

邯郸市医疗保障局 邯郸市财政局文件 国家税务总局邯郸市税务局

邯医保规〔2020〕2号

邯郸市医疗保障局
邯郸市财政局
国家税务总局邯郸市税务局

关于印发《邯郸市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局、税务局，冀南新区、经济技术开发区组织人事局、财政局、税务局：

现将《邯郸市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)



邯郸市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）

第一章 总 则

第一条 根据《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）和《邯郸市人民政府办公室关于印发〈邯郸市医疗保障基金市级统筹管理办法（试行）〉的通知》（邯政办规〔2020〕14号）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）全覆盖、保基本、多层次、可持续；
- （二）基金以收定支、收支平衡、略有结余；
- （三）医疗保障水平与经济社会发展水平相适应；
- （四）个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式，不设立个人（家庭）账户。鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持和资助。

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。

第二章 参保缴费

第四条 未纳入城镇职工基本医疗保险，且符合以下条件之

一的应参加居民医保:

(一) 具有我市城乡户籍的城乡居民;

(二) 持居住证长期在我市居住, 且未在原籍参加基本医疗保险的外地户籍人员;

(三) 本市辖区内各类全日制普通高等学校、中小学校、中专技校、幼儿园在校学生。

(四) 持有港澳台居民居住证且在我市长期居住的香港、澳门、台湾居民, 以及持有外国人永久居留证且在我市长期居住的外国公民。

城乡居民以家庭为单位参保, 同一户口簿内符合参保条件的成员应当全部参保, 不能选择性参保。对失独、失能、独居、贫困、高龄、特殊困难留守等老年人要应保尽保。辖区内大中专院校在校学生以学校为单位参保。

第五条 居民医保实行按年度参保, 按年度预缴费制度。原则上每年10月1日至12月25日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。

(一) 父母(监护人)一方已参加我市基本医疗保险的新生儿, 在出生后90天内办理参保登记手续的, 无需缴纳医疗保险费, 自出生之日起享受当年度居民医保待遇; 超过90天未滿一周岁办理参保登记的, 除承担个人缴费部分外, 还需承担财政补助部分, 次月享受当年度待遇。

(二) 大学生及市属以上中专、职技校学生入学即进行参保

登记的，第一年保障期为9月1日零时至第二年12月31日24时，以后保障期为自然年度（期间已就业并参加城镇职工基本医疗保险的除外）。

第六条 激励城乡居民全民参保，鼓励连续参保缴费。参保缴费年限与统筹基金支付比例挂钩。每连续参保缴费5年（自2021年缴费起），住院报销比例增加1个百分点，累计提高比例最高不超过3个百分点。中断参保缴费的，取消报销比例提高部分，且门诊统筹年度累计限额清零。

第七条 城乡居民就业并参加本市城镇职工基本医疗保险的，自2021年起按照成人居民（满18周岁）或大学生参加本市居民医保连续三年缴费折合一年城镇职工基本医疗保险视同缴费年限，连续缴费不足三年的，不予计算。

第八条 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险待遇。参保人已连续2年（含2年）以上参加基本医保的，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费时间不超过3个月的，缴费后即可正常享受待遇。中断缴费时间超过3个月的，切换参保关系6个月后方可享受待遇。

第九条 在集中征缴期已缴纳次年居民医保费且尚未进入待遇保障期的参保人，因死亡、关系转移或参加职工医保的，向参保地主管税务机关提出退费申请，由医疗保障部门负责复核及退费。缴费后进入待遇保障期的不予退费。

第三章 基金筹集

第十条 居民医保基金由以下项目构成：参保居民个人缴纳的医保费、政府补助资金、社会和集体捐助资金、居民医保基金的利息收入，依法纳入的其它资金。

第十一条 居民医保个人缴费标准和各级财政补助标准按照国家、省和市的有关规定执行。按照财政补助分级承担机制，居民医保财政补助资金由各级财政列入年度预算。

第十二条 城乡居民中建档立卡贫困人口、最低生活保障对象、重点优抚对象、城乡特困供养人员、重度残疾人（I、II级）、计划生育特殊家庭、严重精神障碍患者及其他符合规定的人员，参加居民医保的个人缴费部分由政府予以资助。

第十三条 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。居民医保基金纳入社会保障基金财政专户，实行“收支两条线”管理，任何单位和个人不得挤占挪用。

第四章 医疗保障待遇

第十四条 居民医保执行河北省基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准及有关规定。

第十五条 门诊待遇。

（一）建立门诊统筹制度。参保居民在乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）等基层定点医疗机构发生的门诊合规医疗费用，不设起付线，居民医保基金按50%比例支付，每人每年支付限额为75元，超出年度最高支付限额的医疗费用由参保居

民个人负担。连续参保的居民年度内未达到最高支付限额的剩余部分，逐年累计使用，中断参保缴费的累计限额清零。门诊统筹支付额不计入居民医保基金年度最高支付限额。门诊统筹实行社会保障卡（医保电子凭证）直接结算。

（二）门诊慢性病、特殊病待遇。城乡参保居民符合我市门诊慢性病、特殊病鉴定标准的，均可按规定申报，在慢特病服务站享受待遇。

（三）糖尿病、高血压门诊用药保障待遇。纳入糖尿病、高血压“两病”门诊用药保障对象范围的参保居民，按照河北省统一政策享受医疗保障待遇。

第十六条 住院待遇。

（一）居民医保统筹基金起付标准为：乡镇卫生院、社区卫生服务中心 100 元；一级定点医疗机构 400 元；县级二级定点医疗机构 500 元，主城区二级定点医疗机构 800 元；三级定点医疗机构 1200 元。中医（中西医结合）医院的起付标准比当地同级综合医院下降一级。

参保居民年度内第一次住院执行起付标准，第二次及以后住院起付标准降低 50%。

临时外出就医起付标准：一级及以下定点医疗机构 2000 元，二级定点医疗机构 2500 元，三级定点医疗机构 3000 元。

（二）政策范围内的医疗费用支付比例为：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%；

临时外出就医支付比例按照医疗机构级别在以上基础上分别降低45个百分点、32个百分点、15个百分点。

（三）临时外出就医实行就医前备案管理，通过网上备案或到参保地医疗保障部门办理备案，实行异地就医直接结算。特殊情况（如病情紧急）可先行住院，10日内补办备案手续。未经备案在异地医保定点医疗机构住院的，各级别定点医疗机构住院支付比例在正常临时外出就医待遇基础上分别降低15个百分点。

（四）参保人员因急诊抢救在我市非定点医疗机构就诊住院的，统筹基金起付标准和支付比例按照临时外出就医执行。

（五）异地长期居住人员按规定办理异地就医备案的，在异地就医住院发生的符合政策规定的医疗费用实行即时结算，执行就医地医保目录，需回参保地手工报销的，执行参保地医保目录，统筹基金起付标准和支付比例按我市同等级别定点医疗机构标准执行。

（六）居民医保统筹基金年度最高支付限额为15万元。

（七）住院医疗中使用的甲类药品、甲类诊疗项目全额纳入居民医保按规定比例支付；使用乙类药品、乙类诊疗项目，个人先自付5%，再按照规定比例支付。国家谈判药品、医院制剂等支付比例按照国家、省有关规定执行。

（八）参保居民住院床位费支付标准，按照一级（含一级以下）定点医疗机构床位费22元/日、二级定点医疗机构床位费30元/日、三级定点医疗机构床位费40元/日。低于规定标准的，据

实结算；高于规定标准以上的部分，由个人自付。

（九）父母（监护人）一方已参加我市基本医疗保险的新生儿，出生即死亡且未办理参保登记的，死亡6个月内可凭有效证明文件办理医疗费用报销，按住院待遇随父母（监护人）予以保障。

（十）城乡居民意外伤害纳入居民医保管理，参保居民因遭受意外伤害无责任人事故发生的住院医疗费用纳入居民医保基金支付范围。

第十七条 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和政策变化适时调整。

第十八条 生育定额标准。参保居民符合计划生育政策规定的住院分娩发生的政策范围内的医药费用纳入居民医保基金支付范围。具体规定为：自然分娩医保定额支付1200元，剖腹产定额支付2500元。妊娠及分娩期间因并发症、合并症病理性产科所发生的医疗费用按照住院待遇保障。

第十九条 参保居民跨年度住院的，住院医疗费用纳入出院日期所在年度支付限额，起付标准按住院日期所在年度执行，个人自付费用累计到出院日期所在年度，和大病保险接轨。未参保年度的医疗费用不予支付。

第二十条 参保居民因下列情况发生的医疗费用，居民医保

基金、城乡居民大病保险基金不予支付：

- （一）因工伤发生的医疗费用；
- （二）应当由第三方负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在国外或港、澳、台地区就医的；
- （五）因斗殴、酗酒、吸（戒）毒、自残、自杀、违法犯罪、宠物致伤所致的；
- （六）按有关规定不予支付的其它情形。

第二十一条 参保居民患有国家认定的甲类传染病和大规模流行疾病发生的医疗费用，按照国家有关规定执行。

第五章 服务管理及支付结算

第二十二条 各县（市、区）医疗保障部门负责经办本辖区内的居民医保工作。

第二十三条 市、县（市、区）开展居民医保所需工作经费列入同级财政年度预算，不得在基金中列支。医疗保障部门建立独立的财务经费核算制度，严格管理，规范使用。

第二十四条 按照《邯郸市医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南》（邯医保发〔2020〕44号）等有关规定，推进全市医疗保障服务管理标准化、规范化。

第二十五条 深化医保支付方式改革。有序推进以按疾病诊断相关分组为主，按病种、按床日、按人头付费等多元复合化医保支付方式，严格控制医药费用不合理增长，维护医保基金安全。

第二十六条 建立全市统一的医保基金结算平台，结算管理实行“统一标准、属地原则、两级结算、分别记账”。市直管医保定点医药机构全部由市医疗保障部门进行结算，各县（市、区）医保定点医药机构分别由所属县级医疗保障部门结算。各县（市、区）之间不再互相结算，定期互相清算。

第二十七条 参保居民在定点医药机构发生的医疗费用，个人应负担的部分，由个人与定点医药机构结算；医保基金应支付的部分，由医疗保障部门统一与定点医药机构进行结算。

第二十八条 参保居民需持医保电子凭证、社会保障卡等有效证明到定点医药机构就医购药。经诊断需要住院治疗的，应在入院 72 小时内办理居民医保住院手续，不能办理住院手续的，需在参保地医疗保障部门办理住院备案。未按规定办理医保住院手续或备案所发生的医疗费用，医保基金不予支付。

第二十九条 异地长期居住人员返回参保地居住的，应及时向参保地医疗保障部门提出申请，办理注销异地就医的有关手续。未办理注销异地就医手续的，在参保地就医参照临时外出就医标准执行。

第三十条 参保居民非本人原因造成未在医保定点医疗机构办理住院手续，或因急诊抢救在非医保定点医疗机构住院治疗的，从出院之日起一年内，由本人或家属持相关材料到参保地医疗保障部门申请支付医疗费用；超过一年不办理申请支付医疗费用的，医疗保障部门不再受理支付。

第三十一条 参保居民因突发疾病在门诊抢救死亡所发生的医疗费用，视同一次住院医疗费用，参保居民家属持相关材料到参保地医疗保障部门申请报销医疗费用。

第三十二条 急诊留观、抢救后立即住院治疗（急诊抢救与住院时间未间断）的参保居民，其住院前急诊留观、抢救的符合规定的3日内门诊医疗费用与住院医疗费用合并计算并予以保障。

急诊抢救留观期间未办理住院，符合急诊抢救病种的医疗费用由统筹基金按住院有关规定支付。

第三十三条 参保居民在异地定点医疗机构生育产生的医疗费用由本人垫付，出院之日起一年内持有效证明文件到参保地医疗保障部门申领生育待遇。

第三十四条 定点医疗机构严格执行出院带药限量规定，并在出院当日结清个人应负担的医疗费用。参保患者出院带药量为：一般性疾病不得超过7日量，慢性病不得超过15日量，中草药不得超过7剂量，且不得带注射剂（胰岛素除外）。出院超量带药以及出院时开出的治疗、检查项目费用，统筹基金不予支付。

第三十五条 严格执行《河北省医疗保障定点医疗机构考核管理办法（试行）》《河北省医疗保障定点零售药店考核管理办法（试行）》（冀医保规〔2020〕5号），实行医保定点医药机构服务协议管理，建立健全考核评价机制和动态准入退出机制。

第三十六条 建立定点医疗机构医保医师管理制度。市医疗保障部门建立全市统一的医疗保险服务医师（药师）名录数据库，

对医疗保险服务医师（药师）实行统一的编码管理。各级医疗保障部门定期跟踪分析医疗保险服务医师（药师）发生的医疗费用情况，强化监管，并对其履行医疗保险诚信服务协议情况进行年度评估。对评估不合格的医师（药师），停止其医疗保险服务资格。

第三十七条 居民医保基金预算严格按照有关法律法规规范收支内容、标准和范围，专款专用，任何部门、单位或个人均不得挤占、挪用，也不得用于平衡财政预算。各级相关部门健全医疗保障基金内控制度，建立基金运行分析和风险预警制度，设立数据监控终端，强化监督管理职能。

第三十八条 对于以伪造病历、诊断证明或冒名顶替等违规手段骗取套取医保基金行为的，一经查实，医疗保障部门将依法依规追回基金，并予以查处；构成犯罪的，移送司法部门依法追究刑事责任。

第六章 附 则

第三十九条 本办法未尽事宜，按相关文件执行。原政策与本办法不一致的，按照本办法执行。

第四十条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起执行，有效期 2 年。