

དཀར་མཛེས་བོད་རིགས་རང་སྐྱོང་ཁུལ་མི་དམངས་སྲིད་གཞུང་གི་ཡིག་ཆ།

甘孜藏族自治州人民政府文件

甘府发〔2018〕4号

甘孜藏族自治州人民政府 关于印发城乡居民基本医疗保险办法的通知

各县（市）人民政府，州级各部门，省属行政企事业单位，州属企事业单位：

《甘孜藏族自治州城乡居民基本医疗保险办法》已经十二届州人民政府第16次常务会审议通过，现印发你们，请遵照执行。

甘孜藏族自治州人民政府

2018年2月9日

甘孜藏族自治州城乡居民基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为实现“人人享有基本医疗保障”的目标，建立完善甘孜州城乡医疗保障体系，实现基本医疗保险城乡统筹一体化管理，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）等有关规定，结合我州实际，制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险实行统一覆盖范围、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。

第三条 城乡居民基本医疗保险遵循以下原则。

（一）低水平起步，筹资标准、保障水平与我州经济社会发展水平相适应，重点保障城乡居民的大病医疗需求，适当保障门诊需求，逐步提高筹资标准、保障水平。

（二）医疗保险基金以收定支，收支平衡，略有节余；基金实行州级统筹，统收统支。

（三）自愿参保，自主选择档次，个人缴费，政府补贴。

第二章 参保范围及基金筹集

第四条 城乡居民基本医疗保险的参保范围。

（一）具有甘孜州户籍，未纳入城镇职工基本医疗保险制度

覆盖范围的城乡居民；

(二) 甘孜州各高校、中等专业学校、中小学校及幼儿园在校(园)学生和少年儿童；

(三) 未在异地参加基本医疗保险且在甘孜州暂住一年以上，参加城镇职工基本医疗保险确有困难的人员。

第五条 城乡居民基本医疗保险基金的筹资渠道。

(一) 城乡居民个人缴纳的基本医疗保险费；

(二) 政府补助资金；

(三) 基金利息收入。

第六条 城乡居民基本医疗保险筹资标准分设两个档次(含政府补助)，其中，第一档按国家规定的最低筹资标准执行；第二档在第一档的基础上每人每年增加 200 元。城乡居民可根据自身经济条件和医疗保障需求选择档次。

学生儿童原则上选择第一档筹资标准参保缴费，享受第二档住院和门诊特殊疾病待遇。

第七条 城乡居民基本医疗保险政府补助资金由中央和省、州、县(市)财政补助构成。除中央和省财政补助外，州、县(市)应将财政补助的部分纳入年度预算，州财政承担 20%、县(市)财政承担 80%。

第八条 对困难人群参保个人缴费部分给予补助。其中：重度残疾人员、低收入家庭 60 岁以上人员由参保地县(市)人民政府按第一档个人缴费标准全额补助；城镇“三无”人员、农村五保户、孤儿参保由民政部门按医疗救助资金第一档个人

缴费标准全额补助；优抚对象参保由民政部门按优抚对象医疗补助资金第一档个人缴费标准全额补助；城乡低保对象参保由民政部门按医疗救助资金给予 60 元/人/年定额补助。

第九条 城乡居民每年参保缴费时间为上年 11 月 1 日至当年 3 月 31 日；参保缴费后，当年 1 月 1 日至 12 月 31 日享受基本医疗保险待遇。

新生儿在出生 90 日内上户办理参保缴费的，只需缴纳个人缴费金额；新生儿在出生 90 日后且在当年缴费截止日后上户办理参保缴费的，需缴纳个人缴费和政府补助合计金额。新生儿办理参保缴费后从出生之日起享受医疗保险待遇。

第十条 城乡居民可根据自身经济条件和医疗保障需求，在户籍所在的乡（镇）、街道办（社区）自主选择档次办理参保缴费。按以下人员类别分别组织参保。

（一）在校学生（含大学生）、在园幼儿原则上以学校、托幼机构统一组织参保并代收个人应缴医疗保险费；

（二）非在校学生及幼儿与其他居民，由所在地的乡（镇）人民政府、街道办事处（社区）组织参保缴费；

（三）寺庙登记僧尼原则上由所在寺庙管理委员会统一组织参保缴费。

第三章 医疗保险待遇

第十一条 城乡参保居民医疗费用支付范围均按照甘孜州城

镇职工基本医疗保险政策规定的《药品目录》《诊疗项目目录》《医疗服务设施目录》和其他有关配套政策执行。

第十二条 依照本办法规定缴纳城乡居民基本医疗保险费的城乡居民，享受基本医疗保险统筹基金支付待遇。

第十三条 城乡居民基本医疗保险基金支付范围。

- (一) 住院医疗待遇报销费；
- (二) 普通门诊医疗待遇报销费；
- (三) 门诊特殊疾病医疗待遇报销费；
- (四) 重大疾病医疗待遇报销费；
- (五) 实施基本药物制度的乡（镇）卫生院（村卫生室）一般诊疗项目费；
- (六) 公立医院改革上调门（急）诊诊查费；
- (七) 大病医疗保险保费。

第十四条 城乡参保居民患病住院发生符合规定的医疗费用在住院起付线标准以下的，统筹基金不予支付；超过住院起付线标准的，符合政策规定的医疗费用扣除起付标准后按照支付比例在年度最高支付限额内给予支付。住院医疗费用实行单次结算，具体标准如下。

(一) 起付标准。州内一级公立医院和未定级公立医院（社区卫生服务中心、卫生院）起付标准 50 元；州内二级公立医院和定点民营医院起付标准 100 元；州外二级及以下公立医院和州内三级公立医院起付标准 500 元；州外三级公立医院和定点民营医院起付标准 700 元；州外未定点民营医院起付标准 1500 元。

(二) 支付标准。在一个结算年度内, 选择第一档筹资标准缴费的, 州内一级公立医院和未定级公立医院(社区卫生服务中心、卫生院)支付比例为 90%; 州内二级公立医院和定点民营医院支付比例为 75%; 州外二级及以下公立医院和州内三级公立医院支付比例为 70%; 州外三级公立医院和定点民营医院支付比例为 60%; 州外未定点民营医院支付比例为 40%。选择第二档筹资标准缴费的, 在以上对应医院支付比例上增加 5%。

城乡参保居民未按规定向参保地医保经办机构登记备案和未执行逐级转诊的患者, 按上述医院等级对应的起付线和支付比例计算出报销金额的 60% 为实际报销金额。

(三) 封顶线。统筹基金年度最高支付限额包含住院报销、门诊特殊疾病报销、重大疾病报销。选择第一档筹资标准缴费的, 封顶限额为 10 万元; 选择第二档筹资标准缴费的, 封顶限额为 15 万元。

第十五条 城乡参保居民患病住院发生的医疗费用享受项目补助和其他救助的, 基本医疗保险基金按标准计算应补偿金额后, 扣除项目补助或其他救助资金占当次住院总费用的比例金额后给予报销。即: $\text{基金报销金额} = \text{按当次住院总费用计算应报销金额} \times (100\% - \text{项目补助金额或其他救助资金} \div \text{当次住院总费用} \times 100\%)$ 。

第十六条 城乡参保居民患有下列重大疾病经申报认定, 在定点医疗机构发生符合政策范围内的住院和门诊医疗费用, 选择第一档筹资标准缴费的, 在对应医疗机构报销比例的基础上

增加 5%，选择第二档筹资标准缴费的增加 10%；最低报销比例不低于 70%，最高报销比例不超过 95%。

- (一) 儿童先天性心脏病；
- (二) 白血病；
- (三) 耐多药肺结核；
- (四) 重度精神病；
- (五) 急性心肌梗塞；
- (六) 脑梗死；
- (七) I 型糖尿病；
- (八) 甲亢病；
- (九) 唇腭裂；
- (十) 艾滋病机会感染重大疾病；
- (十一) 恶性肿瘤；
- (十二) 再生障碍性贫血；
- (十三) 器官移植术后抗免疫排斥药物治疗；
- (十四) 系统性红斑狼疮；
- (十五) 血友病；
- (十六) 慢性肾功能不全；
- (十七) 肾病综合症；
- (十八) 骨髓增生性疾病；
- (十九) 干燥综合症；
- (二十) 地中海贫血；
- (二十一) 强直性脊柱炎；

- (二十二) 天疱疮;
- (二十三) 系统性硬化症;
- (二十四) 系统性硬皮病。

第十七条 城乡参保居民患有下列门诊特殊疾病经申报认定后,符合基本医疗保险政策范围内的门诊医疗费用 100 元以上部分,基本医疗保险基金按照 50%报销。年度内最高报销限额选择第一档筹资标准缴费的为 1000 元,选择第二档筹资标准缴费的为 1300 元。

- (一) 高血压病(Ⅱ、Ⅲ级);
- (二) Ⅱ型糖尿病;
- (三) 肝硬化;
- (四) 脑血管意外后遗症;
- (五) 慢性病毒性肝炎;
- (六) 帕金森病;
- (七) 心脏病(肺心病、高心病、冠心病、风心病);
- (八) 类风湿性关节炎;
- (九) 冠心病心脏介入治疗术后抗血小板聚集治疗;
- (十) 包虫病;
- (十一) 精神病(重度精神病除外)。

第十八条 城乡参保居民可自主在州内县级及以下定点医疗机构门诊就医或购药享受门诊统筹报销,门诊统筹报销不设起付线,选择第一档筹资标准缴费的年度最高不超过 100 元/人,选择第二档筹资标准缴费的年度最高不超过 150 元/人,家庭成

员之间可以共享，由定点医疗机构按照比例直接报销。乡镇卫生院（村卫生室）报销比例为 80%，县级医疗机构报销比例为 50%。

第十九条 城乡居民基本医疗保险基金支付后的个人负担费用，可以通过大病医疗保险、申请城乡医疗救助和获得社会慈善救助等方式解决。

第二十条 参保人员发生的下列医疗费用不属于基本医疗保险基金支付范围。

（一）基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录和支付标准范围以外的医疗费；

（二）因吸毒、打架斗殴等违法犯罪造成伤害的医疗费；

（三）因自伤、自残、酗酒、戒毒、性传播疾病等发生的医疗费；

（四）因美容矫形、生理性缺陷（学生儿童先天性疾病除外）等发生的医疗费；

（五）第三方责任等引发的非疾病医疗费；

（六）在境外和港澳台地区发生的医疗费；

（七）因交通事故、医疗事故发生的医疗费；

（八）其他不属于基本医疗保险支付的。

交通事故和其他意外伤害提供有关部门出具的无第三方责任人的证明，且没有享受有关待遇报销的，经本人签署承诺书后，在定点医疗机构发生的住院医疗费用可列入基本医疗保险基金支付范围。

第二十一条 年满 18 周岁的非从业城乡居民（不含学生）

需参加城镇职工基本医疗保险的，按城乡居民基本医疗保险实际缴费年限1年折算3个月合并计入城镇职工基本医疗保险缴费年限。连续参保的自续保之日起，享受城镇职工基本医疗保险待遇；中断参保的自续保之日次月起，享受城镇职工基本医疗保险待遇。

第二十二条 城乡居民基本医疗保险筹资及待遇水平根据经济社会发展水平、基金收支结余情况、医疗费用增长幅度等因素适时调整，调整标准由州人力资源和社会保障局会商州财政局提出意见，报经州人民政府批准后执行。

第四章 基金管理 with 风险控制

第二十三条 城乡居民基本医疗保险统筹基金实行统收统支的管理模式，由州级统一调节使用和管理。统筹基金纳入社会保障基金财政专户管理，单独列账，不得挤占挪用。

第二十四条 为加强城乡居民基本医疗保险基金支付总额控制，有效减轻参保患者个人负担，建立统筹区域内医疗费用增长的制约机制，积极推行按人头、按病种、按床日、总额预付等支付方式改革。

第二十五条 州人力资源和社会保障局、州财政局等部门负责做好医疗保险基金帐户的监督管理，建立完善城乡居民医疗保险基金内控制度和预警机制，审核基金收支预算和决算工作，开展经常性监督检查，严格执行收支两条线，确保基金运行安全。

第二十六条 各县（市）完成基金征收任务后，当期出现的正常支出缺口由州、县（市）两级财政共同承担，其中州级统筹基金解决 40%、县（市）财政承担 60%；县（市）财政不按时上解应承担支出缺口资金的，州级统筹基金不予下拨。如州级统筹基金出现超支时，应及时向州人民政府报告，采取措施予以解决。

第五章 监督管理

第二十七条 州人力资源和社会保障局为全州城乡居民基本医疗保险的主管部门；州级医疗保险经办机构负责全州城乡居民基本医疗保险经办业务的综合管理和指导；各县（市）医疗保险经办机构负责组织城乡居民基本医疗保险费的征收、待遇支付、基金管理、会计核算和政策宣传工作。

第二十八条 各县（市）人民政府负责辖区城乡居民医疗保险工作的组织领导，并将配套补助资金、信息网络费和经办业务工作经费列入财政预算。各乡（镇）人民政府、寺庙管理委员会、街道办（社区）负责辖区内城乡居民宣传动员、个人缴费具体征集、社会保障卡发放和低收入家庭 60 岁以上人员认定工作。

第二十九条 卫计部门负责督促定点医疗机构的医疗服务管理工作，孕产妇生育政策合法性确认工作；教育部门负责督促学校、托幼机构做好学生、幼儿参保缴费的组织工作；公安部门负责参保人员户籍认定和身份证发放工作；财政部门负责政府补助资金的拨付和基金的监督管理工作；民政部门负责城

乡低保对象、城镇“三无”人员、农村五保户和孤儿确认工作；审计部门负责基本医疗保险基金收支的审计监督工作；扶贫移民部门负责建档立卡贫困人口确认工作；残联负责重度残疾人员确认工作；发改、食品药品监管等部门应按照职能、职责协助做好城乡居民基本医疗保险工作。

第三十条 参保人员的医疗费，由各级医疗保险经办机构按政策规定严格审核，擅自放宽或不按规定审核增加的基金支出，州级统筹基金不予支付，并按规定追究相关责任人的责任。州人力资源和社会保障局对各级审核情况适时进行监督检查，采取有效措施控制基金支出非正常增长。

第六章 附 则

第三十一条 本办法由州人力资源和社会保障局负责解释。

第三十二条 本办法自发布之日起施行，有效期为五年。原《甘孜藏族自治州城乡居民基本医疗保险暂行办法》（甘府发〔2015〕18号）同时废止。

抄送：州纪委（监察委）、州法院、州检察院，州委办、州人大办、
州政协办。

甘孜藏族自治州人民政府办公室

2018年2月11日印发