

# 绵阳市人民政府办公室文件

绵府办发〔2021〕9号

---

## 绵阳市人民政府办公室 关于印发绵阳市城镇职工基本医疗保险办法 和绵阳市城乡居民基本医疗保险办法的通知

科技城管委会，各县（市、区）人民政府，各园区管委会，科学城办事处，市级各部门，有关单位：

《绵阳市城镇职工基本医疗保险办法》《绵阳市城乡居民基本医疗保险办法》已经市七届政府第117次常务会议审议通过，现印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。

绵阳市人民政府办公室

2021年5月10日

# 绵阳市城镇职工基本医疗保险办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为保障城镇职工基本医疗需求,规范城镇职工基本医疗保险管理。根据《中华人民共和国社会保险法》、《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号)、《国家医保局 财政部 国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》(医保发〔2020〕33号)、《四川省医疗保障局等五部门关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的指导意见》(川医保规〔2019〕4号)等文件精神,结合绵阳实际,制定本办法。

**第二条** 我市城镇职工基本医疗保险遵循以下原则:

(一)全市统一覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、协议管理、基金管理;

(二)坚持应保尽保、保障基本,基本医疗保障依法覆盖全民,尽力而为、量力而行,实事求是确定保障范围和标准;

(三)坚持稳健持续、防范风险,科学确定筹资水平,均衡各方缴费责任,加强统筹共济,确保基金可持续。

**第三条** 市医疗保障部门负责全市城镇职工基本医疗保险行政管理工作。县市区医疗保障部门负责本行政区域内城镇职工基本医疗保险行政管理工作。

各级医保经办机构依照各自职责办理城镇职工基本医疗保险业务。

各级税务部门负责本辖区城镇职工基本医疗保险费的征收工作。

**第四条** 本市行政区域内的下列单位和人员，应参加城镇职工基本医疗保险：

（一）企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工；

（二）法律、法规规定或经省、市政府批准的其他单位和人员。

无雇工的个体工商户、非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，可参加城镇职工基本医疗保险（以下简称“个体参保人员”）。

## 第二章 基金征缴

**第五条** 单位在职职工基本医疗保险费由单位和职工共同缴纳。缴费基数以上年度单位职工本人年均工资据实申报，单位缴费率为6%，职工缴费率为2%，由所在单位代扣代缴。个体参保人员以上上年全市城镇非私营单位在岗职工年平均工资（简称“上上年市平工资”）为缴费基数，缴费率为8%。

城镇职工基本医疗保险与生育保险合并征缴。生育保险仅由

用人单位缴费，个体人员不参加生育保险；生育保险缴费基数与职工基本医疗保险保持一致；生育保险费率按照机关事业单位0.4%，企业0.5%执行。

在职职工个人年工资总额低于上上年市平工资的，以上上年市平工资作为缴费基数。

**第六条** 依法办理了养老保险退休手续、且城镇职工基本医疗保险累计缴费年限达到最低缴费年限20年、同时办理了医疗保险退休手续的参保人员，不再缴纳基本医疗保险费，执行医疗保险退休待遇。

办理医疗保险退休手续时缴费不足最低缴费年限的参保人员，以办理医疗保险退休手续当年度缴费基数的6%为标准，由单位或个人按办理医保退休手续时最低缴费年限一次性趸缴补足，不再缴纳基本医疗保险费，执行医疗保险退休待遇；不愿一次性趸缴的，以个体参保方式继续缴纳基本医疗保险费直至累计缴费年限满最低缴费年限，办理医保退休手续，执行医疗保险退休待遇；或经本人申请，经办机构审核后，选择终止其城镇职工基本医疗保险关系。

**第七条** 参保单位和职工按月缴纳基本医疗保险。个体参保人员可按年度于6月30日前一次性缴纳全年度基本医疗保险费，也可按月缴费。

**第八条** 参保人员当年度重复缴纳城镇职工基本医疗保险费的，退还其多缴统筹基金部分费用。

### 第三章 关系转移、中断和欠费处理

**第九条** 参保人已连续 12 个月（含 12 个月）以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化在城镇职工基本医疗保险和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费时间不超过 3 个月的，缴费后即可正常享受待遇，确保参保人待遇无缝衔接。中断缴费时间超过 3 个月的，设置 6 个月的待遇享受等待期，待遇享受等待期满后暂停原参保关系。市内未办理医疗保险退休手续的参保人员医疗保险关系转移时，只转移参保关系和个人账户，缴费年限互认。

从市外转入本市的参保人员，只转移参保关系和个人账户，其原参保地区的缴费年限可以接续；在本市必须实际足额缴费满 10 年。

军人退出现役后到当地参加职工基本医疗保险的，应将军人退役医疗保险关系和相应资金转入当地医保经办机构，军人服现役年限视同职工基本医疗保险缴费年限，与入伍前和退役后参加职工基本医疗保险的缴费年限合并计算。

原城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险实际缴费年限，不得以转移年限、折算年限或视同缴费年限等方式计入城镇职工基本医疗保险缴费年限之中。

**第十条** 已办理医疗保险退休手续的人员医疗保险关系不再转移。

**第十一条** 城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险之间的保险关系转移按国家、省、市相关政策执行。

**第十二条** 参保单位或个体参保人员欠费满 12 个月为参保中断，基金不支付中断期间的医疗保险待遇。

**第十三条** 参保单位已申报参保，未足额缴纳基本医疗保险费，按下列规定处理：

（一）欠费 4 至 12 个月，基金暂停支付医疗保险待遇，缴清欠费、利息和滞纳金的，统筹基金连续支付医疗保险待遇。

（二）欠费 12 个月以上，为参保中断；缴清欠费、利息和滞纳金的，只计缴费年限和个人账户，统筹基金不支付欠费期间的医疗保险待遇。

**第十四条** 个体参保人员在当年度未足额缴纳基本医疗保险费的，基金暂停支付医疗保险待遇。不得跨年度补缴医疗保险费。

**第十五条** 军队退役到地方工作的人员，按规定办理安置手续并接续医疗保险关系的，自办理安置手续起连续支付医疗保险待遇。

**第十六条** 初次参加城镇职工基本医疗保险或参保中断后接续参保的，自在我市办理参（续）保和缴费手续之日起，满 6 个月后发生的住院医疗费用，统筹基金按规定予以支付，个人账户从缴费当月起计入。

**第十七条** 因用人单位未在规定期限内办理参保缴费或缴

清欠费、利息和滞纳金，统筹基金不支付医疗保险待遇的费用，由负有缴费义务的用人单位承担。

## 第四章 个人账户

**第十八条** 单位在职职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部划入职工个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费，按45周岁以下缴费基数1%、45周岁及以上缴费基数2%的标准划入职工个人账户。

未办理医疗保险退休手续的个体参保人员按45周岁以下缴费基数3%、45周岁及以上缴费基数4%的标准划入个人账户。

已办理医疗保险退休手续的人员不再缴纳基本医疗保险费，由统筹基金按本人上年度基本养老金4%（80周岁及以上4.5%）的标准划入个人账户。

**第十九条** 个人账户属于参保人员个人所有，可结转和继承，可扩大用于支付职工本人及其配偶、夫妻双方父母、子女的下列费用，原则上不得提取现金。支付范围为：

（一）在统筹地区内定点医疗机构就医发生的普通门诊（含挂号）、门诊特殊疾病（含定点药店）、住院、健康体检、非计划免疫接种、远程诊疗和家庭医生签约服务等需个人负担的医疗服务费用。

（二）在定点零售药店购买与疾病治疗和医疗康复相关的药

品、医疗器械、医用耗材、辅助器具等费用。

(三)在统筹地区内支付职工基本医疗保险、补充医疗保险、重特大疾病保险、长期照护保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险个人需要缴纳的费用。

**第二十条** 符合下列情况的,个人账户资金可一次性支付给本人或法定继承人:

(一)跨省异地就医长期备案人员、医保关系跨省且跨制度转移人员;

(二)参保人员自愿终止医保关系的;

(三)参保人员死亡的。

**第二十一条** 个人账户利息按政策计入个人账户。

## 第五章 统筹基金支付

**第二十二条** 统筹基金为参保人员支付下列起付标准以上、最高支付限额以下、符合本办法规定支付范围的合规医疗费用:

(一)住院医疗费用;

(二)门诊慢性病或特殊重症疾病门诊医疗费用;

(三)门诊抢救无效死亡发生的抢救医疗费用;

(四)按规定由统筹基金支付的其它费用。

**第二十三条** 参保人员因病住院,达到起付标准以上的费用由统筹基金按规定支付。起付标准按医院级别确定,一级医院

500 元，二级医院 600 元，三级医院 700 元，社区卫生服务中心、乡镇卫生院 100 元，无等级医院参照一级医院执行。市外转诊起付标准 1000 元。下列情况减免起付标准：

（一）参保人员因艾滋病在定点医疗机构住院，不计起付标准。

（二）100 周岁以上的参保人员在定点医疗机构住院不计起付标准。

（三）已办理医疗保险退休手续的人员在一、二、三级定点医院住院，起付标准分别降低 100 元。

（四）参保人员因门诊特殊重症疾病在定点医疗机构多次住院，经审批后一年计算一次起付标准，按年度所住定点医疗机构最高级别确定。

（五）参保人员在一个治疗过程中因病情需要可以双向转诊。由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构，只补计起付标准差额；由高级别定点医疗机构转往同级别或低级别定点医疗机构，不再另计起付标准。

**第二十四条** 统筹基金对参保人员的年度累计最高支付限额，为我市上年度全部城镇单位就业人员平均工资的 6 倍。

**第二十五条** 参保人员在定点医疗机构发生的符合本办法规定的一次性住院医疗费用，其费用在起付标准以上的部分，扣除按本办法第二十七条自付的费用后，由统筹基金根据医院级别按比例支付：三级医院 88%（已办理医疗保险退休手续的人员

按 92%支付), 二级医院 92%, 一级医院, 社区卫生服务中心、乡镇卫生院 95%, 无等级医院参照一级医院执行。

**第二十六条** 参保人员在全市中医医院(包括中医专科医院)就诊, 享受下一级医疗机构医保报销的政策。

**第二十七条** 下列费用由参保人员自付后, 剩余部分再按第二十五条标准纳入统筹基金支付:

(一)使用《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中乙类药品 15% 的费用;

(二)使用特殊医用材料一定比例的费用(进口材料 25%、国产材料 15%);

(三)特殊检查、特殊治疗 15% 的费用;

(四)市外转诊、转院发生的符合本办法规定支付范围总费用的 10%。

**第二十八条** 参保人员门诊就医或购药, 属于本办法规定支付范围的门诊医疗费或药费, 在定点医药机构直接结算, 定点医药机构按月与医保经办机构结算;

参保人员住院医疗费用中, 统筹基金支付费用由定点医疗机构与医保经办机构结算, 个人自付费用由定点医疗机构与个人结算。

**第二十九条** 参保人员患门诊慢性病, 个人账户不够支付的, 相关的门诊医疗费由统筹基金按一定限额和比例支付。

参保人员患门诊特殊重症疾病, 相关门诊医疗费用由统筹基

金按照本办法规定的住院医疗费用政策支付。

同一病种的门诊慢性病和门诊特殊重症疾病统筹待遇不能重复叠加执行。

## 第六章 支付机制

**第三十条** 统筹基金支付范围按照《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》《绵阳市医疗服务价格》以及绵阳市特殊医用材料、特殊检查和治疗、医院制剂等相关目录执行。

**第三十一条** 城镇职工基本医疗保险基金支付实行总额预算管理，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推广按疾病诊断相关分组付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费等多种支付方式。

**第三十二条** 参保人员发生的下列医疗费用不纳入基金支付范围：

- （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）除急救、抢救外在非定点医疗机构发生的医疗费用；

(六) 因各种违法和犯罪行为所致伤病的医疗费用；

(七) 因自伤、酗酒、戒毒、性传播疾病(不含艾滋病)等进行治疗的医疗费用；

(八) 因美容、矫形、生理缺陷及不孕不育等进行治疗的医疗费用；

(九) 按有关规定不予支付的其他情形。

## 第七章 基金管理体制

**第三十三条** 城镇职工基本医疗保险基金纳入社会保险基金财政专户管理，任何单位和个人不得挪用。医保经办机构业务经费由同级财政预算安排。

医疗保障部门、财政部门对基金进行监督管理；审计部门对医疗保险基金收支和管理情况进行审计。

**第三十四条** 城镇职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户两部分组成，分别核算、互不挤占。

个人账户由职工个人缴纳费用和单位缴纳费用按比例划转部分组成，单位其余缴纳费用划入统筹基金。

城镇职工基本医疗保险基金按政策计息，利息部分纳入基金管理。

**第三十五条** 城镇职工基本医疗保险基金市级统筹实行“以收定支、预算管理、总额控制、分级负责”的原则：

- (一) 各地基金的当期收入全额上解；
- (二) 各地基金的当期支出实行总额预算管理；
- (三) 通过基金预算管理实现基金当期收支平衡。当基金出现亏损时，由市医保局会同市财政局提出弥补亏损方案，按程序报请市人民政府同意后，由各级财政分级进行弥补。
- (四) 基本医疗保险基金总额预算管理实施方案由市医保局会同有关部门每年发布。

## **第八章 监管服务与法律责任**

**第三十六条** 定点医药机构管理办法由市医保局负责制定，由医保经办机构负责实施。

**第三十七条** 医疗保障部门对医保经办机构、参保单位和个人、定点医药机构遵守本办法的情况进行监督检查，对存在的问题进行依法查处。

卫生健康、市场监管等部门按照各自职责，依法协同做好涉及基本医疗保险有关的监管工作。

**第三十八条** 城镇职工基本医疗保险基金接受社会监督，经办机构、参保单位、个人或医药机构有骗取或协助骗取医保基金行为的，具体举报、处罚和奖励规定按照有关文件规定执行。

**第三十九条** 医保经办机构与医药机构按年度签订医疗保险服务协议，确定双方的权利和义务。服务协议的内容包括：服

务对象、服务范围、服务规范、费用控制指标、结算办法、支付标准及违约责任等。

医保经办机构按照医疗保险服务协议管理医药机构，检查和审核参保人员在医药机构发生的医疗费用。

**第四十条** 定点医药机构应配备医保管理人员，与医保经办机构共同做好医疗保险服务工作。对参保人员的医疗保险费用实行单独建账，并按要求真实、及时、准确地向医疗保险经办机构提供参保人员医疗保险费用等有关信息。

## 第九章 附 则

**第四十一条** 在实行城镇职工基本医疗保险的基础上，建立补充医疗保险制度，具体办法另行制定。

**第四十二条** 本办法实施期间，国家、省对城镇职工基本医疗保险政策做出调整的，按国家、省调整后的政策执行。

**第四十三条** 本办法由市医保局制定具体实施细则。

**第四十四条** 本办法自 2021 年 6 月 15 日起施行，有效期 5 年。我市及各地、各有关部门此前发布的文件规定与本办法不一致的，按本办法执行。

# 绵阳市城乡居民基本医疗保险办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为统筹推进城乡医疗保障体系建设,完善城乡统一的居民基本医疗保险制度,根据《中华人民共和国社会保险法》、《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号)、《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)、《国家医保局 财政部 国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》(医保发〔2020〕33号)等文件精神,结合绵阳市实际,制定本办法。

**第二条** 我市区域内的下列人员,可参加我市城乡居民基本医疗保险:

(一) 具有绵阳市户籍的城乡居民;

(二) 市外户籍的在绵高校、中小学校、中等职业学校(技校)、特殊教育学校和托幼机构在册学生、在园幼儿,长期居住在绵阳市并持有《居住证》的市外户籍居民;

(三) 法律、法规规定或经省、市政府批准的其他人员。

依法参加城镇职工基本医疗保险的人员,不能重复参加城乡居民基本医疗保险。

**第三条** 我市城乡居民基本医疗保险遵循以下原则:

(一) 覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、协议管

理、基金管理全面统一；

（二）坚持应保尽保、保障基本，基本医疗保障依法覆盖全民，尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准；

（三）坚持稳健持续、防范风险，科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，加强统筹共济，确保基金可持续。

**第四条** 将城乡居民基本医疗保险参保、征缴纳入市政府目标考核，按年度进行考核和督查。县市区政府（园区管委会）、乡镇政府（街道办事处）负责做好辖区内城乡居民基本医疗保险参保护面、基金征收等工作。

市、县两级医疗保障部门负责本区域内城乡居民基本医疗保险管理和基金监管工作，加强对城乡居民基本医疗保险经办工作的指导与督促检查，完善内控制度，并会同财政部门建立城乡居民基本医疗保险基金预警机制和公共财政对医保基金的补偿机制；各级医保经办机构按照属地原则，负责所属辖区的参保登记、权益记录、关系转移、稽核等工作，负责所属辖区内城乡居民基本医疗保险基金的核算和管理、待遇审核支付和医疗服务监管等工作。

税务部门负责城乡居民基本医疗保险费的征收管理（政府代缴补助资金除外）。

财政部门负责政府补助资金的筹集和基金监督管理。

卫生健康部门负责医疗机构医疗服务行为监督管理，规范医疗机构财务管理以及严重精神障碍患者身份认定。

市场监管部门负责药品、医疗器械和零售药店监督管理。

民政、扶贫、残联、工会等部门分别对本办法第八条所列特殊人群进行确认、组织参保、代缴保费和实行动态管理。

审计、公安、教体、自然资源、退役军人事务等相关部门按照各自职能职责协同做好城乡居民基本医疗保险相关工作。

## 第二章 参保缴费及基金筹集

**第五条** 城乡居民基本医疗保险基金实行个人缴费与政府补助相结合。主要来源：

- （一）参保居民个人缴费；
- （二）各级财政补助资金；
- （三）基金利息收入；
- （四）其他收入。

**第六条** 缴费标准根据国家规定和绵阳市城乡居民人均可支配收入水平等因素确定，由市医保局会同市财政局分年度适时公布。

**第七条** 城乡居民基本医疗保险政府补助资金由中央、省、市、县财政补助构成，补助标准按上级规定执行。除中央、省政府补助外，应由市和县财政补助的部分，扩权试点县（市）由县级财政全额承担，绵阳城区范围由市、区财政共同承担。各级财政部门应将补助资金纳入财政预算，及时拨付到位。

**第八条** 下列人员的个人缴费部分由市、县两级政府按不同标准代缴或补助，代缴（补助）资金按标准拨付到同级城乡居民基本医疗保险基金收入户，剩余应由个人缴纳的由个人按相关程序缴纳。

（一）省定建档立卡贫困人员、特困供养对象、重点优抚对象、重度残疾人员等按照政策规定代缴；

（二）低保对象每年度补助不低于 50 元，城乡困难群众每年度补助 50 元。

**第九条** 城乡居民按以下方式参加城乡居民基本医疗保险：

（一）城乡居民由户籍所在乡镇（街道、社区）组织参保；

（二）大中专院校的学生和其他学校（托幼机构）中非本市户籍学生（在园幼儿）由学校（托幼机构）负责组织参保。

**第十条** 城乡居民基本医疗保险费按年度一次性缴纳，参保人可通过税务部门提供的任一渠道缴费，以银行代扣代收为主。其中：在学校（托幼机构）参保的学生（在园幼儿），由学校（托幼机构）统一代收代缴费款。

**第十一条** 每年 9 月 1 日至 12 月 31 日为下年度集中参保缴费期，城乡居民应在集中参保缴费期内足额缴费，因特殊情况缴费期可延期至次年 2 月底，保险年度为下一年度 1 月 1 日至 12 月 31 日。

以学校、托幼机构为单位参保的在册学生和 在园幼儿，初次参加城乡居民基本医疗保险或参保中断后接续参保的，保险年度

为当年9月1日至下一年12月31日。

具有我市户籍的婴儿在出生后90天内（含跨年度参保）缴纳出生当年度医疗保险费，自出生之日起发生的医疗费用由基金按规定支付。

### 第三章 医疗保险待遇

**第十二条** 城乡居民基本医疗保险待遇包括：住院医疗，符合计划生育政策的住院医疗，门诊慢性病，城乡居民高血压糖尿病（以下简称“两病”）和门诊特殊重症疾病，普通疾病门诊，在册学生（在园幼儿）因在校期间发生无责任意外事故门诊治疗等医疗费用报销，以及国家、省、市规定的其他待遇等。

**第十三条** 医保待遇享受期限。

（一）城乡居民初次参保、参保中断后接续参保的，自在我市办理续保和缴费手续之日起，满6个月后发生的医疗费用，基金按规定予以支付。

（二）参保人已连续12个月（含12个月）以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费时间不超过3个月的，缴费后即可正常享受待遇，确保参保人待遇无缝衔接。中断缴费时间超过3个月的，设置6个月的待遇享受等待期，待遇享受等待期满后暂停原参保关系。

(三) 参保居民未在规定时间内缴纳医疗保险费的, 视为参保中断。

(四) 婴儿在出生 90 天内未参保缴费的, 从初次参保缴费之日起执行待遇。

**第十四条** 城乡居民医疗费用支付范围按照《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》《绵阳市医疗服务价格》以及绵阳市特殊医用材料、特殊检查和治疗、医院制剂等相关目录执行。

**第十五条** 参保居民在医疗机构发生的符合城乡居民基本医疗保险政策范围的住院费用、特殊重症疾病门诊费用, 超过起付标准以上的按比例报销。

(一) 住院起付线标准和报销比例 (见下表)

起付线 和报销 比例	医疗机构所在区域和等级							
	市内					市外		
	社区卫生 服务中 心、乡镇 卫生院	一级、 无等级 医院	二级	三级 乙等	三级 甲等	转诊 转院	非转诊转 院且办理 短期异地 备案	非定点 (只 限急救、抢 救费用) 或 未备案
起付线	100	300	500	600	700	1000	1000	1000
报销 比例	90%	80%	73%	68%	60%	50%	45%	30%

(二) 下列情况减免起付标准:

1.参保居民因艾滋病在本市定点医疗机构住院的不计起付标准。

2.100周岁以上的参保人员在定点医疗机构住院不计起付标准。

3.参保居民因治疗门诊重症疾病在定点医疗机构多次住院，经审批后一年计算一次起付标准，按年度所住定点医疗机构最高级别确定。

4.参保居民在一个治疗过程中因病情需要行双向转诊的，在本市由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构，只补计起付标准差额；在本市由高级别定点医疗机构转往同级别或低级别定点医疗机构，不再另计起付标准。

（三）本市中医医院（包括中医专科医院）按照本条第（一）款执行下一级医疗机构报销政策。

（四）下列费用由参保居民自付后，再按本条第（一）款规定范围纳入基金支付：使用《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中乙类药品15%的费用；乙类特殊检查、乙类特殊治疗15%的费用；使用特殊医用材料的费用（进口材料25%、国产材料15%）。

（五）基金对参保居民的年度累计报销金额实行最高限额支付，最高支付限额为上年度我市城乡居民人均可支配收入的6倍。跨年度住院的费用计入出院年度。最高支付限额标准由市医疗保障部门发布。

**第十六条** 城乡居民生育医疗费用报销。

(一) 参保人员在城乡居民基本医疗保险待遇享受期内,且符合人口与计划生育政策规定的住院分娩医疗费用,按城乡居民基本医疗保险住院费用政策规定实行限额报销。顺产报销额度不超过 1500 元、剖宫产报销额度不超过 2000 元。多胎生育的,每多生育一个婴儿,增加 500 元。。

(二) 住院分娩期间存在并发症或合并症的,按城乡居民基本医疗保险住院费用政策规定报销,不再执行本条第(一)款的限额报销规定。

**第十七条** 实行城乡居民基本医疗保险门诊统筹制度,普通门诊医疗费用和一般诊疗费(含挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本)纳入居民医保统筹基金支付范围,实行总额控制。门诊统筹定点、报销比例、报销限额等政策由市医疗保障部门另行制定。

**第十八条** 门诊慢性病、“两病”和门诊特殊重症具体管理办法由市医疗保障部门另行制定。

**第十九条** 在册学生、在园幼儿在校期间发生无第三方责任意外事故在定点医疗机构的门诊合规医疗费用,基金支付 50%,年度每人最高支付限额为 2000 元,限参保当年度使用。

**第二十条** 参保居民异地就医(含市外转诊)、特殊医用材料、特殊检查和治疗、按病种支付和意外伤害支付等具体管理办法,由市医疗保障部门另行制定。建档立卡贫困人员医疗保险待

遇按省、市相关规定执行。

**第二十一条** 参保人员发生的下列医疗费用不纳入基金支付范围：

- (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) 除急救、抢救外在非定点医疗机构发生的医疗费用；
- (六) 因各种违法和犯罪行为所致伤病的医疗费用；
- (七) 因自伤、酗酒、戒毒、性传播疾病（不含艾滋病）等进行治疗的医疗费用；
- (八) 因美容、矫形、生理缺陷及不孕不育等进行治疗的医疗费用；
- (九) 按有关规定不予支付的其他情形。

## 第四章 医疗服务与费用结算

**第二十二条** 城乡居民基本医疗服务实行定点管理，统一按照绵阳市医疗保险定点医药机构协议进行管理。

**第二十三条** 鼓励参保居民按居住地就近就医。对不符合分级诊疗要求的诊疗行为，将降低其医保报销待遇。

**第二十四条** 参保人员在实现医疗费用联网结算地区（含市

外)就医发生的符合城乡居民医保基金报销范围的医疗费用,应当由参保人员个人负担的费用,由定点医疗机构与患者直接结算;应由城乡居民医保基金支付的费用,由医保经办机构与医疗机构结算。在未实现异地联网结算地区的定点医疗机构就医,原则上出院后3个月内,持原始发票及相关资料到参保地医保经办机构报销医疗费用。

**第二十五条** 异地就医人员,需向参保地医保经办机构进行异地就医备案,在居住地定点医疗机构发生的合规医疗费用,城乡居民基本医疗保险基金按本办法有关规定予以支付。

**第二十六条** 城乡居民基本医疗保险基金支付实行总额预算管理,推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式,推广按疾病诊断相关分组付费,医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费,门诊特殊慢性病按人头付费等多种支付方式。

## 第五章 基金管理体制

**第二十七条** 城乡居民基本医疗保险基金纳入社会保障基金财政专户管理,实行专账核算,专款专用,任何单位和个人不得截留、挤占、挪用。

**第二十八条** 城乡居民基本医疗保险基金分为门诊统筹基金和住院统筹基金,分别核算、统筹管理。医保经办机构要建立基金收支预决算制度、财务会计制度和内部审计制度,确保基金

安全。

**第二十九条** 城乡居民基本医疗保险基金征收、支出、清算、预算管理和对账制度等,由市医保局、市财政局按相关规定执行。

**第三十条** 城乡居民基本医疗保险整合前的城镇居民医保基金和新农合基金(包括应收未收的滚存欠费),全部留存县市区(园区),作为城乡居民基本医疗保险市级统筹基金(县级)留存使用。城镇居民医保和新农合历年滚存欠费,由当地财政纳入同级财政预算安排解决。各地使用市级统筹基金留存须报市医保局、市财政局批准同意。

**第三十一条** 城乡居民基本医疗保险基金市级统筹实行“以收定支、预算管理、总额控制、分级负责”的原则:

(一)各地基金的当期收入全额上解;

(二)各地基金的当期支出实行总额预算管理;

(三)通过基金预算管理实现基金当期收支平衡。当基金出现亏损时,由市医保局会同市财政局提出弥补亏损方案,按程序报请市人民政府同意后,由市、县市区(园区)财政分级进行弥补。

(四)基本医疗保险基金总额预算管理实施方案由市医疗保障部门会同有关部门每年发布。

**第三十二条** 财政补助资金解缴。

(一)中央、省财政对我市城乡居民基本医疗保险的补助资金由市财政局直接划入绵阳市医保基金财政专户,应由市本级、

县市区（园区）财政配套的补助资金，于保险年度当年12月底前全部划转到市医保基金财政专户。

（二）市本级、县市区（园区）财政代缴特殊人群个人缴费部分于保险年度当年6月30日前划转到同级医保经办机构本级医保基金收入户，各级医保经办机构于保险年度当年7月31日前上解到市城乡居民基本医疗保险基金收入户，再于保险年度当年7月31日前转入市医保基金财政专户。

## 第六章 监管服务与法律责任

**第三十三条** 定点医药机构管理办法由市医保局负责制定，由医保经办机构负责实施。

**第三十四条** 医疗保障部门对医保经办机构、参保单位和个人、定点医药机构遵守本办法的情况进行监督检查，对存在的问题进行依法查处。

卫生健康、市场监管等部门按照各自职责，依法协同做好涉及基本医疗保险有关的监管工作。

**第三十五条** 城乡居民基本医疗保险基金接受社会监督，经办机构、参保单位、个人或医药机构有骗取或协助骗取医保基金行为的，具体举报、处罚和奖励规定按照有关文件规定执行。

**第三十六条** 医保经办机构与医药机构按年度签订医疗保险服务协议，确定双方的权利和义务。服务协议的内容包括：服

务对象、服务范围、服务规范、费用控制指标、结算办法、支付标准及违约责任等。

医保经办机构按照医疗保险服务协议管理医药机构，检查和审核参保人员在医药机构发生的医疗费用。

**第三十七条** 定点医药机构应配备医保管理人员，与医保经办机构共同做好医疗保险服务工作。对参保人员的医疗保险费用实行单独建账，并按要求真实、及时、准确地向医保经办机构提供参保人员医疗保险费用等有关信息。

## 第七章 附 则

**第三十八条** 在实行城乡居民基本医保的基础上，建立城乡居民大病保险制度，具体办法另行制定。

**第三十九条** 本办法实施期间，国家、省对城乡居民基本医疗保险政策做出调整的，按国家、省调整后的政策执行。

**第四十条** 本办法由市医保局制定具体实施细则。

**第四十一条** 本办法自 2021 年 6 月 15 日起施行，有效期 5 年。我市及各地、各有关部门此前发布的文件规定与本办法不一致的，以本办法为准。

**信息公开选项：主动公开**

绵阳市人民政府办公室

2021年5月12日印发