

铜规〔2024〕009—市政府办 006

铜川市人民政府办公室文件

铜政办发〔2024〕23号

铜川市人民政府办公室 关于印发《铜川市城乡居民基本医疗保险 实施办法》的通知

各区县人民政府，市新区管委会，市政府各工作部门、直属事业单位：

《铜川市城乡居民基本医疗保险实施办法》已经市政府同意，现印发你们，请认真贯彻执行。

（此件公开发布）



铜川市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）制度，保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益，促进医疗保障体系持续健康发展，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 居民医保坚持应保尽保、保障基本。基本医疗保障依法覆盖全民，尽力而为、量力而行，切实维护人民群众基本医疗保障需求。坚持稳健持续、责任均衡。按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，科学确定筹资待遇水平和各方负担比例，个人缴费与政府补助相结合，实现医保制度可持续发展。坚持责任分担、多元保障。强化权利和义务对等，完善风险分担机制，不断健全多层次医疗保障体系。

第三条 除职工基本医疗保险参保人员或按规定享有其他医疗保障制度人员以外的全体城乡居民参加我市居民医保，适用本办法。

第二章 组织机构与职责

第四条 医保部门是居民医保工作的主管部门，行使居民医保管理职能。市级医疗保障行政部门按照职责制定居民医保筹资、待遇、监管等政策，并负责组织实施。各区县医保部门按照

市级统筹的规定，对辖区内居民医保工作进行综合管理、监督指导、协调服务。各级医保经办机构负责辖区内城乡居民医保业务经办服务工作。

第五条 人社等部门与医保部门协同做好参保登记工作。税务部门做好全市居民医保费征收工作和缴费服务，及时回传缴费信息，加强与医保部门数据比对，协助做好参保动员工作。财政部门按职责对居民医保基金的收支、管理情况实施监督，审核并汇总编制居民医保基金预决算草案，及时落实各级财政补助资金。教育部门积极配合医保部门，加强工作协同与数据共享，不断提高学生居民医保参保水平，不得以任何形式强制或变相强制学生购买商业保险产品。卫健部门合理编制区域卫生规划，优化医疗资源配置，加强医疗机构行为监管，协助开展新生儿参保工作。

公安、民政、司法、人社、卫健、农业农村、退役军人、残联等部门负责将居民个人的出生、死亡、失踪以及户口登记、变更、迁移、注销等信息，以及特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、残疾人等各类困难人员的信息，与医保部门通过安全可行的方式实现共享。

发展改革、审计、市场监管等部门，按照各自职责协同实施。

第六条 区县政府负责辖区内居民医保参保组织和基金筹集工作。要落实主体责任，将居民医保纳入国民经济和社会发展规划，加强组织领导，实行目标管理。

乡镇（街道）具体负责组织辖区内居民医保的参保登记、缴费续保、政策宣传、社会公示等工作。

行政村、社区负责承办市、区县下放的居民医保高频服务事项，做好参保动员和政策宣传。

区县府、乡镇（街道）建立涵盖医保、税务、财政、民政、教育等部门的医保征缴工作协调机制，共同做好居民医保费征收服务、业务培训、缴费宣传、督促督导和征收风险防范等工作。

第三章 基金的筹集和管理

第七条 居民医保基金的来源包括参保人员个人缴费、各级财政补助资金、利息收入以及其他合法收入。

第八条 居民医保实行个人缴费与政府财政补助相结合为主的筹资方式，个人缴费标准和各级财政补助标准按省市规定标准执行。

第九条 居民医保实行市级统筹，执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。居民医保基金纳入市级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，任何单位和个人不得挤占挪用。

第四章 参保与缴费

第十条 居民医保制度覆盖范围包括本市农村居民、城镇非从业居民，在校学生及学龄前儿童等。

第十一条 按照属地管理原则，居民可以在户籍所在地参保；未在户籍所在地参加居民医保的，也可在常住地参加居民医保，并向参保地税务部门申报缴纳居民医保费。鼓励大中专院校学生原则上以学校为单位在学校所在地整体参保，由学校代收代缴居民医保费，统一办理参保登记手续。新入学的大中专院校学生原则上统一在学校所在地参保，不得在原户籍地重复参保。居民不得重复参加居民医保，也不得同时参加居民医保和职工医保。

第十二条 居民医保的保险年度为自然年度，即每年1月1日至12月31日。

第十三条 城乡居民参保时应按时足额缴纳全年医保费，医保费每年缴纳一次，集中参保缴费期为每年的9月至12月20日，缴费次年为保险年度，享受居民医保待遇。

第十四条 落实困难人员参保分类资助政策，资助标准由市级医保部门会同财政部门确定并适时调整。

第十五条 年度内因就业等个人状态变化由职工医保变更为居民医保的，应在中止原参保关系后3个月（含）以内办理居民医保参保登记。按照全市统一规定的个人缴费标准完成缴费后，待遇享受期为参加居民医保缴费后的次月起至12月31日或再次变更日。

第十六条 新生儿出生90天内由监护人在新生儿户籍所在地或居住地医保经办部门办理参保登记，缴纳出生当年医保费，待遇享受期为出生之日起至出生当年12月31日。

第十七条 自 2025 年起，除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中参保期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期 3 个月；其中，未连续参保的，每多断保 1 年，原则上在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期 1 个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳 1 年可减少 1 个月变动待遇等待期，连续断缴 4 年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和原则上不少于 6 个月。缴费参照当年参保地的个人缴费标准。

第十八条 参保人员成功缴费，进入待遇享受期后，个人缴费不再退回。待遇享受期前重复缴费、参加职工医保或在其他统筹区参加居民医保，可在待遇享受期开始前终止相关居民医保参保关系的同时，办理个人退费；待遇享受期前死亡的，可按规定终止参保关系并办理个人退费。参保人员退费申请向原缴费地税务部门提出，经原缴费地医保部门终审通过后，原缴费地医保部门完成退费工作。

第五章 医疗保险待遇

第十九条 居民医保基金主要用于政策范围内住院、普通门诊、门诊慢特病等费用支付。

第二十条 居民医保应当按照国家医保部门规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围和标准支付。

第二十一条 参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内

住院医疗费，起付标准以上的部分，由居民医保基金按比例支付。

统筹区域内一级及以下医疗机构起付标准 300 元，支付比例 85%；二级医疗机构起付标准 600 元，支付比例 75%；三级医疗机构起付标准 1200 元，支付比例 65%。

省内异地一级及以下医疗机构起付标准 300 元，支付比例 80%；二级医疗机构起付标准 1200 元，支付比例 70%；三级医疗机构起付标准 2400 元，支付比例 60%。跨省异地就医按照我市有关规定执行。

第二十二条 全面开展居民医保普通门诊统筹，参保人员在二级及以下定点医疗机构发生的政策范围内门诊医疗费，由居民医保基金按 60% 的比例支付，年度支付限额 120 元/人。

第二十三条 强化居民医保高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障。参保人员在二级及以下定点医疗机构发生的政策范围内“两病”门诊药品费用，按规定纳入居民医保基金支付范围。同时患有高血压和糖尿病的，起付标准、支付比例和支付限额按病种分别执行。

第二十四条 规范居民医保门诊慢特病管理，参保人员罹患慢性疾病或重特大疾病，需要长期门诊治疗的，经有资质的定点医疗机构鉴定通过后，按规定享受我市门诊慢特病待遇。“两病”门诊用药保障和门诊慢特病待遇不得重复享受。

第二十五条 完善特殊药品（国家谈判药品）管理制度，符合条件的参保人员使用特殊药品时，个人先行支付后的剩余部分

由居民医保基金按规定的比例支付。

第二十六条 将紧急抢救纳入居民医保基金支付范围，城乡居民紧急抢救按照我市有关规定执行。

第二十七条 城乡居民在一个保险年度内，基本医疗保险基金累计支付最高限额为 13 万元。根据基金运行情况，居民医保门诊、住院起付标准、支付比例、最高支付限额实行动态调整。

第二十八条 进一步完善城乡居民大病保险制度，医保部门制定大病保险筹资待遇政策并负责大病保险的招标和监督管理。可以采取委托商业保险机构承办大病保险的方式，发挥市场机制作用和商业保险机构专业优势，提高大病保险运行效率、服务水平和质量。

第二十九条 参保人员患大病发生高额医疗费用，经居民医保按规定支付后，个人负担的政策范围内医疗费用由大病保险按规定比例支付。

第三十条 建立对居民医保连续参保人员和零报销人员的大病保险待遇激励机制。自 2025 年起，对断保人员再参保的，降低大病保险最高支付限额 3000 元；对连续参加居民医保满 4 年的参保人员，之后每连续参保 1 年，提高大病保险最高支付限额 3000 元。对当年基金零报销的居民医保参保人员，次年提高大病保险最高支付限额 3000 元。连续参保激励和零报销激励，累计提高总额不超过我市大病保险封顶线的 20%。居民发生大病报销并使用奖励额度后，前期积累的零报销激励额度清零。断保

之后再次参保的，连续参保年数重新计算。

第三十一条 健全重特大疾病医疗保险和救助制度，根据救助对象类别实施分类救助。

第三十二条 将生育医疗费纳入居民医保基金支付范围，支付标准按照我市有关规定执行。

第三十三条 参保人员享受住院待遇时，不享受普通门诊、“两病”门诊用药保障和门诊慢特病待遇。参保人员应当按照规定享受医疗保障待遇，不得重复享受。

第三十四条 下列医疗费用不纳入城乡居民医疗保障基金支付范围：

- （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）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。

第六章 医药服务管理

第三十五条 完善定点医药机构协议管理办法，市级医保部门负责制定定点医药机构管理办法，拟定协议示范文本，并组织监督检查。强化协议管理，建立健全考核评价机制和动态准入退出机制。探索建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制

度,逐步将医保对定点医药机构服务的监管延伸到对医务人员医疗服务行为的监管。

第三十六条 定点医疗机构要规范医疗服务行为,为参保人员提供合理、必要的医疗服务,优先选择基本医保目录内安全有效、经济适宜的诊疗技术和药品、耗材,严格控制不合理医疗费用发生。

第三十七条 参保人员应当持本人医疗保障凭证就医、购药,并主动出示接受查验。参保人员在定点医药机构发生的医药费用,应当由居民医保基金支付的部分,由医保经办机构与定点医药机构直接联网结算。应由个人支付的医药费用,由本人与定点医药机构结清。暂因客观原因无法直接结算的,由本人先行垫付,出院后到参保地医保经办机构按规定报销。

第三十八条 完善医保基金总额预算管理,实施按病组 DRG 为主的多元复合式医保支付方式,引导医疗机构合理诊疗,提高医保基金使用效能。探索实施中医优势病种按疗效价值付费、按中医特色付费及日间病房等医保付费改革。

第三十九条 各级医保经办机构应当依法履行经办职责,建立健全居民医保的业务、财务、基金安全和风险管理、内部控制制度,严格履行居民医保服务协议,加强对定点医药机构履行协议情况的日常管理和检查。

第四十条 支持承办居民大病保险的商业保险机构,通过医疗巡查、医疗费用核查等形式,参与医疗服务行为和医疗费用监

督，并将查勘情况纳入商业保险机构的考核评估。

第七章 经办能力建设

第四十一条 各区县政府要加强居民医保经办能力建设，加强乡镇（街道）、村（社区）医疗保障服务站（室）建设，落实办公场所，合理配备与居民医保管理服务工作需要相适应的工作人员，安排必要工作经费并纳入同级财政预算，确保居民医保经办服务工作顺利开展。

第四十二条 各级医保经办机构要完善管理运行机制，逐步实现精细化管理，规范优化经办服务流程，不断提高管理效率和服务水平。

第四十三条 加大对医保信息系统平台建设和长期运行维护的投入，建立健全覆盖城乡的医疗保障信息网络，推动医保电子凭证、生物识别广泛应用，实现参保缴费、信息变更、异地备案等高频服务事项“网上办”“掌上办”。

第四十四条 市、区县医保部门牵头，税务部门配合，共同开展城乡居民参保数据治理工作。利用公安、民政、卫健、残联、税务等部门的共享数据，定期或实时开展数据比对，有序清理重复、错误等参保数据。发挥基层网格化管理优势，对于人户分离的应参保未参保人员，户籍地与常住地加强配合，共同落实参保扩面责任。

第八章 监督管理

第四十五条 各级医保经办机构的事业经费由同级财政部门从预算中解决，不得从基金中提取。

第四十六条 市级医保基金管理机构要按年度编制居民医保基金收支预算，由市级财政部门会同医保部门审核并上报市政府，经市人大常委会批准后，批复医保基金管理机构具体执行，并报省级财政部门 and 医保部门备案。

第四十七条 市级医保基金管理机构要严格按照批复预算执行，定期向市级医保部门和财政部门报告预算执行情况，并加强医保基金运行监控，建立健全基金运行风险预警机制，定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第四十八条 各级医保、公安、财政、卫健、审计、市场监管等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

第四十九条 各级医保部门应当加强与有关部门的信息交换和共享，创新监督管理方式，推广使用信息技术，实施大数据实时动态智能监控，并加强共享数据使用全过程管理，确保共享数据安全。

第五十条 医保部门应畅通投诉举报渠道，对定点医药机构违法违规行为举报经查实符合举报奖励条件的予以奖励，奖励标准和资金安排按有关规定执行。

第五十一条 协议管理的医疗机构、药品经营单位违反协议约定的，由医保部门按照协议处理，涉及违反有关法律法规规定的，由监管部门依法作出处理，涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第九章 附 则

第五十二条 重大疫情救治保障费用，按照国家有关规定执行。

第五十三条 本办法实施期间，如遇国家、省级政策调整，按调整后的政策规定执行。

第五十四条 本办法自 2025 年 1 月 1 日起施行，有效期五年。此前发布的有关规定与本办法不一致的，按照本办法执行。