

和田地区城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 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）、《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》（国办发〔2024〕38号）、《自治区党委 自治区人民政府关于深化自治区医疗保障制度改革的实施意见》（新党发〔2020〕20号）、《关于规范全区基本医疗保险门诊慢特病保障制度的通知》（新医保规〔2023〕3号）等法律法规和行政规范性文件规定，进一步加强城乡居民基本医疗保险管理，确保城乡居民基本医疗得到进一步保障，城乡居民公平享有基本医疗保险权益，结合和田实际，制定本办法。

第二条 按照“统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点协议管理、统一基金管理”要求，实施统一的城乡居民基本医疗保险制度，实现城乡一体化医疗保险管理服务体系，确保和田地区城乡居民公平享受医疗保险待遇。

第三条 建立以城乡居民基本医疗保险为主，大病保险与医疗救助为辅的责任清晰、功能协调的多层次保障体系，坚持政府主导及遵循以下原则：

（一）坚持健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次医疗保障体系，筹资及保障水平与地区经济社会发展水平相适应的动态调整原则。

（二）坚持地级统筹、分级核算、以收定支、收支平衡、略有结余原则。

（三）坚持个人缴费参保与政府补助相结合、权利与义务相

对应原则。

（四）坚持总额控制预算管理，提高医保基金使用效率原则。

（五）坚持城乡居民基本医疗保险与职工基本医疗保险统筹兼顾、协调发展原则。

第四条 按照属地管理原则，地区医疗保障局负责全地区城乡居民基本医疗保险行政管理工作，指导县市医疗保障局负责本行政区域内城乡居民基本医疗保险的行政管理工作，地区、县市两级医保经办机构具体负责本辖区内城乡居民基本医疗保险基金的管理和支付等工作。

各县市人民政府对本辖区内城乡居民基本医疗保险工作负总责。乡镇（街道）、村（社区）负责本辖区内城乡居民基本医疗保险的宣传动员和组织参保缴费工作。各级医保、财政、税务、农业农村、民政、教育、卫健、公安、残联等相关部门加强沟通联系，实现信息互通、资源共享，按照各自职责分工做好配合工作。

第五条 各县市人民政府要高度重视，采取有效措施，加强指导督促，扎实做好参保扩面工作。应将城乡居民基本医疗保险工作纳入县人民政府目标考核范围。

第六条 城乡居民基本医疗保险基金主要用于支付普通门诊费用、门诊慢特病费用、住院费用、大病保险筹资及政策规定应当由基金支付的其他费用。

第二章 保障范围

第七条 本地区范围内纳入城乡居民基本医疗保险制度覆盖范围的城镇、农村居民；从事非全日制或灵活就业的人员，可根据自身的经济状况自愿选择参加城乡居民基本医疗保险或以灵活

就业人员身份参加职工基本医疗保险。

第三章 参保程序及办理

第八条 城乡居民实行年缴费制度。每年9月1日—12月31日为集中缴纳次年基本医疗保险费时间。在次年6月30日前缴费的，仍按原标准缴费；在次年7月1日起缴费的，须由个人缴纳全额费用，即国家、自治区、地方财政不再补贴（新生儿及农业农村局与民政局认定的困难群众除外）。集中缴费期缴费的城乡居民于次年1月1日—12月31日享受城乡居民基本医疗保险待遇；自2025年起，除新生儿等特殊群体外，对未在城乡居民医疗保险集中参保期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期3个月；其中，未连续参保的，每多断保1年，原则上在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期1个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳1年可减少1个月变动待遇等待期，连续断缴4年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和原则上不少于6个月。缴费参照当年地区的个人缴费标准。未缴费的城乡居民不享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第九条 参加城乡居民基本医疗保险，初次参保的按以下程序办理，续费以个人身份证号码为准直接缴费。

（一）初次参保人员持身份证或户口本或居住证到居住地所在乡镇（街道）、村（社区）劳动保障所（站）申报登记，或使用手机在新疆医保服务平台APP、微信小程序等进行参保登记。

（二）乡镇（街道）、村（社区）劳动保障所（站）对申报材料进行审核，同时将参保人员基本信息汇总表（电子版）报县

市医保经办机构。经县市医保经办机构审核确认后，办理参保手续。

第十条 城乡居民基本医疗保险参保缴费按照税务部门缴费途径进行缴费，可通过手机 APP、POS 机、银行柜台、税务大厅等多种方式缴纳个人医疗保险费。

第十一条 新生儿在出生 90 天内办理城乡居民基本医疗保险参保手续并缴纳医疗保险费的，自出生之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第十二条 参保城乡居民死亡的，应由其指定受益人或法定继承人携带身份证或社会保障卡、死亡证明等及时办理终止参保手续。

第十三条 由城乡居民基本医疗保险转入职工基本医疗保险的，或由职工基本医疗保险转入城乡居民基本医疗保险的，实行“即参即停”，确保群众待遇不受影响。属于城乡居民基本医疗保险待遇享受期内的，由城乡居民基本医疗保险基金按规定支付。

第四章 基金筹集

第十四条 城乡居民基本医疗保险基金构成：个人缴纳的基本医疗保险费、各级政府的财政补助基金、社会捐助基金、基金的利息收入和其他应当纳入的基金。

第十五条 个人缴费：城乡居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补助等筹资方式，鼓励县市人民政府、集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。县市财政部门可根据实际情况为辖区居民适当予以补贴。

基本医疗保险缴费标准实行动态调整，每年由地区医疗保障局按规定予以公布。

第十六条 财政补助：财政补助资金分为中央财政补助资金、

自治区财政补助资金和地县财政补助资金。和田地区财政补助资金1元/人/年，县市财政补助资金5元/人/年。

第十七条 基金类别：和田地区城乡居民基本医疗保险结算模式确定为“门诊统筹+住院统筹”双统筹模式，城乡居民基本医疗保险基金分为风险基金、门诊和住院统筹基金。

（一）风险基金按当年统筹基金总额（基金决算报表数）的10%提取，风险基金主要用于弥补城乡居民基本医疗保险基金非正常超支造成的基金临时周转困难等。

（二）统筹基金主要用于参加城乡居民基本医疗保险的城乡居民住院报销和普通门（急）诊、门诊慢特病的支出。

第五章 就医管理

第十八条 城乡居民基本医疗保险实行定点医疗机构管理。转诊就医按照相关规定执行，和田地区参保人员异地转诊就医按照规定实行逐级转诊。

第十九条 实行定点社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室（所）首诊制。定点医疗机构按照“因病施治、合理检查、合理用药、合理收费”原则接诊，不得以任何理由拒绝、推诿或滞留病人，严禁不规范医疗行为。

第二十条 为方便参保病人办理转诊手续，对符合转诊条件的病人，须逐级转诊，由定点医疗机构主诊医生写明病历摘要，提出转诊理由，再由具有转诊转院权限的医疗机构医保办上传转诊信息，病人无需前往医保经办机构备案。

第二十一条 城乡居民就医应持医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证作为就医凭证。

第二十二条 外出务工、异地居住参保城乡居民，需在所属医保经办机构或使用手机 APP 办理医疗保险异地备案手续（临时备案仅实现按比例降低直接结算）。因病需要住院治疗的（含门诊慢特病），应选择居住地基本医疗保险定点医疗机构就医，按相关医疗待遇规定支付医疗费用。

第六章 医疗待遇

第二十三条 城乡居民基本医疗保险基金支付范围按照《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《新疆维吾尔自治区基本医疗保险诊疗项目目录》《新疆维吾尔自治区基本医疗保险医用耗材目录》（以下简称《三个目录》）执行。统一医保目录，规范医保先行自付标准。城乡居民在定点医药机构发生医保结算时，基本医疗保险乙类药品及支付部分费用的医疗服务项目、医用耗材个人先行自付比例分别为 5%、10%、15%。

第二十四条 城乡居民在定点医药机构发生的符合规定的医疗费用，设置起付标准，起付标准以下的由个人支付，起付标准以上的，扣除先行自付部分后由基本医疗保险统筹基金和参保城乡居民个人按比例承担。

（一）普通门诊。城乡居民门诊就医，产生符合规定的医疗费用，按比例由城乡居民基本医疗保险基金支付，其中：村（社区）、站（所）级定点医疗机构的单次门诊费用支付比例为 90%，单次门诊最高支付限额为 30 元；乡镇卫生院（社区服务中心）级定点医疗机构的单次门诊费用支付比例为 80%，单次门诊最高支付限额为 50 元；县级定点医疗机构的单次门诊费用支付比例为 60%，单次门诊最高支付限额为 60 元。年度内门诊统筹基金最高

支付限额为村卫生室 300 元；乡镇卫生院（社区服务中心）、县级定点医疗机构为 500 元。

（二）门诊慢特病。城乡居民门诊慢特病病种分为 3 类 22 种。一类门诊慢特病病种为 11 种，范围为：糖尿病、高血压Ⅱ期及以上、脑血管病后遗症、肺源性心脏病、风湿性心脏病、类风湿性关节炎、冠心病、精神病、布鲁氏菌病、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病。二类门诊慢特病病种为 7 种，范围为：恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭、器官移植抗排异治疗、苯丙酮尿症、脑瘫、癫痫、血友病。三类门诊慢特病病种为 4 种，范围为：艾滋病、结核病、包虫病、克汀病。

城乡居民门诊慢特病就医的，一类门诊慢特病病种发生符合规定的医疗费用，由门诊统筹基金按 50% 比例支付，每人门诊慢特病年度内统筹基金最高支付限额为 2000 元。二类门诊慢特病病种费用，参照同级定点医疗机构住院费用按比例由基本医疗保险统筹基金支付。三类门诊慢特病病种费用先由重大公共卫生专项基金予以补助后，再由城乡居民基本医疗保险基金按照二类慢特病政策予以支付。结核病按照相应政策报销。

慢特病办理流程严格按照自治区有关文件执行。办理了慢特病待遇的参保人员，持医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证到定点医院门诊，按照享受病种标准范围治疗、检查、用药。不符合享受病种范围的门诊治疗、检查、用药费用不予报销。

（三）高血压、糖尿病门诊用药保障。保障对象：符合下列全部条件的患者，享受“两病”门诊保障待遇：

1. 和田地区城乡居民基本医疗保险的参保人员；
2. 经具备能力的医疗机构诊断，明确患有“两病”，确需采

取药物治疗；

3. 未达到城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢特病鉴定标准。

达到城乡居民基本医疗保险慢特病鉴定标准的患者，按相关政策，享受慢特病门诊保障待遇，不重复享受此项门诊待遇。

确诊机构：乡镇卫生院、社区卫生服务中心或二级公立医院负责“两病”确诊，由乡镇卫生院负责录入系统。高血压病、糖尿病根据国家相关技术规范进行确诊。卫健部门已经建立健康档案的“两病”患者直接纳入保障范围。

保障标准：按照基层首诊、双向转诊的要求，以乡镇卫生院（社区卫生服务中心）和村卫生室（社区卫生服务站）为主体、二级医疗机构为补充。“两病”参保患者发生的政策范围内门诊降血压、降血糖药品费用由基本医疗保险统筹基金支付，在二级定点医疗机构支付比例为60%，在基层定点医疗机构支付比例为65%。参保年度内高血压最高支付限额为200元，糖尿病最高支付限额为300元。

（四）住院就医。城乡居民在不同等级定点医疗机构住院发生符合规定的住院医疗费用，住院起付线按住院次数收取，同时按以下比例支付：

1. 在一级定点医疗机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心、未定级医疗机构等）住院，每次住院起付线为200元，起付线以上费用政策范围内按90%比例支付。

2. 在二级定点医疗机构（含县市人民医院等）住院，每次住院起付线为400元，起付线以上费用政策范围内按80%比例支付。

3. 在三级定点医疗机构（含地区人民医院等）住院，每次住院起付线为600元，起付线以上费用政策范围内按60%比例支付。

4. 在统筹区外定点医疗机构（含自治区、区内其他地州及区外其他省区医疗机构）住院，每次住院起付线为 800 元，起付线以上费用政策范围内按 50 % 比例支付。

5. 未按规定办理转诊转院手续的，在定点医疗机构产生的住院费用报销比例按降低 20 % 予以支付，大病保险、医疗救助报销比例同时降低。

6. 在非定点医疗机构住院产生的住院费用基本医疗保险不予报销（急诊除外）。

7. 以上各级定点医疗机构包括民营定点医疗机构。

8. 异地住院直接结算按自治区有关规定执行。

第二十五条 城乡居民基本医疗保险参保人员在定点医疗机构住院生育的，按照基本医疗保险相应等级医疗机构的支付比例报销。推进住院分娩按病种支付、产前检查按人头支付的生育医疗费用支付方式改革，控制生育医疗费用不合理增长。

第二十六条 新生儿自出生之日起 90 天内（含）按规定办理当年城乡居民基本医疗保险参保登记并缴费的，住院费可以在定点医院直接结算。

第二十七条 城乡居民基本医疗保险的统筹年度按自然年度计算。在一个自然年度内（以入院时间为准），城乡居民基本医疗保险基金最高支付限额为 8 万元。

第二十八条 根据大病保险筹资水平、大病患者保障需求等因素，合理确定大病保险筹资标准、起付标准、报销比例、最高支付限额，提高大病保险保障大病患者高额医疗费用精准度。

筹资标准：从城乡居民基本医保基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金。结合经济社会发展水平、患大病发生的高额医疗

费用情况、基本医保筹资能力和支付水平，以及大病保险保障水平等因素，科学细致做好资金测算，合理确定大病保险的筹资标准。

起付标准：和田地区城乡居民大病保险起付线标准为上年度城乡居民人均可支配收入的 50%，困难群众大病保险起付标准减半，每年度动态调整。

报销比例：1. 城乡居民超出起付标准 0—5 万元（不含 5 万元）部分，报销 55%；困难群众报销 60%；

2. 城乡居民 5 万元（含 5 万元）—10 万元（不含 10 万元）部分，报销 65%；困难群众报销 70%；

3. 城乡居民 10 万元（含 10 万元）以上部分，报销 75%；困难群众报销 80%；

最高支付限额：城乡居民大病保险年度最高支付限额为 30 万元，困难群众大病保险政策按相关规定执行。

第二十九条 参保城乡居民跨年度住院为一次住院，按入院所属年度的医疗待遇标准结算。

第三十条 城乡居民不予支付的范围。

（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）体育健身、养生保健消费、健康体检。

（六）国家规定的基本医疗保险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。

第七章 医疗费用结算

第三十一条 城乡居民基本医疗保险实行定点服务协议管理，参保城乡居民持医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证在定点医疗机构就医，医疗费用即时结算。

建立城乡居民基本医疗保险、大病保险和医疗救助、商业补充医疗保险“一单式”即时结算机制。

第三十二条 乡镇卫生院或社区卫生服务中心负责村卫生室、社区卫生服务站门诊医疗费用的审核、汇总、上报、支付工作。县市医保经办机构按月与定点医药机构结算合规医疗费用。

定点医疗机构月度结算的预付比例为 95%，其余 5% 作为服务质量保证金。服务质量保证金的返还与年终清算、绩效考核结果挂钩。

第八章 基金管理

第三十三条 城乡居民基本医疗保险执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。基金纳入财政专户，独立核算、实行“收支两条线”管理。任何单位和个人不得挤占挪用。

第三十四条 地区设立城乡居民基本医疗保险基金收入户、支出户和财政专户。基金实行地级统筹，统一管理、拨付、使用基金。

（一）地区基金收入户用于暂存城乡居民基本医疗保险费收入、财政补贴收入、转移收入；暂存下级经办机构上解或上级经办机构下拨的基金收入；暂存该账户的利息收入以及其他收入等；收入户除向地区基金收入户划转基金外，不得发生其他支付业务；收入户月末无余额。

（二）地区医保经办机构设立城乡居民基本医疗保险基金支

出户，用于接收地区医保经办机构按月拨入的结算基金、转移支出；暂存该账户的利息收入；支付基金支出款项；划拨该账户基金和利息收入到财政专户；上解上级经办机构基金或补助下级经办机构基金；支出户除接受上级经办机构拨付的基金及该账户的利息收入外，不得发生其他收入业务。

（三）地区财政部门设立城乡居民基本医疗保险财政专户，接收地区经办机构转入的城乡居民基本医疗保险费收入；收入户暂存的利息收入及其他收入；接收基金购买国家债券兑付的本息收入、该账户基金形成的利息收入以及支出户转入的利息收入等；接收财政补贴收入；接收上级财政专户划拨或下级财政专户上解的基金；地区财政专户根据医保经办机构的支出预算，向医保经办机构支出户拨付基金。

第三十五条 各县市医保经办机构应当依据《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》进行财务核算，定期将《基金收支结算情况表》报送地区医疗保障局、财政局。

第三十六条 为防范基金风险，建立风险储备金制度，风险储备金总额控制在当年全地区城乡居民基本医疗保险筹资总额的10%以内。需启用风险储备金的县市，应在医疗保险基金预算额度不够支付的前1个月，向地区医疗保障局提出医保调剂金申请，经地区医疗保障局审核账面基金余额及相关申请条件，由地区医疗保障局、财政局审批同意后，在7个工作日内批复并下拨储备金。

第三十七条 根据《中华人民共和国预算法》，按照“以收定支、收支平衡、略有节余”原则，结合当年医保基金收入，确定下一年预算支出，编制城乡居民基本医疗保险收支预算，实行基金收支预算控制，超支不补。年初下达本地区定点协议医药机构

年度医保总额预算控制指标、定点医疗机构考核指标。实行总额预算、月度拨付、年度考核、年终清算。建立城乡居民基本医疗保险基金风险预警机制，加强日常监管和数据分析。定期开展部门会商联席机制，提高医疗保险基金使用效率，遏制医疗费用不合理增长，确保医保基金安全。

第三十八条 根据自治区有关规定，在医保基金总额预算前提下，DRG 付费实行区域总额预算，城乡居民基本医疗保险基金纳入 DRG 区域总额预算，单独核算。在当年城乡居民基本医疗保险基金结余的情况下，对开展医保支付方式改革的定点医疗机构建立激励约束机制，按照“结余留用，超支不补”原则，对各定点医疗机构的住院病例费用进行年终清算。

第三十九条 医保经办机构应当建立健全内控机制，严格执行城乡居民基本医疗保险政策，加强对定点医疗机构和参保居民医疗费用审核，不得任意扩大或缩小报销范围。

第九章 医疗机构协议管理

第四十条 基本医疗保险定点医疗机构按照《关于印发〈新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团医疗机构医疗保障定点管理评估实施细则〉〈新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团零售药店医疗保障定点管理评估实施细则〉的通知》（新医保规〔2023〕2号）相关规定进行协议管理，县市医保经办机构按辖区与定点医疗机构签订协议，发放定点医疗机构标准化标识并在显著位置悬挂。

第四十一条 地区各级医保部门对基本医疗保险定点医疗机构履行指导、监管职责，医保经办机构对基本医疗保险定点医疗机构履行检查、审核、基金结算职责。

第四十二条 医保经办机构与定点医药机构建立有效的沟通渠道，协议履行期间，定点医药机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内携带相关批准文件或证件向医保经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。

第四十三条 基本医疗保险定点医疗机构由地区及县市医保经办机构负责年终评估，按照自治区有关规定执行。

第四十四条 基本医疗保险定点医疗机构违反《关于印发〈新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团医疗机构医疗保障定点管理评估实施细则〉〈新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团零售药店医疗保障定点管理评估实施细则〉的通知》（新医保规〔2023〕2号）相关规定的，按照规定执行。

第十章 监督与管理

第四十五条 各级医保部门负责对城乡居民基本医疗保险基金筹集、管理和使用情况的监督检查，审核医保经办机构编制的城乡居民基本医疗保险基金预决算草案，报同级财政部门审核。

第四十六条 地区财政部门负责城乡居民基本医疗保险基金财政专户核算。审计部门依法负责对城乡居民基本医疗保险基金收支和管理情况进行审计。

第四十七条 强化基金内部审计和外部监督，坚持基金收支运行情况信息公开和就医结算信息公示制度，加强社会监督、民主监督和舆论监督。

第十一章 附 则

第四十八条 城乡居民基本医疗保险违规行为及处理办法参照国家、自治区相关规定执行。

第四十九条 本办法自 2025 年 10 月 1 日起施行，有效期至 2030 年 10 月 1 日。《关于印发〈和田地区城乡居民基本医疗保险实施办法〉〈和田地区城镇职工基本医疗保险实施方案〉〈和田地区医疗救助工作实施意见（试行）〉的通知》（和行办发〔2019〕99 号）同时废止。未尽事宜按国家、自治区有关规定执行；国家、自治区出台新规定的，按照新规定执行。

第五十条 本办法由地区医疗保障局负责解释。