

德宏州人民政府办公室关于印发
德宏州城乡居民基本医疗保险实施办法的通知
德政办规〔2022〕2号

各县市人民政府，州直和中央、省驻德宏各单位：

《德宏州城乡居民基本医疗保险实施办法》已经州人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2022年11月30日

（此件公开发布）

德宏州城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总则

第一条 为保障全州城乡居民基本医疗需求，建立健全统一的城乡居民基本医疗保险制度，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等有关法律法规和政策规定，结合德宏州实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于除职工基本医疗保险应参保人以外的其他所有城乡居民，包括农村居民、城镇非从业居民、大中专院校就读的在校学生和国家、省、州规定的其他人员。参加城乡居民基本医疗保险的人员（以下简称参保人）不受户籍限制。

第三条 城乡居民基本医疗保险实行州级统筹、分级管理，坚持政府补助与个人筹资相结合、保障水平与经济社会发展相适应的原则。

第四条 各级人民政府应当加强医疗保障服务能力建设，构建统一的医疗保障经办管理体系，推进服务下沉，实现州、县、乡、村四级医疗保障服务全覆盖。

第五条 州级医疗保障部门负责城乡居民基本医疗保险政策的制定，州、县级医疗保障部门负责城乡居民基本医疗保险的组织实施和监督管理等工作。

第六条 州、县医保经办机构负责医疗保险经办服务工作，各乡镇（街道）、村（社区）按照各自工作职责组织落实好辖区医保政策宣传、参保登记、代缴代办、管理等工作。

第二章 参保管理

第七条 符合参保条件的城乡居民，凭有效身份证件到医保经办机构、乡镇社保服务中心或在国家医保服务平台、云南省政府救助平台、一部手机办事通等 APP 办理参保手续，不得重复参保。

第八条 城乡居民基本医疗保险实行按年度参保缴费和享受医疗保险待遇，每年的 9—12 月为下一年度集中参保缴费期。在集中参保缴费期办理参保缴费的，自次年的 1 月 1 日起享受医疗保险待遇。

第九条 新生儿出生 90 天内已办理参保登记，且父母双方都已在云南省参加城乡居民基本医疗保险或职工基本医疗保险的，新生儿出生当年免缴保费，自出生之日起，当年所发生的医

疗费用均可纳入医保支付。新生儿出生 90 天内未办理参保登记或新生儿父母有一方未在云南省参加城乡居民基本医疗保险或职工基本医疗保险的，新生儿出生当年需按照当年个人缴费标准缴纳保费，但不受城乡居民基本医疗保险集中参保缴费期限限制。参保缴费的新生儿，自出生之日起，当年所发生的医疗费用均可纳入医保支付。

第十条 每年集中缴费期结束后的退役军人和刑满释放人员可按照当年个人缴费标准参保缴费，不受集中参保缴费期限限制。

第三章 基金筹集和管理

第十一条 城乡居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式，筹资标准按照国家、省有关标准执行。

参保人每年应当按照个人缴费标准一次性缴纳医疗保险费。

城乡居民基本医疗保险补助纳入同级财政年度预算予以保障。鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。

第十二条 具有德宏州户籍并符合资助参保条件的城乡居民，按照规定给予全额或定额资助，并于参保当年 3 月 30 日前

将资助资金足额划入城乡居民基本医疗保险基金(以下简称医保基金)财政专户。

第十三条 医保基金执行社会保险基金预决算管理制度、基金财务制度和会计制度,实行财政专户存储,收支两条线管理,专款专用,不得挤占、挪用,也不得用于平衡财政预算。

第十四条 医保基金的使用遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则,确保基金安全。建立健全基金运行风险预警机制,防范基金运行风险,合理控制基金当年结余率和累计结余率,提高基金使用效率。

第十五条 医保经办机构应当建立健全内部管理制度,强化基金内部审计和外部监督,定期向社会公布医保基金收支和医疗保险待遇享受情况,加强民主监督、社会监督和舆论监督。

第四章 医疗待遇

第十六条 城乡居民基本医疗保险待遇包括住院待遇(含住院分娩)、门诊待遇和其他医疗保险待遇。一个自然年度内,医保基金住院待遇最高支付限额为15万元。

第十七条 医保基金的支付范围和标准,按照国家基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准执行。其中,特殊

检查、乙类检查、血液制品、200 元以上的国产和集采耗材（含进口）先行自付 10%后按比例支付。200 元以上的进口耗材（非集采）不纳入医保支付范围。

第十八条 参保人在定点医疗机构发生的符合医保基金支付范围的住院医疗费用，按以下标准支付：

（一）一级医疗机构：起付标准 200 元，支付比例 90%。

（二）二级医疗机构：起付标准 400 元，支付比例 75%。

（三）三级医疗机构：起付标准 800 元，支付比例 60%。

（四）省级及省外三级医疗机构：起付标准 1200 元，支付比例 60%。

一个自然年度内多次住院的，每次住院均按起付标准执行，不累计计算。

第十九条 参保人住院分娩发生的医疗费用，按照以下方式支付：

（一）统筹区内县、乡两级定点医疗机构实行单病种包干支付。顺产支付标准为县、乡两级医疗机构 1800 元；剖宫产支付标准为县级医疗机构 2700 元，乡级医疗机构 2100 元。住院分娩单病种包干支付施行定点医疗机构“结余留用、超支不补”，个人不承担费用。

(二) 州级及以上定点医疗机构实行单病种限额支付。顺产支付标准为 2400 元；剖宫产支付标准为 3400 元。住院分娩医疗费用达不到限额标准的，医保基金按实际费用支付；超出限额标准的，医保基金按限额支付，超出限额部分由个人负担。

(三) 因难产、危急孕产妇抢救、妊娠并发症、妊娠合并症或孕产妇伴随有其他疾病需要住院治疗等特殊情况，导致诊疗所需费用超出单病种包干支付范围，或在统筹区外县、乡级定点医疗机构住院分娩的，不再实行单病种包干支付，按普通住院医保待遇标准进行结算。

(四) 参保人在非定点医疗机构住院分娩的，医保基金不予支付。

第二十条 参保人门诊医疗待遇按以下规定执行：

(一) 一般诊疗费。参保人在基层医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、村卫生室）就诊发生的一般诊疗费，纳入医疗保险支付范围。

(二) 普通门诊：政策范围内费用，县域内二级以下定点医疗机构支付比例 50%，县域内二级及以上定点医疗机构支付比例 25%，每月累计支付限额 80 元，一个自然年度医保基金最高支付限额 400 元。落实高血压、糖尿病门诊用药保障，政策范围内用药费用支付比例 50%。

(三) 门诊慢性病、特殊病、门诊谈判药、日间手术、重特大疾病以及门诊急诊抢救待遇，由州级医疗保障部门按照国家、省、州有关规定执行。德宏州的地方病、特殊病待遇依程序报省医保局备案同意后执行。

第二十一条 城乡居民基本医疗保险住院医疗待遇与分级诊疗挂钩。在同一疾病治疗周期内，下级医疗机构规范上转上级医疗机构时，只需补计上下级医疗机构起付标准差额；上级医疗机构规范下转下级医疗机构时，不再另计起付标准。

第二十二条 参保人不符合转诊转院规范住院的基本医疗保险支付比例降低 5 个百分点，即二级医疗机构支付 70%，三级医疗机构（含省级及省外三级医疗机构）支付 55%。

第二十三条 除国家、省规定以外，以下情形医保基金不予支付：

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的；
- (二) 应当由第三方负担的；
- (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) 因违法犯罪、吸毒、打架斗殴造成的医疗费用；

(七) 国家规定的医保基金不予支付的其他费用。遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由医保基金先行支付。医保基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第五章 费用结算

第二十四条 参保人可凭中华人民共和国社会保障卡和身份证到定点医药机构进行就医结算，也可使用微信、支付宝、一部手机办事通、国家医保服务平台等 APP 开通医保电子凭证进行结算。

第二十五条 参保人在统筹区内定点医药机构和统筹区外开通异地结算的定点医药机构发生的医疗费用实行“一站式”即时结算。个人承担部分由个人与医药机构即时结算；医保基金支付部分由医保经办机构按月与定点医药机构结算。

第二十六条 参保人在尚未实现联网结算的定点医药机构发生的医疗费用或特殊原因不能即时结算的，由患者个人先行垫付，待医疗终结后，持中华人民共和国社会保障卡和有效单据（医疗费发票、病情证明、费用清单）到参保地医保经办机构报销，

报销截止时间原则上为次年 3 月 31 日。不在规定时限内报销的医疗费用（特殊情况除外）由个人承担。

第二十七条 医保经办机构与定点医药机构按月结算医疗费用。定点医药机构应于每月 10 日前将上月发生的医疗费用向医保经办机构申报，医保经办机构审核通过后将医疗费用划拨定点医药机构。

第二十八条 医保适时推行以总额预付、县域内医共体按人头打包付费、疾病诊断有关分组（DRG）付费、病种付费、床日付费、日间手术、项目付费等复合医保支付方式。

第六章 经办和定点医药机构管理

第二十九条 各级医疗保障部门执行全州统一的城乡居民基本医疗保险管理制度、经办流程、工作标准和业务规范，推进经办标准化建设，提升服务质量和服务水平。

第三十条 州级医疗保障部门建立健全定点医药机构考核评价机制和准入、退出机制，强化协议医药机构的管理。

各级医保经办机构负责辖区内定点医药机构监督管理工作。按年度与辖区内定点医药机构签订服务协议，明确双方责任、权利和义务。

第三十一条 医保基金按《医疗保险基金使用监督管理条例》有关规定进行监督管理。定点医药机构按国家医疗保障局《医疗机构医保定点管理暂行办法》和《零售药店医保定点管理暂行办法》进行管理。

第七章 组织保障

第三十二条 州人民政府负责城乡居民基本医疗保险工作的领导，将城乡居民基本医疗保险参保和征收工作纳入州人民政府对县市人民政府年度综合目标任务考核范围。

第三十三条 医疗保障部门会同有关部门做好城乡居民基本医疗保险工作，切实维护广大参保人的合法权益。

（一）税务部门负责城乡居民基本医疗保险费征收管理工作，并协助医疗保障部门开展医疗保险扩面工作。

（二）财政部门负责落实城乡居民基本医疗保险财政补助资金，做好医保基金财政专户管理、预算安排和拨付等工作。

（三）民政部门负责城乡特困对象、低保对象、孤儿、低收入家庭 60 周岁以上的贫困老年人和未成年人认定工作。

（四）乡村振兴部门负责脱贫人口与监测对象认定工作。

(五) 卫生健康部门负责深化医疗卫生体制改革, 大力发展社区卫生服务体系, 推进分级诊疗制度实施, 强化医疗服务管理, 促进医疗机构提供质优、价廉、方便、规范的药品和诊疗技术服务, 负责计划生育救助对象认定及医疗行为监督管理工作。

(六) 市场监管部门按职能职责做好医药机构的监督管理工作。

(七) 残联负责残疾人残疾等级的审核认定工作。

(八) 退役军人事务部门负责重点优抚对象认定工作。

(九) 审计部门依法对医保基金的筹集、使用和运行管理情况进行审计监督。

(十) 工会、教育体育、民族宗教、公安、发展改革等部门按照各自工作职责, 做好城乡居民基本医疗保险的有关工作。

第三十四条 州、县财政部门根据城乡居民基本医疗保险业务工作的需要给予必要的经费保障。

第八章 附则

第三十五条 发生暴发性、流行性传染病和自然灾害等因素造成的大范围急、危、重病人救治医疗费，由州人民政府综合协调解决。

第三十六条 城乡居民基本医疗保险的筹资标准、待遇按照国家、省的有关规定，由医疗保障部门、财政部门结合经济社会发展和基金运行情况适时调整。

第三十七条 本办法自 2022 年 12 月 31 日起施行，本办法施行后，国家和省有新规定的，按新规定执行。《德宏州城乡居民基本医疗保险试行办法》（德政办发〔2016〕167 号）同时废止。

第三十八条 本办法由州医保局负责解释。