

红河州人民政府关于印发 红河州城乡居民基本医疗保险 实施办法的通知

红政规〔2022〕2号

各县市人民政府，州直各委、办、局：

《红河州城乡居民基本医疗保险实施办法》已经十三届州人民政府第18次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2022年11月28日

（此件公开发布）

红河州城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为建立统一的城乡居民基本医疗保险制度，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，增进人民福祉，根据《中华人民共和国社会保险法》《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）精神，结合红河州实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我州行政区域内除职工医保应参保人员或按规定享有其他医疗保障的人员以外的全体城乡居民。

第三条 城乡居民基本医疗保险实行州级统筹、分级管理，坚持统筹城乡协调发展，全覆盖、保基本、多层次、可持续，个人缴费与政府补助相结合，权利与义务相对应，保障适度和收支平衡的原则。

第四条 医疗保障部门主管城乡居民基本医疗保险工作，负责制定城乡居民基本医疗保险有关配套政策，管理、监督和指导行政区域内城乡居民基本医疗保险工作。

教育体育、公安、民政、财政、人力资源社会保障、卫生健康、退役军人事务、市场监督管理、乡村振兴、残联、税务等部门按照各自的工作职责，协同做好城乡居民基本医疗保险工作。

州、县市城乡居民基本医疗保险经办机构（以下简称经办机构）负责本行政区域内城乡居民基本医疗保险经办服务工作。

乡镇（街道）、村委会（社区）按照各自工作职责具体负责行政区域内城乡居民基本医疗保险的有关工作。

第二章 参保缴费

第五条 本州行政区域内符合城乡居民基本医疗保险参保条件的人员，按属地原则参保缴费。城乡居民基本医疗保险采取家庭、个人、集体（包括学校、幼儿园、村组）等多种方式参保。符合参保条件的城乡居民，凭有效身份证件到指定机构办理参保手续。

第六条 城乡居民基本医疗保险参保缴费由各县市、乡镇人民政府负责组织实施。参加城乡居民基本医疗保险的居民，可通过线上以云南省“一部手机办事通”、税务“一部手机办税费”、合作银行 APP 为主，线下以税务办税服务厅、银行柜面、自助终端、税银 POS 机、批量扣费、政务服务中心等多种方式缴纳基本医疗保险费。

鼓励集体、单位或其他社会经济组织对困难城乡居民个人缴费给予资助；允许城镇职工本人使用基本医疗保险个人账户资金为其父母、配偶、子女缴纳城乡居民基本医疗保险费。

第七条 城乡居民基本医疗保险实行年度参保缴费和享受医疗保险待遇。每年在集中征缴期办理参保缴费的，次年1月1日至12月31日享受有关医疗保险待遇。

第八条 纳入乡村振兴部门防止返贫致贫监测对象的农村低收入人口参保缴费按有关政策规定执行。在职（在岗）行政村（社区）干部，由县市人民政府全额资助参保。其他特殊困难人群，县市人民政府可根据情况给予资助参保。

第九条 参保人员所缴医疗保险费按年度一次性缴纳后，已进入医疗保险待遇享受期间的，不予退费；集中办理参保缴费期间因死亡等原因需退费的，受理时限截至当年的12月31日。

第十条 按国家和省级规定做好基本医疗保险关系转移接续工作。由城乡居民医保转入城镇职工医保的，应先办理城乡居民医保中止参保手续，再按有关规定办理城镇职工医保参保登记手续。不得重复享受医疗保险待遇。

第十一条 新生儿监护人全年均可为其办理参保缴费登记。年度内新生儿自出生后90天内（含90天）办理参保缴费的，自出生之日起享受有关医疗保险待遇；出生后超过90天办理参保缴费的，自参保缴费次月起享受有关医疗保险待遇。

第十二条 退役军人、刑满释放等人员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，可在办理户籍等手续后参加城乡居民基本医疗保险，按当年度城乡居民参保筹资标准一次性足额缴纳基本医疗保险费。

第三章 基金管理

第十三条 城乡居民基本医疗保险建立基本医疗保险基金和大病保险基金，不建立个人账户。

基本医疗保险基金由以下各项构成：

- （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）社会捐助资金；
- （四）城乡居民基本医疗保险基金利息收入；
- （五）其他收入。

大病保险基金从基本医疗保险基金中划拨，参保居民个人不单独缴费。参加城乡居民基本医疗保险的居民，同时享受大病保险待遇。

第十四条 城乡居民基本医疗保险基金财务管理应遵守《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国会计法》《会计基

础工作规范》《中华人民共和国预算法》《社会保险基金财务制度》等法律法规，会计核算按收付实现制进行核算，以实际发生的业务为依据，如实反映城乡医保基金的财务状况和收支信息，保证会计信息真实可靠，内容完整。

第十五条 城乡居民基本医疗保险基金实行收支两条线管理，单独建账、专款专用，任何单位和个人均不得挤占、挪用基金，基金不得用于平衡财政预算，不得用于支付经办人员工作经费。

第十六条 城乡居民基本医疗保险基金实行州级统筹，分级核算。州、县市医疗保障部门按要求，通过统一的会计信息系统设置城乡居民医保基金会计核算账套进行核算。

第十七条 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。县市财政、医疗保障、税务部门按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，结合参保人数、筹资标准、待遇标准及医疗费用自然增长等具体情况，编制城乡居民医保基金收支预算草案，经州财政局、州医保局、州税务局审核汇总形成全州的城乡居民医保基金预算。

第十八条 医保经办机构应当建立健全内部管理制度和基金运行风险预警机制，加强基金收支管理，尽量做到保值增值，定期向社会公布城乡居民基本医疗保险基金收支和待遇享受情况，主动接受社会监督。

医保、财政、税务、审计、监察等部门依法对城乡居民基本医疗保险基金收支和管理使用情况进行监督。

第四章 医疗待遇与费用结算管理

第十九条 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基本医疗保险药品目录、基本医疗保险医用耗材目录、基本医疗保险医疗服务项目和设施范围的医药费用，按本办法规定从城乡居民基本医疗保险基金中支付。

第二十条 城乡居民基本医疗保险参保人依照本办法享有门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育分娩医疗待遇、大病医疗待遇。具体待遇标准，由州医保局、州财政局根据国家和省级的待遇保障清单另行制定。

第二十一条 城乡居民基本医疗保险实行持卡（证）就医结算。参保居民在实现联网结算的协议定点医疗机构发生的医疗费用，应由个人承担的部分，由个人与医疗机构结算；应由基金支付的部分，由协议定点医疗机构向经办机构申报结算。

第二十二条 参保居民在协议定点医疗机构发生的未实现联网结算的医疗费用，先由个人垫付，再凭出院证明、医疗费用发票、费用清单、患者身份证明等资料原件，到参保地经办机构报销，上年度住院费用报销受理截止时间为次年12月20日。

第二十三条 有下列情形之一的，参保居民就医发生的医疗费用，城乡居民医疗保险基金不予支付：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外（含港澳台地区）就医的；
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检；
- （六）有关法律法规规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第五章 医疗服务与就医管理

第二十四条 按属地管理原则，医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对经办机构、定点医疗机构进行监督。经办机构负责协议定点医疗机构的准入、退出和日常监管；同时，建立健全激励约束、考核评价和动态准入退出机制，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。

第二十五条 定点医疗机构应成立相应的管理部门，具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理

制度、医疗质量安全核心制度等，严格执行城乡居民基本医疗保险政策和服务协议，配备专（兼）职管理人员，做好城乡居民基本医疗保险的内部管理和服务工作。

第二十六条 定点医疗机构应严格执行城乡居民基本医疗保险政策规定，坚持诚信经营，严格履行服务协议，自觉规范医疗服务行为，做到合理收治、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。

第二十七条 参保居民转诊转院落实分级诊疗制度，执行双向转诊，按照逐级转诊要求，落实好州内和州外转诊转院经办规程规定，转往省外需按规定备案。形成“基层首诊、逐级转诊、先统筹区内后统筹区外、双向转诊”上下联动的分级诊疗模式。

取消滇南中心城市群一体化区域（蒙自市、个旧市、开远市）内同级医疗机构转诊转院限制和转诊转院备案程序，畅通双向转诊转院渠道。

第六章 监督管理

第二十八条 医疗保障经办机构应当建立健全城乡居民医保业务、财务、基金安全和风险管理、内部审计等各项制度，严格履行城乡居民医保服务协议，加强对定点医药机构履行服务协

议情况的日常管理和检查；完善医疗保险智能审核监控机制，开展对门诊、住院等各类医疗服务行为的监控，动态调整智能审核监控规则，合理设置监控指标，规范监控标准，提高监控质量与效率。

第二十九条 各级医疗保障部门应当加强对医疗保障经办机构、定点医药机构、参保人员遵守城乡居民基本医保有关法律法规和规章情况的监督管理，充分利用日常检查、专项治理、飞行检查等方式，保持打击欺诈骗取医保基金的高压态势。各有关部门在各自职责范围内负责城乡居民基本医保的监督管理工作。医疗保障和有关部门要建立健全综合监管协调机制，统筹推进基金监管的协调指导和重大案件查处等工作。

第三十条 各级医疗保障部门要畅通基金监管监督举报渠道，完善举报奖励、诚信管理和责任追究等监管机制，鼓励社会力量参与监督。加强协议处理与行政处罚、行政执法与刑事司法的衔接，对违反法律、法规、规章和基本医疗保险政策骗取、套取城乡居民医保基金的行为，依法依规严厉查处。

第七章 保障措施

第三十一条 县市人民政府应当建立城乡居民基本医疗保险工作责任制，完善有关工作措施，组织实施本行政区域城乡居

民基本医疗保险工作；城乡居民基本医疗保险参保工作纳入年度综合目标考核管理，州、县市人民政府每年应适当安排工作经费给予保障。

第三十二条 城乡居民基本医疗保险实行计算机网络信息化管理，实现区域内资源数据共享，确保医保信息网络在城乡管理服务机构全覆盖。

第三十三条 城乡居民大病医疗保险可通过政府购买服务的方式由商业保险公司承办或采取合署办公的方式运行，提升经办服务水平和能力，增强基金的抗风险能力。

第八章 附 则

第三十四条 对暴发性、流行性传染病和自然灾害等因素所造成的大范围急、危、重病人救治的医疗费用，由各级人民政府综合协调解决。

第三十五条 城乡居民医保待遇政策根据红河州经济社会发展水平、医保基金运行情况等由州医保局、州财政局适时进行调整。

第三十六条 本办法自 2022 年 12 月 31 日起施行。国家、省级另有新规定的从其规定。《红河州人民政府关于印发红河州城乡居民基本医疗保险实施办法》（红政发〔2017〕37 号）同时废止。