



临沧市人民政府关于印发临沧市城乡居民基本医疗保险实施办法的通知

临政发〔2017〕105号

各县、自治县、区人民政府，市直各委、办、局：

《临沧市城乡居民基本医疗保险实施办法》已经第三届市人民政府第四十三次常务会议研究同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

临沧市人民政府

2017年8月16日

（此件公开发布）



临沧市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为完善我市社会医疗保险制度，进一步提高医疗保障水平，实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益，促进社会公平正义。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）、《云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》（云政发〔2016〕72号），以及省级有关部门关于整合城乡居民基本医疗保险制度配套政策文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险制度应遵循：坚持基本医疗保险统筹水平与社会经济发展水平相适应的原则；坚持全覆盖、保基本、可持续的原则；坚持权利与义务相对等、个人缴费和政府补助相结合的原则；坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则；坚持属地管理、市级统筹的原则；坚持与城镇职工基本医疗保险和社会医疗救助等统筹兼顾、相互衔接、协调发展的原则。

第三条 城乡居民基本医疗保险制度实行市级统筹，全市执行统一的城乡居民基本医疗保险政策，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、统一信息系统，并逐步完善付费方式。

第四条 城乡居民基本医疗保险制度由各级人民政府有关组成部门负责组织实施，市社会保险行政部门负责全市的城乡居民基本医疗保险管理工作，市人民政府其他有关部门在各自的职责范围内负责有关的城乡居民基本医疗保险工作。县（区）社会保险行政部门负责本行政区域的城乡居民基本医疗保险管理工作，县（区）人民政府其他有关部门在各自的职责范围内负责有关的城乡居民基本医疗保险工作。

（一）城乡居民基本医疗保险行政管理部门职责：负责依法制定城乡居民基本医疗保险有关配套的政策措施；会同财政部门审核城乡居民基本医疗保险基金预决算，对城乡居民基本医疗保险基金的收支、管理等情况进行监督管理；对执行城乡居民基本医疗保险制度及有关配套政策措施的执行情况进行监督检查等工作。

（二）其他有关部门职责

发展和改革委员会负责将城乡居民基本医疗保险工作纳入国民经济和社会发展规划，加强医疗服务、药品、诊疗项目和医用耗材等价格的管理和监督。

财政部门负责完善基金财务会计制度，会同有关部门做好基金监管工作，并给予必要的经费保障。

公安部门负责提供城乡居民户籍信息。

卫生计生部门负责制定医疗机构管理的配套政策措施，加强



临沧市人民政府行政规范性文件

医疗机构医疗服务行为和服务质量的监督管理，协助组织农村独生子女家庭参加城乡居民基本医疗保险。

药品监督管理部门负责定点服务机构的药品和医疗器械质量监督管理工作。

教育部门负责协助组织在校学生、幼儿园儿童参加城乡居民基本医疗保险工作。

民政部门负责城乡特困人员、城乡低保对象、低收入家庭60周岁以上的贫困老年人、边境县的边境一线以行政村为单位的农村居民和纳入农村低保范围以及居住在边境一线行政村的农村重点优抚对象等特殊群体参保救助人员的确定和按政策全额或部分资助参保，协助做好困难人员的参保工作；做好医疗救助制度与城乡居民基本医疗保险制度的衔接工作。

档案部门负责城乡居民基本医疗保险规范业务档案的指导工作。

残疾人联合会负责协助组织丧失劳动能力的一、二级重度残疾人参加城乡居民基本医疗保险工作。

审计和银行等部门根据各自职责，密切配合，确保城乡居民基本医疗保险工作的顺利开展。

（三）乡（镇）人民政府和街道办事处负责具体组织和承办本辖区内城乡居民基本医疗保险的入户调查、接受申请、资格审查、参保登记、保费收缴、信息变更、费用结算和汇总上报

等工作。

第五条 各级医疗保险经办机构提供城乡居民基本医疗保险经办和管理服务工作。负责城乡居民基本医疗保险基金的筹集、管理和待遇支付工作；建立健全基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，编制城乡居民基本医疗保险基金预决算；与本辖区内城乡居民基本医疗保险定点服务机构签订城乡居民基本医疗保险服务协议并加强监督管理工作。

第二章 参保登记

第六条 参保对象及覆盖范围：

本市行政区域内除城镇职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民，包括农村居民、城镇非从业居民、在校就读学生、在园儿童、婴幼儿、新生儿、宗教教职人员、长期投资经商和务工的外来人员的未成年子女以及国家和我省规定的其他人员。农民工和灵活就业人员依法参加职工基本医疗保险有困难的，可按照当地规定参加城乡居民基本医疗保险，参保居民不再区分农村和城镇居民，不受城乡户籍限制。

第七条 城乡居民医疗保险实行以个人形式登记参保，参保申请人按户籍所在地就近到乡（镇、街道）社会保障服务中心或医疗保险经办机构（以下简称：登记点）办理参保登记手续，各



登记点工作人员不得以任何理由拒绝办理登记手续。具体参保登记方式为：家庭成员均为城乡居民医疗保险参保对象的应当以家庭方式全员参保登记；在校学生和在园儿童的父母（监护人）非城乡居民医疗保险参保对象的，可以学校（幼儿园）为单位办理参保登记；其他人员以个人形式参保登记。

新迁入本市户籍的城乡居民持户籍证明在下一保险年度申报参保缴费期内办理参保登记手续。

第八条 参保申请人办理参保登记时应当携带户口簿、身份证等有效证件，填写《城乡居民基本医疗保险个人信息登记表》。

以下人员还应当提供下列有效证件，并应当留存相关资料的复印件，其信息登记材料应当单列管理。

（一）重度残疾人员需提供由残联核发的《中华人民共和国残疾人证》；

（二）享受低保、城乡特困人员待遇以及低收入家庭 60 周岁以上的贫困老年人和边境县一线以行政村为单位的农村居民、农村重点优抚对象需提供由民政部门出具的有效书面证明材料。

若不能提供上述有效证件或证明材料的，按一般城乡居民进行参保登记。在年度缴费截止日前补提供有效证件或证明材料的，可按相应人员类别变更登记。

第九条 新生儿出生 90 日内，其监护人应当按规定到登记点办理参保登记。新生儿父母双方均已参加基本医疗保险并符合

国家卫生计生政策规定的，随父母视同参加当年城乡居民基本医疗保险，出生当年个人不缴费。

第三章 保费筹集

第十条 城乡居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补助相结合，年度个人缴费和政府补助标准按照国家 and 省相关政策规定执行。

政府对城乡居民基本医疗保险的补助资金由中央财政补助资金和地方财政补助资金构成，地方财政补助资金省级财政承担98%，市和县（区）级财政承担2%，市和县（区）级财政按照1:9的比例分别承担。

第十一条 城乡居民基本医疗保险实行年缴费制度，每年的7月1日至12月20日为下一保险年度的集中参保缴费期。

第十二条 城乡居民可按单位（村、组、学校、幼儿园）、家庭或个人的方式参保缴费：家庭成员均为城乡居民的以家庭的方式全员参保缴费；在校学生或幼儿园儿童可以学校或幼儿园为单位的方式整体参保缴费；其他人员按个人方式参保缴费。

第十三条 特殊群体参保缴费资助。

（一）民政部门对困难人员按照个人缴费标准实行全额或者定额资助参保。对城乡特困人员实行全额资助参保；对城乡低保



对象，丧失劳动能力的一、二级困难重度残疾人，低收入家庭60周岁以上的贫困老年人，边境县的边境一线以行政村为单位的农村居民，按照每年每人70元标准定额资助参保，其余部分由个人承担；对纳入农村低保范围以及居住在边境一线行政村的农村重点优抚对象，按照个人缴费标准实行全额资助参保，其中，在民政医疗救助资金中定额资助70元，不足部分从优抚对象医疗补助资金中资助。

（二）卫生计生部门按照省有关计划生育政策，落实对农村独生子女的父母及年龄未满18岁的独生子女和只生育了两个女孩且采取了绝育措施的农村夫妻的个人缴费部分给予资助。

（三）鼓励有条件的县（区）财政给予少数民族或其他贫困城乡居民个人参保缴费进行资助，鼓励集体、单位和其他社会经济组织给予困难城乡居民个人参保缴费进行资助，鼓励用人单位给予其职工家属个人参保缴费进行资助，帮助其参保。

第四章 待遇支付管理

第十四条 一个保险年度内，参保人员到定点服务机构就医所发生的符合云南省规定的城乡居民基本医疗保险用药目录、诊疗项目和医疗服务设施标准的医药费用，按本办法规定从城乡居民基本医疗保险基金中支付。



第十五条 一般门诊待遇。参保人员在实施国家基本药物零差率销售政策的基层定点服务机构（包括村卫生室、社区卫生服务站、社区卫生服务中心和乡镇卫生院，下同）就医，门诊挂号费、诊疗费以及药事服务成本合并为“一般诊疗费”，按照不同的服务内容分三档享受“一般诊疗费”门诊待遇：

（一）门诊一般诊疗费。包括门诊挂号、诊查、门急诊留观诊查和药事服务，每人次6元，其中：个人支付0.5元，统筹基金支付5.5元；

（二）门诊简单诊疗费。包括门诊挂号、诊查、门急诊留观诊查、药事服务、肌肉注射、皮试和静脉注射，每人次7元，其中：个人支付1元，统筹基金支付6元；

（三）门诊复杂诊疗费。包括门诊挂号、诊查、门急诊留观诊查、药事服务、肌肉注射、皮试、静脉注射和静脉输液，每人次9元，其中：个人支付2.5元，统筹基金支付6.5元。

建档立卡贫困患者一般诊疗费由城乡居民基本医疗保险基金全额支付，个人不再承担。

第十六条 普通门诊医疗待遇。参保人员在统筹区内实施国家基本药物零差率销售政策的基层定点服务机构就医所发生的普通门诊（含急诊）医药费用，不设起付线，由城乡居民基本医疗保险基金按照50%的比例支付。年度内个人普通门诊医疗费基本医疗保险基金最高支付限额为300元。

中药饮片和符合条件的中药制剂以及针灸、推拿、拔火罐等非药物诊疗费用纳入普通门诊待遇，乡、村两级定点医疗机构发生的医疗费用由城乡居民基本医疗保险基金按照 60%的比例支付；县级定点服务机构门诊辅助检查费用纳入普通门诊待遇，由城乡居民基本医疗保险基金按照 30%的比例支付。

第十七条 慢性病和特殊病门诊医疗待遇。

(一)慢性病门诊待遇：参保人员患慢性肾炎(肾病综合征)、冠心病、糖尿病、原发或继发性高血压极高危组、甲状腺机能亢进、甲状腺机能减退、癫痫、支气管扩张(支气管哮喘、婴幼儿哮喘、咳嗽变异性哮喘)、肺心病及慢性阻塞性肺气肿、心力衰竭(心功能Ⅱ级以上)、脑血管意外(脑出血、脑血栓、脑梗塞、脑萎缩及后遗症)、活动性结核病、慢性活动性肝炎、类风湿性关节炎(幼年特发性关节炎、幼年性皮肌炎)、精神病等 15 类疾病的，经本人向参保地县级及以上医疗保险经办机构申请并提供二级及以上综合或专科公立医疗机构出具的诊断证明及提供相关辅助检查报告单，审批同意后纳入慢性病门诊统筹。具体支付项目、支付比例和支付限额按附件 1 执行。患有多种慢性病的参保人员可同时申报享受三种以内的慢性病待遇，享受待遇额度为其中最高一种病种的支付额度，复审年限按最低一种病种的复审年限执行。享受慢性病门诊医疗待遇的人员每次开药应不超过 30 日用量。慢性病门诊医疗费不纳入年度统筹基金最高支付限



额累计。

(二) 特殊病门诊待遇：参保人员患有恶性肿瘤（包括各种癌症、肉瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、黑色素瘤、生殖细胞瘤、白血病及其他需要放疗、化疗的颅内肿瘤）、慢性肾功能衰竭（尿毒症）（包括血透、腹透、CRRT 治疗）、器官移植（包括肾移植、肝移植、血液系统疾病的骨髓移植和干细胞移植、心肺移植）、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血（包括遗传性球形红细胞增多症、自身免疫性溶血性贫血、地中海贫血）、帕金森氏病、血友病、儿童生长发育障碍（生长激素缺乏症）、小儿脑瘫、重症肌无力（包括肌营养不良症、运动神经元疾病）、儿童免疫缺陷病等 11 类特殊病的，经本人向参保地县级及以上医疗保险经办机构申请并提供二级及以上综合或专科公立医疗机构出具的诊断证明及提供相关辅助检查报告单，审批同意后纳入特殊病门诊统筹。具体支付项目和支付比例按附件 2 执行。门诊特殊病年度支付限额按基本医疗保险住院最高支付限额执行。享受特殊病门诊医疗待遇的参保人员每次开药不能超过 30 日用量（其中器官移植后抗排斥治疗每次开药不能超过 90 日用量）。在一个年度内门诊特殊病医保基金支付的起付线单独计算，门诊特殊病的医疗费用与住院医疗费用合并计算最高支付限额。患有多种特殊病的参保人员可同时申报享受三种以内的特殊病待遇。

参保人员同时患有慢性病和特殊病的，可自行选择特殊病或

慢性病申报享受相关待遇。

第十八条 参保人员住院就医城乡居民基本医疗保险统筹基金支付的起付线、支付比例和最高支付限额。

(一)起付线：一级医疗机构 200 元；二级医疗机构 400 元；统筹区内三级医疗机构 800 元；统筹区外三级医疗机构 1200 元。在一个医疗保险年度内多次住院的，每次住院均按起付线执行，不累计计算。

(二)支付比例：合规的医药费用在起付线以上、最高支付限额以下的部分，城乡居民基本医疗保险统筹基金按一级医疗机构 90%、二级医疗机构 75%、三级医疗机构 60%的比例支付。

参保人员住院就医不按本办法规定办理转诊转院手续的：在统筹区内三级定点医疗机构住院的，支付比例在本办法规定的基础上下调 10%；在统筹区外定点医疗机构住院的，支付比例在本办法规定的基础上下调 20%。

(三)城乡居民基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额为每人每年 15 万元。

城乡居民基本医疗保险统筹基金的支付起付线、支付比例和最高支付限额的调整，由市人力资源社会保障部门会同市财政部门根据基金运行情况和社会经济发展情况，提出调整意见，报请市人民政府批准后公布执行。

第十九条 参保人员因患急、危、重病经门诊抢救无效死亡



的，其医药费用按本办法的住院就医待遇政策规定执行。

第二十条 住院床位费待遇。参保人员住院就医，城乡居民基本医疗保险统筹基金支付的病床床位费，最高按“三、四床间一档”的标准支付。

第二十一条 重大疾病住院待遇。恶性肿瘤（癌症）、慢性粒细胞性白血病、儿童白血病（含患有急性淋巴细胞白血病、急性早幼粒细胞白血病的0—14周岁的儿童）、儿童先心病（含患有先天性房间隔缺损、先天性室间隔缺损、先天性动脉导管未闭、先天性肺动脉瓣狭窄的0—14周岁的儿童）、急性心肌梗塞、脑梗死、血友病、I型糖尿病、甲状腺机能亢进、唇腭裂、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、苯丙酮尿症（儿童）、尿道下裂、危急重症孕产妇等15类重大疾病，统筹基金支付比例为：一级医疗机构90%、二级医疗机构75%、三级医疗机构70%；终末期肾病、重性精神疾病2类重大疾病，统筹基金支付比例90%。患重大疾病住院的取消起付线、不设最高支付限额。

第二十二条 建档立卡贫困患者享受以下住院就医待遇：住院实行县域内先诊疗后付费办法；乡镇卫生院住院不设起付线，合规医药费全额纳入支付范围；符合分级诊疗、按照转诊转院规范住院的在现有报销比例的基础上提高5%。

第二十三条 异地安置的参保人员在安置地定点医疗机构住院就医时，按参保统筹地城乡居民基本医疗保险待遇政策规定

执行。异地安置的参保人员应持《居住证》到参保地县级及以上医疗保险经办机构办理异地安置手续。

不能实现现场结算支付的，医药费用先由本人垫付，医疗终结后凭有效医药费用单据、出院证、医疗费用清单、异地居住证明材料等回参保地医疗保险经办机构审核支付。

第二十四条 统筹区内居住的参保人员因患精神病需住院治疗的，统一到统筹区内精神病专科医院治疗，住院就医待遇按住院床日付费方式实行定额包干结算，包干支付标准根据当地经济发展和精神病专科医院诊疗技术水平，由医保经办机构与定点服务机构双方约定。

第二十五条 住院分娩医疗待遇。参保孕产妇住院分娩实行定额包干和定额支付，定点医疗机构不应当变相分解将费用转嫁给患者负担。在统筹区内定点医疗机构住院顺产费用包干支付标准：一、二级医疗机构 1500 元；剖宫产费用包干支付标准：一级医疗机构 1800 元、二级医疗机构 2400 元；三级医疗机构定额支付标准：顺产 2000 元、剖宫产 3000 元。

市外住院分娩、一般产科并发症或基础性疾病同时治疗的，按普通疾病住院就医待遇政策支付；危急重症孕产妇抢救纳入重大疾病保障范围予以支付。

第二十六条 参保人员患病应当就近到当地医疗保险定点医疗机构就医，因病情需要转诊转院的，按照“逐级转诊转院、

先省内后省外”的原则办理转诊转院手续。

(一)转诊转院条件：经检查、会诊仍不能确诊的疑难病症；不具备诊治、抢救条件的危重病症；因缺少设施设备或未开展某些诊疗项目而无法对急难危重患者进行救治的；诊断明确的多发病、常见病或手术后可到基层医疗机构住院进行后续治疗的。

(二)转诊转院程序：二级医疗机构转三级医疗机构诊治的，应由主管医生、科主任提出转诊转院建议，经医疗机构医保科或医务科同意，报属地医疗保险经办机构或市级医疗保险经办机构备案。紧急情况的，可以先转诊转院，并于出院前办理转诊转院手续。

转往省外医疗机构诊治的，原则上凭省级三级定点医疗机构出具的“转诊转院意见”方可转院。

第二十七条 参保人员就医的下列费用城乡居民基本医疗保险基金不予支付：

(一)未纳入云南省规定的城乡居民基本医疗保险用药目录的药品费；

(二)未纳入云南省规定的城乡居民基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施标准项目的费用；

(三)到非定点医疗机构就医发生的医疗费用；

(四)门诊病历工本费、住院病历工本费(包括病人建档费)、住院生活用品费、伙食费、营养费、护工费、住院陪护费、个人



生活料理费、医疗单据费等；

（五）就医差旅费、出诊费、会诊人员差旅费、手术保险费、麻醉保险费、救护车费、点名手术费、患者及家属要求享受的特殊病房、特殊护理费等额外费用；

（六）心理咨询费、营养咨询费、气功治疗费、保健性的营养治疗费、各种保健费、试管婴儿费、人工授精费、性功能检查费、避孕药品费、疾病预测费；

（七）戒毒治疗、性病治疗、生理缺陷治疗、功能恢复性治疗、非功能性矫形治疗、整形美容、减肥、增胖、增高、装配假肢、义眼、义齿、洁牙、植牙、镶牙、验光配镜、视力矫正、各种自用的保健、按摩、检查和治疗器械（如轮椅、拐杖、眼镜等）的费用；

（八）在国外或港、澳、台地区治疗的费用；

（九）因自残自杀（精神病人除外）、打架斗殴、酗酒、吸毒及因犯罪或者治安违法行为造成伤害的医疗费用；

（十）未经交通管理部门进行责任认定的交通事故医疗费用；因本人违反交通法律法规发生交通事故的医疗费用；经交通管理部门认定本人无违反交通法律法规发生的交通事故医疗费用中，应当由他人承担责任的部分；

（十一）因医疗事故、意外伤害事故等明确应当由第三人负担的；

（十二）婚前体检和实施计划生育所发生的医疗费用；

(十三) 应由其他社会保险、第三方责任人等支付的费用；

(十四) 不遵医嘱拒不出院者，自医院通知出院第 2 天起的医疗费用；挂床住院的费用；超过规定出院带药量的费用；

(十五) 未经物价、卫生计生行政部门批准的医院自定项目、新开展的检查、治疗项目和自制药品，以及擅自提高收费标准所发生的费用；国家定价的药品，超出规定零售价格收取的费用；

(十六) 单价在 200 元以上的进口医用耗材；

(十七) 中断缴费期间发生的住院医疗费用；

(十八) 健康体检、计划免疫、预防保健、健康教育等费用；

(十九) 由政府安排资金的基本公共卫生服务项目不纳入医保支付范围；重大公共卫生服务项目应先执行国家专项补助，剩余部分的医疗费用再按规定由城乡居民医保基金给予支付。对于已执行免费治疗的项目，不纳入城乡居民医保基金支付范围；

(二十) 国家、省、市医疗保险政策规定的其他不予支付的费用。

第五章 基金管理

第二十八条 城乡居民基本医疗保险基金实行国家统一的社会保险基金预算管理，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，结合参保人数、当年筹资标准、医疗保险待遇标准以及

医疗费用自然增幅等实际情况，统一编制城乡居民基本医疗保险基金收支预算。

第二十九条 城乡居民基本医疗保险基金由下列资金构成：

（一）城乡居民个人参保缴纳的医疗保险费（含特殊群体参保缴费资助资金）；

（二）财政对城乡居民医疗保险的补助；

（三）医疗保险基金的利息收入；

（四）法律、法规规定的其他收入。

第三十条 城乡居民基本医疗保险基金纳入社会保险基金财政专户管理，基金单独建账、独立核算管理。市级设立城乡居民医疗保险市级统筹财政专户，各县（区）财政部门 and 各级社会保险经办机构要严格按照《社会保险基金财务制度》的规定，设置城乡居民基本医疗保险基金收入户、支出户和财政专户，规范账户管理。

第三十一条 城乡居民基本医疗保险基金实行市级统筹，“统收统支、收支两条线”管理。

各县（区）当年征缴次年的个人缴费应于保险年度的1月底前全额上缴城乡居民医疗保险市级统筹财政专户，参保人员出现中途停保的情况，已缴纳的居民医保费不予返还。

中央、省、市财政对城乡居民基本医疗保险的补助资金，由市级财政直接拨入城乡居民医疗保险市级统筹财政专户，县（区）



财政应足额配套城乡居民基本医疗保险本级财政补助，并于保险年度的9月底前全额上缴城乡居民医疗保险市级统筹财政专户。

县（区）城乡居民基本医疗保险支出，实行季度拨款制度。各县（区）医疗保险经办机构根据批准的基金预算和资金使用情况，提出下一季度的用款计划，在季末前15日报市医疗保险经办机构，市医疗保险经办机构结合年度基金预算执行情况，提出县（区）资金拨付意见报市人力资源和社会保障局和市财政局核拨。

第三十二条 县（区）财政、人力资源和社会保障部门根据审计部门专项审计报告，将历年新型农村合作医疗基金结余全额上划市级城乡居民医疗保险市级统筹财政专户。市级统筹前形成的基金缺口，由原统筹地人民政府负责弥补。

第三十三条 城乡居民基本医疗保险基金的银行计息按照《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）有关规定执行。基金利息收入并入城乡居民基本医疗保险基金。

第三十四条 城乡居民基本医疗保险基金核算严格执行《云南省城乡居民基本医疗保险基金财务管理暂行办法》。任何部门、单位和个人不得挤占、挪用基金，基金不得用于平衡一般公共预算，不得用于经办机构人员和工作经费。

第三十五条 城乡居民基本医疗保险按有关规定执行风险储备金制度，各县（区）要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。

第三十六条 人力资源社会保障、财政部门要加强对医疗保险基金的监督管理；审计部门要定期对医疗保险经办机构的基金收支情况和管理情况进行审计；建立基金超支预警、报告制度；完善医疗保险基金的社会监督制度。市、县（区）应建立健全目标管理考核责任制，形成责权明确，上下联动的市级统筹管理体制。

第六章 定点协议管理

第三十七条 城乡居民基本医疗保险实行定点服务机构协议管理，市人力资源社会保障部门制定定点医疗机构准入和退出的协议管理办法，由医疗保险经办机构负责组织实施。

医疗保险经办机构与定点医疗机构按年度签订服务协议，按协议履行双方的责任和义务。

原有的城镇居民基本医疗保险定点医疗机构和新型农村合作医疗定点医疗机构统一纳入城乡居民基本医疗保险定点协议管理范围。新申请签订定点服务协议的机构，可向属地定点医疗机构协议管理工作领导小组申请，符合条件的，由医疗保险经办机构 and 医疗机构双方协商同意后签约。乡级、村级定点医疗机构实行乡（镇）卫生院、街道卫生服务中心对村卫生室、社区卫生服务站进行统筹管理。



第三十八条 参保人员患病就医，定点医疗机构凭参保人员的“社会保障卡”或《新型农村合作医疗证》及有效身份证明为其办理住院手续。

第三十九条 统筹区内定点医疗机构与医疗保险经办机构实行信息系统联网结算，严格履行医疗保险服务协议，确保基本医疗服务，做到合理检查、合理用药、合理治疗，提高城乡居民基本医疗保险基金使用效率。

第七章 费用结算

第四十条 参保人员在定点医疗机构就医医疗费用实行即时结算，城乡居民基本医疗保险统筹基金应支付的费用由医疗保险经办机构与定点医疗机构定期结算，医疗机构向参保人收取个人自付部分。

第四十一条 参保人员转诊转院到统筹区外未开通异地结算功能的定点医疗机构发生的住院医疗费用，先由个人垫付。出院后凭有效发票、费用明细清单、出院证、转诊转院审批表等相关材料，到参保地医疗保险经办机构办理医疗待遇报销手续。

第四十二条 连续参保缴费的患者跨年度住院就医的，以出院年度的待遇政策规定进行结算，医疗费用纳入出院年度支付限

额；未连续参保缴费的患者跨年度住院就医的，以参保年度的待遇政策规定进行结算，城乡居民基本医疗保险基金不予支付未参保年度的医疗费用。

第四十三条 参保人员在年度内发生的医疗费用应当在下一年度3月31日前到医疗保险经办机构办理医疗待遇报销手续。除不可抗力因素外，超过办理时限的，城乡居民基本医疗保险基金不予支付。

第八章 法律责任

第四十四条 城乡居民基本医疗保险费的收缴单位有下列行为之一的，由人力资源社会保障行政部门责令改正，并依照相关法律法规实施行政处罚；拒不改正的，由其主管部门对主要负责人和直接责任人给予批评教育或行政处分；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

- （一）不按规定为参保人员办理参保信息登记或变更的；
- （二）不按规定收取医疗保险费的；
- （三）不按规定为参保人员提供相关管理服务的；
- （四）不认真审核有关证件或弄虚作假，使不符合条件的人员参保或享受政府补助的；
- （五）截留、挪用医疗保险费的；



(六) 不向参保缴费人员开具全省统一使用的社会保险费缴款收据的；

(七) 其他违反城乡居民基本医疗保险法律法规规定的行为。

第四十五条 定点医疗机构工作人员有下列行为之一的，由人力资源社会保障行政部门责令改正，扣回不应由医疗保险基金支付的费用，并依照相关法律法规实施行政处罚；主管部门按照有关规定进行处理；情节严重的，由医疗保险经办机构暂停或者终止其定点医疗机构服务协议；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

(一) 伪造医疗文书骗取医疗保险基金，或者不认真确认参保人员身份，将门诊病人挂名住院或者冒名住院，或者为参保人员提供虚假证明材料，造成基金流失的；

(二) 为不符合转诊转院条件的参保患者办理转诊转院手续的；

(三) 违反因病施治原则或者有关规定，出现滥检查、滥用药、乱收费等行为的；

(四) 擅自提高收费标准，任意增加收费项目、分解收费等违反物价收费规定，增加医疗保险基金支出或者参保城乡居民个人负担的；

(五) 将非医疗保险的病种、药品、项目列入医疗保险支付范围，弄虚作假，套取医疗保险基金的；



- (六) 使用或出售假药、劣药、过期药品及不合格医疗器械的；
- (七) 对参保人员医疗服务不到位造成严重后果的；
- (八) 其他违反城乡居民基本医疗保险管理规定的。

第四十六条 参保人员有下列行为之一的，由人力资源社会保障行政部门取消其参保资格；造成医疗保险基金损失的，追回损失，并依照有关法律法规规定实施行政处罚；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

(一) 不具备参加临沧市城乡居民基本医疗保险条件的人员，通过提供虚假材料办理参保登记的；

(二) 不符合补助条件的人员，通过提供虚假材料骗取补助资金的；

(三) 将本人社会保障卡或《新型农村合作医疗证》转借他人就诊或冒名住院、挂床住院的；

(四) 伪造、涂改处方、费用单据等凭证的；

(五) 虚报、冒领、骗取医疗费用的；

(六) 其他违反城乡居民基本医疗保险管理规定造成基金损失的。

第四十七条 人力资源社会保障部门、医疗保险经办机构及其工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，损害参保人员合法权益或者造成医疗保险基金流失的，依法给予党纪、政纪处分；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。



第四十八条 当事人对人力资源社会保障部门的行政处罚决定不服的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。当事人逾期不履行行政处罚决定的，由作出行政处罚决定的行政机关依法申请人民法院强制执行。

第九章 附 则

第四十九条 参加城乡居民基本医疗保险的人员，因出国定居、应征入伍、被判刑收监执行等情况，医疗保险关系自行终止。

第五十条 市、县（区）人民政府根据工作需要，应当给予医疗保险经办机构必要的人员编制和业务工作经费。工作经费列入同级财政预算。

第五十一条 本实施办法所称“不可抗力”是指不能预见、不能避免、不能克服的客观情况。如地震、台风、洪水、战争、暴乱、动乱等。

第五十二条 本办法自2017年1月1日起施行。本办法施行后，原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗有关政策文件规定同时废止。今后，国家和省出台新的政策规定，按国家和省的政策执行。

第五十三条 本办法由市人力资源社会保障局、市财政局负责解释。

- 附件：1. 城乡居民基本医疗保险门诊慢性病病种、支付项目、支付比例和支付限额标准表
2. 城乡居民基本医疗保险门诊特殊病病种、支付项目和支付比例标准表



附件 1

城乡居民基本医疗保险门诊慢性病病种、 支付项目、支付比例和支付限额标准表

序号	病种名称	支付项目	支付比例	年医疗费额度(元)	年基金支付额度(元)	复审年限
1	慢性肾炎(肾病综合征)	检查费、化验费及药物治疗	60%	4000	2400	2年
2	冠心病	检查费、化验费及药物治疗	60%	3000	1800	3年
3	糖尿病	检查费、化验费及药物治疗	60%	3000	1800	3年
4	原发或继发性高血压极高危组	检查费、化验费及药物治疗	60%	2400	1440	3年
5	甲状腺机能亢进	化验费及药物治疗	60%	1200	720	2年
6	甲状腺机能减退	化验费及药物治疗	60%	1200	720	2年
7	癫痫	检查费及药物治疗	60%	1500	900	3年
8	支气管扩张(支气管哮喘、婴幼儿哮喘、咳嗽变异性哮喘)	检查费及药物治疗	60%	3000	1800	≤3年
9	肺心病、慢性阻塞性肺气肿	检查费及药物治疗	60%	4000	2400	3年



临沧市人民政府行政规范性文件

序号	病种名称	支付项目	支付比例	年医疗费额度(元)	年基金支付额度(元)	复审年限
10	心力衰竭	检查费及药物治疗	60%	2000	1200	5年
11	脑血管意外(脑出血、脑血栓、脑梗塞、脑萎缩及后遗症)	检查费及药物治疗	60%	2000	1200	3年
12	活动性结核病	检查费及药物治疗	60%	2000	1200	2年
13	慢性活动性肝炎	化验费及药物治疗	60%	4000	2400	2年
14	类风湿性关节炎(幼年特发性关节炎、幼年性皮炎)	检查费及药物治疗	60%	2000	1200	≤3年
15	精神疾病	检查费、化验费及药物治疗	80%	3000	2400	5年



附件 2

城乡居民基本医疗保险门诊特殊病病种、
支付项目和支付比例标准表

序号	病种名称	支付项目	支付比例	门诊起付线(元)	复审年限
1	恶性肿瘤(包括各种癌症、肉瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、黑色素瘤、生殖细胞瘤、白血病及其他需要放、化疗的颅内肿瘤)	放化疗、检查费、药费及治疗费等	70%	1200	5 年
2	慢性肾功能衰竭(尿毒症)(包括血透、腹透、CRRT 治疗)	化验费、检查费、血液及腹膜透析治疗	90%	0	5 年
3	器官移植(包括肾移植、肝移植、血液系统疾病的骨髓移植和干细胞移植、心肺移植)	术后抗排异治疗	70%	1200	5 年
4	系统性红斑狼疮	化验费、药费及治疗费	70%	1200	5 年
5	再生障碍性贫血(包括遗传性球形红细胞)	化验费及药费	70%	1200	5 年



临沧市人民政府行政规范性文件

序号	病种名称	支付项目	支付比例	门诊起付线(元)	复审年限
	增多症、自身免疫性溶血性贫血、地中海贫血)				
6	帕金森氏病	药费及治疗费	70%	1200	5年
7	血友病	化验费及药费	70%	1200	5年
8	儿童生长发育障碍(生长激素缺乏症)	检查费、化验费及药费	70%	1200	≤5年
9	小儿脑瘫	药费及治疗费	70%	1200	≤5年
10	重症肌无力(包括肌营养不良症、运动神经元疾病)	药费及治疗费	70%	1200	5年
11	儿童免疫缺陷病	检查费、药费及治疗费	70%	1200	≤5年