

宝鸡市人民政府文件

宝政发〔2026〕1号

宝鸡市人民政府 关于印发《宝鸡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，市政府各工作部门，各直属机构：

《宝鸡市城乡居民基本医疗保险实施办法》已经2025年12月26日市政府第23次常务会议审议通过，现印发给你们，请结合实际认真抓好贯彻落实。

宝鸡市人民政府

2026年2月2日

宝鸡市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）制度，保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益，促进医疗保障体系持续健康发展，根据《中华人民共和国社会保险法》以及国家医保局、省医保局相关政策规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民医保制度的基本原则

（一）坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续原则，切实发挥基本医疗保障普惠性、基础性、兜底性作用。

（二）坚持筹资与待遇相匹配，个人缴费与财政补助相结合，权利与义务相对等原则，促进医疗保障水平与我市经济社会发展水平相适应。

（三）坚持以收定支、收支平衡、略有结余原则，实现制度可持续发展。

（四）坚持统筹协调、互助共济、政府主导与市场机制相结合原则，实行医疗、医保、医药三医协同，促进基本医疗保险、大病保险、医疗救助、商业健康保险等制度多层次发展。

第三条 城乡居民医保制度实行覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理 etc 市级统一。

第四条 市医疗保障行政部门负责本市城乡居民医保制度的组织实施和管理。市医疗保障经办机构负责本市城乡居民医保制度的落实，指导县（区）经办服务工作。

税务部门负责城乡居民医保费征缴管理；民政、农业农村等部门负责每年集中缴费期前，向同级医保部门提供相关管理对象基础信息；财政部门负责城乡居民医保基金财政补助、医疗救助资金划拨、财政专户管理核算等相关工作，会同相关部门制定和落实财政补助政策；人社部门负责社会保障卡的发行及其运行信息网络保障；卫健部门负责医疗机构医疗服务行为和质量的监管；审计部门负责做好基金审计监督工作；公安部门负责协助医保部门做好参保人员信息核查，依法打击涉及医疗保障领域的欺诈骗保犯罪；机构编制部门负责做好机构设置、编制配备及调整工作；教育部门负责做好在校学生参保宣传动员，加强与医保、税务部门参保数据比对。

第五条 各县（区）人民政府应将城乡居民医保工作纳入本县（区）经济社会发展规划，加强组织领导，确保制度落实。县（区）医疗保障部门负责本行政区域内的城乡居民医保管理工作；医疗保障经办机构具体负责本行政区域内城乡居民医保经办工作，并做好基层业务指导工作。

第二章 覆盖范围及参保缴费

第六条 参保缴费对象：城乡居民医保制度覆盖除职工基

本医疗保险（以下简称职工医保）参保人员或按规定享有其他医疗保障制度人员以外的全体城乡居民。

我市行政区域内各类全日制普通高等学校、科研院所、中等专科院校（包括民办高校、独立学院、成人院校）中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、研究生（以下简称“大学生”），均应参加我市城乡居民医保。

第七条 城乡居民凭居民身份证或户口簿、居住证等相关资料到所在县（区）经办机构或镇（街）、村（社区）办理参保登记手续，并按规定缴纳城乡居民医保费。大学生参保以学校为单位，由学校统一组织参保，并代收代缴医疗保险费。

第八条 城乡居民按年度集中缴费，连续参保缴费人员待遇享受期为次年1月1日至12月31日；大学生待遇享受期为完成缴费之日起至次年12月31日。以上待遇享受期统称为“一个待遇年度”。

第九条 当年退役士兵、刑满释放人员等纳入绿色通道等特殊人员在集中缴费期结束后按全省规定的个人缴费标准完成参保缴费后，待遇享受期从居民医保缴费后的次月起享受医保待遇。

第十条 已参加城乡居民医保的人员，不得同时参加职工医保，不得重复享受医疗保障待遇。参保人员中断参保后再参保的，设置待遇等待期。

第十一条 参保人员在待遇享受期内转入职工医保的，自享受职工医保待遇之日起，不再享受城乡居民医保待遇。

第十二条 城乡居民缴费后，在相应待遇享受期开始前因

死亡、重复缴费、参加职工医保、参军、或在其他统筹区参加城乡居民医保的，可暂停参保关系，申请办理退费。进入待遇享受期后，个人缴费不再退回。

第十三条 落实对城乡居民医保连续参保人员和零报销人员的大病保险待遇激励机制。从2026年起，对断保人员再参保的，降低大病保险最高支付限额；对连续参加城乡居民医保满4年的参保人员，之后每连续参保1年，按照政策规定提高大病保险最高支付限额；对当年基金零报销的居民参保人员，次年提高大病保险最高支付限额；具体标准按照省医保局文件执行。城乡居民发生大病报销并使用奖励额度后，前期积累的零报销激励额度清零。断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算。

第十四条 城乡居民医保实行个人缴费和各级政府补助相结合为主的筹资方式，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。根据经济社会发展和居民收入水平，建立结构统一、分担合理的动态筹资调整机制。

特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）参加城乡居民医保个人缴费部分由医疗救助资金全额资助；低保对象、纳入监测范围的农村防止返贫致贫对象给予定额资助，资助标准按照当年通知执行。

第三章 基金管理

第十五条 建立城乡居民医保基金，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。

第十六条 城乡居民医保基金财务管理和会计核算采用收付实现制，纳入社保基金预算管理。全市基金实行统一征缴、统一支付，收支全额纳入医疗保障基金财政专户，实行“收支两条线”管理，基金独立核算、专户管理、专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用调剂。

第十七条 城乡居民医保基金实行市级统筹、总额控制、分县（区）记账。市医保经办机构负责全市城乡居民医保基金的预决算和管理，对各县（区）城乡居民医保基金收支情况单独核算、分县（区）记账，对全市城乡居民医保基金运行进行动态监测和风险预警，按季度提交基金运行动态监测报告，并根据监测分析结果提出工作建议。

第四章 就医管理

第十八条 参保人员凭本人医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证在定点医疗机构就医。

第十九条 参保人员在本市行政区域内定点医疗机构住院，实行基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度。

第二十条 危急重症、精神类疾病、急性重大传染病、恶性肿瘤等特殊情况的患者和政策规定其他必须定点收住的患者，不受本市分级诊疗制度限制。

第二十一条 因恶性肿瘤放化疗、肾透析、骨折愈合拆除钢板等须间隔多次住院治疗的患者，可选择原就医定点医疗机构进行治疗，不受本市分级诊疗制度限制。

第二十二条 65岁以上老年人、孕产妇、5岁以下儿童及三级定点医疗机构所在社区居民可就近就诊，不受本市分级诊疗制度限制。

第二十三条 落实异地就医直接结算工作要求，统一规范异地就医备案人员范围，实行省内异地就医免备案手续。跨省异地长期居住和跨省临时外出就医人员需要办理异地就医备案手续，备案后可享受异地就医直接结算服务。

第二十四条 参保人员在本市行政区域内发生外伤住院治疗的，外伤原因由首诊医疗机构负责核实；在本市行政区域外，符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用按规定纳入异地就医直接结算，就医地经办机构将相关费用列入核查范围。

第五章 医保待遇

第二十五条 城乡居民参保人员医保待遇主要包括普通门诊待遇、门诊慢特病待遇、住院待遇。在一个待遇年度内发生的符合医保政策范围内的医疗费用，基金按规定予以支付。

第二十六条 普通门诊待遇

在本市行政区域内医保定点的镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、高校内设卫生室（所）发生的符合医保

政策范围内的门诊医疗费用实行门诊统筹，由城乡居民医保基金按规定予以支付。具体政策由市医疗保障行政部门会同相关部门另行制定。

第二十七条 门诊慢特病待遇

（一）将下列 46 个病种纳入城乡居民医保门诊慢特病 I 类待遇保障范围：高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊治疗、恶性肿瘤康复治疗、器官移植抗排异治疗、脑血管病后遗症（脑卒中后遗症）、肺结核活动期、耐药性结核病、精神疾病、透析（含血液透析、腹膜透析）、氟骨病、大骨节病、克山病、儿童苯丙酮尿症、甲状腺功能异常、血友病、再生障碍性贫血、癫痫病、脑瘫、慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、特发性肺间质纤维化、冠心病、肺源性心脏病、慢性心力衰竭、心脏瓣膜病、心肌病、病毒性肝炎、肝硬化失代偿期、慢性肾功能不全失代偿期、肾病综合征、慢性肾小球肾炎、免疫性血小板减少症、儿童生长激素缺乏症（重组人生长激素治疗）、强直性脊柱炎、类风湿性关节炎、慢性骨髓炎、帕金森病、系统性红斑狼疮、银屑病、中枢神经系统脱髓鞘疾病、运动神经元病、股骨头坏死、系统性硬化症、肝豆状核变性、重症肌无力。

（二）将下列 4 个病种纳入城乡居民医保门诊慢特病 II 类待遇保障范围：白塞氏综合症、阿尔茨海默病、慢性丙型肝炎门诊使用聚乙二醇干扰素治疗（以上三个病种从 2023 年 7 月 1 日起不再新增保障对象）；高脂血症（从 2025 年 7 月 1 日起不再新增保障对象）。

(三) 纳入城乡居民门诊慢特病保障范围的政策范围内医疗费用，由城乡居民医保基金按规定予以支付。

第二十八条 住院待遇

参保人员住院发生的医疗费用，起付标准以上、基金支付限额以下部分，由城乡居民医保基金按政策规定予以支付。

(一) 起付线

1. 城乡居民在本市行政区域内定点医疗机构住院起付线标准为：一级医疗机构（含镇卫生院、社区卫生服务中心，下同）200 元，二级医疗机构 600 元，三级医疗机构 1500 元；学生儿童、大学生在本市行政区域内定点医疗机构住院起付线标准为：一级医疗机构 100 元，二级医疗机构 400 元，三级医疗机构 1000 元。

2. 参保人员在本市行政区域内定点医疗机构住院且医疗费用超过起付线标准时，按本市分级诊疗制度要求由一级或二级定点医疗机构转往三级定点医疗机构住院治疗的，三级定点医疗机构起付线执行两级定点医疗机构起付线差额部分；由三级定点医疗机构住院下转的，个人不再支付一级或二级定点医疗机构起付线费用。

3. 省内异地就医人员、办理了跨省异地就医备案人员及异地转诊转院人员，住院起付线标准按我市异地就医相关政策执行。

4. 因患恶性肿瘤、尿毒症、精神疾病、慢性再生障碍性贫血、脑瘫、系统性红斑狼疮、器官移植后抗排斥反应治疗、耐药性肺结核、肝硬化（失代偿期）、血友病 10 种特殊疾病一个

待遇年度内多次在本市行政区域内同一定点医疗机构（二级及以上）住院的，起付线标准另行规定。

（二）基金支付比例

1. 参保人员按本市分级诊疗制度要求，在本市行政区域内定点医疗机构住院，基金支付比例为：一级医疗机构 90%，二级医疗机构 80%，三级医疗机构 65%；未按本市分级诊疗制度要求办理转诊转院手续的，在三级定点医疗机构住院，基金支付比例执行分级诊疗相关政策。

2. 省内异地就医人员、办理了跨省异地就医备案人员及异地转诊转院人员，执行我市相关异地就医基金支付比例。

3. 未办理异地就医登记备案或异地转诊转院手续，因急诊抢救在本市行政区域外医疗机构住院的，基金支付比例降低 10 个百分点；非急诊抢救在本市行政区域外定点医疗机构住院的，基金支付比例降低 20 个百分点。

（三）参保人员符合医保政策的生育住院医疗费用，纳入城乡居民医保基金支付范围

第二十九条 加强对定点医疗机构、定点零售药店医保目录内药品管理，畅通采购渠道，确保医保目录内药品，尤其是国家谈判药品、特殊药品的顺畅供应和合理使用。

第三十条 参保人员一个待遇年度内发生的医疗费用，基本医疗保险基金累计支付不超过 13 万元。

第三十一条 建立全市统一的城乡居民大病保险制度。一个待遇年度内，参保人员因住院产生的医疗费用，经基本医疗

保险政策报销后，对起付线标准以上、年最高支付限额以下的政策范围内费用，由大病保险基金分段按比例予以支付。

第三十二条 在其他统筹地区已参加城乡居民医保或职工医保的，医疗保险待遇不得重复享受。

第六章 医疗服务管理

第三十三条 按照标准统一、数据集中和服务延伸的原则，不断完善全市统一的城乡居民医保信息系统，覆盖到镇（街）和村（社区），提升信息化支撑水平。

第三十四条 城乡居民医保定点医疗机构实行协议管理，按照“统一标准、分级管理”的原则，与职工医保定点医疗机构执行统一的协议管理办法，建立城乡居民医保定点医疗机构动态准入退出机制，强化事中、事后监管。

第三十五条 按照每个定点医疗机构只对应一个医保经办机构的原则，渭滨区、金台区行政区域内二级甲等（含二级甲等）以上定点医疗机构，由市医保经办机构签订协议，负责结算；其余定点医疗机构根据所属行政区域，由市医保经办机构委托各县（区）医保经办机构签订协议，负责结算。

第三十六条 医保经办机构应根据定点医疗机构的实际服务能力，实行分类管理签订服务协议，并在服务协议中对医疗服务对象、双方责任、权利、义务等进行明确，对违反法律法规或服务协议约定的，依照法律法规或服务协议约定追究相关

责任。

第七章 医疗费用结算

第三十七条 参保人员在本市行政区域内定点医疗机构就医，实行一站式服务、一窗口办理、一单式结算。

第三十八条 参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用，应由个人支付的直接与定点医疗机构结算，应由医保基金支付的由经办机构与定点医疗机构结算。

第三十九条 参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用，除急诊抢救外，医保基金不予支付。

第四十条 城乡居民医保基金支付范围为符合国家规定的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目、医保医用耗材（以下简称“三个目录”）以及急诊、抢救的医疗费用（以下简称“医疗费用”）。“三个目录”中需个人先行自付部分，由个人先按规定比例支付后，再按规定的待遇政策执行。

第四十一条 城乡居民医保基金不予支付的费用根据《中华人民共和国社会保险法》和国家、省、市相关规定执行。

第四十二条 城乡居民医保基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算制度。建立城乡居民医保基金审计制度，定期开展基金收支和管理等审计工作，保障基金安全。

第四十三条 医疗费用管理坚持“总额预算、分类管理，合理调控、风险共担”的原则，实行总额控制下的按病种分值

付费（DIP）、按床日等多元复合式支付方式，形成责任共担与激励机制相结合的费用结算管理模式，提高医疗机构自我管理的积极性，引导医疗资源合理配置，提高医保基金使用效率。

第八章 相关责任

第四十四条 定点医疗机构、定点零售药店应严格遵守法律法规，履行服务协议。对违反服务协议，造成医疗保险基金损失的，医保经办机构应根据服务协议约定，不予支付或追回违规费用、扣除违约金，并按情节轻重给予限期整改、中止服务协议、解除服务协议等处理。

第四十五条 任何组织或个人，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保基金的，由医疗保障行政部门依法责令退回骗取的医保基金，并给予相应行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第九章 附 则

第四十六条 市医疗保障行政部门根据本办法会同相关部门制定配套实施措施。

第四十七条 市医疗保障行政部门会同市级财政等部门根据国家、省相关要求、本市经济社会发展水平和城乡居民医保基金实际运行情况，对有关政策待遇适时予以调整。

第四十八条 本办法自 2026 年 3 月 1 日起施行，有效期至 2031 年 2 月 28 日。期间若国家医保局、省医保局有相关文件出台，与本办法不一致的，按国家医保局、省医保局文件规定执行。

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室。

市委编办。

宝鸡市人民政府办公室

2026 年 2 月 4 日印发

共印 10 份

