

# 伊春市城乡居民医疗保险实施办法

## （征求意见稿）

### 第一章 总 则

**第一条** 为建立统一的城乡居民基本医疗保险制度，实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益，根据《黑龙江省人民政府关于全面做实基本医疗保险市级统筹工作的通知》（黑政办发〔2020〕37号）、《黑龙江省医疗保障局 黑龙江省财政厅关于建立黑龙江省医疗保障待遇清单制度的实施意见》（黑医保发〔2021〕37号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 城乡居民医疗保险坚持以下原则：

- （一）以收定支、收支平衡、略有结余；
- （二）个人缴费与政府补助相结合；
- （三）立足基本、保障公平、统筹兼顾；
- （四）坚持可持续发展，筹资标准和保障水平与全市经济社会发展程度相适应。

### 第二章 统筹层次和参保范围

**第三条** 统筹层次

城乡居民基本医疗保险实行市级统筹，实现制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体。

**第四条** 参保范围

覆盖除参加职工基本医疗保险以外的其他所有城乡居民。包括城镇非从业居民、农村居民、各类全日制学校在校学生、学龄前儿童、新生儿等。参保人员不得同时参加城乡居民基本医疗保险和职工基本医疗保险，不得重复享受医疗保险待遇。

未在户籍地参加基本医疗保险的，可在居住地选择参加城乡居民医保，参保地财政应按照本地参保人员标准给予补助。

### **第三章 基金筹集**

#### **第五条 筹资方式及标准**

城乡居民医疗保险基金以个人缴费、财政补助相结合的筹资方式筹集，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。城乡居民医保（含学生、儿童）的个人缴费标准和财政补助标准按照省医疗保障部门和财政部门每年确定的标准执行。

**第六条** 城乡居民基本医疗保险按照自然年度计算参保周期，实行年度缴费，每年 9 月至 12 月为办理下一年度的集中缴费期，在集中缴费期参保缴费的，享受财政补助，自次年 1 月 1 日起享受居民医保待遇。集中缴费外参保缴费的，设置待遇等待期，具体要求按上级文件执行。在 90 天内参保的新生儿，按照个人缴费标准缴费，并自出生之日起享受居民医保待遇。

**第七条** 城乡居民基本医疗保险参保缴费由税务部门负责征缴。符合参保条件初次参保的城乡居民，应持身份证，新生儿需提供出生证明等材料，到所在乡（镇）、社区或当地医疗保险服

务中心办理参保手续。续保的城乡居民按规定续保。

#### 第四章 医疗保险待遇

**第八条** 城乡居民就医执行《黑龙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《黑龙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》（以下简称“三项目录”）。参保居民发生在“三项目录”范围内的医疗费用，由城乡居民基本医疗保险基金按比例支付。

##### 第九条 门诊待遇

###### （一）普通门（急）诊

居民医保参保人员不设立个人账户，参保人员在定点医疗机构就医发生的门诊医疗费用：起付标准为 **100** 元，一级及以下基层医疗机构支付比例为 **70%**、二级医疗机构支付比例为 **60%**、三级医疗机构支付比例为 **50%**。年度最高支付限额为 **200** 元。

###### （二）门诊“两病”

高血压、糖尿病门诊用药无起付标准，一级及以下基层医疗机构支付比例分别为 **80%**、二级医疗机构支付比例 **70%**，年度最高限额高血压为 **400** 元、糖尿病为 **600** 元，同时患有两种疾病的，待遇可同时享受。

###### （三）门诊特殊疾病（治疗）

恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症、器官移植术后抗排异治疗、肺结核、重性精神病药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、血友病

起付标准为 **400** 元，支付比例与居民住院支付比例相同。其中，糖尿病胰岛素治疗年度最高限额 **3000** 元，尿毒症透析政策另行制定。

#### （四）门诊慢性病

糖尿病合并症、慢性肾功能不全（Ⅲ期以上）、肺源性心脏病（慢性心力衰竭）、风湿性心脏病（心功能不全 3 级以上）、脑血管病后遗症（合并肢体功能障碍）、冠心病（心功能不全 3 级以上）、肝硬化功能不全（Ⅲ期以上）、类风湿性关节炎（有严重肢体功能障碍）、慢性阻塞性肺疾病、癫痫病、系统性红斑狼疮、高血压（Ⅲ期以上）、房颤、再生性障碍贫血、慢性病毒性肝炎、布鲁氏菌病、艾滋病、帕金森氏病、支气管哮喘、重症肌无力起付标准为 **300** 元，支付比例为 **65%**，最高支付限额为 **3000** 元。

门诊医疗费用计入参保人员个人年度最高支付限额，设置限额的门诊特殊疾病（治疗）、门诊慢性病年限额按季度管理，按季度平均支付，不滚存、不结转。

### 第十条 住院待遇标准

（一）住院：一级及以下医疗机构起付标准为每次 **300** 元、二级医疗机构起付标准为每次 **500** 元、三级医疗机构起付标准为每次 **800** 元。一级及以下医疗机构支付比例为 **90%**、二级医疗机构支付比例为 **80%**、三级医疗机构支付比例为 **65%**。一个

自然年度内基本医疗保险基金最高支付限额为 **10** 万元。无第三方责任的意外伤害住院费用参照住院待遇标准支付。

(二) 参加城乡居民医疗保险的孕产妇住院分娩产生的费用，起付标准以上部分由基本医疗保险统筹基金按定额支付。实际住院费用低于定额标准的据实结算，超过定额标准的按定额标准支付。具体为：正常产 **1000** 元、难产（侧切）**1200** 元、剖腹产 **1700** 元，多胞胎生育的每多生一个婴儿增加 **200** 元。合规部分自付额度超出大病起付线后进入大病医疗保险支付，符合医疗救助范围的由医疗救助支付。在异地发生的生育医疗费执行与本地同等政策。孕产妇因孕产并发症等高危重症救治发生的政策范围内住院医疗费用参照疾病住院相关政策支付。

### **第十一条** 长期异地居住就医待遇标准

长期异地居住参保居民，办理异地备案手续后在异地居住地定点医疗机构发生的符合我市医疗保险规定的医疗费用，执行参保地规定的本地就医标准。

### **第十二条** 异地转诊和异地急诊待遇标准

参保人员异地转诊和异地急诊抢救发生的住院医疗费用，起付标准为每次 **1200** 元，支付比例按本地三级住院标准降低 **20** 个百分点；发生的符合普通门（急）诊、门诊慢性病、门诊特殊疾病（治疗）、特殊药品费用支付比例按本地标准降低 **20** 个百分点。

异地急诊住院原则上应就近选择当地定点医疗机构，因危急重症抢救在非定点医疗机构入治疗的，经医疗保险服务中心调查核实后，城乡居民医保基金按照相应定点医疗机构标准予以核销。

### **第十三条 自主就医待遇标准**

参保人员临时外出就医发生的住院医疗费用，起付标准为每次**1500**元，支付比例按本地三级住院标准降低**30**个百分点；发生符合普通门（急）诊、门诊慢性病、门诊特殊疾病（治疗）、特殊药品费用支付比例按本地标准降低**30**个百分点。

### **第十四条 城乡居民大病医疗保险待遇**

城乡居民大病保险由医疗保险基金负责筹集，参保人员个人不缴费，筹资标准按照国家、省有关规定执行。原则上对参保居民发生的符合医保三项目录规定的住院和门诊特殊治疗费用，经基本医疗保险支付后个人自付部分合规医疗费用超过大病保险起付标准以上的，按规定纳入大病保险支付范围。纳入大病保险合规费用具体包括个人起付标准以内费用、统筹基金支付范围内三项目录及医用耗材个人按比例负担的费用、基本医保最高支付限额以上部分合规医疗费用。异地急转诊及未按规定转诊，个人自付比例提高部分的费用不纳入大病保险合规费用范围；医用耗材限额以上费用不纳入大病保险合规费用范围。住院和门诊特殊治疗医疗费用乙类个人自付部分，大病保险、医疗救助与基本医

疗保险支付范围保持一致。

大病保险起付标准 **15000** 元，实行分段支付政策，大病保险基金支付 **2** 万元（含 **2** 万元）以下部分支付比例为 **65%**，**2** 万元至 **5** 万元（含 **5** 万元）部分支付比例为 **70%**，**5** 万元以上部分支付比例为 **75%**，普通参保人员大病保险年度最高支付限额 **40** 万元。大病保险继续对特困人员、低保对象和返贫致贫人口，实施起付标准降低一半，报销比例增加 **5** 个百分点，不设年度最高支付限额的倾斜支付政策。

## **第五章 管理和服务**

### **第十五条 医疗服务管理**

城乡居民医疗保险定点医疗机构实行协议管理，医疗保险服务中心负责与符合条件的医疗卫生机构签订定点服务协议。

跨年度住院的参保居民，医疗费用连续累计，按出院日期享受所在年度医保待遇。未参加下一年度城乡居民医保的，只享受当年年度医保待遇。医疗保险服务中心与定点医疗机构根据协议规定按月结算医疗费用时，应按双方签订的协议预留一定额度作为服务质量保证金。服务质量保证金根据定点医疗机构年度考核结果予以返还。

**第十六条** 有下列情况之一的，城乡居民基本医疗保险和大病保险基金不予支付。

（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,有权向第三人追偿。

## **第六章 附 则**

**第十七条** 任何组织和个人有权对违反社会保险法律、法规的行为进行举报、投诉,有权处理的部门应及时处理。对违反《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》隐匿、转移、侵占、挪用医疗保险基金的行为,经查证属实的,由医疗保障及相关部门责令追回医疗保险基金。

**第十八条** 任何单位和个人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出和医疗保险待遇的,按照《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》相关规定处理。构成犯罪的,移送司法机关,依法追究刑事责任。

**第十九条** 此办法执行期间,有上级文件另有规定的,按上级文件执行。本办法自下发之日起施行,原《伊春市人民政府关于印发伊春市城乡居民医疗保险暂行办法的通知》(伊政规〔2023〕6号)同时废止。