部门，市医疗保险服务中心、县（市、区）医疗保险

服务中心、乡镇（街道）社会保障服务中心为医保业务经办机构。

编办、发展改革、财政、卫生健康、教育体育、公安、民政、审计、残联、扶贫等部门按照各自工作职责，协同做好城乡居民基本医疗保险工作。

各乡镇（街道）、村委会（社区）按照工作职责具体负责城乡居民基本医疗保险相关工作。

## 第二章 参保管理

### 第五条 参保对象及覆盖范围

（一）本市行政区域内除城镇职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民，不受城乡户籍限制，包括农村居民、城镇非从业居民、在校就读学生、在园儿童、婴幼儿、新生儿、宗教教职人员、长期投资经商和外来务工人员的未成年子女，以及国家和省规定的其他人员。农民工和灵活就业人员依法参加职工基本医疗保险有困难的，可参加城乡居民基本医疗保险。

（二）具有港澳居民来往内地通行证和台湾居民来往内地通行证的港、澳、台人员。

（三）获得中国永久居留、在保山居住但未就业、持有《外国人永久居留证》的外国人（无外国人永久居留证或其他证件但与我市居民形成事实婚姻的外籍人员，由其所在行政村或社区出具证明纳入参保，并为其办理医疗保险证）。

### 第六条 参保登记

(一) 城乡居民可以按单位(村、组、学校、幼儿园)、家庭或个人其中的一种方式参保。城乡居民基本医疗保险参保登记由户籍或居住地所在乡镇(街道)、村(社区)、学校、幼儿园、属地县(市、区)医保经办机构负责。

(二) 城乡居民办理参保登记手续时,须提供本人身份证或户口簿,非本市户籍的还须提供居住证明;城乡特困供养对象(农村五保户、城市“三无”人员)、城乡低保对象、重点优抚对象、丧失劳动能力的重度一级、二级残疾人,须提供相关证明;港澳台居民、外国人及其他特殊人员须提供有效身份证件或相关证明材料。

(三) 新生儿应及时办理城乡居民基本医疗保险参保手续。新生儿自出生之日起至当年12月31日前办理了落户手续并到属地医保中心或乡镇(街道)社会保障服务中心办理参保登记缴费手续的,从出生之日起享受当年基本医疗保险和大病保险待遇;未办理参保登记缴费手续的,不享受出生当年医疗保险待遇。

(四) 集中办理参保登记期间,由村(社区)对参保人员进行登记后,报乡镇(街道)社会保障服务中心审核,审核无误后,由乡镇(街道)社会保障服务中心完成参保确认。

(五) 参保人员信息发生变更时,须持相关资料到乡镇(街道)社会保障服务中心办理变更手续。

**第七条** 城乡居民在享受城乡居民基本医疗保险待遇期间选择以灵活就业人员身份转入城镇职工基本医疗保险的,年满16

周岁至法定退休年龄期间的城乡居民基本医疗保险实际缴费年限，可按3年折算1年的标准作为职工医保视同缴费年限计入职工医保缴费年限，不能作为实际缴费年限。

### 第三章 基金筹集

**第八条** 城乡居民基本医疗保险的保险年度为自然年度，每年7月1日—12月20日为下一年度集中参保缴费期，次年1月1日—12月31日享受年度医疗保险待遇，集中参保缴费期过后不再受理除新生儿以外的参保缴费业务，也不得享受相应年度的医疗保险待遇。

**第九条** 城乡居民基本医疗保险实行个人缴纳和政府补助相结合的筹资方式筹集，个人年度缴费和财政补助标准根据国家和省的有关规定执行。城乡居民基本医疗保险政府补助，按照“共同筹资、分级负担”的原则由各级财政补助。市、县（市、区）财政应当将城乡居民基本医疗保险的补助资金纳入年度预算，并及时足额拨付到位。

**第十条** 全市执行统一的筹资标准。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；允许职工使用城镇职工基本医疗保险个人账户资金为其父母、配偶、子女等直系亲属缴纳个人应承担的基本医疗保险费。

**第十一条** 符合资助条件的特殊人群个人缴费部分补助按相关政策规定执行。

**第十二条** 参加城乡居民基本医疗保险的参保人员个人缴费部分,征缴方式按照税务机关征收程序办理,可以通过现金、合作银行代收、网上缴费、手机APP等多种方式缴纳基本医疗保险费。

**第十三条** 城乡居民基本医疗保险参保缴费由各县(市、区)、乡镇人民政府(街道办事处)负责组织实施。

#### **第四章 基金管理**

**第十四条** 城乡居民医疗保险建立基本医疗保险基金和大病保险基金,不建立个人账户。

(一) 基本医疗基金由以下各项构成:

1. 城乡居民个人缴纳的基本医疗保险费;
2. 政府补助资金;
3. 社会捐助资金;
4. 城乡居民基本医疗保险基金利息收入;
5. 其他收入。

(二) 城乡居民大病保险基金从基本医疗保险基金中按一定额度划拨建立,参保人员个人不单独缴费。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公司承办,并采取合署办公的方式运行,以提升经办服务水平和能力。

城乡居民大病保险政策由市医疗保障局和相关部门另行制定。

**第十五条** 城乡居民基本医疗保险基金实行市级统筹管理,分级核算。坚持政府主导、政策统一、基金共济、统一考核和分级负责的市级统筹管理模式,增强基金的统筹调剂和抗风险能力。

**第十六条** 各县（市、区）医保经办机构每年筹集的城乡居民医疗保险个人缴费和同级财政配套补助资金要按时足额缴入市社会保障基金财政专户；中央、省、市财政的补助资金由市财政局和市医疗保障局根据补助资金到位情况，按序时进度及时划入市社会保障基金财政专户。

**第十七条** 城乡居民基本医疗保险基金纳入市社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，单独建账、分账核算、专款专用，任何地区、部门、单位和个人均不得挤占、挪用基金，基金不得用于平衡财政预算，不得用于支付经办人员经费和工作经费。

**第十八条** 城乡居民基本医疗保险执行《社会保险基金财务管理制度》《社会保险基金会计核算制度》和社会保险基金预决算管理相关规定，按照《云南省城乡居民基本医疗保险基金财务管理暂行办法》规范基金财务管理，加强基金监督。

城乡居民基本医疗保险基金财务管理办法由市财政局、市医疗保障局另行制定。

**第十九条** 城乡居民基本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基本医疗保险基金收支和待遇享受情况，主动接受社会监督。

财政、审计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。

**第二十条** 建立城乡居民市级基本医疗保险风险金制度。风险金从每年筹集的城乡居民基本医疗保险基金中按 3%提取，当风

险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金纳入市社会保障基金财政专户管理。

城乡居民基本医疗保险风险金主要用于弥补特殊情况下出现的基金支付缺口。如需使用，由县（市、区）医疗保障局、财政局提出申请，经市医疗保险服务中心报市医疗保障局、市财政局审核同意后执行，风险金批准动用后差额应及时计提补足。

**第二十一条** 城乡居民医保基金实行“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则。基金当年收不抵支时，按以下顺序保障基金支付：

- （一）动用历年滚存结余。
- （二）按程序申请动用风险金。
- （三）市、县（市、区）人民政府批准的其他资金渠道。

**第二十二条** 各县（市、区）要严格按照基金收支预算控制基金支出，当年基金发生赤字时，按以下规定办理：当年基金超支 3%以内的（按当年实际收入计算，含 3%），由市级先用历年滚存结余全额调剂；基金超支 3%—5%（含 5%）的部分，由市级调剂补助 50%，县（市、区）承担 50%；基金超支 5%以上的全部由县（市、区）承担。市财政局会同市医疗保障局根据风险金运营情况适时调整风险金筹集和使用办法。

## **第五章 医保管理**

**第二十三条** 城乡居民医保定点医疗机构实行分级定点和分级管理，实行定点协议管理。各级医保经办机构负责受理本统筹



区医疗机构定点申请，负责定点医疗机构退出和监管的具体工作和日常监管。

**第二十四条** 定点医疗机构。按照《保山市人力资源和社会保障局关于印发保山市基本医疗保险定点医药机构协议管理实施办法的通知》（保人社发〔2016〕117号）规定执行，将乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心设置中医科和村卫生室、社区卫生服务站提供中医药服务作为纳入城乡居民基本医疗保险定点医疗机构的必备条件。

**第二十五条** 定点医疗机构要认真执行医疗保险相关政策规定和法律法规，认真履行医疗服务协议。对违反医疗保险相关政策、医疗服务协议相关规定的，给予处理，并对违反法律法规的给予相应处罚。

**第二十六条** 建立定点医药机构退出机制。经定点医疗机构提出申请，医保经办机构可以与其终止定点协议。经查实存在违反协议管理、欺诈骗取医疗保险基金或其他违法违规行为的定点医疗机构，暂停或取消其定点资格。

**第二十七条** 按照《保山市人民政府办公室关于建立完善分级诊疗制度的实施意见》（保政办发〔2016〕181号）要求，实行基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医模式。参保城乡居民按照就近的原则，到当地定点医疗机构就诊，在非定点医疗机构就诊发生的医疗费用（病情危急或其他特殊情况除外），医疗保险基金不予报销。

**第二十八条** 参保人员住院，凭社会保障卡（证）办理入院手续。参保人员就诊时，定点医疗机构应当认真核对居民身份证和社会保障卡，做到人、证、卡相一致。

**第二十九条** 定点医疗机构在使用自费药品、高值耗材、诊疗项目时，须事先书面通知并征得参保患者或家属的同意认可并签字。定点医疗机构应提供每日医疗费用明细清单，以便参保患者或家属了解费用开支情况。

**第三十条** 定点医疗机构应认真执行城乡居民基本医疗保险政策规定，坚持诚信经营，认真履行医疗服务协议，严格掌握出入院标准，合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，杜绝挂床、分解、冒名住院等现象，严格执行处方限量、出院带药等管理规定，自觉规范医疗服务行为。

## **第六章 医疗保险待遇**

**第三十一条** 城乡居民医疗保险执行全省统一的城乡居民医疗保险药品支付范围、诊疗项目、医用耗材和医疗服务设施范围。不予支付项目按原相关政策规定执行。

**第三十二条** 参保人员依照本办法享有住院、生育分娩、普通门诊、门诊特慢病和大病保险医疗待遇。

**第三十三条** 住院医疗待遇。参保人员发生的住院医疗费用，起付标准以下的费用由个人自付，起付标准以上、最高支付限额以下符合城乡居民基本医疗保险政策规定的医疗费用，由医疗保

险基金和个人按比例负担。

### （一）床位费标准

一级医疗机构最高 14 元/床·日；二级医疗机构最高 27 元/床·日；三级及省外医疗机构最高 30 元/床·日。参保人员的实际床位费低于规定支付标准的，按实际床位费结算报销，超过支付标准的部分由个人负担。

### （二）参保人员住院单项检查和医用材料首付比例

单项大型检查项目费用超过 500 元（含 500 元）的，先由患者自付 50%，再按照比例给予报销。单项耗材费用在 3000 元以下部分计入报销范围；超过 3000 元（含 3000 元）的，按照 3000 元标准报销，其余由患者自付。凡《云南省非营利性医疗服务价格（试行）》明确规定可以另计收费的一次性材料，按政策规定进行结算；不可以另计收费的一次性材料，医疗保险基金不予支付。

（三）参保人员在定点医疗机构发生的符合医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，起付标准和报销比例

一级医疗机构：起付标准 200 元，报销比例 90%；

二级医疗机构：起付标准 500 元，报销比例 75%；

三级医疗机构：起付标准 700 元，报销比例 60%；

省级及省外医疗机构：起付标准 1000 元，报销比例 50%。

二级及以上中医院住院起付标准在上述基础上降低 100 元，报销比例提高 10%（城乡居民尿毒症、重大疾病除外）。

一个自然年度内多次住院的，起付标准不累计，每次住院均

计起付标准。

#### （四）特殊人员的医疗待遇

对建档立卡贫困人员（农村五保户，低保对象，重点优抚对象，丧失劳动能力的一级、二级重度残疾人，严重精神障碍患者）在统筹区域内城乡居民基本医疗保险协议定点乡镇卫生院住院不设起付标准，在二级及以上医疗机构基本医疗保险报销可在现有政策基础上提高5%，在二级及以上中医院住院报销比例最多提高10个百分点（城乡居民尿毒症、重大疾病除外）。

#### （五）22种重大疾病住院

参保人员在二级、三级定点医疗机构治疗第一诊断符合重大疾病病种范围（尿毒症和严重精神障碍除外）的住院医疗费用，不设起付标准，符合医疗保险政策规定的住院医疗费用分别按二级医疗机构80%、三级医疗机构70%报销，纳入年度最高支付限额累计。

22种重大疾病是：1. 儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病；2. 先天性室间隔缺损、先天性动脉导管未闭、先天性肺动脉瓣狭窄、法洛氏四联症；3. 宫颈癌；4. 乳腺癌；5. 耐多药肺结核；6. 艾滋病机会性感染；7. 肺癌；8. 食道癌；9. 胃癌；10. 结肠癌；11. 直肠癌；12. 慢性粒细胞性白血病；13. 急性心肌梗塞；14. 脑梗死；15. 血友病；16. 1型糖尿病；17. 甲亢；18. 唇裂、腭裂；19. 儿童尿道下裂；20. 儿童苯丙酮尿症；21. 重性精神病；22. 尿毒症。

## （六）意外伤害住院

1. 意外伤害住院实行报备制度。符合政策规定报销的意外伤害住院，由定点医疗机构向属地医保经办机构备案。

2. 参保人员因无第三方赔付责任的外伤、食物中毒等意外伤害住院，符合基本医疗保险政策规定的医疗费用实行即时结算，报销比例在普通疾病住院基础上降低 10 个百分点。

3. 参保人员发生有第三方赔付责任（交通事故等）的，医疗费用由患者全额结账，到属地乡镇（街道）医保经办机构办理报销手续。报销按《保山市人力资源和社会保障局转发云南省人力资源和社会保障关于对丽江人社局请示交通事故、保外就医等医疗费用报销问题的批复》（保人社发〔2013〕59号）规定执行。不属医疗保险报销范围的意外伤害住院，由患者与定点医疗机构全额结算，医疗保险基金不予支付。

### 第三十四条 住院分娩医疗待遇

符合计划生育政策的住院分娩医疗费用，不分医院级别，由城乡居民医疗保险基金按规定支付，定点医疗机构不得变相将费用转嫁患者。顺产：1600 元；难产（含胎头吸引、产钳、臀位助产、臀位牵引术等阴道手术助产）2200 元；剖宫产：3000 元。多胞胎生育的在上述标准基础上每增加 1 胎增加 500 元。参保危急重症孕产妇抢救发生的政策范围内医疗费用，医疗保险基金给予即时结算。在非定点医疗机构住院分娩发生的医疗费用医疗保险基金不予支付。

**第三十五条** 城乡居民医保住院医疗待遇与分级医疗挂钩。下级医院转上级医院的住院起付标准应补差，上级医院转下级医院的不再收取住院起付标准费用。符合分级诊疗转诊转院的患者，医疗费用报销按以上标准执行。

**第三十六条** 门诊医疗待遇

（一）普通门诊医疗费。一个自然年度内门诊医疗费最高支付限额为300元。二级以下定点医疗机构门诊开具中药饮片处方报销比例提高10%。

（二）严重精神障碍患者门诊维持治疗。按每人每年2000元定额补助。

（三）门诊慢性病待遇。年度内起付标准200元，报销比例60%，最高支付限额1500元。

（四）门诊特殊疾病待遇。年度内起付标准1000元，报销比例70%。

**第三十七条** 在一个自然年度内，基本医疗保险基金最高支付限额为20万元。

城乡居民基本医疗保险普通门诊、门诊特慢病管理办法由市医疗保障局另行制定。

城乡居民基本医疗保险待遇根据基金运行情况由市医疗保障局、市财政局适时调整。

## 第七章 医疗费用结算

**第三十八条** 进一步完善城乡居民医疗保险付费方式，统一实施以总额预付、病种付费、人头付费、床日付费、服务单元付费等多种付费方式相结合的复合型支付方式，探索建立疾病诊断相关组付费（DRGs），规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。

**第三十九条** 城乡居民基本医疗保险实行持卡或持证就医在线即时结算。除涉及第三方责任的医疗费用外，医疗机构或参保患者一般不得要求线下自行结算。参保人员在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，由协议定点医疗机构向医保经办机构申报结算。

**第四十条** 参保人员在市外未实现联网结算的当地定点医疗机构发生的医疗费用，先由本人垫付，再凭医疗费用发票、费用清单、出院证、社会保障卡及患者身份证明等资料原件，到属地医保经办机构报销。

城乡居民基本医疗保险就医结算管理办法由市医疗保障局另行制定。

## **第八章 信息系统建设**

**第四十一条** 城乡居民基本医疗保险实行网络信息化系统管理，信息系统要具有可扩展性，逐步实现区域卫生信息平台的连接。

**第四十二条** 按照“数据向上集中，服务向下延伸”的原则，

建立以市级医保经办机构为中心，县（市、区）医保经办机构网络互通，信息共享，连接乡镇（街道）及其所属村（社区）的服务平台、医疗服务机构和金融机构的网络服务体系。推行“互联网+医保”益民服务，推进医保智能审核和网络实时监控等功能，促进定点医疗机构合理诊疗、合理用药，逐步实现参保网上缴费、就医结算、待遇联网支付等。

**第四十三条** 医疗保险信息系统接入省医疗保障局城镇基本医疗保险异地结算平台，实现城乡居民在开通异地就医联网结算的定点医疗机构持卡就医即时结算。

## 第九章 工作保障

**第四十四条** 城乡居民基本医疗保险实行市级统筹管理，分级承担责任。各县（市、区）人民政府应加强对城乡居民基本医疗保险工作的领导，做好组织协调工作。市人民政府与县（市、区）人民政府建立城乡居民基本医疗保险工作责任制，将城乡居民基本医疗保险工作纳入县（市、区）人民政府年度目标责任考核范围；县（市、区）人民政府将城乡居民基本医疗保险工作纳入乡镇（街道）人民政府年度目标责任考核范围。

市、县（市、区）各级医保经办机构相应建立目标管理考核责任制，形成责权明确，上下联动的市级统筹管理体制。

**第四十五条** 建立经费保障机制，县（市、区）人民政府将城乡居民医保业务工作经费纳入财政预算，按上年参保人数每人



每年 0.5 元—1 元核拨业务经费。市级财政负责城乡居民信息系统建设、维护及市级统筹业务经办工作经费的保障。

## 第十章 监督处罚

**第四十六条** 医保、财政、卫生健康、公安等部门应加强对遵守医疗保险法律、法规等情况的监督。

**第四十七条** 乡镇（街道）人民政府应加强对乡镇（街道）卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室、社区卫生服务站的管理；乡镇（街道）卫生院（社区卫生服务中心）应对村卫生室、社区卫生服务站的医疗服务进行监管；村卫生室、社区卫生服务站出现违纪违规行为，乡镇（街道）卫生院（社区卫生服务中心）应承担相应监管责任。

**第四十八条** 城乡居民医疗保险定点医疗机构、参保人员、经办机构等单位或个人违反社会保险基金管理规定，骗取、截留或者挪用城乡居民基本医疗保险基金的，依照《中华人民共和国社会保险法》《社会保险征缴暂行条例》《劳动保障监察条例》《云南省医疗保险反欺诈管理办法》及有关法律法规规定追究责任人相应责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第四十九条** 定点医疗机构违反医疗保险服务协议的，由医保经办机构追索不应由医疗保险基金支付的费用，并根据服务协议进行处理；构成犯罪的，依法追究有关人员的刑事责任。

**第五十条** 参保人员通过提供虚假材料等骗取医疗保险待遇

的，由医疗保障部门负责追索，并按相关规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第五十一条** 医疗保障部门及其所属经办机构工作人员和乡镇、社区经办人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的，依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 第十一章 附则

**第五十二条** 对暴发性、流行性传染病和自然灾害等因素所造成的大范围急、危、重病人救治医疗费，由各级人民政府综合协调解决。

**第五十三条** 本办法由市医疗保障局负责解释。

**第五十四条** 本办法自2020年1月1日起施行，原《保山市人民政府办公室关于印发保山市城乡居民医疗保险暂行办法的通知》（保政办发〔2017〕22号）同时废止。

---

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，  
市法院，市检察院，保山军分区，各人民团体，省属驻保单位。

---

保山市人民政府办公室

2019年12月31日印发

---