

关于印发白城市城乡居民 基本医疗保险实施细则的通知

白医保联发[2019]4号

各县（市、区）人民政府，市直各有关单位：

为保障我市城乡居民的基本医疗，统筹城乡居民医疗保险制度，根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院印发关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）和省医疗保障局《关于进一步推进城乡居民基本医疗保险保障待遇统一的指导意见》（吉医保联〔2019〕21号）文件精神，制定

《白城市城乡居民基本医疗保险实施细则》，经市政府同意，印发给你们，请遵照执行。

白城市医疗保障局 白城市财政局

白城市民政局 白城市卫生健康委员会

白 城 市 教 育 局

国家税务总局白城市税务局

白城市扶贫开发办公室

2019 年 12 月 17 日

(此件主动公开)

白城市城乡居民基本医疗保险实施细则

第一章 总 则

第一条 为保障我市城乡居民的基本医疗，统筹城乡居民医疗保险制度，根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院印发关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）和省医疗保障局《关于进一步推进城乡居民基本医疗保险保障待遇统一的指导意见》（吉医保联〔2019〕21号）文件精神，

结合本市实际，制定本细则。

第二条 城乡居民基本医疗保险应当遵循以下原则：

（一）坚持全覆盖、保基本，促进制度与我市经济社会发展水平、城乡居民负担和基金承受能力相适应。

（二）坚持基金市级统筹、分级核算、基金调剂、风险共担，坚持基金以收定支、收支平衡、略有节余，促进制度保障可持续发展。

（三）坚持个人缴费参保与政府补助相结合，权利与义务相对应的原则；

（四）坚持统筹城乡、保障公平，促进城乡居民公平享有基本医疗保险权益。

（五）坚持协同推进、有效衔接，实行医保、医疗、医药三医联动，促进基本医疗保险、大病保险、医疗救助等制度多层次发展。

第三条 城乡居民医保制度实行“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、统一经办服务、统一信息系统”，2020年底实现基金全市统收统支、业务市县分级管理，提高基金运行效率和抗风险能力。

第四条 市医疗保障部门负责本市城乡居民医保制度的制定、组织实施和管理。市社会医疗保险管理局负责市本级及所辖区城乡居民医保经办服务管理工作，统一规范经办服务流程和标准，做好对县（市）经办服务的监督和指导工作。

县（市）医疗保障行政部门负责本行政区域内的城乡居民医保工作，医疗保险经办机构具体负责本行政区域内城乡居民医保参保登记、业务经办、政策宣传等日常业务工作，并做好基层业务指导工作。

财政、民政、卫健、教育、税务、扶贫等有关部门，按照各自职责配合做好城乡居民基本医疗保险工作。

第五条 本细则适用于城镇职工基本医疗保险应参保人员以外的下列人员：

（一）具有白城市户籍或居住证，且年满 18 周岁的城乡非从业居民。

（二）在白城市统筹区域内大中小学校（包括职业高中、中专、技校）就读的学生和幼儿园儿童，以及其他具有白城市户籍或居住证未满 18 周岁的居民。

第二章 参保登记

第六条 符合参保条件的城乡居民按自然年度(即每年1月1日至12月31日)参加城乡居民基本医疗保险。

(一) 一般居民参保缴费实行预缴制, 预缴期为每年的10月1日至12月31日。符合参保条件的人员在预缴期内一次性缴纳下一年度个人应缴纳的参保费用后, 于次年1月1日至12月31日享受城乡居民基本医疗保险待遇。

(二) 白城市统筹区域内大中小学校就读的学生和幼儿园儿童由教育部门提供人员信息, 医疗保险经办机构负责登记, 所在学校和幼儿园协助税务部门征收基本医疗保险费。

(三) 城乡特困人员、孤儿、城乡低保对象、建档立卡贫困人口由民政、扶贫部门分别提供人员信息, 医疗保险经办机构负责参保登记, 由税务部门征收基本医疗保险费。

第七条 符合条件的参保人员可以中途参保, 中途参保人员应当按照以下规定享受城乡居民基本医疗保险待遇:

(一) 符合参保条件新参保的人员, 应按照当年度个人缴费标准缴费, 设90天等待期, 等待期满后开始享受当年城乡居民基本医疗保险待遇。

(二) 城乡新生儿必须符合国家计划生育政策、父母双方至少一方为白城市统筹区内户籍并参加基本医疗保险或父母双方至少一方参加基本医疗保险且连续缴费一年以上。

城镇新生儿父母必须在新生儿出生一年内持新生儿身份证、父母双方结婚证，到医疗保险经办机构办理新生儿落地险参保登记、并缴费，不设等待期，发生的医疗费给予报销。超过一年办理的，设置 90 天等待期。

(三)原已参加城镇职工基本医疗保险的人员在基本医疗保险待遇停止后 60 天之内缴纳城乡居民基本医疗保险的，不设待遇等待期，自缴费次日起开始享受当年城乡居民基本医疗保险待遇；超过 60 天后缴纳城乡居民基本医疗保险的，设 90 天等待期，等待期满后开始享受当年城乡居民基本医疗保险待遇。

(四)当年度内退役士兵、刑满释放人员可按规定参加当年度城乡居民基本医疗保险，自缴费到账次日起享受当年城乡居民基本医疗保险待遇。

第八条 参加城乡居民基本医疗保险的人员，在待遇期内又参加城镇职工基本医疗保险的，按照城镇职工基本医疗保险相关规定享受待遇。退出职工基本医疗保险后，可申请恢复当年的城乡居民基本医疗保险待遇，不设置等待期。

第三章 基金的筹集和管理

第九条 城乡居民基本医疗保险基金构成：

(一) 个人缴纳的基本医疗保险费；

- (二) 各级财政补助和社会捐助；
- (三) 基金的利息收入和增值收入；
- (四) 法律、法规规定的其他收入。

第十条 城乡居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补助相结合。个人缴费标准和政府补助标准按国家和省有关规定执行。

第十一条 对符合条件的城乡特困人员、孤儿（含参照孤儿保障的对象）个人缴费部分给予全额资助；对城乡低保对象、建档立卡贫困人口给予定额资助。所需经费由各级财政按规定负担与列支。

第十二条 城乡居民基本医疗保险费由税务部门负责征收，纳入财政专户管理，单独列账，专款专用，任何单位和个人不得挤占、挪用。

第十三条 财政部门按照职责，对城乡居民基本医疗保险基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

第四章 医疗保险待遇

第十四条 城乡居民缴纳的基本医疗保险费和政府补助资金，全部用于建立城乡居民基本医疗保险统筹基金，不建立个人账户，不累计计算缴费年限，缴费当期享受相关待遇。

第十五条 下列费用不纳入城乡居民基本医疗保险基金支付范围：

（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）其他按照国家 and 省有关规定不予支付的情形：

1. 酗酒、打架、斗殴、吸毒、服毒、自残、自杀等导致的医疗费用；

2. 近（弱）视矫正术、保健疗法、营养疗法、气功疗法、音乐疗法、磁疗等费用；

3. 各种美容、健美、减肥、增胖、增效项目及非功能性整容、矫形手术等费用；

4. 义齿、眼镜、助听器和各种自用的保健、按摩、推拿治疗等器械费用；

5. 各类器官、组织移植的器官源和组织源，以及开展提取器官、组织移植的器官源和组织源的手术等相关费用；

6. 涉及违法、犯罪行为所产生的医疗费用；

第十六条 城乡居民基本医疗保险支付范围，按照全省统一的医保药品目录、诊疗项目目录及医疗服务设施项目目录，以及国家和省其他有关规定执行。

第十七条 医保统筹基金支付乙类的药品、诊疗项目(含医用耗材)和服务设施项目费用时，个人先行自付比例为 10%（高值医用耗材实行限价管理的除外，高值医用耗材超限价部分完全自付）；支付甲类的药品、诊疗项目和服务设施项目费用时，不再另行设定个人先行自付比例。

第十八条 建立完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹、门诊慢病、门诊特殊疾病、门诊特殊药品等门诊保障制度。

（一）建立城乡居民普通门诊统筹制度

1. 定点机构与保障范围。普通门诊统筹是城乡居民参保人在基层卫生服务机构购药报销待遇制度。普通门诊定点机构确定为统筹区内村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、二级公立医疗机构，参保患者可持社会保障卡在参保地定点医疗机构进行门诊购药。普通门诊病种包含高血压、糖尿病等“两病”在内的可以在门诊用药治疗的多发病、常见病。

2. 起付标准线与报销额度。普通门诊统筹设起付标准，二级公立医疗机构为 300 元，乡镇卫生院和社区卫生服务中心（站）为 200 元，村卫生室不设起付标准，一个自然年度只计算一次起

付标准。由低级别转往高级别医院，应支付起付标准线差额部分；由高级别转往低级别医院，不再支付起付标准。在一个自然年度内，起付标准以上不超过 700 元（含 700 元）的政策范围内医疗费用，医保基金按 50% 支付，其中村卫生室不超过 100 元（含 100 元）的政策范围内医疗费用，医保基金按 50% 支付。支付范围按照省有关规定执行。

（二）完善门诊慢病制度

1. 慢病病种与定点机构。将省局确定的 18 种，我市增补 1 种（附件 1）慢病纳入白城市城乡居民基本医疗保险慢病范围，执行全省统一的病种准入标准。符合慢病条件的参保患者在统筹区内二级定点医疗机构和社区卫生服务中心（站）以及乡、镇卫生院享受门诊慢病待遇。

2. 起付标准与报销比例。门诊慢病不设起付标准线。在定点医疗机构发生的门诊医药费用，报销比例为本人申报病种政策规定范围内年度医疗费额度的 60%。

门诊慢病患者可根据病情诊断情况，享受多病种保障待遇。每增加一个病种，政策范围内年度医疗费额度在原最高额度基础上增加 300 元。在一个缴费年度内，普通门诊统筹和门诊慢病政策范围内年度医疗费额度不能突破 6500 元。。

（三）完善门诊特殊疾病制度

门诊特殊疾病病种 41 个（附件 2），在二级及二级以上定点医疗机构开展，具体定点医疗机构范围由医疗保险经办机构通过签订协议的方式确定。门诊特殊疾病一年只收一次起付标准费用，医疗费用、起付标准按就诊医疗机构住院有关规定执行。

城乡居民尿毒症透析参保人员，采取按次定额付费办法，具体待遇政策另行制定。

苯丙酮尿症按照《关于进一步做好苯丙酮尿症基本医疗保障工作的通知》（吉医保联〔2019〕12 号）执行。

（四）完善门诊特殊药品制度

门诊特殊药品待遇按照国家和省有关规定执行。

第十九条 进一步完善城乡居民基本医疗保险住院统筹制度。

（一）统一城乡居民基本医疗保险住院统筹待遇。参保城乡居民在定点医疗机构发生的符合城乡居民基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，分别设个人起付标准（线）、支付比例和年度基金支付限额。按照定点医疗机构级别（未定级或级别界定不明晰的，以医保经办机构与医疗机构定点协议双方约定的级别为准），确定参保人员个人自付起付标准（线），按照统筹基金年度最高支付限额分段确定报销比例（附件 3）。

（二）统一 42 种重大疾病医疗保障待遇。进一步提高城乡居民医疗保障水平，实行城乡居民统一的重大疾病保障政策。针

对在定点医疗机构就诊，主诊断和主要治疗操作标准明确，诊疗技术比较成熟的疾病实行按病种付费。具体保障政策待遇标准按《关于统一城乡居民42种重大疾病医疗保险支付政策的通知》执行。

(三) 一个自然年度内参保人员在市级统筹区域内定点医疗机构就医且符合规定的转诊住院患者，由低级别转往高级别医院，应支付住院起付标准差额部分；由高级别转往低级别医院，不再支付住院起付标准。

(四) 参保人员符合异地转诊或急诊条件，按规定办理相关手续的，在异地发生的住院医疗费用，按照本地就医时的相关规定执行。不符合转诊病种的危急重情况下转诊的，在原基础上降低20%；未履行规定程序，自主就医发生合规医疗费用支付比例为20%；因本人原因，应直接结算未直接结算的，发生的合规医疗费用支付比例在原基础上降低10%。

(五) 日间手术是患者按照诊疗计划在一日内（24小时）内入、出院完成的手术或操作（不包括门诊手术），因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过48小时。按住院比例报销。

(六) 政策范围内，城乡居民基本医疗保险住院统筹基金年度最高支付限额（含住院、门诊统筹、门诊慢病、门诊特殊疾病、门诊特药等医疗费用）为20万元。

第二十条 城乡居民基本医疗保险女性参保人员，在本市统筹区域内住院发生的符合生育保险支付范围内的生育医疗费用，依据省统一制定的定额标准，按照城乡居民基本医疗保险住院报销比例支付。未履行规定程序，自主异地生育人员的支付额度为定额标准的 20%。

第二十一条 城乡居民基本医疗保险参保人员达到法定退休年龄或长期外出务工、“双创”人员，未在居住地参保，取得居住地户籍或居住证的，可向参保地医疗保险经办机构申请办理长期异地就医，并按照国家 and 省有关规定执行。

第二十二条 大学生在寒暑假期间、因病休学期间或实习期间，在户籍所在地或实习地住院治疗发生的医保支付范围内医疗费用，统筹基金按统筹区内住院报销比例支付。

第二十三条 继续深化医保支付方式改革，全面推行总额预付，在重大疾病低自付付费、单病种定额付费、定额付费、按床日付费、日间手术付费等多元复合式医保支付方式的基础上，稳步推进按疾病诊断相关分组（DRGs）付费方式。

第二十四条 切实落实困难群体医疗救助制度，人员身份认定、医疗救助待遇标准按照国家 and 省有关规定执行。

第五章 医疗服务管理

第二十五条 城乡居民基本医疗服务由定点医疗机构承担。

第二十六条 各定点医疗机构应按照本细则和服务协议规定向城乡居民基本医疗保险参保人员提供服务，并建立与城乡居民基本医疗保险制度相适应的内部管理制度。

第二十七条 城乡居民基本医疗保险定点、就医、结算、监督等管理办法，以及违规、违法责任追究等按照白城市基本医疗保险有关规定执行。

第二十八条 医疗保险经办机构应按照本细则和服务协议规定做好参保人员服务工作，简化手续、提高效率，提升参保人员服务体验。

第六章 附 则

第二十九条 本细则由白城市医疗保障局负责解释。

第三十条 在脱贫攻坚期内，建档立卡农村贫困人口大病兜底及相关保障待遇保持不变。

第三十一条 本细则自 2020 年 1 月 1 日起执行。参保人员就医期间，原保障待遇执行至 2019 年 12 月 31 日，自 2020 年 1 月 1 日起执行新待遇标准。原城镇居民基本医疗保险、原新型农村合作医疗相关规定与本细则不一致的，按本细则规定执行。

- 附件：**1.** 城乡居民基本医疗保险门诊慢病病种、支付比例和支付限额
- 2.** 城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病病种
- 3.** 城乡居民基本医疗保险住院起付标准和支付比例

附件 1

城乡居民基本医疗保险门诊慢病 病种、支付比例和支付限额

序号	病种名称	支付比例	政策范围内年度 医疗费额度（元）	基金年度最高 支付限额（元）
1	糖尿病（饮食控制无效，合并四肢动脉病变、肾病或视网膜病变）	60%	2400	1440
2	冠心病（包括日常用药、支架植入术后抗凝治疗）	60%	3000	1800
3	肺源性心脏病（慢性心衰，心功能Ⅱ级及以上）	60%	1800	1080
4	风湿性心脏病（心功能Ⅱ级及以上）	60%	1800	1080
5	慢性肾盂肾炎	60%	2200	1320
6	慢性阻塞性肺病	60%	1900	1140
7	慢性胆囊炎	60%	2000	1200
8	脑血管意外偏瘫	60%	2000	1200
9	支气管哮喘	60%	1800	1080
10	甲状腺功能亢进症	60%	1900	1140
11	慢性胃炎	60%	1700	1020
12	慢性支气管炎	60%	1600	960
13	恶性肿瘤镇痛治疗	60%	2400	1440

14	心力衰竭（心功能Ⅱ级及以上）	60%	2100	1260
15	慢性肾小球肾炎	60%	2500	1500
16	心律失常（限房颤）	60%	1800	1080
17	慢性腹泻	60%	1600	960
18	痛风	60%	1900	1140
19	高血压（Ⅱ、Ⅲ期）	60%	2000	1200

附件 2

城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病病种

序号	病种名称	序号	病种名称
1	恶性肿瘤放化疗	22	肾病综合征
2	白血病	23	血吸虫病
3	骨髓增生异常综合征	24	克山病
4	血友病	25	囊虫病
5	原发性血小板减少性紫癜	26	大骨节病
6	脑瘫	27	再生障碍性贫血
7	器官移植抗排异治疗	28	布鲁氏菌病
8	血管支架移植术后	29	手足口病
9	心脏换瓣膜术后	30	帕金森病
10	造血干细胞移植术后	31	癫痫
11	胃息肉内镜治疗	32	风湿（类风湿）性关节炎
12	痔疮门诊手术治疗	33	重症精神病
13	肾、输尿管结石（体外冲击波碎石）	34	强直性脊柱炎
14	乳腺癌（内分泌治疗）	35	银屑病
15	前列腺癌（内分泌治疗）	36	结肠（直肠）息肉内镜治疗
16	病毒性肝炎	37	重症肌无力
17	肝豆状核变性	38	白癜风
18	肝硬化	39	系统性红斑狼疮
19	肺结核（免费项目除外）	40	艾滋病

20	外阴白斑	41	苯丙酮尿症
21	肾功能不全透析治疗		

定点医疗 机构级别	起付标准	政策范围内年度 基金报销分段	报销比例
一级 (含以下)	400 元	起付线（元）—30000 元	80%
		30001 元—60000 元	85%
		60001 元以上	90%
二级	800 元	起付线（元）—30000 元	70%
		30001 元—60000 元	75%

附件 3

城乡居民基本医疗保险 住院起付标准和支付比例

		60001 元以上	80%
三级	1100 元	起付线 (元) — 30000 元	55%
		30001 元 — 60000 元	60%
		60001 元以上	65%