

巴中市人民政府办公室文件

巴府办规〔2025〕2号

巴中市人民政府办公室 关于修改《巴中市城乡居民基本医疗保险 实施办法》的通知

各县（区）人民政府，巴中经开区、文旅新区管委会，市政府各部门、直属事业单位，有关单位：

经市政府研究，决定对《巴中市城乡居民基本医疗保险实施办法》（巴府办发〔2021〕17号）中的部分内容作如下修改。

一、将第五条第一款：“具有本市户籍的城乡居民未参加职工基本医疗保险的，应当依法参加城乡居民基本医疗保险。在本市居住且未参加基本医疗保险的市外户籍人员可以参加城乡居

民基本医疗保险。在本市就读的全日制大（中）专学生由学校统一组织参加基本医疗保险”修改为“具有本市户籍的城乡居民未参加职工基本医疗保险的，应当依法参加城乡居民基本医疗保险。在本市居住且未参加基本医疗保险的市外户籍人员可以参加城乡居民基本医疗保险。在本市就读的全日制大（中）专学生可由学校统一组织参加基本医疗保险”。

二、将第十八条：“参保城乡居民在基本医疗保险待遇期内，且符合人口与计划生育政策规定的住院分娩医疗费用，实行限额结算：顺产 1000 元、剖宫产 2000 元、流产 300 元、引产 800 元。多胞胎生育的，每多生育一个婴儿，增加 200 元。分娩、引产、流产发生并发症时，按城乡居民住院医疗费用报销规定报销医疗费用”修改为“参保城乡居民在基本医疗保险待遇期内，产前检查费定额补助标准为：生育或怀孕满 7 个月（孕 28 周）以上终止妊娠 500 元。参保人员因生育发生的政策范围内住院医疗费用，按以下标准实行限额支付：顺产 2000 元；难产（含剖宫产）3500 元；生育多胞胎的每多一个婴儿增加 800 元。参保人员因终止妊娠发生的政策范围内住院医疗费用，按以下标准实行限额支付：怀孕满 4 个月（孕 16 周）以上终止妊娠 1000 元（施行剖宫术的增加 500 元）；怀孕不满 4 个月（孕 16 周）终止妊娠 200 元。参保人员终止妊娠有存活婴儿的，享受产前检查费待遇，生育医疗费待遇按生育标准执行。参保人员生育或终止妊娠发生的政策范围内医疗费用不足限额支付标准的，其政策范围内医疗费用据实

支付”。

以上修改条款自 2025 年 3 月 17 日起施行，有效期至 2026 年 11 月 1 日。

附件：巴中市城乡居民基本医疗保险实施办法



附件

巴中市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为保障全市城乡居民基本医疗需求，建立健全统一的城乡居民基本医疗保险制度，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规和关于深化医疗保障制度改革的文件精神，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险应当遵循以下原则：

- （一）坚持以人民为中心的发展思想，依法推进全民参保；
- （二）坚持保障基本、量力而行、尽力而为、应保尽保；
- （三）坚持筹资标准和保障能力与全市经济社会发展水平相适应；
- （四）坚持权利与义务相对应，实行个人缴费和政府补助相结合；
- （五）坚持以收定支、收支平衡，确保基金安全可持续。

第三条 城乡居民基本医疗保险实行市级统筹。全市统一参保范围、统一筹资标准、统一待遇保障、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理。

第四条 医疗保障部门负责本区域内城乡居民基本医疗保

险管理和基金监管工作，健全完善内控制度，会同财政部门建立城乡居民基本医疗保险基金预警机制和公共财政对医保基金的补偿机制；各级医保经办机构按照属地原则，负责所属辖区的参保登记、权益记录、关系转移、稽核以及基本医疗保险基金的核算与管理、待遇审核支付和医疗服务监管等工作。

税务部门负责城乡居民基本医疗保险费用的征收管理（政府代缴补助资金除外）。

财政部门负责政府补助资金的筹集和基金监督管理。

卫生健康部门负责医疗机构医疗服务行为监督管理。督促医疗机构规范财务管理和落实医疗费用“一站式”结算及认定严重精神障碍患者身份。

其他相关部门按照各自职能职责协同做好城乡居民基本医疗保险相关工作。

第二章 参保对象和义务

第五条 具有本市户籍的城乡居民未参加职工基本医疗保险的，应当依法参加城乡居民基本医疗保险。在本市居住且未参加基本医疗保险的市外户籍人员可以参加城乡居民基本医疗保险。在本市就读的全日制大（中）专学生可由学校统一组织参加基本医疗保险。

依法参加职工基本医疗保险的人员，不能重复参加城乡居民基本医疗保险。

第六条 参加城乡居民基本医疗保险应当按照国家筹资规

定缴纳城乡居民基本医疗保险费。

第三章 基金筹集及标准

第七条 城乡居民基本医疗保险基金实行个人缴费与政府补助相结合。主要来源：

- （一）各级财政补助资金；
- （二）参保城乡居民个人缴纳的基本医疗保险费；
- （三）基金利息收入；
- （四）其他收入。

第八条 城乡居民基本医疗保险个人年度缴费标准由市医疗保障局会同市财政局、市税务局按国家和省相关文件规定调整并执行；各级财政补助资金由财政部门根据政策规定的补助标准和辖区内参保人数安排，纳入同级财政年度预算，并及时足额上解到市财政社保基金专户。

第四章 参保及缴费

第九条 城乡居民原则上以家庭为单位在户籍所在地（居住地）便民服务中心办理参保登记。

第十条 城乡居民首次参保登记时，应当提供户口簿或居民身份证（居住证）等有效身份证明。

第十一条 参保对象通过税务部门提供的缴费渠道缴费，采取“线上为主、线下兜底”的缴费模式进行征收，逐步实现签订扣费协议批量代扣。

第十二条 城乡居民基本医疗保险个人缴费。

（一）每年 9 月 1 日至 12 月 31 日为下年度集中参保缴费期，城乡居民应在集中参保缴费期内进行参保登记和足额缴费，医保待遇享受期为下一年度 1 月 1 日至 12 月 31 日。因特殊情况可延期至次年 2 月底，自参保缴费之日起享受医保待遇。

（二）特困人员、低保对象、防止返贫监测对象和已稳定脱贫人口由其户籍所在地县（区）民政、乡村振兴等部门提供相关人员信息资料，参保缴费按相关政策规定办理。

（三）新生儿参保登记应使用本人真实姓名和身份证明。原则上出生后 90 天内参加城乡居民基本医疗保险的，自出生之日所发生的医疗费用纳入医保报销；出生当年超过 90 天参加城乡居民基本医疗保险的，自参保缴费之日起享受医保待遇。

（四）参保缴费期结束后，当年毕业的大（中）专学生、退役军人和刑满释放等人员可以申请参保缴费，缴费标准不变，自参保缴费之日起享受医保待遇。

（五）其他特殊人员按国家和省相关政策执行。

第五章 医疗保险关系转接

第十三条 参保人连续 2 年（含 2 年）以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化可以在职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险间相互转换参保关系。

（一）参加城乡居民基本医疗保险人员（法定劳动年龄内）转入职工基本医疗保险的，按巴中市职工基本医疗保险相关规定办理。

参保关系转移时，中断缴费时间不超过3个月的，自缴费之日起，即可享受职工基本医疗保险待遇；中断缴费时间超过3个月的，自转入之日起，设6个月的待遇享受等待期，待遇享受等待期满后享受职工基本医疗保险待遇。

（二）参加职工基本医疗保险人员转入城乡居民基本医疗保险并缴纳城乡居民基本医疗保险费的，中断缴费时间不超过3个月的，自缴费之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇；中断缴费时间超过3个月及以上的，自关系转入之日起，设6个月的待遇享受等待期，待遇享受等待期满后享受城乡居民基本医疗保险待遇。

（三）城乡居民、职工医疗保险关系相互转接后，仍保留其原参保缴费记录。

第六章 医疗保险待遇

第十四条 城乡居民基本医疗保险待遇包括：住院医疗、高血压糖尿病（以下简称“两病”）、门诊特殊疾病、普通门诊等医疗费用报销，以及国家、省、市规定的其他待遇。

第十五条 城乡居民医疗费用支付范围按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》和四川省医用耗材、民族药、中药饮片、医院制剂以及巴中市医疗服务价格等目录和相关政策执行。

特殊群体、特定疾病医药费的豁免按国家和省相关规定执行。

第十六条 下列医疗费用不纳入城乡居民基本医疗保险统

筹基金支付范围：

- （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。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，医保部门有权向第三人追偿。

第十七条 参保城乡居民符合城乡居民基本医疗保险统筹基金支付的住院医疗费用，扣减住院报销起付标准后按医疗机构等级确定报销比例。医疗机构等级变化后，收费标准未调整的，执行原起付标准和报销比例。

（一）起付标准：市内未定级和一级医疗机构 300 元、二级医疗机构 400 元、三级医疗机构 700 元；市外医疗机构 1000 元；市内乡镇卫生院（含地名卫生院，下同）和社区卫生服务中心 100 元。

（二）报销比例：市内未定级和一级医疗机构 80%、二级医疗机构 70%、三级医疗机构 60%；市外医疗机构 50%；市内乡镇卫生院和社区卫生服务中心 90%。

从 2021 年度起，连续参保达到一定年限且未报销过住院当

年医疗费用的，提高首次报销住院医疗费用自然年度内的基本医疗保险报销比例：连续参保第四年的提高 1%；连续参保第五年的提高 2%；连续参保第六年及以上的提高 3%。

第十八条 参保城乡居民在基本医疗保险待遇期内，产前检查费定额补助标准为：生育或怀孕满 7 个月（孕 28 周）以上终止妊娠 500 元。参保人员因生育发生的政策范围内住院医疗费用，按以下标准实行限额支付：顺产 2000 元；难产（含剖宫产）3500 元；生育多胞胎的每多一个婴儿增加 800 元。参保人员因终止妊娠发生的政策范围内住院医疗费用，按以下标准实行限额支付：怀孕满 4 个月（孕 16 周）以上终止妊娠 1000 元（施行剖宫术的增加 500 元）；怀孕不满 4 个月（孕 16 周）终止妊娠 200 元。

参保人员终止妊娠有存活婴儿的，享受产前检查费待遇，生育医疗费待遇按生育标准执行。参保人员生育或终止妊娠发生的政策范围内医疗费用不足限额支付标准的，其政策范围内医疗费用据实支付。

第十九条 参保城乡居民因急诊、抢救发生的符合城乡居民基本医疗保险统筹基金支付范围的门诊医疗费用纳入当次住院医疗费用报销。

第二十条 参保城乡居民患病后需长期依靠门诊药物治疗的慢性疾病纳入门诊特殊疾病管理。门诊特殊疾病按病种分为一类门诊特殊疾病和二类门诊特殊疾病。一类门诊特殊疾病医疗费用分病种实行年度限额结算，二类门诊特殊疾病医疗费用按比例报销。

(一)一类门诊特殊疾病共有 23 种。其中限额结算标准 600 元的病种为：糖尿病、原发性高血压(Ⅱ、Ⅲ级)、癫痫、甲状腺功能亢进或减退、乙型慢性肝炎、丙型慢性肝炎、丁型慢性肝炎；限额结算标准 800 元的病种为：帕金森氏病、慢性肺源性心脏病、冠心病(含支架植入后和心脏瓣膜手术后抗凝治疗)、风湿性心脏瓣膜病、矽肺病Ⅱ期及以上、因疾病引起的瘫痪、阿尔茨海默症、慢性阻塞性肺气肿；限额结算标准 1500 元的病种为：再生障碍性贫血、精神病稳定期(抑郁症、焦虑症、脑外伤所致精神障碍、精神分裂症)、肝硬化、慢性肾脏病(慢性肾功能衰竭药物治疗期、慢性肾炎综合征、原发性肾病综合征、IGA 肾病)、干燥综合征、慢性骨髓增殖性疾病(含原发性血小板增多症、原发性红细胞增多症及原发性骨髓纤维化)、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎。

患有两种及以上一类门诊特殊疾病的,其治疗费用均可纳入城乡居民基本医疗保险统筹基金报销,按一种且以最高限额结算标准的门诊特殊疾病实行限额结算。

(二)二类门诊特殊疾病共有 13 种。病种为：恶性肿瘤(放、化疗)、肾功能衰竭(透析治疗)、器官或骨髓移植(术后抗免疫排斥药物治疗)、系统性红斑狼疮、白血病、血友病、耐多药肺结核、肝豆状核变性、儿童苯丙酮尿症、湿性年龄相关性黄斑变性、胃肠间质瘤 GIST、普拉德—威利综合症、原发性生长激素缺乏症。参保城乡居民门诊治疗二类门诊特殊疾病发生的医疗

费用，符合城乡居民基本医疗保险统筹基金支付的，一个自然年度内只扣减一次二级定点医疗机构住院起付标准，由城乡居民基本医疗保险统筹基金报销 60%。

参保城乡居民门诊特殊疾病病种待遇认定由医疗保障经办机构委托医疗机构办理，经医疗保障经办机构确认后，享受门诊特殊疾病医疗待遇。

第二十一条 城乡居民普通门诊统筹实行总额控制和定点服务。参保城乡居民符合城乡居民基本医疗保险统筹基金支付范围的门诊医疗费用报销 50%，不设起付线，一个自然年度内累计最高支付限额由市医疗保障部门确定并公布。

第二十二条 已实行基本药物制度的乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）和村卫生室（站）发生的一般诊疗费（含挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本和家庭医生签约服务费）纳入城乡居民基本医疗保险统筹基金支付范围，按城乡居民参保人数实行总额控制。

一般诊疗费标准依据国家和省、市相关政策规定调整，由市医疗保障局会同市卫生健康委、市财政局确定并执行。

第二十三条 中医非药物疗法、中药饮片、国家谈判药品、高值药品和高值耗材按国家和省相关规定执行。

第二十四条 城乡居民一个自然年度累计发生的住院医疗费用（含二类门诊特殊疾病、生育医疗费用）实行最高限额支付。城乡居民基本医疗保险叠加城乡居民大病保险最高支付限额不

低于上年度巴中市城乡居民人均可支配收入的 6 倍，最高支付限额标准由市医疗保障部门确定并公布。

第七章 医疗服务及费用结算管理

第二十五条 市、县（区）医疗保障经办机构与定点医药机构通过集体协商谈判，按年度签订医疗保障服务协议，明确双方的责任、权利和义务。

第二十六条 定点医疗机构应当严格执行分级诊疗制度，建立健全基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医秩序，急诊、抢救等特殊情形除外。

参保城乡居民在一个治疗过程中因病情需要双向转诊的，由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构，只补计起付标准差额；由高级别定点医疗机构转往同级别或低级别定点医疗机构，不再另计起付标准。转诊转院由医疗机构严格按照政策规定办理。

第二十七条 参保城乡居民因病在异地定点医疗机构就医的，出院结算前应向参保地医疗保障经办机构申报备案。

第二十八条 在市内定点医药机构治疗、购药，发生的符合城乡居民基本医疗保险统筹基金支付范围的医药费用，由定点医药机构即时结算。

在市外定点医药机构治疗、购药，原则上通过异地就医结算平台实行即时结算；不能实现异地就医即时结算的，由个人全额垫付，凭结算专用票据等原始资料到参保地医疗保障经办机构申请结算。

第二十九条 参保患者发生的医疗费用应及时结算，未及时结算的，原则上应在费用发生次年6月底前结算。

第三十条 定点医药机构应按规定将医药费用及时上传至医保信息系统，并按月向医疗保障经办机构申报结算医药费用。

第三十一条 城乡居民基本医疗保险基金实行付费总额控制管理，推行DRG（按疾病诊断分组）付费、病种付费、项目付费、床日付费等多种付费方式支付结算。

第八章 基金管理和监督

第三十二条 城乡居民基本医疗保险基金实行年度预算管理，应当坚持收支平衡，略有结余的原则。预决算编制、调整、执行应当严格依照《中华人民共和国预算法》《社会保险基金财务制度》有关规定执行。

城乡居民基本医疗保险基金根据当年参保人数、基金收入、财政补助、基金支出、总额控制等因素进行预算调整；对支出计划调整后仍然超支的，由同级财政予以补贴；当期有结余的，可结转下年度继续使用。

第三十三条 城乡居民基本医疗保险费按属地管理原则，由同级税务部门负责征收并及时上解国库，再按规定划拨到市财政社保基金专户。

第三十四条 城乡居民基本医疗保险基金纳入财政专户统一管理，实行单独建账、分别核算、专款专用、“收支两条线”的管理模式，任何部门、单位和个人不得截留、挤占和挪用。

第三十五条 各级医疗保障部门应建立健全内控制度，依法依规按照职责分工和相关财务制度规定进行会计核算和编制基金预、决算报表及运行情况分析。

第三十六条 各级医疗保障部门和财政部门应对城乡居民基本医疗保险基金收入、支出、结余和存储等情况进行监督检查，确保基金安全。

第三十七条 各级医疗保障部门应当建立城乡居民基本医疗保险定点医药机构考核制度，对定点医药机构执行医疗保障政策和履行医疗保障服务协议等情况进行考核。

第三十八条 各级医疗保障部门应当加强对城乡居民基本医疗保险基金收支预（决）算、基金运行等情况的内部审计；各级医疗保障经办机构负责对辖区定点医药机构发生的医药费用实行动态管理、实时监控，并按规定进行稽核。

第九章 附 则

第三十九条 城乡居民大病保险制度由市医疗保障局会同相关部门另行制定。

第四十条 本办法有效期至 2026 年 11 月 1 日。本办法实施后，国家和省有新规定的，按新规定执行。

信息公开选项：主动公开

抄送：市委办，市人大办，市政协办，市纪委监委机关，市法院，
市检察院，巴中军分区。

巴中市人民政府办公室

2025年2月14日印发
