

黄冈市人民政府文件

黄政发〔2021〕12号

市人民政府关于印发 黄冈市城乡居民基本医疗保险实施办法的通知

各县、市、区人民政府，龙感湖管理区、黄冈高新区管委会、黄冈市临空经济区管委会、白莲河示范区管委会，市直各单位：

《黄冈市城乡居民基本医疗保险实施办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真遵照执行。



2021年10月15日

黄冈市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为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》、《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号)、《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令 第735号)和《国家医保局 民政部 财政部 国家卫生健康委 国家税务总局 银保监会 国家乡村振兴局关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》(医保发〔2021〕10号)等文件相关规定,制定本办法。

第二条 除职工基本医疗保险(以下简称职工医保)参保人员外的其他所有城乡居民,均纳入城乡居民基本医疗保险(以下简称城乡居民医保)制度覆盖范围。城乡居民不能同时参加职工医保和城乡居民医保,不得重复享受职工医保和城乡居民医保待遇。

第三条 建立城乡居民医保制度遵循以下原则:

(一) 全覆盖,保基本,充分体现城乡居民医保水平与经济社会发展水平相适应的原则;

(二) 统筹城乡,统一政策,保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益的原则;

(三) 以收定支,收支平衡,略有节余,保证制度的可持续

性原则；

（四）立足基本医疗保险，兼顾不同层次，实现与职工医保、城乡居民大病保险、医疗救助制度等有效衔接的原则；

（五）城乡居民医保实行市级统筹的原则，黄冈市所辖县（市、区）为市级统筹区域。

第四条 建立重大疫情医疗救治费用保障机制。在突发疫情等紧急情况时，对患者先救治、后付费，对医疗机构先预付、后结算，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医疗机构不因支付政策影响救治。

第二章 管理机构及职责

第五条 市人民政府是城乡居民医保制度建设的责任主体，负责城乡居民医保制度的设计、修订，负责将实施城乡居民医保制度纳入全市经济社会发展和城乡建设发展总体规划，保障并逐步加大对医疗保障事业的投入，提高参保人员的医疗保障水平。

第六条 县（市、区）人民政府是城乡居民医保制度实施的责任主体，负责组织做好本区域内城乡居民参保登记、保费征缴、基金管理、政策落实、经办服务和运行保障等工作。

第七条 市医疗保障行政主管部门（以下简称市医保部门）负责全市城乡居民医保的综合管理、政策制定、经办服务指导工作。

市医保经办机构负责全市医保信息系统建设，实现医保信息

系统智能化，推动医保卡（医保电子凭证）在城乡居民参保缴费和即时结算等工作中的广泛应用。实现业务网络向基层社区卫生服务中心、社区服务站和乡镇卫生院、村卫生室等基层医疗机构延伸。

县（市、区）医保部门负责辖区内城乡居民医保的经办服务管理工作。

第八条 各相关部门按照职责分工，配合做好相关工作。

财政部门负责落实县（市、区）医保基金上解工作，会同相关部门做好基金预决算工作，完善基金财务管理制度，落实财政补贴政策。会同相关部门做好城乡居民医保基金监管工作，保障信息化建设所需资金、城乡居民医保经办服务管理及征收工作经费。

税务部门负责城乡居民医保个人缴费征收工作。

卫健部门负责认定严重精神障碍患者、计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女等人员的身份，落实计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女参保个人缴费资助、特殊待遇补助政策和信息及时共享。做好医疗服务管理和疾病应急救助工作，规范医疗行为，并及时向医保部门提供死亡人员相关信息。

民政部门负责认定特困供养人员、最低生活保障人员、低收入救助对象等需要医疗救助人员的身份和信息及时共享。

退役军人事务部门负责认定优抚对象、伤残军人等涉军群体

的身份，落实其参保缴费和信息及时共享。

乡村振兴部门负责认定因病致贫返贫人口、脱贫不稳定监测人口的身份，落实其参保缴费和信息及时共享。

残联部门负责认定丧失劳动能力残疾人的身份，落实其参保缴费和信息及时共享。

教育部门负责督促学校（幼儿园）配合做好学生（幼儿）参保登记缴费工作，代收代缴在校学生个人应缴纳的基本医疗保险费。

公安部门负责定期向医保部门提供本辖区城乡户籍人口和流动人口基本信息，依法打击涉及医疗保障领域的各类欺诈骗保的违法犯罪行为。

第三章 基金筹措

第九条 城乡居民医保基金主要由个人缴费、政府补贴、基金利息和依法纳入的其他收入构成。市、县政府补贴城乡居民医保所需的资金，按分级负担原则，纳入财政预算。

城乡居民医保基金的银行计息执行国家社会保险基金计息的有关规定。

城乡居民医保个人缴费标准和政府补贴标准，结合本市统筹基金收支情况、医疗费增长情况及财政状况适时调整。具体调整方案由市医保部门会同市财政部门另行制订。

第十条 坚持多渠道筹资，实行个人缴费与政府补贴相结合

为主的筹资方式。鼓励有条件的农村集体经济组织，对本村集体经济组织成员个人应缴纳的基本医疗保险费给予资助，鼓励有条件的用人单位对职工供养的直系亲属参加城乡居民医保给予资助。城乡居民医保个人缴纳基本医疗保险费时可以使用其直系亲属职工医保个人账户资金。

第四章 参保缴费和待遇

第十一条 首次参保的城乡居民需凭身份证或户口本到医保经办机构办理参保登记手续，并及时缴费。城乡居民医保实行个人自行缴费和集中登记缴费两种方式。个人自行缴费城乡居民可到定点银行或使用手机银行 APP 缴费。以家庭为单位集中登记缴费城乡居民，由所在行政村（社区）负责组织参保登记和缴费，乡镇医保服务站负责办理相关手续。在校学生原则上以学校（园、所）为单位集中参保缴费。

第十二条 按规定应享受城乡居民医保个人缴费补助的困难人员，由相关职能部门统一组织参保、统一缴费。同一人员同时符合多种资助政策时，按照就高不就低的原则予以资助，不得重复资助。

第十三条 城乡居民缴费及待遇：

（一）城乡居民医保以自然年度（即当年 1 月 1 日至 12 月 31 日）为保险年度。

城乡居民应当在每年 9 月 1 日至 12 月 31 日办理次年的参保

登记缴费手续，未在当年办理参保或缴费手续的，可在次年2月底前补办本年度的参保登记和缴费手续，缴费标准为全年度标准，享受待遇时间从缴费票据记载日期的次日起至本年度的12月31日止。

未在次年2月底前参保缴费的城乡居民可在3月1日至6月30日参保缴费，从办理参保缴费手续后第3个月开始享受待遇。

（二）新生儿参保登记应使用本人真实姓名和身份证明（户口证明）。新生儿父母任意一方参加我市基本医疗保险并按规定缴费的，出生之日90天内由监护人办理参保登记，免缴出生当年参保费用，自出生之日享受当年医保待遇，次年以新生儿本人身份参保缴费。出生之日90天后由监护人办理参保登记的，应缴纳当年参保费用，享受待遇时间从缴费票据记载日期的次日起至本年度的12月31日止。

新生儿父母都没有参加我市基本医疗保险的，新生儿应在出生之日90天内由监护人办理参保手续，缴纳当年医保费，自出生之日起享受当年城乡居民医保待遇。

（三）未参加本市城乡居民医保的新入学学生，入学当年在规定的缴费期内足额缴纳下一年度基本医疗保险费的，自当年9月1日开始享受相应的居民医保待遇，若当年发生住院医疗费用需补缴当年的医保费。

第十四条 本年度已参保缴费的居民，当年不能以灵活就业人员身份参加职工医保。在城乡居民医保年度内随用人单位参加

职工医保的，按职工医保的相关规定享受待遇。

参保人从职工医保转换成居民医保的，中断缴费不超过3个月的，缴纳全年医保费后可正常享受待遇；中断缴费超过3个月的，缴纳全年医保费（含各级财政补助金额）后第3个月开始享受待遇。

第十五条 城乡居民医保门诊待遇包括普通门诊统筹待遇和特殊慢性病门诊照顾待遇。普通门诊待遇和慢性病门诊照顾待遇的相关规定由市医保部门另行制定。

第十六条 住院待遇执行下列规定：

（一）参保城乡居民在一个保险年度内每次住院起付线金额如下：一级和按一级医疗机构收费标准收费的医疗机构为300元，二级医疗机构为500元，三级医疗机构为700元，转统筹区外医疗机构不论级别起付线金额一律为1500元。

在一个保险年度内，参保患者因同一病种15日内再次住院的不设起付线，从低级别医疗机构转往高级别医疗机构的须按高级别医疗机构起付线标准补足金额，恶性肿瘤放化疗和晚期治疗、肾功能衰竭透析期和器官移植抗排异期治疗只收一次起付线金额。

（二）参保城乡居民在一个保险年度内，基本医疗保险统筹基金报销费用累计限额为10万元。

（三）起付标准以上至最高限额以下的政策范围内医疗费用统筹基金报销规定如下：

乙类用药、特殊诊疗项目和特殊检查首先自付 10%，黄冈市统筹区内住院医用耗材首先自付 20%，转外住院医用耗材首先自付 30%。

一级和按一级医疗机构收费标准收费的医疗机构按 90%的比例报销，二级医疗机构按 75%的比例报销，三级医疗机构按 65%的比例报销，转统筹区外医疗机构不论级别一律按 55%的比例报销。

第十七条 参保患者因病或因本地医疗技术限制确需转诊转院，需经当地二级及以上协议医疗机构提出转诊转院建议，报同级医保经办机构批准。

转诊转院原则上只准转到统筹区以外的协议医疗机构即时结算，未在转诊协议医疗机构即时结算或转非协议医疗机构的首先自付 10%。未办理转诊转院手续，自行转院的首先自付 20%。

第十八条 城乡居民医保参保对象享受生育医疗待遇，正常分娩支付限额为 1000 元、剖宫产支付限额为 1400 元。其住院分娩发生的符合规定的医疗费用在限额线下据实结算，超限额的按限额结算。怀孕不满 4 个月流产支付限额为 400 元，4 个月以上流（引）产支付限额 600 元。

城乡居民生育或实施计划生育手术时伴有并发症、合并症治疗的，其增加的医疗费用按本规定第十六条执行。

第十九条 参保城乡居民在统筹区内协议医药机构发生的医药费用，基本医保、大病保险、医疗救助在医药机构一站式结

算，患者只需支付个人承担的费用。未实行联网结算的医药机构发生的医疗费用，由患者全额垫付，再到医保经办机构按规定报销。

第二十条 参保城乡居民外出或在异地居住期间发生疾病需在统筹区外异地就医住院的，需在入院后 3 个工作日内报告参保地医保经办机构备案。备案后在异地联网结算平台上一次性结算基本医保、大病保险、医疗救助报销费用，未实现异地联网结算的，由患者先行垫付后再按规定报销。

参保城乡居民在享受医疗保险待遇时需使用本人的医保卡或医保电子凭证。

第二十一条 参保城乡居民要坚持诚实守信原则，对申请居民医保待遇的真实性负责。参保城乡居民如果发生意外伤害的，要在 3 个工作日内报告参保地承保意外伤害保险的商业保险公司。商业保险公司应当及时调查，属于基本医保统筹基金支付范围的，应当按规定及时结算。因参保城乡居民个人原因，造成无法认定的，依法不享受基本医保统筹基金支付待遇。医疗保障部门应加强对意外伤害保险业务的监管，对赔付有争议的案例应依法依规进行裁决。

第二十二条 参保城乡居民因下列情形发生的医疗费用，医保基金不予报销：

- （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;
 - (六) 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。
- 遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

第五章 基金管理

第二十三条 城乡居民医保基金支付必须符合国家、省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围和支付标准目录规定的普通门诊、特殊慢性病门诊和住院医疗费用。超出目录价格和范围的医疗费用，医保基金不予支付。

第二十四条 符合规定的医疗费用，在起付线标准以下的由个人支付。在起付线标准以上的，由城乡居民医保基金按比例支付，直至年度最高支付限额。

第二十五条 城乡居民医保统筹基金实行预算管理，全面推进DIP医保支付方式改革，推行付费总额控制、按病种付费、按人头付费、按服务单元付费等多种付费方式相结合的复合结算模式。

第二十六条 城乡居民医保基金纳入财政专户管理，单独建账，专款专用，不得挤占挪用，也不能用于平衡财政预算。

第二十七条 建立城乡居民医保缴费和待遇调整机制，使之与经济社会发展水平和城乡居民基本医疗保险需求相适应。

第二十八条 建立城乡居民医保基金风险预警和防控制度，当基金当期结余率低于 5%或高于 15%时，市、县医保部门应会同同级财政部门提出基金预警应对措施，报同级人民政府备案，同时报市医保部门和财政部门审核，经市人民政府批准后实施。

第二十九条 医保经办机构每年应与协议医药机构签订服务协议，明确双方的责任、权利和义务，建立协议医药机构信用等级制度和医保医生处方制度，引导协议医药机构规范内部管理，保障参保城乡居民的合法待遇。支持并规范“互联网+医疗”等新服务模式发展，将符合条件的“互联网”医药机构纳入医保协议管理范围。

协议医药机构必须执行国家、省、市有关诊疗技术规范、医疗服务项目收费标准和药品价格规定，执行国家、省、市药品、耗材带量采购和使用政策，加强医务人员和服务人员的业务技术培训和职业道德教育，保证医疗和药品质量，公布诊疗项目和价格，为参保患者提供医疗费用一日清单和费用汇总清单，自觉接受医保部门及相关部门的检查和监督。

第三十条 各级医保部门应建立城乡居民医保基金监督机制，对基金的收支、管理情况进行监督检查，对存在的问题依法处理或提请处理，并将检查处理结果向社会公布，接受社会监督。

财政、审计部门应当按照各自职责，对基本医保基金的收支、管理情况实施监督。

第六章 法律责任

第三十一条 医疗保障经办机构、协议医药机构及其工作人员，违反本办法有关规定的，分别由有关部门依法处理，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十二条 协议医药机构及其医务人员应按照“合理施治、合理检查、合理用药”的原则为参保城乡居民提供医疗服务。全市各协议医药机构的管理遵照《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第 735 号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局 第 2 号令）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局 第 3 号令）等国家新规执行。不履行城乡居民医保相关协议或者履行协议不符合约定的，依法承担相应的法律责任。

第三十三条 医保经办机构要切实履行对协议医药机构的监管职责，严格按协议约定处理违规行为，对涉嫌违法的，应及时报告医保行政部门。医保行政部门对经办机构报告的涉嫌违法行为，应迅速调查处理。对涉及其他部门职责的，提请相关部门依法处理。对涉嫌犯罪的，移送司法机关。

第七章 附 则

第三十四条 根据经济社会发展、城乡居民医疗消费水平和基金的收支状况，市医保部门会同市财政部门提出政策调整意见，按规定程序报批后执行。未调整以前，下一年度继续执行上

一年度的标准。

在确保基金安全和有效监管的前提下，积极探索委托具有资质的商业保险机构经办有关医保社会服务项目，化解和防范统筹基金运行风险。

第三十五条 医保经办机构的人员、事业经费和开展日常业务所必须的专项经费，按规定全额列入同级财政预算，不得从城乡居民医保基金中提取。

第三十六条 本实施办法自 2022 年 1 月 1 日起施行，有效期 3 年。《市人民政府关于印发黄冈市城乡居民基本医疗保险实施办法的通知》（黄政发〔2017〕9 号）同时废止，其他县（市、区）有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。国家、省级法律、法规、规章有规定的，从其规定。

抄送：市委各部门，黄冈军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委，市法院，市检察院。

黄冈市人民政府办公室

2021 年 10 月 15 日印发
