

# 荆州市人民政府办公室文件

荆政办发〔2020〕24号

## 荆州市人民政府办公室 关于印发荆州市城乡居民基本医疗保险 市级统筹实施办法的通知

各县、市、区人民政府，荆州开发区，纪南文旅区，荆州高新区，市政府有关部门：

《荆州市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法》已经市政府常务会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。



# 荆州市城乡居民基本医疗保险 市级统筹实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步完善我市城乡居民基本医疗保险（以下简称基本医保）体系，统筹城乡居民基本医保制度，根据《中华人民共和国社会保险法》和《省人民政府办公厅关于进一步做实城乡居民基本医疗保险市级统筹工作的实施意见》（鄂政办发〔2020〕9号），结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 建立城乡居民基本医保制度的原则：

- （一）全覆盖、保基本、多层次、可持续。
- （二）政策制度统一，促进基本医保待遇公平。
- （三）以收定支、收支平衡、保障适度、略有结余。
- （四）基金统收统支、分级管理、预算考核、责任分担。
- （五）筹资标准、保障能力与经济社会发展水平相适应。

**第三条** 城乡居民基本医保市级统筹实行“五统一”管理，即统一政策制度、统一医疗服务协议管理、统一经办服务、统一信息系统、统一基金管理。

**第四条** 市人民政府负责全市城乡居民基本医保发展规划、

政策制定并组织实施。各县（市、区）人民政府负责本地城乡居民基本医保费用征缴、基金筹集，并组织实施。

**第五条** 医疗保障部门（以下简称医保部门）负责全市城乡居民基本医保、大病保险、医疗救助等医疗保障工作。

市医保部门负责全市城乡居民基本医保、大病保险、医疗救助等医疗保障政策的制定、年度基金预决算的编制、医药机构医药费用的结算、医保基金的监督管理，负责市直公立医疗机构的协议签订及日常监管。各县（市、区）医保部门负责本地年度基金预决算编制，负责辖区内定点医药机构的协议签订及日常监管，负责城乡居民基本医保经办服务，协助地方政府开展参保扩面缴费等工作。

市财政部门负责医保基金的归集，会同相关部门做好基金监管工作。各县（市、区）财政部门负责落实中央和省转移支付、本级财政配套资金、政府资助收入及时上解。税务部门负责城乡居民基本医保个人缴费的征收工作，并及时上解至国家金库荆州市中心支库。国家金库荆州市中心支库负责按月向市财政部门提供收入报表。审计部门负责做好医保基金的审计工作。其他部门在各自职责范围内负责有关的城乡居民基本医保工作。

**第六条** 各级医疗保障部门、医保经办机构的人员经费和经办运行费用、管理费用、医保实时监控、通城通办、互联互通、反欺诈经费以及风险资金、基金缺口分担资金，由同级财政按照规定予以保障。

## 第二章 参保范围

**第七条** 除职工基本医保应参保人员以外的其他所有城乡居民，均纳入城乡居民基本医保参保范围，不受户籍限制。具体参保范围包括：

(一) 具有本市户籍且未参加职工基本医保的城乡居民。

(二) 本市辖区内各类全日制普通高等学校（含民办高校、职业技术学院、科研院所等）接受学历教育的全日制在校大中专学生、研究生等（以下统称大学生），按本规定参加城乡居民基本医保。

(三) 非本市居民未参加基本医保的，可按规定在居住地参加城乡居民基本医保。

## 第三章 基金筹集

**第八条** 城乡居民基本医保基金的构成：

(一) 个人缴纳的基本医保费。

(二) 政府补助资金。

(三) 社会捐助资金。

(四) 基金的利息收入和增值收入。

(五) 法律、法规规定的其他收入。

**第九条** 城乡居民基本医保基金实行个人缴费和政府补贴相结合的筹资方式。鼓励有条件的乡镇、街道、集体、单位或其他

社会经济组织给予扶持和资助。建立个人缴费标准与城乡居民人均可支配收入相衔接的动态调整机制。政府补助资金纳入各级财政年度预算，足额拨付到位。

城乡居民个人缴费标准由市医保部门、市财政部门根据城乡居民人均可支配收入和国家、省有关规定确定，报市人民政府同意后公布。

**第十条** 实行资助缴费制度。特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、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，参加城乡居民基本医保所需个人缴费资金由政府给予全额资助，个人不缴费。

特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员由当地民政部门负责认定，医保部门负责落实其参保个人缴费资助政策；丧失劳动能力的残疾人由当地残联组织负责确认并落实其参保个人缴费资助政策；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由当地卫生健康部门负责认定并落实其参保个人缴费资助政策。

精准扶贫建档立卡贫困人口、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）人民政府批准的其他特殊困难人员，参加城乡居民基本医保所需个人缴费部分由县（市、区）政府给予补贴。具体资助办法由县（市、区）人民政府另行制定。

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，不得重复享受。

**第十一条** 公安、扶贫、民政、卫生健康、残联等部门应按规定定期将动态基础信息或资助人员的基础信息提供给同级医保部门，医保部门应及时完善城乡居民参保信息。

**第十二条** 城乡居民实行年缴费制，参保人员应在集中缴费时间段（每年度的9月1日至12月31日）缴纳次年的医保费。

城乡居民原则上以家庭为单位参保，大学生原则上在学籍所在地参保，确保应参尽参。在缴费期前，医保部门应将上年度城乡居民参保信息提供给税务部门。无参保登记信息或参保登记信息不全的，城乡居民办理参保手续时需提供身份证（或户口簿）原件及复印件和近期免冠一寸白底彩色登记照一张。

**第十三条** 城乡居民应在税务部门及税务部门指定的机构缴费。税务部门应完善城乡居民基本医保费委托金融机构代核代征机制，积极探索城乡居民基本医保费网上缴费等多种形式的缴费方式，方便城乡居民缴费。

**第十四条** 参保人员进入待遇享受期后，已缴纳的城乡居民基本医保费不予退还。

#### 第四章 医保待遇

**第十五条** 城乡居民基本医保执行国家、省基本医疗药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录。

**第十六条** 城乡居民基本医保待遇包括门诊待遇和住院待遇。门诊待遇包括普通门诊待遇和慢性病门诊待遇。住院待遇包括疾病住院待遇、意外伤害住院待遇和生育住院待遇。

**第十七条** 普通门诊待遇。

(一) 在参保地基层定点医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心、校医务室或所、村卫生室，下同）门诊就诊，发生符合规定的基本医疗费用由基本医疗保险基金报销 55%；每天报销限额为乡镇卫生院（含城市社区卫生服务中心，下同）15 元、村卫生室（含城市社区卫生服务站、校医务室或所，下同）10 元（不含一般诊疗费）。

(二) 在基层定点医疗机构门诊就诊发生的一般诊疗费纳入基本医保基金支付范围。

在未实行药品零差率销售的乡镇卫生院、村卫生室就诊，每日报销限额分别为 7 元、4 元。

在实行药品零差率销售的乡镇卫生院、村卫生室就诊，每日报销限额分别为 9 元、7 元。

大学生寒暑假及实习期间的门诊医疗费用报销办法由市医保部门另行制定。

(三) 个人年度累计报销限额为 350 元（含一般诊疗费）。

**第十八条** 慢性病门诊待遇。门诊慢性病分为普通慢性病和特殊慢性病。政策范围内费用普通慢性病报销 50%，特殊慢性病报销 70%。

经鉴定的门诊慢性病实行定点、定药、定量、限额管理。病种范围、限额标准、鉴定标准等由市医保部门另行制定具体管理办法，报市人民政府备案。

**第十九条** 疾病和意外伤害住院待遇。实行不同级别医院政策范围内费用差异化报销政策。

(一) 住院起付标准。荆州市内一级医院 300 元，二级医院 800 元，三级医院 1200 元；荆州市外医院 1800 元。起付标准以内的医疗费用，由参保人员个人承担，不计入基本医保政策范围内费用。

市内高等级医院直接转往低等级医院的取消住院起付线，市内紧密型医共体内低等级医院直接转往高等级医院的支付起付线差额。

民政部门认定的困难对象（特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员）住院不设起付线。精神病参保患者在本市精神病医院住院不设起付线。恶性肿瘤参保患者因放化疗、靶向治疗在本市住院每年度支付一次住院起付线。

(二) 住院报销标准。政策范围内费用按以下标准报销：

甲类基本医疗费用：三级医院报销 65%，二级医院报销 80%，一级医院报销 90%。

乙类基本医疗费用（含医用材料）：参保人员个人先行自付 10% 后再按甲类基本医疗费用报销比例报销。市外医疗机构就医（含转诊转院）单次住院医用材料报销限额 4 万元。



(三) 当年发生的医疗费用报销截止时间原则上不得超过次年的3月。

(四) 市内各级医院应按与医保部门签订医疗服务协议时确定的等级医院收费标准收费，参保患者住院享受相应等级的报销政策。

(五) 根据基本医保基金运行情况、不同等级医院次均住院医疗费用的变化情况和参保人员负担情况等因素，市医保部门适时调整不同等级医院的起付标准、报销比例和医用材料报销限额，报市人民政府同意后执行。

**第二十条** 生育住院待遇。分娩住院享受定额补助800元，分娩住院时如有合并症或并发症，剔除正常住院分娩费用（市外医院和市内三级医院7000元；市内二级医院5000元、一级医院2000元）后余额按照各级医院住院报销比例进行报销（不设置住院起付线），并享受定额补助800元。

**第二十一条** 门诊和住院紧急抢救所使用医保目录外的药品，按规定的门诊和住院医疗待遇执行。

**第二十二条** 基本医保基金年度最高支付限额为12万元。

**第二十三条** 待遇享受时间。城乡居民在集中缴费时间段缴纳次年基本医疗保险费的，次年1月1日至12月31日享受城乡基本居民医疗保险待遇。

参保人已连续2年（含2年）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，缴费后次日享受待遇，中断缴费时间超过3个月的，自缴费之日起90日后享受待遇；本市户籍的应届大中专毕业生、当年退役军人、当年服刑期满人员自缴费后次日享受待遇；当年出生的新生儿父母任意一方在当年参加市内基本医保并按规定缴费的，新生儿可在其父母任意一方参保地办理参保登记手续，免缴出生当年参保费用，自出生之日起享受出生当年基本医保待遇。新生儿父母在当年都未参加市内基本医保且未按规定缴费的，但新生儿户口在荆州市的，新生儿出生后90日内在户口所在地办理参保登记手续的，免缴出生当年参保费用，自出生之日起享受出生当年基本医保待遇。新生儿出生后90天内未在户口所在地办理参保登记手续的，在缴纳出生当年参保费用后，自出生之日起享受出生当年医保待遇，次年以本人身份参保缴费；本市大中专学校新入学大学生缴纳次年基本医保费用后，享受基本医保待遇时间为当年9月1日至次年12月31日；

除上述情况以外的其他参保人员，未在集中缴费时间段缴费的，自缴费之日起180日后享受待遇。

**第二十四条** 参加城乡居民医保的人员，除依法就业参加职工医保外，当年度不得同时参加职工医保。

**第二十五条** 一个年度内，城乡居民医保参保人员依法就业参加职工医保的，城乡居民医保统筹基金已支付费用纳入职工医保年度统筹基金支付最高限额范围内计算。

**第二十六条** 下列医疗费用不纳入基本医保基金支付范围：

- (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) 其他按照国家、省规定不予支付的项目。

**第二十七条** 建立城乡居民大病保险制度。参保人员住院和特殊慢性病门诊治疗所发生的高额医疗费用，经基本医保按规定支付后，个人年度累计负担的政策范围内的医疗费用超过规定标准以上的部分，由大病保险承保机构按规定给予赔付。大病保险资金从城乡居民基本医保基金划拨，参保人员个人不缴费。

**第二十八条** 精准扶贫建档立卡贫困人口基本医疗保障政策按相关政策执行。

## **第五章 经办管理**

**第二十九条** 对医药机构提供基本医保服务实行协议管理。医保经办机构应建立定点医药机构的监督考核制度，对定点医药机构落实医保政策法规、履行协议等情况进行考核。

**第三十条** 加强城乡居民基本医保信息系统建设及安全管理。建立、完善全市统一基本医保结算系统、基金支付系统和实时监控系統，确保参保患者医疗费用的“一站式”即时结算，确保基金安全。

参保人员持医疗保障卡或医保电子凭证在定点医药机构就医，实行即时结算。参保患者按规定支付自负费用，属医疗保障基金支付的费用实行记账，由医保经办机构、大病保险承保机构等按规定与医药机构结算。

**第三十一条** 享受基本医保待遇的人员需要转诊转院的，应遵守转诊管理规定，实行差异化的报销政策。在市域内定点医疗机构住院的不需转诊；因市内定点医疗机构诊疗技术、设备等条件限制需转诊到市外定点医疗机构住院的，需到当地医疗保障部门指定的转诊定点医疗机构办理转诊手续，转诊异地医疗机构住院治疗的基本医疗费用，个人先自付 10% 后再按我市三级医疗机构报销比例报销。未按规定办理转诊手续住院治疗的基本医疗费用，个人先自付 20% 后再按我市三级医疗机构报销比例报销。

个人先自付费用不计入基本医保政策范围内费用。

**第三十二条** 定点医疗机构应向医保部门提供有关检查、治疗设备的临床适应症及疗效、物价收费标准等材料，由医保部门确认后，纳入基本医保基金支付范围，未经医保部门确认的，基本医保基金不予支付。

**第三十三条** 深化支付方式改革。建立高效管用的医保支付机制，持续推进医保支付方式改革，大力推进大数据应用，坚持以总额预算为基础，全面推行按病种分值付费，实施按病种分值、按床日、按人头、按疾病诊断相关分组（DRG）付费等多元化的支付方式。探索符合中医药服务特点的支付方式，鼓励提

供和使用适宜的中医药服务。结合紧密型医共体建设探索适宜的复合支付方式，引导定点医疗机构有效控制医疗费用不合理增长，将支付方式改革覆盖所有医疗机构和医疗服务。

**第三十四条** 探索医保服务第三方参与。在确保基金安全和有效监管的前提下，以政府购买服务的方式，将医药服务监管、大病保险、意外伤害等医疗保障经办服务委托具有资质的商业保险机构等社会力量承办。具体办法由市医保部门制定。

**第三十五条** 实行定点医药机构市域内互联互通。参保人员持医疗保障卡或医保电子凭证就医直接结算，逐步扩大到市域内定点医药机构。

**第三十六条** 实行市域内通城通办。市医保部门负责制定全市统一的医疗保障政务服务经办管理流程，进一步简化手续，方便患者，逐步由单一的参保地办理到市域内通城通办。

## **第六章 基金预算和管理**

**第三十七条** 社会保险基金预算是指根据国家预算管理和社会保险相关法规编制，经过法定程序审批、具有法律效力的年度基金财务收支计划。市本级和各县（市、区）医保部门按照“以收定支、收支平衡、保障适度、略有结余”的原则，分别编制本级城乡居民基本医疗保险基金预算，不得编制赤字预算。

**第三十八条** 市医保部门负责对各县（市、区）经同级医保、财政部门审核通过的城乡居民基本医疗保险基金预算审核汇

总，报市财政部门、税务部门复审，将预算数据下达到各地医保部门。各地按《预算法》和社会保险基金预算规定程序经同级人大批准后，报市医保部门汇总。全市基金预算草案经市政府同意后，报市人代会审查批准。

**第三十九条** 市财政局、市税务局、市医保局应严格按照市人代会批准的预算执行，履行归集资金、征收缴库、管理使用职责。全市医保部门按照“无预算不支出”的原则，严格预算执行。各县（市、区）医保部门定期向市医保、财政部门报告预算执行情况。城乡居民基本医疗保险基金预算不得随意调整，执行中确因政策调整或重大公共卫生事件等原因需要调整的，按预算调整程序办理。

**第四十条** 全市城乡居民基本医保基金实行专款专用、专户储存、收支两条线管理。在市社会保障基金财政专户中单独设立“全市城乡居民基本医疗保障基金专账”和“市直、各县（市、区）城乡居民基本医疗保障基金明细账”，实行分账核算。

**第四十一条** 税务部门负责将征收的城乡居民基本医保缴费按规定程序及时足额缴入国家金库荆州市中心支库，国家金库荆州市中心支库根据财政部门划款通知将其划转至市社会保障基金财政专户，并负责提供分市直和各县（市、区）基金收入入库月度报表。

市直和各县（市、区）财政部门应及时将城乡居民基本医保基金中央和省转移支付、本级财政配套资金、政府资助收入上

解至市社会保障基金财政专户。具体办法由市医保部门会同税务、人民银行、财政等部门制定。

**第四十二条** 市级统筹前各县（市、区）历年结余的城乡居民基本医疗保险基金，按规定进行审计后，留存各地，经市政府批准后方可动用。历年基金结余不足支付6个月待遇支付额的，由当地政府予以补齐。

**第四十三条** 市医保部门根据全市城乡居民基本医疗保险基金预算，按季向市财政部门申报资金使用计划，市财政部门按照“以收定支”原则，根据各地城乡居民基本医疗保险基金缴库进度，以及各县（市、区）中央、省转移支付、本级财政配套资金、政府资助收入上解市社会保障基金财政专户情况，及时将资金拨付至市医保基金支出户，县（市、区）收不抵支的暂停资金拨付。

**第四十四条** 建立基金运行监督考核机制。市医保部门制定医疗保障管理工作考核办法，将政策执行、费用控制、基金安全等日常监管工作，纳入对县（市、区）医疗保障部门年度考核重要内容。市医保部门应定期对全市城乡居民基本医疗保险基金预算执行情况、基金运行情况、基金决算情况进行监督检查和跟踪分析。具体考核办法由市医保局会同市财政局另行制定。

**第四十五条** 建立风险预警机制。市医保部门对城乡居民基本医疗保险基金运行实行动态分析和监控，在全市统筹基金当年结余率低于5%，基金累计结余低于6个月待遇支付额时，要及时提

出对策和措施，报市政府批准后实施。

**第四十六条** 建立市级统筹风险储备金制度。风险储备金每年按上年度城乡居民基本医保收入预算数的 2% 提取，风险储备金总额达到全市上年度基金支出预算数的 20% 后不再计提。

市本级、县（市、区）应严格按照市医保、财政、税务部门下达的基金收入预算，组织城乡居民基本医疗保险参保缴费工作。未完成年度预算收入，或完成年度预算收入但因监管不力等原因造成基金当期收支出现缺口的，由同级人民政府负责补齐。因政策调整或公共卫生事件等非管理原因导致基金当期收支出现缺口，符合预算调整规定的，从本级历年基金结余中解决；历年基金结余使用后仍有缺口的，由市级风险储备金分担 20%，当地政府承担 80%；市级风险储备金使用后仍有缺口的，由市、县两级财政按 2 比 8 分担。市级风险储备金及分担资金的使用，由当地政府报市财政部门、市医保部门审核后报市政府审批。具体办法由市医保部门会同市财政部门另行制定。

## 第七章 附 则

**第四十七条** 根据本市经济发展及基本医保基金收支状况，市医保部门可以对基本医保政策提出调整意见，经市人民政府批准后由市医保部门公布实施。

**第四十八条** 各县（市、区）人民政府要加强对本地城乡居民基本医保参保缴费工作的组织领导，确保应保尽保，城乡居



民基本医保参保缴费工作完成情况纳入政府综合目标考核内容。

**第四十九条** 本办法有效期5年，自2021年1月1日起施行。原《荆州市城乡居民基本医疗保险实施办法》（荆政规〔2017〕3号）和有关规定同时废止。本办法执行期内，如具体条款内容与国家、省新出台的政策不一致，按国家和省政策执行。

---

抄送：市委办公室。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

---

荆州市人民政府办公室

2020年10月28日印发

---