

# 邢台市医疗保障局 关于征求《邢台市城乡居民基本医疗保险实 施办法（征求意见稿）》的公告

为进一步健全我市城乡居民基本医疗保险制度,维护城乡居民基本医疗保险参保人员合法权益,规范和提升城乡居民基本医疗保险管理服务水平,根据有关法律法规和政策规定,结合我市实际,邢台市医疗保障局起草了《邢台市城乡居民基本医疗保险实施办法（征求意见稿）》,现公开征求意见,征求意见时间为:2024年11月22日至2024年12月21日。

联系电话:3690630

邮 箱: xtybk@sina.com

# 邢台市城乡居民基本医疗保险实施办法 (征求意见稿)

## 第一章 总则

**第一条** 为进一步健全我市城乡居民基本医疗保险制度,维护城乡居民基本医疗保险参保人员合法权益,规范和提升城乡居民基本医疗保险管理服务水平,根据《中华人民共和国社会保险法》、《中共河北省委 河北省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》(冀发〔2020〕13号)、《河北省医疗保障局 河北省财政厅关于落实国家医疗保障待遇清单制度的实施意见》(冀医保发〔2021〕5号)、《河北省医疗保障局等八部门关于印发河北省健全基本医疗保险参保长效机制的若干政策措施的通知》(冀医保发〔2024〕7号)等文件精神,结合我市实际,制定本办法。

**第二条** 城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)制度遵循以下基本原则:

- (一) 坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续;
- (二) 坚持筹资水平、保障标准与经济社会发展水平相适应;
- (三) 坚持居民个人缴费和政府补助相结合为主的筹资方

式，鼓励有条件的县（市、区）、乡镇（街道）、集体、单位或其他社会经济组织对居民个人缴费给予扶持或资助；

（四）坚持权利和义务相结合，居民公平享有基本医疗保险待遇；

（五）坚持以收定支、收支平衡、略有结余，确保制度可持续发展。

第三条 居民医保实行市级统筹，全市范围内统一医疗保障覆盖范围、统一筹资政策、统一基金管理、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理。

第四条 建立健全基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保障制度。

## 第二章 参保缴费

第五条 除职工基本医疗保险应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民，持有港澳台居民居住证且在我市居住的香港、澳门、台湾居民，以及在我市长期居住的外国公民均属居民医保制度覆盖范围。

第六条 居民医保实行按年度参保，按年度预缴费制度。原则上每年9月至12月集中缴纳下一年度居民医保个人缴费部分，待遇享受期为次年1月1日至12月31日。

第七条 新生儿自出生之日起90日内应办理参保登记缴费；90日内跨年度的，缴纳出生当年度医保费的，享受医保待遇从出生之日起至出生当年12月31日；缴纳出生下一年度

医疗费用的，自参保缴费对应年度1月1日至12月31日享受医保待遇。

第八条 除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保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，待遇等待期自参保缴费之日起计算。其中，未连续参保的，每多断保1年，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不少于6个月。修复缴费标准按照提出修复申请时所在年度的参保地个人缴费标准。

第九条 对连续参加居民医保满4年的参保人员，之后每连续参保1年，提高大病保险最高支付限额2000元。对当年基金零报销的居民医保参保人员，次年提高大病保险最高支付限额2000元。连续参保激励和零报销激励，累计提高总额不超过所在统筹地区大病保险原封顶线的20%。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。前期积累的奖励额度继续保留。对断保人员再参保的，每断保1年降低大病保险最高支付限额2000元，累计降幅总额不超过所在统筹地区大病保险原封顶线的20%。

第十条 已参加居民医保的人员，不得同时参加城镇职

工基本医疗保险，不得重复享受医疗保障待遇。参保人员已连续2年（含2年）以上参加基本医保的，年度内因就业等个人状态变化由职工医保变更为居民医保的，且中断缴费3个月（含）以内的，可按转入地规定办理补缴手续，补缴后不设待遇等待期，自缴费之日起享受待遇。中断缴费3个月以上的，设置待遇等待期3个月。

第十一条 我市户籍的军队退役人员可参加居民医保，因服役错过集中缴费期的，应在服役结束之日起90日内持有效证明到户籍地医疗保障经办机构办理参保登记并缴纳居民医保费，自退役之日起享受待遇。

第十二条 居民缴费后，在相应待遇享受期未开始前因死亡、参加职工医保、参军或重复参保缴费等特殊情形，可终止参保关系，申请办理退费。待遇享受期开始后，对暂停居民医保参保关系的，个人缴费不再退回。

### **第三章 基金筹集**

第十三条 城乡居民医保基金构成：

- （一）参保人员个人缴纳的医疗保险费；
- （二）各级政府的补助资金；
- （三）社会捐助的资金；
- （四）城乡居民医保基金的利息收入；
- （五）依法纳入的其他资金。

第十四条 城乡居民医保基金筹集采取个人缴费、财政

补助相结合的方式。每年筹资标准(含个人缴费、财政补助)由市医疗保障局、市财政局、市税务局根据国家、河北省政策规定公布。

第十五条 城乡居民中的特困人员、低保对象、返贫致贫人口、脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口等医疗救助对象由医疗救助资金按照规定予以资助。

#### 第四章 医保待遇

第十六条 居民医保执行河北省统一的基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目目录。其中，甲类全额纳入居民医保报销范围，按规定比例支付；乙类个人先行自付10%，再按规定比例支付。国家集采药品、谈判药品、医院制剂等支付政策按照国家、省有关规定执行。

##### 第十七条 门诊待遇

全面开展居民医保普通门诊统筹，完善慢特病门诊保障政策，落实高血压、糖尿病门诊用药保障政策。

(一)普通门诊待遇。居民医保实行普通门诊统筹制度，参保人员在定点医疗机构普通门诊发生的政策范围内费用由门诊统筹基金按比例支付。

(二)门诊慢特病待遇。参保居民符合我市门诊慢特病鉴定标准的，均可按规定申报，认定后享受相关待遇。

(三)“两病”门诊用药保障待遇。纳入糖尿病、高血压“两病”门诊用药保障机制，“两病”门诊用药保障待遇

按照河北省统一政策执行。保障对象病情符合我市门诊特殊慢性病认定条件的，评审通过后按照规定享受门诊特殊慢性病待遇，同时停止享受“两病”门诊用药保障待遇。

（四）门诊单独支付待遇。参保居民使用符合我市门诊单独支付政策的国家谈判药品，按规定享受待遇。

#### 第十八条 住院待遇

参保人员在统筹区内住院就医待遇：

（一）居民医保基金起付标准。一级及以下定点医疗机构 100 元；二级定点医疗机构 400 元；三级定点医疗机构 1000 元。中医医院的起付标准可比当地同级综合医院下降一级。

市级医保部门要统筹考虑住院支付与门诊支付政策相互衔接，根据居民医保基金运行情况动态调整起付标准。

（二）政策范围内的医疗费用支付比例。一级及以下定点医疗机构 90%；二级定点医疗机构 80%；三级定点医疗机构 65%。

（三）对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。

参保人员在京津及省内其它地市定点医疗机构住院就医的，无需办理备案手续，参照执行统筹区内同级别医疗机构起付标准和支付比例。

#### 第十九条 生育待遇

参保居民住院分娩发生的政策范围内的医药费用，纳入

城乡居民基本医疗保险住院统筹基金支付范围，并设最高支付限额，具体标准为：单胎顺产 1000 元，多胎顺产 1500 元，单胎剖腹产 2500 元，多胎剖腹产 3000 元。

因病理性妊娠(母婴原因)或采取避孕节育措施(放置宫内节育器、实施绝育手术)后仍怀孕需住院终止妊娠的纳入住院统筹基金支付范围，实行限额报销，最高支付限额为 800 元，低于限额的按照实际费用支付。

产后并发症包括产科弥散性血管内凝血、羊膜腔感染、羊水栓塞、产科休克、产后出血(符合产后出血的标准且需输血或抗感染治疗的)，按照普通住院医疗报销待遇报销。

## 第二十条 异地就医待遇

### (一) 跨省异地长期居住人员双向享受住院待遇

异地长期居住人员实行备案管理。跨省异地长期居住人员一经备案，原则上 6 个月内不得变更，因病情需要转往备案地之外就医的，可提前办理跨省临时外出就医备案手续。异地长期居住人员在备案地住院结算，所发生的符合规定的医疗费用，执行起付标准 2500 元、邢台市同级别医疗机构支付比例；在备案有效期内回邢台市域内住院就医的，所发生的符合规定的医疗费用，执行邢台市同级别医疗机构起付标准和支付比例。

### (二) 跨省临时就医人员住院待遇

跨省临时外出就医实行备案管理。特殊情况可先行住院，



报销前补办备案，就医地定点医疗机构认定为急诊抢救的视同备案。临时就医人员在备案地就医结算，所发生的符合规定的医疗费用，执行起付标准 2500 元，在邢台市同级别医疗机构支付比例基础上降低 10 个百分点。未备案的其他跨省临时外出就医人员，所发生的符合规定的医疗费用，执行起付标准 3000 元，在邢台市同级别医疗机构支付比例基础上降低 20 个百分点。

### (三) 门诊慢特病待遇

已在参保地完成门诊慢特病待遇资格认定的我市参保人员，可在就医地选择已开通门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算的定点医疗机构就诊，无需备案，直接结算。因客观原因未能跨省直接结算，可持相关材料，按参保地规定，回参保地进行手工报销。

第二十一条 居民医保基金一个自然年度最高支付限额为 15 万元。

第二十二条 大病保险。在实行居民医保制度的基础上，从居民医保基金中按一定标准提取大病保险资金，建立城乡居民大病保险基金。大病保险筹资标准、待遇支付、年度最高支付限额根据大病保险基金运行情况 and 政策变化适时调整。

第二十三条 由职工医保变更为居民医保的，其年度住院医疗费用最高支付限额执行居民医保最高支付限额以及

大病保险最高支付限额规定；其门诊医疗费用按居民医保门诊保障政策规定执行。

第二十四条 下列医疗费不纳入居民医保基金支付范围：

- （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、美容以及非功能性整形、矫形手术等；
- （六）因打架斗殴、酗酒、违法犯罪、交通事故、故意自伤、自残所发生的医疗费用。
- （七）国家和河北省规定不予支付的其他情形。

## **第五章 医疗服务管理**

第二十五条 完善定点医药机构协议管理办法，强化服务协议管理，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。建立医保医师管理制度，对评估不合格的医师（药师），停止其医疗保险服务资格。

第二十六条 定点医疗机构要规范医疗服务行为，为参保人员提供合理、必要的医疗服务，优先选择基本医保目录内安全有效、经济适宜的诊疗技术和药品、耗材，严格控制不合理医疗费用发生。医保经办机构要严格医保协议管理、考核，严控基本医保目录外费用占比。确因病情需要使用基

本医保目录之外的药品、耗材等，医务人员必须事先与参保患者或家属沟通，并由患者本人或家属逐项签字确认同意自费。

第二十七条 各级医保经办机构应当依法履行经办职责，建立健全居民医保业务、财务、基金安全和风险管理、内部控制制度，严格履行居民医保服务协议，加强对定点医药机构履行服务协议情况的日常管理和检查。

第二十八条 支持第三方机构通过医疗巡查、医疗费用核查等形式，参与医疗服务行为和医疗费用监督。

第二十九条 普遍实施按病种分值付费为主的多元复合式医保支付方式，引导医疗机构合理诊疗，提高医保资金使用效能。探索符合中医药特点的医保支付方式。

## 第六章 费用结算

第三十条 参保人员凭本人医保码（医保电子凭证）或社会保障卡在定点医药机构就医，发生的医药费用实行即时结算。参保人员应负担的部分，由参保人员直接与定点医药机构结算；统筹基金负担的部分，由医疗保障经办机构与定点医疗机构统一结算。

第三十一条 参保人员跨年度住院的，定点医疗机构可在12月31日为住院的参保人员办理住院费用中途结算手续，次年当次住院不再负担起付标准费用。

第三十二条 参保人员因突发性疾病发生的急诊抢救留

观费用或突发性疾病门诊抢救死亡所发生的费用，视同一次住院医疗费用，未直接结算的参保人员或家属持规定的材料到参保地医疗保障经办机构申请办理零星报销。

第三十三条 参保人员办理入院前因同一病种在同一家定点医疗机构发生的与住院连续的门诊急诊费用与当次住院费用合并（连续急诊转院治疗不限同一家医院），由定点医疗机构按一次住院费用结算。

定点医疗机构未将其纳入住院费用的，参保人员可凭缴费发票和相关证明材料到参保地医疗保障经办机构按住院政策规定报销。

第三十四条 参保人员在定点医药机构由于客观原因未实行即时结算的医疗费用由参保人员全额垫付，垫付后应按规定及时向参保地医疗保障经办机构申请办理零星报销。

第三十五条 参保人员非急诊急救在非定点医药机构发生的费用医保基金不予支付。

第三十六条 参保患者因恶性肿瘤放化疗或靶向治疗的、尿毒症（肾透析）期间治疗的，在参保地经办机构备案后，一个自然年度内只支付一次最高住院起付标准费用。

第三十七条 我市参保居民因治疗需要，在一个治疗过程中需要进行转院的，两次住院过程间隔不超过 24 小时，上转住院治疗的，在第二次住院时，减免首次住院起付线；下转住院治疗的，第二次住院治疗免除起付线。

## 第七章 基金管理

第三十八条 居民医保市、县（区）财政补助及资助参保费用，由市、县（区）财政部门列入年度预算安排，并确保及时、足额缴入市级财政专户。

第三十九条 城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户管理，单独设立账户，实行收支两条线，专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

市、县（市、区）两级医保经办机构分别设立城乡居民医保基金支出户。县（市、区）级支出户主要用于接收上级部门拨付的基金和支付医保待遇、退费等。

第四十条 居民医保基金执行统一的社会保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

第四十一条 居民医保基金预算实行市级统一管理，各县（市、区）财政局、医疗保障局编制居民医保基金收支预算草案，报市财政局、市医疗保障局审核汇总后，编制全市基金收支预算草案，提交市政府审定，经市人民代表大会批准后执行。

第四十二条 居民医保保费由税务部门根据属地管理原则负责征收，属地入库。同级医疗保障经办机构和税务部门对入库收入进行核对后，由同级医疗保障经办机构按有关规定向同级财政部门提出基金收入划转申请，财政部门将基

金收入从国库划入市级财政专户。

基金支出由市医疗保障部门及其经办机构统一汇总、核定全市基金支出用款计划，市财政部门安排资金拨付。

第四十三条 市医疗保障局、市财政局对城乡居民医保基金收支情况进行监控和预测分析。

## 第八章 经办能力建设

第四十四条 各县（市、区）人民政府要加强居民医保经办能力建设，加强乡镇、街道社会保障服务平台建设，合理配备与居民医保管理服务工作需要相适应的工作人员，安排必要工作经费并纳入同级财政预算，确保居民医保经办服务工作顺利开展。

第四十五条 市医疗保障经办机构负责建立全市统一规范的城乡居民医保经办业务流程。各级医保经办机构要完善管理运行机制，逐步实现精细化管理，不断提高管理效率和服务水平。

第四十六条 加大对医保信息系统平台建设和长期运行维护的投入，按照标准统一、资源共享、数据集中、服务延伸、协同共建的原则建立健全覆盖城乡的医疗保险信息网络，推动医保码（医保电子凭证）在居民参保缴费、异地结算等工作中的广泛应用，实现参保缴费、退费等事项便利化，政策宣传、咨询智能化。

第四十七条 市医保部门牵头，税务部门配合，共同开

展城乡居民数据治理工作。利用公安、民政、卫生健康、税务等部门的共享数据，定期或实时开展数据比对，及时下发疑点数据，指导县（市、区）医保部门分类妥善处置。

第四十八条 各县（市、区）医保部门应加强与县级政府其他职能部门的数据共享应用，及时核实并依规分类处置数据比对疑点线索，有序清理重复、错误等参保数据，并按要求反馈核实结果。能通过数据比对掌握的信息以及法律法规未规定由城乡居民提供的资料，不得要求城乡居民提供。

## 第九章 监督管理

第四十九条 县（市、区）医疗保障经办机构要严格按照有关文件的规定及医疗保险服务协议确定的支付范围，加强城乡居民医保基金支付审核，任何单位和个人不得擅自扩大城乡居民医保基金支付范围、提高待遇支付标准。

第五十条 加强居民医保政策宣传。县（市、区）医保经办机构、定点医疗机构和村民（居民）委员会要在醒目位置设置公示栏，定期公示居民医保主要政策、就诊（转诊）流程和监督举报电话等内容。

第五十一条 加强居民医保基金监督管理，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》有关规定和基本医疗保险制度政策，骗取、套取居民医保基金的行为，依法依规严厉查处。

## 第十章 附 则

第五十二条 居民医保的待遇标准随着社会经济发展和居民医保基金运行情况适时调整。调整方案由市级医保行政部门会同财政部门研究制定。

第五十三条 进一步完善多层次的医疗保障体系。鼓励有条件的居民积极购买惠民型商业补充医疗保险。

第五十四条 本办法自 2025 年 1 月 1 日起施行。以往规定与本办法不一致的，以本办法为准。本办法实施期间如与国家、河北省有关新规定相抵触的，按国家、河北省有关新规定执行。