



商洛市人民政府办公室 关于印发商洛市城乡居民基本医疗保险 实施办法的通知

商政办发〔2024〕5号

各县区人民政府，商洛高新区（商丹园区）管委会，市政府各工作部门、事业机构：

《商洛市城乡居民基本医疗保险实施办法》已经市政府研究同意，现印发你们，请认真贯彻执行。

商洛市人民政府办公室

2024年2月29日

（行政规范性文件：商规〔2024〕006—市政办 003）



商洛市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为巩固全市统一的城乡居民基本医疗保险制度，促进城乡居民公平享有基本医疗保险权益，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第735号）、《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）、《国家医保局 财政部 国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33号）、陕西省医疗保障局等八部门关于印发《贯彻落实〈陕西省健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干措施〉实施方案》的通知等法规政策规定，结合我市工作实际，制定本实施办法。

第二条 我市城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”），实行参保缴费、待遇标准、医保目录、定点管理、信息系统、经办服务“六统一”机制。

第三条 我市城乡居民医保制度坚持以下基本原则：

（一）以人民健康为中心，提供更加公平、更高质量的医疗保障，增进民生福祉；



（二）以收定支、收支平衡、略有结余，科学合理确定保障范围和标准，纠正过度保障和保障不足问题；

（三）个人缴费与政府补助相结合，筹资标准和保障水平与社会经济发展水平相适应；

（四）城乡统筹，责任均衡，保障公平，做到广覆盖、保基本、多层次、可持续。

第二章 职责分工

第四条 市、县区医保部门是本行政区域内城乡居民医保工作的主管部门。市医保部门负责医保相关政策的贯彻执行和医保基金监督管理，市医保经办机构负责全市城乡居民医保经办、基金支付结算、稽核以及医保信息平台运行管理等工作。

县区医保行政部门及其经办机构、基金管理机构负责本县城乡居民的参保登记、政策落实、住院及门诊管理、基金支付、基金稽核、财务统计、政策宣传等工作。

第五条 税务部门负责城乡居民医保基金的征缴工作，财政部门负责医保基金监督及预算管理、财政补助、医疗救助基金的划拨和监管，民政、乡村振兴部门负责特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、低保对象、返贫致贫人口、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口的认定工作。



第三章 参保缴费

第六条 城乡居民医保覆盖全市范围内除职工基本医疗保险参保人员以外的其他所有城乡居民，不得重复参保。

第七条 凡符合条件的新增城乡居民，应持身份证、户口簿、居住证等相关材料到参保地医保经办机构办理参保登记，并在税务部门公布的渠道办理缴费。

各类全日制高等学校中，接受普通高等学历教育的全日制本专科学生、研究生及中专学生，原则上在学籍地参保，自学生缴费完成之日起享受医保待遇。若为享受政府资助参保的人员，已在身份认定地参保，可以不在学籍地参保。

第八条 城乡居民医保按年度缴费，集中缴费期原则上为每年9月1日至12月20日，缴纳次年保费，同时设置补缴期，补缴期时间为次年1月1日至6月30日。

第九条 在集中缴费期内办理参保手续并足额缴费的，待遇享受期为参保年度的1月1日至12月31日。补缴期内缴纳保费，待遇享受期为缴费后次月起至12月31日。

新生儿出生90天内缴纳出生当年居民医疗保险费，待遇享受期为出生之日起至出生当年12月31日；新生儿未在出生90天内缴纳当年居民医疗保险费的，当年内可按照全市统一规定的个人缴费标准参保缴费，缴费完成后，待遇享受期为出生当年缴



费的次月起至 12 月 31 日。

当年已入学大学生及新入学大学生以学籍为依据，以学校（校区）为单位，鼓励大学生原则上在学籍地参保，自学生缴费完成之日起享受居民医保待遇。参保年度内应届毕业的参保大学生，在商洛的医保待遇享受期延续到当年度 12 月 31 日。

未在集中缴费期或补缴期参保缴费、待遇享受期开始后需参保且政策允许参保的特殊人员，按全省规定的个人缴费标准完成参保缴费，具体按上级部门文件规定执行。

第十条 参保人员可通过合作银行 APP、微信、支付宝等线上方式或合作银行柜面、办税服务厅等线下方式足额缴纳医疗保险费。缴费方式和缴费渠道由当地税务部门负责对外公布。

第十一条 参保人员成功缴费后，进入待遇享受期（1 月 1 日），个人缴费不再退回。待遇享受期前因死亡、重复缴费、参加职工医保或在其他统筹区参加居民医保，可在待遇享受期开始前终止相关居民医保参保关系的同时，办理个人退费。参保人员退费申请，由缴费人向原缴费地税务部门提出申请，经原缴费地医保经办机构终审通过后，由原缴费地医保经办机构完成退费工作。

第十二条 城乡居民医保筹资由个人缴费和财政补助组成。当年城乡居民参保缴费执行省医保、省财政等部门确定的统一标



准，全市不得自行设定标准。

第十三条 按照上级部门文件规定，对部分参保人员个人缴费实行分类资助，参保资助资金由财政资金和医疗救助基金解决。

第十四条 税务部门征缴的参保人员个人缴费部分，按基金财务管理规定的时限，转入市级财政医保基金专户。市、县区财政部门应及时足额拨付本级财政补助资金。

第四章 医疗保障待遇

第十五条 我市城乡居民医保基金支付范围按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》统一执行规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。超出目录范围和支付标准的医疗费用，不纳入城乡居民医保基金保障范围。

城乡居民基本医疗保险参保人员使用《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中的药品，所发生的费用按以下原则支付。使用甲类药品所发生的费用，按基本医疗保险的规定支付，使用“乙类”药品所发生的费用，先由参保人员自付一定比例，再按基本医疗保险规定支付。纳入特药管理的药品，不计起付标准，个人先行自付一定比例后，剩余部分纳入医保基金支付范围，再按基本医疗保险规定支付，基本医保支付后的个人自付费用，按年度累加纳入大病保险管理，符合医疗救助条件的按



有关规定享受医疗救助。特药先行自付比例由市医保局根据上级有关规定予以明确。

第十六条 医用耗材和医疗服务项目的医保基金保障范围执行省级医保部门基本医疗保险医疗服务项目和医用耗材支付管理有关规定，医疗机构使用高值医用耗材应事先告知，须经患者本人或家属同意，签署知情同意后，按政策进行报销。

第十七条 城乡居民基本医保待遇包括普通门诊、“两病”门诊、门诊慢特病和住院待遇。参保人员在一个待遇年度内发生的医疗费用，基本医保累计支付限额为 13 万元（含普通门诊、门诊“两病”、门诊慢特病、特殊药品，住院费用等），医保基金按以下规定支付。

（一）普通门诊

参保地县域内定点镇办卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、高校内设卫生室，一级、二级医疗机构年度限额 100 元。其中定点镇办卫生院、社区卫生服务中心（站）、一级、二级医疗机构报销比例 50%，村卫生室、高校内设卫生室报销比例 60%。

（二）“两病”门诊

全面落实城乡居民“两病”门诊用药保障机制，“两病”门诊由镇办卫生院、社区卫生服务中心（站）进行认定。待遇标准



由市医保局根据上级规定予以明确。

（三）门诊慢特病

门诊慢特病指门诊慢性病与门诊特殊病的简称，是指在本统筹区内，发病率高经济负担重或患病率低医药费用高、可以门诊治疗、不需要住院治疗的一类临床诊断明确、诊疗方案确定的慢性病或重大疾病的总称。门诊慢特病支付范围包括与疾病相关的符合基本医疗保险用药目录、诊疗项目范围、医疗服务设施范围和支付标准内的检查、检验、药品、治疗、特殊材料等医疗费用。待遇标准由市医保局根据上级规定予以明确。

（四）住院待遇

参保城乡居民在定点医疗机构发生的住院医疗费用报销标准，市内一级民营医院起付标准 300 元，镇办卫生院（含社区卫生服务中心）起付标准 200 元，报销比例 85%；二级医院起付标准 600 元，报销比例 75%；三级医院起付标准 1400 元，报销比例 60%。市外一级医院（含镇办卫生院）起付标准 300 元，报销比例 75%；二级医院起付标准 1200 元，报销比例 65%；三级医院起付标准 2500 元，报销比例 50%。

第十八条 省内异地就医结算和跨省异地就医结算，使用就医地目录，实行就医地管理，执行参保地待遇政策。参保人员不规范转诊异地就医的降低报销比例，具体办法由市医保局另行制



定。

第十九条 城乡居民医保基金不予支付的费用：

- （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（含港澳台）；
- （五）体育健身、美容养生保健消费、健康体检；
- （六）国家规定的基本医疗保障基金不予支付的其他费用。

第五章 基金管理

第二十条 城乡居民医保基金的管理，执行国家统一的基金财务制度、会计制度、预决算制度、审计制度，定期开展基金收支和管理审计工作，确保基金预算年度内收支平衡。

第二十一条 居民医保基金，纳入市医保基金财政专户、专款专用，实行市级统筹、县区经办，总额控制，通过预算实现收支平衡。不得从城乡居民医疗保险基金中提取城乡居民医疗保险工作经费。

第二十二条 各县区医保经办机构负责本辖区医保基金安全运行。市级经办机构对居民医保基金运行进行动态监测和风险预警，每半年向同级医保部门提交基金运行动态监测报告和建议。



第六章 结算管理

第二十三条 参保人员凭本人身份证及电子医保凭证在定点医药机构就医购药，实行即时结算。属于个人支付的，由本人直接与定点医药机构结算；属于基金支付范围的，由市、县区医保经办机构与定点医药机构按月结算、年终决算。严禁跨年度累积集中支付上年度医保待遇。

定点医药机构与医保经办机构每月结算一次，在规定期限内支付不低于应付医疗费用总额的 90%，剩余部分留待年终综合考核后按考核结果予以支付。

结算年度为每年 1 月 1 日至 12 月 31 日，以出院时间为准。结算年度内，定点医药机构和个人的医疗费用，应由城乡居民医保基金支付的，原则要求在次年度的 3 月底前结清。

第二十四条 市医保经办机构应根据各定点医疗机构前三年的住院病人平均医疗费用，合理确定各定点医疗机构定额标准，并按照医疗保险政策规定、医保服务协议和医疗保险费用结算办法，与定点医药机构结算。按照“总额控制、按月预付、结余留用、合理超支分担”的要求，实行以 DIP 支付为主，按人头、按床日等复合式支付方式。

第二十五条 定点医疗机构年度基金支付超过结算定额（包括基本医疗和大病保险）的，视当年基金结余情况，按照一定比



例予以分担，未达到结算定额的，居民医保基金按实际基金支付金额结付。

第二十六条 市医疗保险经办机构根据县区月度基金支出情况，按月向市财政部门报送用款申请表。经市财政部门审核后，予以拨付。

第七章 监督管理

第二十七条 实行城乡居民医保定点机构协议管理，由市、县区医保经办机构分别负责市级、县区级及以下医药机构定点的申请受理、签订协议、组织落实、费用审核、评估考核等相关工作。

第二十八条 申请纳入医保定点的医疗机构，应建立医生工作站，全面建立电子病历、电子处方等全部诊疗过程的网络系统，并确保医疗信息与医保结算系统、智能监控系统嵌入式无缝对接、运行正常，实现入出院、诊疗、结算数据实时上传。

申请纳入医保定点的药店，应按要求建立“定点药店购销存信息管理系统”，并确保该信息系统与医保结算系统、智能监控系统嵌入式无缝对接、运行正常，实现药品购销存数据实时上传。

第二十九条 对定点医疗机构骗取医保基金支出行为的，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》处理。

第三十条 个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责



令改正;造成医疗保障基金损失的,责令退回;属于参保人员的,暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月:

(一)将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;

(二)重复享受医疗保障待遇;

(三)利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。

个人以骗取医疗保障基金为目的,实施了前款规定行为之一,造成医疗保障基金损失的;或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的;或者通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出的,除依照前款规定处理外,还应当由医疗保障行政部门处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。

第三十一条 医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、会计师事务所等机构及其工作人员,泄露、篡改、毁损、非法向他人提供个人信息、商业秘密的,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理。

第三十二条 医疗保障等行政部门工作人员在医疗保障基金使用监督管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的,依法



给予处分。

第三十三条 财政、审计等部门应加强对城乡居民医保基金筹集、管理、使用的监督。

第八章 附 则

第三十四条 与城乡居民基本医疗保险相衔接的城乡居民大病保险保障和医疗救助，按有关规定执行。

第三十五条 本实施办法执行过程中，中省市有新规定的，按新规定执行。本实施办法未尽事宜，按照相关法律法规及政策规定执行。

第三十六条 本实施办法自 2024 年 3 月 1 日起实施，有效期至 2029 年 2 月 28 日。