

海南省医疗保障局
海南省财政厅
海南省卫生健康委员会
国家税务总局海南省税务局

文件

琼医保规〔2019〕1号

关于贯彻落实《海南省城乡居民基本医疗保险暂行办法》的通知

各市、县、自治县医疗保障局、财政局、卫健委、税务局、洋浦社会发展局、财政局、税务局，省社保局：

《海南省城乡居民基本医疗保险暂行办法》已经省政府同意，现印发给你们，请认真组织实施，并就有关事项通知如下：

一、加强组织领导。整合城乡居民基本医疗保险制度是深化医药卫生体制改革的一项重点任务，关系到城乡居民的

切身利益。各市县医疗保障局要主动向党委政府汇报，加强领导，精心组织，确保 2019 年底两项制度整合工作落实到位。各相关单位要充分认识到这项工作的重要性，加强沟通协调，督促指导。

二、严肃各项纪律。要严明政治纪律，把思想统一到整合城乡居民基本医疗保险制度工作决策部署上来。严肃财经纪律，完整保存医疗保险基金预算或财务收支计划、预算执行情况、决算、财务报告、会计凭证、会计账簿、会计报表以及其他与医疗保险基金管理有关的文字资料和数据库，禁止擅自涂改、抽取、伪造、隐匿和销毁；不得转移、隐匿社会保险基金资产，不得改变医保基金的资产和用途。严肃工作纪律，确保整合期间队伍不散、工作不断，参保人员服务不受影响。

三、落实工作责任。要根据责任分工，加强统筹协调、相互配合、密切协作，共同推进两项制度整合工作有序开展。

（一）关于保费征收。2019 年 9 月 1 日至 12 月 31 日为 2020 年城乡居民基本医疗保险费集中征缴期，城乡居民个人缴费标准为 250 元。保费征缴按原渠道和《海南省城乡居民基本医疗保险暂行办法》有关规定开展。

（二）关于基金账户整合。各市县财政局、医保局、卫健委、社保局，以及洋浦社会发展局、财政局、税务局，应在 2019 年 12 月 31 日前，将城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗历年结余（包含支出户、收入户）基金和当期征缴基金合并为城乡居民基本医疗保险基金，纳入到本级医

保基金财政专户统一管理。各市县（含洋浦开发区）医疗保险经办机构要主动配合，及时审核、结算医疗费用。

（三）关于业务经办整合。2019年12月31日前，各市县将城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗业务经办统一到医疗保险经办机构窗口。

（四）关于信息管理系统移交。省医疗保障局协调卫健、社保部门，在2019年12月31日前将城镇（乡）居民基本医疗保险和新型农村合作医疗信息管理系统移交到医疗保险经办机构管理，各市县医疗保障局、卫健委、社保局要做好相关配合工作。2019年12月31日前，城镇（乡）居民基本医疗保险和新型农村合作医疗仍使用原信息管理系统办理业务。2020年1月1日起使用新的信息管理系统。

四、做好宣传引导。要坚持正确的舆论导向，大力宣传整合城乡居民基本医疗保险制度的重大意义，及时准确解读有关政策，合理引导社会预期，营造良好的社会氛围。



海南省城乡居民基本医疗保险暂行办法

第一章 总则

第一条 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)、《国家医保局和财政部印发关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(医保发〔2019〕30号)等文件精神,结合我省实际,制定本办法。

第二条 基本原则

(一)坚持立足基本,保障公平。坚持基金以收定支,收支平衡,略有结余。缩小城乡差距,保障城乡居民享有基本医疗保险待遇,实现城乡居民基本医疗保险制度可持续发展。

(二)坚持改革创新,提升效能。完善管理机制,支持分级诊疗,引导参保患者有序就医。实行多元复合式医保支付方式,提升医保资金使用效率和经办管理服务效能。

(三)坚持有序推进,加强基金监管。加强城乡居民基本医疗保险、大病保险与医疗救助相衔接,确保工作顺畅、有序过渡,确保群众基本医保待遇不受影响,确保医保基金安全和制度运行平稳。

第三条 参保城乡居民享受的权利

(一)公平享有本办法规定的城乡居民基本医疗保险待遇。

(二) 享有监督城乡居民基本医疗保险基金管理 and 使用的权利。

(三) 享有城乡居民基本医疗保险政策的知情权和建议权。

第四条 参保城乡居民需承担的义务

(一) 如实申报个人身份信息，按时足额缴纳城乡居民基本医疗保险参保费用。

(二) 遵守城乡居民基本医疗保险政策规定和定点医疗机构有关规章制度。

(三) 在定点医疗机构就医，按照医保规定结算医疗费用。

第二章 参保缴费

第五条 本办法适用于我省行政区域内的下列人员：

(一) 具有本省户籍，未纳入城镇从业人员基本医疗保险制度覆盖范围的人员；不能足额享受城镇从业人员基本医疗保险待遇且确无能力补缴的退休人员。

(二) 具有本省学籍的大、中、小学校和幼儿园的在校（园）生（含港澳台及外籍大学生）。

(三) 已经取得本省居住证，且未在原籍参加基本医疗保险的外省户籍非从业人员。

(四) 已经取得本省居住证，未纳入城镇从业人员基本医疗保险制度覆盖范围的外籍人员。

(五) 服刑人员(包括管制、缓刑、假释、暂予监外执行人员)。

第六条 城乡居民基本医疗保险费原则上每年缴费一次。个人缴费集中征缴期为每年9月至12月。城乡居民根据年度缴纳城乡居民基本医疗保险费相关公告,办理城乡居民基本医疗保险缴费手续。

第七条 困难群体参保享受政府补贴的参保城乡居民。各相关部门认真审核把关,将符合享受政府补贴的人员名单,于每年8月前提供给所在地医保行政部门,经医保行政部门确认后,税务部门负责征收参保居民医疗保险费个人缴纳的部分。

第八条 新生儿自出生90天内(含90天)凭新生儿出生医学证明办理当年城乡居民基本医疗保险参保手续,自出生之日起按规定享受当年度和次年度城乡居民基本医疗保险待遇。超过90天的不予补办参保手续。

第九条 本省户籍的高校毕业生、退役士兵可在回到本省90天内(含90天)凭相关证明材料在户籍所在地办理当年参保手续,自次月起享受当年度的城乡居民基本医疗保险待遇。超过90天的不予补办当年度参保手续。

参加我省城镇从业人员基本医疗保险中断缴费的,自中断后90天内(含90天)办理当年城乡居民基本医疗保险参保手续,自次月起按规定享受当年度的城乡居民基本医疗保险待遇。超过90天的不予补办当年度参保手续。

第十条 服刑人员在监狱服刑期间由监狱统一办理参保

手续；社区服刑人员可持本人户口簿、社区矫正告知书或暂予监外执行决定书等相关材料办理参保手续；人民法院、公安机关、监狱等部门做出判决、裁定、决定的服刑人员，自生效之日起90天（含90天）内，凭相关材料办理当年度参保手续，自次月起按规定享受当年度城乡居民基本医疗保险待遇。刑满释放人员可在回到本省90天内（含90天）凭相关证明材料在户籍所在地办理当年度参保手续，自次月起享受当年度的城乡居民基本医疗保险待遇。超过90天的不予补办当年度参保手续。

第十一条 参保城乡居民在缴费后个人基本信息错误需变更的，在参保地医保经办部门办理变更手续。

第三章 基金筹集与管理

第十二条 城乡居民基本医疗保险基金纳入财政专户，实行全省级统筹，分级管理，任何单位和个人不得挪用，做到收支两条线，专款专用，确保基金安全。

基金由个人缴费、政府补助、利息和按规定纳入的其他收入构成。

第十三条 城乡居民基本医疗保险费由个人和政府共同负担，全省执行统一的城乡居民基本医疗保险个人缴费标准和财政补助标准。

（一）参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费标准和财政补助标准，由省医疗保障局会同省财政厅根据国家有关规

定和全省城乡居民基本医疗保险基金收支情况适时进行调整。

(二)对特困供养人员、孤儿、最低生活保障对象、农村建档立卡贫困人口和低收入家庭中的一、二级重度残疾人、未成年人(未满十八周岁)、老年人(年满六十周岁以上)、低收入家庭中的三、四级非重度残疾人等特殊人员参加城乡居民基本医疗保险个人缴纳的基本医疗保险费按照《海南省医疗救助实施办法》规定予以补贴。所需资金从市县城乡医疗救助资金中列支。

(三)城乡居民基本医疗保险财政补助资金,除中央财政补助外,其余部分由省和市县财政按规定比例分担。

第十四条 因重大疫情、灾情和重大事故所发生的医疗费用,由同级人民政府另行安排资金解决。

第十五条 城乡居民不得同时参加城乡居民基本医疗保险和城镇从业人员基本医疗保险。已经参加的不得重复享受医疗保险待遇,按照自愿原则保留其中一个参保险种。

第四章 城乡居民基本医疗保险待遇

第十六条 城乡居民在集中征缴期参保缴费后,于次年1月1日至12月31日享受城乡居民基本医疗保险待遇;大、中专在校生待遇享受期为学制年度内每年的9月1日至次年的8月31日。

第十七条 城乡居民基本医疗保险待遇包括普通门诊、门诊慢性特殊性疾病、住院、大病保险、生育医疗等保险待遇。省医疗保障局根据国家有关政策及我省基金运行情况制定并适时调整医疗保险待遇。

第十八条 城乡居民基本医疗保险执行统一的基本医疗保险药品目录、基本医疗保险诊疗项目目录、医疗服务设施范围目录和医用耗材目录及支付标准。

第十九条 参保城乡居民就医时，符合城乡居民基本医疗保险规定的医疗费用，由城乡居民基本医疗保险基金支付。其中，住院治疗的，甲类药品直接按规定报销，乙类药品个人须先自付 10%再按规定报销；门诊慢性特殊性疾病治疗的，甲、乙类药品直接按规定报销，乙类药品个人无须自付 10%。

第二十条 城乡居民基本医疗保险统筹基金支付设起付标准、个人负担比例和统筹最高支付限额。一个自然年度内在同级定点医疗机构再次住院或门诊慢性特殊性疾病治疗的，不再实行起付标准。年度最高支付限额指一个医保年度内的支付限额（原则上以出院日期为准；对跨年度的医疗费用，以自然年度分段结算）。医疗保险统筹基金最高支付限额以下，符合基本医疗保险规定的医疗费用由统筹基金和参保人分别按规定的比例负担。起付标准、个人负担比例和最高支付限额由省医疗保障局根据基金收支情况适时进行调整。

第二十一条 全省执行统一的城乡居民基本医疗保险

待遇。

（一）在一个年度内首次发生医疗费用（含门诊慢性特殊性疾病和住院）的，城乡居民基本医疗保险基金起付标准为：一级定点医疗机构 100 元，二级定点医疗机构 300 元，三级定点医疗机构 350 元。一个年度内起付线累计计算。

特困供养人员、孤儿、最低生活保障对象、农村建档立卡贫困人口和低收入家庭中的一、二级重度残疾人、未成年人、老年人不设起付线。

（二）城乡居民基本医疗保险基金支付比例为：一级定点医疗机构 90%，二级定点医疗机构 75%，三级定点医疗机构 65%。

（三）城乡居民基本医疗保险基金年度累计最高支付限额为 15 万元。

（四）贫困人员按有关规定执行。

第二十二条 建立全省统一的城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理办法。普通门诊统筹管理办法由省医疗保障局另行制定。

第二十三条 建立全省统一的城乡居民基本医疗保险门诊慢性特殊性疾病管理办法。参保人患门诊慢性特殊性疾病需长期治疗发生的门诊费用按规定纳入医疗保险基金支付范围。门诊慢性特殊性疾病管理办法由省医疗保障局另行制定。

第二十四条 符合国家计划生育政策的生育医疗费用纳入城乡居民基本医疗保险基金支付范围。一个医保年度内

发生的生育住院分娩医疗费用，按医保规定予以支付。

第二十五条 建立全省统一的城乡居民大病保险制度，参保患者年度内住院、门诊慢性特殊性疾病单次或累计符合医疗保险规定的医疗费用自付超过大病保险起付线以上部分，大病保险基金给予报销，最高支付限额为 30 万元。取消建档立卡贫困人口大病保险封顶线。

第二十六条 适当提高中药饮片、针灸、推拿和拔罐等中医适宜技术的住院医疗费用报销比例。一级定点医疗机构医疗保险统筹基金支付 95%，二级定点医疗机构医疗保险统筹基金支付 85%，三级定点医疗机构医疗保险统筹基金支付 75%。

第二十七条 未成年参保城乡居民意外伤害致死的，城乡居民基本医疗保险统筹基金一次性补偿 3 万元，且不计入最高支付限额。有下列情形的，不予支付补偿金：

- （一）自杀死亡的；
- （二）醉酒或者吸毒死亡的；
- （三）应当由第三人负担的；
- （四）因其他违法犯罪行为导致死亡的。

第二十八条 不纳入报销范围的医疗费用

- （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；
- （五）其他不纳入报销范围的医疗费用。

医疗费用依法应当由第三人负担的，第三人确无能力支付或无法确定第三人的，由城乡居民基本医疗保险基金先行支付。城乡居民基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第五章 医疗服务管理

第二十九条 参保城乡居民在本省定点医疗机构就医，实行社会保障卡一卡通（医疗卡/证）即时结算。根据城乡居民医疗保险年度基金预算，在总额控制的基础上，实行按总额预付、病种付费、疾病诊断相关分组（DRGS）付费、人头付费、项目付费等多元复合式医保支付方式。

第三十条 定点医疗机构在诊疗城乡居民参保患者时，应对其进行身份和证件识别。严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，杜绝挂床住院和冒名治疗等违规现象。

第三十一条 定点医疗服务机构应保证参保患者或其亲属的知情同意权，主动为参保患者或其亲属提供就医费用结算凭证和住院日费用明细清单，以便患者或其亲属了解医疗费用具体开支情况。在使用自费项目、进口贵重药品、大型或特殊检查、诊疗项目时，应事先告知并征得参保患者或其亲属同意并确认。

第三十二条 发生下列情况时，定点医疗机构应当将参保的城乡居民转诊：

（一）经检查、会诊仍不能确诊的疑难杂症；

- (二) 不具备诊治、抢救条件的危重病人；
- (三) 缺少必备的检查、诊疗项目和设施的；
- (四) 诊断明确，参保人要求转入低级别定点医疗机构继续治疗的。

第三十三条 参保城乡居民在基层定点医疗机构住院，需转诊到上一级定点医疗机构的，应办理转院手续，按规定享受城乡居民基本医疗保险待遇。具体规程由省医疗保障局另行制定。

(一) 参保城乡居民到本省三级定点医疗机构住院的，需持参保地二级定点医疗机构转院证明。未经转诊到本省三级定点医疗机构住院的，基金支付比例在原报销比例的基础上降低 10 个百分点。

(二) 孕产妇、5 周岁以下儿童、65 周岁以上老年人，以及患有恶性肿瘤、危重、急诊、术后复诊、眼科、结核、传染、精神等疾病的参保患者，无需办理转诊，可直接到本省三级定点医疗机构接受治疗，其医疗费用按规定报销。

(三) 参保城乡居民因病情需转省外医疗机构就医的，由原收治的定点医疗机构（省本级、海口市、三亚市、儋州市限三级；其他市县限二级及以上）提出申请并经参保所在地医疗保险经办机构备案，其医疗费用按规定报销；未经参保所在地医疗保险经办机构备案，自行到省外医疗机构就医的，其符合医保规定的医疗费用一律按 35% 给予报销。

第三十四条 参保城乡居民外出或在异地居住期间突发急性病需在异地医疗机构住院就医的，应在入院后 5 个工作

日内到参保所在地医疗保险经办机构进行备案;已开通异地联网结算的,按规定实行即时结算;未实现异地联网结算的,由参保患者先行垫付再回参保所在地按规定报销。

第六章 信息化建设

第三十五条 对接国家平台,建立全省统一、高效、兼容、便捷、安全的城乡居民基本医疗保险信息系统,实现城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助等“一站式”结算服务;完善省级异地就医结算平台,实现与国家异地就医结算平台有效对接。

第三十六条 全省各级医疗保险经办机构使用统一的城乡居民基本医疗保险信息系统,办理参保登记、待遇支付、费用结算、财务管理及查询统计等业务工作。

第三十七条 建立健全城乡居民基本医疗保险智能监控系统。加强事前、事中监管,逐步实现城乡居民基本医疗保险费用结算从部分审核向全面审核转变。

第三十八条 推动移动互联网+医保信息化建设,实现参保城乡居民持社会保障卡就医实时结算。

第七章 法律责任

第三十九条 医疗保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等医疗保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他

手段骗取医疗保险基金支出的，由医疗保险行政部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；属于医疗保险服务机构的，解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。

第四十条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险待遇的，由医疗保险行政部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

第四十一条 医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由医疗保险行政部门责令改正；给医疗保险基金或个人造成损失的，依法承担赔偿责任；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：（一）未履行医疗保险法定职责的；（二）未将医疗保险基金存入财政专户的；（三）克扣或者拒不按时支付医疗保险待遇的；（四）丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保险待遇记录等医疗保险数据、个人权益记录的；（五）有违反医疗保险法律、法规的其他行为的。

第四十二条 医疗保险费征收机构擅自更改医疗保险费缴费基数、费率，导致少收或者多收医疗保险费的，由有关行政部门责令其追缴应当缴纳的医疗保险费或者退还不应缴纳的医疗保险费；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。

第四十三条 违反本法规定，隐匿、转移、侵占、挪用医疗保险基金或者违规投资运营的，由医疗保险行政部门、

财政部门、审计机关责令追回；有违法所得的，没收违法所得；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。

第四十四条 医疗保险行政部门和其他有关行政部门、医疗保险经办机构、医疗保险费征收机构及其工作人员泄露用人单位和个人信息的，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；给用人单位或者个人造成损失的，应当承担赔偿责任。

第四十五条 国家工作人员在医疗保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第四十六条 违反本办法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八章 附则

第四十七条 本办法具体适用问题由省医疗保障局、省财政厅、省卫健委和国家税务总局海南省税务局负责解释。

第四十八条 本办法自2020年1月1日起施行，有效期3年。本办法实施后，海南省人民政府及相关部门之前制定的城乡居民基本医疗保险相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

抄送：各市、县、自治县人民政府，洋浦开发区管委会。

海南省医疗保障局综合处

2019年11月18日印

发
