

随州市人民政府文件

随政发〔2019〕10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：

现将《随州市城乡居民基本医疗保险实施细则》印发给你们，请结合实际，认真贯彻实施。



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 为进一步做好我市城乡居民医疗保障工作，根据《中华人民共和国社会保险法》《国家医保局 财政部关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30号）、《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”，确保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、医疗救助等相关制度和政策相衔接，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；坚持以保基本医疗需求为主，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城乡居民基本医疗保险，不得重复享受职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险待遇。

第五条 按国家、省相关文件规定，城乡居民医保逐步实现市级统筹。

第二章 组织机构

第六条 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。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。各镇、办事处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）负责办理城乡居民个人参保登记手续。

第七条 各级医疗保障部门是本行政区域内城乡居民医保工作的主管部门。市医疗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。县（市、区）医疗保障部门负责区域内城乡居民医保经办服务等工作，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。

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障领域的违法犯罪行为。

民政部门负责认定困难对象，并将信息及时提供给医疗保障部门。

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。

卫健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的征收工作，确保基金征收到位。

扶贫部门负责认定精准扶贫建档立卡贫困人口的身份，向同级医疗保障部门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。

市场监管部门负责做好药品质量的监督工作。

第八条 县（市、区）政府根据城乡居民参保人数、工作量的一定比例，配备医保服务工作人员，人员工资和工作经费全额纳入同级财政预算。建立全市统一的城乡居民医保信息网络系统，健全镇（办事处）、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

第九条 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。

第十条 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日至12月31日为下年度登记、缴费时间。外出务工或返乡居民续保缴费时间可延长至次年2月底。

新生儿父母任意一方参加省内医保并按规定缴费的，新生儿可在其父母任意一方参保地或新生儿户口所在地办理参保登记手续，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。新生儿父母不在省内参保的，新生儿在户口所在地以本人身份交足当年个人缴费部分的，自出生之日起享受城乡居民医保待遇。

大学毕业生、刑满释放人员或其他特殊情况可中途参保，交足当年个人缴费部分的，自缴费3个月后即可享受城乡居民医保待遇。

已参保缴费的城乡居民待遇享受期前，如发生参加职工医保、参军、出国定居、死亡、操作误缴及重复缴费情形，缴费人可直接向税务部门申请办理退费，由医保服务机构复核。除上述以外情况，不得要求退返已缴纳的保费。

第十一条 医保服务机构负责审核参保人的资格，及时办理参保手续，并为其建立参保缴费档案，负责辖区内各镇（办事处）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县（市、区）税务部门传递登记、核定以及增减变化信息。

第十二条 参保居民就业后应随单位参加职工基本医疗保险。

第十三条 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。

第十四条 城乡居民医保筹资标准按国家和省医疗保障部门、财政部门规定的缴费标准执行。

第十五条 各镇（办事处）、行政村（社区），负责城乡居民医保参保缴费具体组织实施工作。

第十六条 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。

其他建档立卡精准扶贫人口、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，由同级财政部门负责落实。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。

第十七条 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

第十八条 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。

第十九条 医疗保障部门会同财政部门按照“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同级人民政府。

第二十条 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，分别用于支付住院医疗费

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。

第五章 医疗保险待遇

第二十一条 参保居民医保待遇主要包括门诊待遇、住院待遇、生育待遇、大病保险待遇。

第二十二条 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。

第二十三条 门诊医疗待遇。参保居民门诊分为门诊统筹、特殊慢性病门诊及重大疾病门诊。

门诊统筹实行镇(办事处)总额控制管理;特殊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。参保居民可在参保地镇(办事处)卫生院(社区卫生服务中心)及所属的卫生室(社区卫生服务站)就医。在校学生可选择在该校条件具备的附属医院或卫生所(室)就医。医疗保障部门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（甲类药品、国家基本药品和基本诊疗项目）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 15 元，卫生院（卫生服务中心、附属医院）每人每天 20 元，未达到日限额的按实际费用结算，超过部分由患者个人负担。城乡居民门诊统筹基金年度累计支付 200 元封顶，超封顶线后的医疗费用全部由患者个人负担。

参保居民因急、危、重症在门诊抢救后住院治疗的，其门诊抢救费用纳入住院费一并报销。门诊抢救后死亡的，其门诊抢救费用按住院相关待遇进行报销。

（二）特殊慢性病门诊

1. 特殊慢性病病种。包括高血压病（伴心、脑、肾等重要器官损害）、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（含肺心病）、恶性肿瘤、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. 特殊慢性病申请程序。参保居民符合特殊慢性病病种的患者申报需提交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（办事处）医保服务中心，由各镇（办事处）医保服务中心每季度末集中上报至上级医疗保障部门，每年

由医疗保障部门组织专家评审。特殊慢性病患者的门诊费用报销自鉴定批准后次月生效。

3. 医疗待遇。参保居民特殊慢性病患者符合规定的门诊医疗费用每年起付线 200 元，起付线以上部分，每月 200 元以内报销 60%，年报销 1200 元封顶。

参保居民患有两种以上慢性病的，每月增加 30 元，年报销 1400 元封顶。

（三）重大疾病门诊

1. 重大疾病病种。包括慢性肾功能衰竭透析治疗（含促红素和低分子肝素）、器官和组织移植后抗排异药物治疗（含肝肾功能和药物血浓度检查费）、恶性肿瘤（包括白血病）放化疗（不含辅助治疗药物）、血友病及地中海贫血治疗（含使用凝血因子或输血费用等）、重型精神病药物治疗、耐药性肺结核药物治疗。

2. 重大疾病门诊实行备案管理。参保居民持二级及以上医院出院记录、诊断证明到参保地医疗保障部门申报审核备案。

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门诊医疗费用报销 70%（其中肾功能不全患者符合规定的透析报销 80%），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。

第二十四条 住院待遇

（一）起付线。参保居民住院实行起付线制度。

1. 镇（办事处）卫生院（社区卫生服务中心）起付线为 200

元；

2. 二级及以下定点医院（含妇幼保健院）起付线为 500 元；
3. 三级定点医院起付线为 900 元；
4. 转省内定点医院起付线为 1500 元；
5. 转省内部级定点医院和其他医院起付线为 2000 元。

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

（二）报销比例。参保居民住院医疗费用在政策规定范围内按比例报销。

甲类费用报销比例。在镇（办事处）卫生院（社区卫生服务中心）住院费用按 90% 的比例报销；在二级及以下定点医院（含妇幼保健院）住院费用按 80% 的比例报销；在三级定点医院住院费用按 70% 的比例报销；按规定程序转省内定点医院住院费用按 55% 的比例报销；按规定程序转其他医院住院费用按 45% 的比例报销。

乙类费用在上述报销比例的基础上下降 10%，其中进口材料费用、血液及血液制品费用在上述报销比例的基础上下降 20%。

市域内县域外按分级诊疗制度未办理转诊手续的住院政策内费用先行自付 10%，未按规定程序办理转诊手续的市外住院政策内费用先行自付 30%，再按上述比例报销。先行自付费用不计入大病保险基数。

参保居民外出务工、创业、随迁父母（子女）已办理异地就医手续的和异地急诊按规定申报备案的，按照转省内定点医疗机构报销政策执行。除上述以外的其他情况在异地就医及未办理转诊手续的，按非正常转诊报销政策执行。

参保城乡居民住院时发生的中医适宜技术、中药饮片费用按规定纳入基金支付范围，报销比例在原报销比例的基础上提高 7 个百分点，最高不超过 90%。

（三）封顶线。城乡居民医保实行封顶线制度，其住院和重大疾病门诊每年统筹基金最高支付限额 12 万元。

（四）意外伤害可探索医保服务第三方参与监管。

（五）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住院不设起付线。

第二十五条 生育待遇。符合生育政策的参保居民产前检查费用纳入门诊统筹基金支付范围；符合生育政策的参保居民住院分娩实行定额补助。

第二十六条 大病保险待遇。大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度性安排。

住院费用经基本医疗保险报销后，政策范围内个人自付费用达到大病保险起付标准以上部分，进入大病保险报销。一个保险年度内，符合大病保险保障范围的个人负担金额累计计算，分段

报销、按次结算。

（一）起付标准。大病保险起付标准为 1.2 万元。

（二）报销比例。累计金额在 1.2 万元以上 3 万元（含）以下部分报销 60%；3 万元以上 10 万元（含）以下部分报销 65%；10 万元以上部分报销 75%。

（三）最高支付限额。年度最高支付限额为 30 万元。

第六章 医疗服务（就医）管理与费用结算

第二十七条 规范医疗机构服务行为。加强医保定点医疗机构医疗服务行为管理，健全监督管理机制。医疗保障部门对定点医疗服务机构实行协议管理，不定期对定点医疗机构开展监督检查工作。建立定点医疗机构、医务人员“黑名单”制度，对违反医保服务协议的，通过约谈、警示、通报批评、责令限期整改以及暂停或解除协议等方式进行处理。公立医疗机构要充分发挥党组织的领导作用，严格落实“一岗双责”，要加强对党员干部和医务人员遵守党纪国法情况的监督检查，严肃查处医保领域不正之风和腐败问题。

第二十八条 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。

第二十九条 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，严格开展分级诊疗。

第三十条 定点医疗机构应严格执行医疗保障部门、卫健部门制定的医疗服务项目标准和药品价格政策。

第三十一条 医疗保障部门要积极探索支付制度改革，采取在“总额预算、过程监督、合理超额分担、结余留用”的前提下，实行单病种结算、按床日付费、按人头付费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。

第三十二条 医疗保障部门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。

第三十三条 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；因病住院应主动出示本人的“社会保障卡”；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”即时结算支付应由个人负担的部分，医保基金支付的部分由医疗机构与医疗保障部门结算。

第七章 法律责任

第三十四条 任何组织或个人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金的，由医疗保障行政部门依据《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。

第三十五条 医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由医疗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。

第三十六条 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，由医疗保障部门、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。

第三十七条 医疗保障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。

第三十八条 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

第三十九条 本细则自发布之日起执行，有效期 3 年。原《随州市城乡居民基本医疗保险实施细则》（随政发〔2017〕27 号）同时废止。

第四十条 本细则由市医疗保障局负责解释。

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，市监察委，市法院，
市检察院。

随州市人民政府办公室

2019 年 9 月 23 日印发