

长沙市人民政府办公厅文件

长政办发〔2017〕23号

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

各区县（市）人民政府，市直各单位：

《长沙市城乡居民基本医疗保险实施办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真遵照执行。

长沙市人民政府办公厅

2017年6月5日

长沙市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为完善我市城乡居民基本医疗保障体系，根据《中华人民共和国社会保险法》及《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）、《湖南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（湘政发〔2016〕14号）、《湖南省人民政府关于印发〈湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法〉的通知》（湘政发〔2016〕29号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 建立城乡居民医保制度遵循以下基本原则：

- （一）坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续；
- （二）坚持筹资水平、保障标准与经济社会发展水平相适应；
- （三）坚持互助共济，城乡居民个人缴费和政府补助相结合；
- （四）坚持权利和义务相统一，城乡居民公平享有基本医疗保险待遇；
- （五）坚持以收定支、收支平衡、略有结余。

第三条 本市行政区域内的城乡居民参加城乡居民医保适用本办法。

第四条 城乡居民医保执行全市统一政策，按照分级经办管理的模式运行。

第二章 组织机构与职责

第五条 各级人力资源社会保障部门是城乡居民医保工作的主管部门，按照分级管理的原则行使城乡居民医保管理职能。各统筹地区人力资源社会保障部门承担所辖区域城乡居民医保制度的建立、完善和管理职能。具体负责城乡居民医保的发展规划、实施办法和相关政策的制定、基金运行管理指导和监督、队伍建设和培训、协议管理医疗机构服务行为规范和监管等工作。

第六条 各统筹地区城乡居民医保经办机构承担辖区内协议管理医疗机构医疗行为的协议管理、政策执行及培训、异地就医即时结报和基金结算等工作。各级城乡居民医保经办机构承担本辖区城乡居民医保的业务管理、指导和经办服务。

第七条 各级机构编制、发展改革、教育、公安、民政、财政、卫生计生、食品药品监督、审计、保险监管等部门按照各自职能，协助做好城乡居民医保相关工作。

第八条 各级人民政府负责辖区内城乡居民医保组织参保和基金筹集工作，乡镇政府、街道办事处、村、社区具体负责组织辖区内城乡居民医保的参保登记、缴费续保、政策宣传等工作。有条件的地方可以采取政府购买服务的方式，建立城乡居民医保村级（社区）协管员制度。

第三章 参保缴费

第九条 城乡居民医保制度覆盖除职工基本医疗保险应参保

居民以外的其他所有城乡居民。具体包括下列人员：

1. 农村居民；
2. 城镇非从业居民；
3. 驻长在校大中专学生（简称大中专学生）；
4. 驻长职业高中、技校、中小学、幼儿园在册学生（简称普通学生）；
5. 国家及省市规定的其他人员。

第十条 按照属地管理原则，城乡居民原则上在户籍所在地参加城乡居民医保。大中专学生应以学校为单位在学校所在地整体参加城乡居民医保，普通学生可以学校为单位在学校所在地整体参加城乡居民医保。农村居民应以家庭为单位参加城乡居民医保。城镇居民没参加职工医保的，要在社区参加城乡居民医保。

街道办事处、乡镇政府的公共服务机构组织辖区内城镇居民以家庭为单位（大中专学生除外）参保登记，负责安排参保对象自行在指定银行缴费。街道办事处、乡镇政府的公共服务机构组织辖区内农村居民以家庭为单位（大中专学生除外）参保登记，负责基本医疗保险费征缴工作，征缴的基本医疗保险费在规定时间内按时足额存入指定的银行专户。以学校为单位组织参保的，由所在学校统一办理参保登记，负责基本医疗保险费征缴工作，征缴的基本医疗保险费在规定时间内按时足额存入指定的银行专户。

第十一条 在统筹地区取得居住证的常住人口，未在原籍参加基本医疗保险的，可在居住地参加城乡居民医保。

第十二条 城乡居民医保实行年缴费制度。城乡居民按年度一次性缴纳基本医疗保险费，才能享受相应的基本医疗保险待遇。大中专学生每年8月31日至10月31日缴纳新学年的基本医疗保险费，其他参保人员每年8月1日至12月31日缴纳下一年度的基本医疗保险费。大中专学生在规定的集中缴费时间8月31日至10月31日足额缴纳了新学年基本医疗保险费的，待遇享受期为本年度9月1日至下一年度8月31日。其他参保人员在规定的集中缴费时间足额缴纳了下一年度基本医疗保险费的，待遇享受期为下一年度1月1日至12月31日。积极探索委托银行代扣代缴、网上银行缴费等便捷的缴费续保模式。已经缴纳的当年度基本医疗保险费不予退还。

第十三条 城乡居民未在规定的参保缴费期内办理参保缴费手续的，原则上不予补办，不得享受基本医疗保险待遇，本办法另有规定的除外。

新生儿在出生28天内（含28天）取得我市户籍并按当年度城乡居民医保个人缴费标准一次性缴纳基本医疗保险费，可自出生之日起享受基本医疗保险待遇。

其他因户籍变动等客观原因或特殊情形导致未能在统筹地区规定的参保缴费期内办理参保缴费手续的，可在办理户籍手续后60天内参加城乡居民医保，按当年度城乡居民医保筹资标准一次性足额缴纳基本医疗保险费，从缴费的下个月起享受基本医疗保险待遇。

除上述情形外，首次在我市统筹地区参保的人员从缴费90天后起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第十四条 已参保人员当年度未按时缴费，当年度停止享受城乡居民基本医疗保险待遇，未缴费期间发生的医疗费用由本人承担。因特殊情形当年度未按时缴费的，在当年度3月31日前补足基本医疗保险费，从到账之日起开始享受城乡居民基本医疗保险待遇；在当年度4月1日以后补足基本医疗保险费，从到账之日起开始享受城乡居民基本医疗保险待遇，本结算年度内的个人自负比例提高10%。

第十五条 按规定做好基本医疗保险关系转移接续工作。已经在我省或其他统筹地区参加城乡居民或职工基本医疗保险的，不得在我市范围内重复参加城乡居民和职工基本医疗保险。避免跨统筹地区重复参保，避免待遇重复享受。

第四章 基金筹集

第十六条 城乡居民医保坚持多渠道筹资，实行个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式，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或资助。

第十七条 完善筹资动态调整机制，合理划分政府与个人的筹资责任。执行省人力资源和社会保障厅会同省财政厅统一确定的全省城乡居民医保的筹资标准政策。

第十八条 特困供养人员、低保对象参加城乡居民基本医疗

保险按照我市困难居民医疗救助政策由财政全额资助。建档立卡贫困人口参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分按规定全部由财政给予补贴。对生活困难的计划生育家庭特别扶助对象参加城乡居民基本医疗保险的，个人缴费部分由统筹地区政府按规定给予补贴，符合全额资助条件的免交个人缴费部分。

第十九条 城乡居民医保政府补助资金纳入同级财政年度预算安排，应当按规定及时、足额拨付到位。

第二十条 提倡和鼓励社会各界捐助、支持城乡居民基本医疗保险事业。

第五章 基金管理

第二十一条 城乡居民医保基金由以下四部分组成：

- (一) 城乡居民个人缴纳的基本医疗保险费；
- (二) 政府财政补助资金；
- (三) 基金利息收入；
- (四) 其他渠道筹集资金。

第二十二条 城乡居民医保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。城乡居民医保基金纳入财政专户，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。城乡居民基本医疗保险基金的银行计息按相关政策享受优惠利率。

第二十三条 城乡居民基本医疗保险筹资财政补助资金及特

殊病种门诊医疗费用财政补助资金由市、区县（市）财政按现行分担比例承担，在预算内核拨。

第二十四条 提高基金整体抗风险能力，建立市级风险调剂金制度，市级风险调剂金的具体管理办法由市人力资源和社会保障局会同市财政局另行制定。

第二十五条 统筹地区城乡居民医保基金出现支付不足时，符合申请风险调剂金条件的，可按照风险调剂金管理办法有关规定申请调剂金。

第二十六条 执行省内异地就医即时结算周转金制度。异地就医即时结算周转金纳入财政专户管理。具体管理办法按照省人力资源和社会保障厅政策执行。

第二十七条 合理控制城乡居民医保基金当年结余率和累计结余率。建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险，提高基金使用效率。

第二十八条 城乡居民医保基金通过预算实现收支平衡，县级以上政府在城乡居民医保基金出现支付不足时，给予补贴。

第六章 基本医疗保险待遇

第二十九条 城乡居民医保基金为参保居民支付下列费用：

（一）政策范围内的住院医疗费用；

（二）政策范围内的门诊（含特殊病种门诊、普通门诊、大中专学生和普通学生及未成年参保人员符合规定的意外伤害门诊）

医疗费用；

(三) 购买城乡居民大病保险；

(四) 生育医疗费用（含产前检查费）补助；

(五) 符合国家政策和省、市人民政府规定的其他情形。

第三十条 城乡居民医保基金设置住院起付标准，住院起付标准：乡镇卫生院、社区卫生服务机构为200元；三类收费标准医疗机构为300元；二类收费标准医疗机构为500元；市级一类收费标准医疗机构为1100元。一个结算年度内多次住院的，累计起付标准以省级定点医疗机构最高起付标准为限额。

逐步完善住院起付标准动态调整机制，根据国家及省、市有关政策适时调整住院起付标准。原则上当年度住院起付标准控制在上年度均次住院费用的10%—20%以内。

第三十一条 参保居民在统筹地区基本医疗保险协议管理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，由城乡居民医保基金按比例支付：乡镇卫生院、社区卫生服务机构为85%；三类收费标准医疗机构和县级二类收费标准医疗机构为70%；其他二类收费标准医疗机构为65%；市级一类收费标准医疗机构为60%。

第三十二条 省级定点医疗机构的住院起付标准和支付比例按照省人力资源和社会保障厅、省财政厅等相关部门制定的政策执行。

第三十三条 因突发疾病急诊抢救在72小时内转为住院治疗

的，急诊抢救医疗费用与住院医疗费用合并计算；急诊抢救死亡的，对政策范围内的医疗费用，视同住院医疗费用按规定报销。

第三十四条 城乡居民医保基金设置住院最高支付限额。一个结算年度内，城乡居民基本医疗保险（不含城乡居民大病保险）累计最高支付限额为15万元。

第三十五条 参保居民应当在基本医疗保险协议管理医疗机构就医。报参保地城乡居民医保经办机构同意备案后，因外出务工、长期在外地居住、转省外医疗机构治疗等特殊情形在异地就医时发生的政策范围内住院医疗费用，可比照统筹地区同级别协议管理医疗机构相关标准予以报销。未按照分级诊疗制度有关规定办理转诊手续的（危急重症患者抢救除外），城乡居民医保基金支付比例相应降低15%。在非基本医疗保险协议管理医疗机构发生的医疗费用原则上不予支付（危急重症患者抢救除外）。因危急重症抢救未及时办理转诊手续或在非协议管理医疗机构入院的，应当在入院治疗3个工作日内报统筹地区城乡居民医保经办机构同意备案，其发生的政策范围内住院医疗费用，可比照统筹地区同级别协议管理医疗机构的相关标准予以报销。

第三十六条 参保人员患特殊疾病疗程较长需连续治疗或长期服药而发生的门诊医疗费用按规定限额标准由基本医疗保险基金支付50%，计入最高支付限额。

第三十七条 大中专学生、普通学生及未成年参保人员发生意外伤害的门诊医疗费用经医疗保险经办机构核准，在政策规定

范围内由基本医疗保险基金支付50%，计入最高支付限额。

第三十八条 完善城乡居民医保门诊医疗保障政策，兼顾普通门诊和门诊大病医疗需求，按照城乡居民医保基金总额的15%左右的比例，建立门诊医疗统筹基金。门诊医疗统筹基金管理按照省人力资源和社会保障厅会同有关部门制定的统一政策执行。

第三十九条 完善城乡居民大病保险制度，提高参保居民重大疾病保障水平。城乡居民大病保险筹资标准原则上控制在当年城乡居民医保基金筹资标准的5%左右。城乡居民大病保险政策按照国家 and 省政策适时进行调整。

第四十条 城乡居民医保基金对参保居民符合计划生育政策规定的生育医疗费用（含产前检查费）给予一次性补助，平产最高补助标准为1300元，剖宫产最高补助标准为1600元，按单病种包干管理，在协议管理医疗机构实行即时结算。孕产妇因高危重症救治发生的政策范围内住院医疗费用参照疾病住院相关标准支付。

第四十一条 城乡居民医保执行全省统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准。具体目录按照省人力资源和社会保障厅制定的政策执行。

第四十二条 城乡居民医保基金对五保对象等特殊困难群体，以及部分单病种、意外伤害等住院医疗费用的支付管理办法，按照省人力资源和社会保障厅会同有关部门制定的政策执行。

第四十三条 参保居民发生的下列医疗费不属于城乡居民医保基金支付范围：

- (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) 国家和省规定不予支付的其他情形。

医疗费用依法应由第三人负担，第三人不支付或无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金支付后，有权向第三人追偿。

第四十四条 强化城乡居民医保与城乡医疗救助政策联动。对于经城乡居民基本医保、大病保险和其他补充医疗保险补偿后自负费用仍有困难且符合医疗救助条件的患者，由民政等部门及时落实相关救助政策。

第七章 医疗服务管理

第四十五条 完善城乡居民医保协议管理医药机构的管理，强化服务协议管理，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。

第四十六条 参保居民在协议管理医药机构发生的医疗费用，应当由城乡居民医保基金支付的部分，由城乡居民医保经办机构与协议管理医药机构直接联网结算。

第四十七条 全面推行以总额控制为基础的医保付费方式改革，积极推进按病种付费为主、按疾病诊断相关分组（DRGs）付费、按床日付费、按人头付费为补充的多元复合支付方式。合理运

用单病种包干付费方式，适当提高中医适宜技术报销水平。建立健全医保经办机构与医疗机构及药品供应商的谈判协商机制和风险防范机制，推动形成合理的医保支付标准，引导协议管理医疗机构规范服务行为，控制医疗费用不合理增长。

第四十八条 各级城乡居民医保经办机构应当依法履行经办职责，建立健全城乡居民医保业务、财务、基金安全和风险管理、内部审计制度，严格履行城乡居民医保服务协议，加强对协议管理医药机构履行服务协议情况的日常管理和检查。

第四十九条 支持承办城乡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。

第五十条 执行全省统一的异地就医即时结算制度，实现全省范围内异地就医即时结算。按照国家及省统一部署，做好跨省异地就医即时结算工作。各级城乡居民医保经办机构要密切配合，切实加强异地就医监管。

第八章 经办能力建设

第五十一条 各级人民政府要加强城乡居民医保经办能力建设，加强乡镇、街道社会保障服务平台建设，落实办公场所，保障医疗服务监管用车，合理配备与城乡居民医保管理服务相适应的人员编制，安排必要工作经费，确保城乡居民医保经办服务工作的顺利开展。

第五十二条 城乡居民基本医疗保险基金实行统一核算，统筹使用。由同级财政部门足额安排人社部门的城乡居民基本医疗保险工作经费，不得从城乡居民基本医疗保险基金中提取。

乡镇、街道、村、社区组织居民参保缴费的，工作经费由同级财政安排。

第五十三条 各级城乡居民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。

第五十四条 各级财政部门要加大对医保信息系统平台建设和长期运行维护的投入，按照标准统一、资源共享、数据集中、服务延伸的原则建立健全覆盖城乡的医疗保险信息网络，推动社会保障卡在城乡居民参保缴费、即时结算等工作中的广泛应用。

第九章 监督管理

第五十五条 人力资源社会保障部门应当加强对城乡居民医保制度实施、经办机构职责履行情况的监督管理，加强对基金收支、管理工作的监督检查，督促城乡居民医保经办机构定期向社会公布基金筹集、使用和结余情况。

第五十六条 各统筹地区人民政府要成立由政府相关部门、人大代表、政协委员、医疗机构、参保居民、专家学者等参加的城乡居民医保监督委员会，对基金的筹集、运行、使用和管理实施社会监督。

第五十七条 设立市城乡居民医保咨询专家委员会，实行医疗保险重大问题专家咨询、评估制度。

第五十八条 建立城乡居民医保三级定期公示制度。各级城乡居民医保经办机构、协议管理医疗机构和村民（居民）委员会要在醒目位置设公示栏，定期公示城乡居民医保主要政策、就诊（转诊）流程、医疗费用报销情况和监督举报电话等内容。

第五十九条 切实加强城乡居民医保基金监督管理，对违反《中华人民共和国社会保险法》有关规定和基本医疗保险制度政策骗取、套取城乡居民医保基金的行为，依法依规严厉查处。

第十章 附 则

第六十条 因重大灾情及重大事故所发生的城乡居民医疗费用，由各统筹地区人民政府另行安排资金解决。

第六十一条 城乡居民医保筹资标准、待遇标准随着社会经济发展和城乡居民医保基金运行状况，按照国家及省、市有关政策适时调整。

第六十二条 本办法自2017年7月1日起施行。

抄送：市委有关部门，长沙警备区。

市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市中级人民法院，
市人民检察院。

各民主党派市委。

长沙市人民政府办公厅

2017年6月5日印发
