鸡西市人民政府文件

鸡政规〔2020〕3号

鸡西市人民政府印发鸡西市

城乡居民基本医疗保险管理办法和鸡西市

城镇职工基本医疗保险管理办法的通知

县（市）、区人民政府，市政府各直属单位：

现将《鸡西市城乡居民基本医疗保险管理办法》和《鸡西市城镇职工基本医疗保险管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

鸡西市人民政府

2020年4月21日

鸡西市城乡居民基本医疗保险管理办法

第一章 总则

第一条 为建立我市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《中华人民共和国社会保险法》《国务院关于印发“十三五”期间深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）、省人社厅等7部门《关于建立城乡居民基本医疗保险制度的指导意见》（黑人社规〔2017〕9号）等法规、规章，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险基金按照个人缴费和国家、省、市、县（市）区政府补助相结合为主的筹资方式筹集，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。

第三条 城乡居民基本医疗保险实行城乡统筹、市级统筹，并以城乡居民大病保险为补充，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余、保障水平与经济发展水平相适应”原则。

第四条 城乡居民基本医疗保险按照要求，实行全市统一政策。自2018年1月1日起，按照我市上年度城乡居民基本医疗保险基金筹资总额的5%建立风险调剂金制度。

1. 市医疗保障局部门是城乡居民基本医疗保险工作行政主管部门，市医疗保障服务中心具体承办城乡居民基本医疗保险业务。

财政、民政、农业农村（扶贫）、残联、卫生健康、市场监管、公安、统计、审计、宣传等部门和单位应协同医疗保障部门和医疗保障服务中心做好城乡居民基本医疗保险工作。

职责任务：医疗保障部门负责行政管理；医疗保障服务中心负责业务经办；财政部门负责参保补助资金筹集、基金运行监督和管理；民政、农业农村（扶贫）、残联、卫生健康等部门负责认定并提供城乡低保对象、特困人员、丧失劳动能力的重度残疾人、建档立卡的贫困人口、计划生育特别扶助家庭等群体基本信息，按照要求将资助款划拨至基金专户，并配合做好困难群众参保缴费等工作；卫生健康、市场监管等部门负责医疗质量及药品质量监管等工作；市场监管部门负责医疗机构登记注册，发放营业执照等工作；公安部门负责提供全市人口户籍信息及外来常住人口居住证发放等工作；统计部门负责提供上年末人口信息；审计部门负责全程监督；宣传部门负责加强媒体宣传和舆论引导，及时准确解读政策，积极回应公众关注；县（市）区、乡（镇）政府、村委会及劳动就业社会保障服务站负责基金征缴等工作。

第二章 参保登记

第六条 本办法适用于鸡西市统筹区域内、具有本地户籍未参加城镇职工基本医疗保险的城乡居民；取得鸡西市居住证，未在原籍参加基本医疗保险的常住人口。

第七条 城乡居民基本医疗保险以户为单位参保，符合参保条件的城乡居民，持户口簿、身份证或居住证等证件，到户籍所在地的城乡居民基本医疗保险业务网点或劳动就业社会保障服务站办理参保登记。城乡居民到税务部门指定的网点办理缴费手续。

第八条 城乡居民基本医疗保险按照自然年度计算参保周期，实行年预缴费制度，每年10月至12月为缴费属期，收缴下年度个人参保费用，缴费次年享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第九条 为保证城乡居民基本医疗保险参保人员享受医疗待遇连续性，促进参保人员和续费人员及时缴费，凡每年10月至12月首次参加城乡居民基本医疗保险的参保人员和续费人员，只缴纳个人缴费部分，缴纳费用为次年医疗保险费；在规定缴费属期外缴费的，其个人缴费部分和政府补贴部分均由个人承担，缴纳费用为当年医疗保险费，并于缴费之日起30日后享受城乡居民基本医疗保险待遇。中断缴费期间及等待期期间发生的医疗费用不予报销。

第十条 新生儿出生28天（含28天）内，父母可持户口、出生医学证明等证件为新生儿参保缴费，其个人缴费部分和政府补贴部分均由个人承担，新生儿自出生之日起享受当年的城乡居民基本医疗保险待遇。新生儿出生28天后参保缴费的，按照本办法第九条规定办理。

第三章 缴费标准

第十一条 城乡居民参加基本医疗保险执行统一缴费标准。

（一）普通人员缴费标准。

从2019年1月1日起，城乡一般居民、学生、儿童和新生儿执行统一普通人员缴费标准，以上年度城乡一般居民每人每年缴纳260元为基础，依据国家和省相应调整政策浮动执行。

（二）特殊人员缴费标准及补贴渠道。

特殊人员缴费标准执行城乡居民基本医疗保险普通人员缴费标准，特殊人员个人缴费部分享受医疗救助或财政扶贫专项资金补贴。

1.特困人员参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分通过医疗救助等渠道给予全额资助。

2.低保对象、丧失劳动能力的重度残疾人、国企遗属、低保学生儿童和重度残疾学生儿童参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分，给予定额补贴。

3.建档立卡贫困人口中的非低保对象参加城乡居民基本医疗保险的，其个人缴费部分比照低保对象通过县（市）、区财政扶贫专项资金等渠道给予定额补贴。

第四章 基本医疗待遇

第十二条 城乡居民基本医疗保险参保人员，年度内统筹金最高支付限额为8万元。

第十三条 住院起付标准及待遇结算标准。

（一）按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”分级诊疗模式，城乡居民基本医疗保险实行首诊、转诊制。参保人员应首先就近在基层定点医疗卫生机构就医，确需转入上级定点医疗机构治疗的，应由首诊基层定点医疗卫生机构出具转诊证明；参保人员因病需转诊转院到外地定点医疗机构治疗的，须经我市三级定点医疗机构出具转诊证明，并由医疗机构报医疗保障服务中心登记备案，按照规定享受城乡居民基本医疗保险待遇。急诊抢救不受上述限制。

（二）参保人员发生符合规定范围内的住院医疗费用，设立起付标准，统筹基金按照一定比例支付。

1.定点乡（镇）卫生院、社区卫生服务机构起付标准300元，报销比例90%。

2.一级定点医疗机构起付标准400元，报销比例75%。

3.二级定点医疗机构起付标准500元，报销比例70%。

4.三级定点医疗机构（含专科三级医疗机构）起付标准800元，报销比例50%。

第十四条 参保人员转诊转院政策。

参保人员按照规定办理转诊转院手续结算标准。省内跨市异地就医在定点医疗机构住院的，起付标准1000元，报销比例45%；跨省异地就医在省外定点医疗机构住院的，起付标准1500元，报销比例40%。

第十五条 其他住院医疗费待遇结算标准。

（一）异地急诊住院医疗费结算标准。

参保人员因探亲、旅游等原因临时外出期间，因急诊抢救住院发生符合规定范围内的医疗费，按照办理转诊转院手续规定报销。

（二）异地安置人员住院医疗费结算标准。

长期异地居住并取得当地居住证的参保人员，需到医疗保障服务中心办理异地安置手续。办理异地安置手续的参保人员，自医疗保障服务中心登记备案之日起，60日内在备案统筹地区定点医疗机构治疗发生符合规定范围内的住院医疗费，按照办理转诊转院手续规定报销；60日后在备案统筹地区定点医疗机构治疗发生符合规定范围内的住院医疗费，参保男居民达到60周岁、参保女居民达到55周岁的，按照鸡西市三级定点医疗机构住院规定报销；参保男居民未达到60周岁、参保女居民未达到55周岁的，按照办理转诊转院手续规定报销。

（三）办理异地安置的参保人员，在备案统筹地区定点医疗机构办理转诊转院手续或因急诊抢救在其他定点医疗机构住院的，以安置地为准，确定结算标准。

第十六条 计划生育特别扶助家庭（即独生子女伤残死亡家庭）医疗保险待遇。

凡在我市参加城乡居民基本医疗保险的计划生育特别扶助家庭成员发生符合规定范围内的住院医疗费，报销比例在原有基础上提高5%，不设起付标准。报销时可持市、县（市）区卫生健康部门下发的《计划生育家庭特别扶助》证书和其他报销手续，到所在县（市）、区医疗保障服务中心办理报销手续。

第十七条 城乡居民生育住院医疗费结算标准。

将参加城乡居民基本医疗保险住院分娩妇女医疗费纳入统筹基金支付范围，自然分娩定额支付700元，剖宫产定额支付1100元；实际住院费用低于定额标准的据实结算，超过定额标准的，按照定额支付。

第十八条 建国前老工人（含老兵）在各定点医疗机构发生符合规定范围内的住院医疗费，报销比例100%；在乡复员军人在各定点医疗机构发生符合规定范围内的住院医疗费，报销比例90%。

第十九条 非定点医疗机构就医结算标准。

参保人员应当在基本医疗保险定点医疗机构就医。在非基本医疗保险定点医疗机构发生的医疗费原则上不予支付，但因急诊抢救在非定点医疗机构入院治疗的，应当在入院治疗5个工作日内报参保地医疗保障服务中心备案，其发生符合规定范围内的住院医疗费，可比照同级别定点医疗机构相关政策予以报销。

第二十条 城乡居民基本医疗保险对建档立卡的贫困人口实行政策扶持，具体医保扶贫政策按照国家、省、市相关规定执行。

第二十一条 门诊医疗费待遇结算标准。

（一）门诊大病待遇结算标准。

经医疗保障服务中心确定为门诊大病的参保人员，在门诊发生符合规定范围内的医疗费由统筹基金按照规定支付。

1.患血友病的参保患者，在门诊发生符合规定范围内的医疗费起付标准800元，统筹基金支付比例55%。

2.患系统性红斑狼疮的参保患者，在门诊发生符合规定范围内的医疗费起付标准800元，统筹基金支付比例55%。

3.患再生障碍性贫血的参保患者，在门诊发生符合规定范围内的医疗费起付标准800元，统筹基金支付比例55%。

4.患重性精神病、艾滋病、肝硬化的参保患者，在门诊发生符合规定范围内的医疗费起付标准800元，统筹基金支付比例55%。

5.尿毒症门诊透析费用、白血病门诊治疗费用、癌症门诊放化疗费用及器官移植术后抗排异治疗费用，由统筹基金按照对应住院标准支付，每年扣1次起付标准。

（二）门诊统筹待遇结算标准。

建立城乡居民基本医疗保险门诊统筹制度，不再设立家庭账户（个人账户），原家庭账户（个人账户）余额先使用，直至清零后，再使用门诊统筹金。

参保人员可以在市域范围内县（市）、区级定点医疗机构及基层定点医疗卫生机构（村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构）享受门诊统筹待遇，门诊统筹待遇只限参保人员本人使用。门诊统筹待遇不设起付标准，符合规定范围内的医疗费报销60%，在一个年度内最高支付限额100元（含门诊一般诊疗费），超出费用由参保人员个人承担。

（三）门诊一般诊疗费待遇结算标准。

参保人员在本市基层定点医疗卫生机构（村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构）发生的门诊一般诊疗费10元，统筹基金报销8元，个人负担2元。

（四）院前急救费待遇结算标准。

参保人员在120急（抢）救过程中，符合《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和医疗服务设施项目目录》（简称“三项目录”，下同）医疗费用，纳入城乡居民基本医疗保险统筹金报销范围，不设起付标准，统筹金最高支付限额内按照70%报销。

（五）门（急）诊抢救医疗费待遇结算标准。

参保人员因急诊抢救在门（急）诊治疗的，所发生符合规定范围内的医疗费用报销比例为50%，起付标准按照该医院住院起付标准核算，统筹基金最高支付限额1000元。

第二十二条 城乡居民大病保险。

（一）保障对象。

城乡居民大病保险保障对象为当年参加城乡居民基本医疗保险的人员。

（二）筹资标准和渠道。

根据城乡居民基本医疗保险实际支付水平、城乡居民人均可支配收入和医疗费用增长情况进行测算，城乡居民大病保险每人每年筹资标准为70元。全市城乡居民大病保险所需资金由城乡居民基本医疗保险统筹基金中划出，个人不再缴费。

（三）支付范围。

城乡居民大病保险支付范围为：1个自然年度内自己负担的合规医疗费用累计超过起付标准以上部分，起付标准为1.2万元，年度内参保人员只扣除1次大病保险起付标准。

（四）支付标准。

符合城乡居民大病保险支付范围的医疗费用按照60%予以支付，年度内最高支付限额为30万元。

（五）运行模式。

城乡居民大病保险实行市级统筹。县（市）大病保险资金统一划转到市城乡居民基本医疗保险账户，再由市医疗保障服务中心划转到承办大病保险的市级保险公司账户，以每个统筹地区为单位单独设立账目，资金实行统一管理。

（六）经办方式。

城乡居民大病保险原则上交由商业保险机构经办，由市政府采购管理办公室、市公共资源交易中心通过招标形式选定商业保险机构承办城乡居民大病保险。商业保险机构要与市医疗保障部门签订保险合同，经办服务周期为3年，保险合同一年一签。在正常招投标不能确定承办机构情况下，由市政府确定承办机构。

（七）支付形式。

加强城乡居民大病保险待遇支付服务管理，信息系统能够完成即时结算的实行即时结算；信息系统不能完成即时结算的，由医疗保障服务中心和商业保险公司进行合署办公。商业保险机构合理配置派驻至各统筹地区医疗保障服务中心、定点医疗机构人员，设立服务窗口，实行“一站式服务”，方便城乡居民及时办结。

第二十三条 城乡居民基本医疗保险报销和大病保险待遇支付后，对符合医疗救助条件的参保患者，再按照有关政策规定进行医疗救助。如有其他医疗保障制度按照顺序衔接。

第二十四条 城乡居民就医执行我省“三项目录”，参保人员发生属于“三项目录”范围的医疗费用，由城乡居民基本医疗保险基金和大病保险资金按照规定支付，报销比例最高不超过100%。应当从工伤保险基金中支付的、应当由第三人负担的、应当由公共卫生负担的、在境外就医的医疗费用不纳入城乡居民基本医疗保险基金支付范围。

第二十五条 参保人员发生以下费用，应先按照以下比例个人自付，再按照规定比例进行统筹基金支付。

（一）使用乙类药品，个人需先行自付15%。

（二）急（抢）救期间的全血或血制品个人自付30%。

（三）乙类诊疗项目单价100元（含100元）至1000元的个人自付20%、1000元（含1000元）至1万元的个人自付25%、1万元（含1万元）至3万元的个人自付30%、3万元（含3万元）至5万元（含5万元）的个人自付40%，5万元以上的个人自付80%；进口医用材料个人自付比例按照上述自付比例的2倍执行。

第五章 管理与监督

第二十六条 本办法规定的缴费标准、起付标准、报销比例及年度内最高支付限额等内容，将根据城乡居民基本医疗保险基金运行情况，由医疗保障部门提出调整意见，报市政府批准执行。

第二十七条 城乡居民基本医疗保险统筹基金管理执行国家统一的财务制度、会计制度和预决算管理制度。

（一）城乡居民基本医疗保险统筹基金收入包括个人缴费收入、财政补贴收入、社会捐助资金收入、利息收入、其他收入等。城乡居民基本医疗保险统筹基金纳入财政专户，独立核算，实行“收支两条线”，任何单位和个人不得挤占挪用。

（二）城乡居民基本医疗保险统筹基金用于城乡居民住院、门诊统筹和购买大病保险等支出，不得用于支出医疗保障服务中心工作经费等。按照规定应由市政府安排资金的公共卫生服务项目、特殊人群福利待遇等，不在城乡居民基本医疗保险统筹基金中支付。

（三）医疗保障部门要对城乡居民基本医疗保险统筹基金的收支、管理和运营情况进行定期检查，加强基金收支预算管理，建立基金运行分析和风险预警机制，防范基金风险，提高使用效率，定期向社会公布基金收支使用情况；积极接受人大、政协等社会各界的监督；建立公示举报制度，充分发挥群众监督作用。财政、审计等部门要按照各自职责，对城乡居民基本医疗保险统筹基金的收支、管理情况实施监督。相关部门和单位要加大对违反各项基金政策的查处力度，对有组织进行骗取、套取城乡居民基本医疗保险统筹基金的行为要依法依规严厉查处追究责任，问题严重的移交司法机关处理。

第二十八条 城乡居民基本医疗保险定点医药机构实行协议管理，执行省级管理机构制定的定点医药机构准入原则和管理方法。

（一）医疗保障服务中心负责定点医药机构准入、退出和监管，负责与符合条件的医药机构签订定点服务协议，明确双方责任、权利和义务。

（二）参保人员在定点医疗机构就医发生的医疗费用，属于城乡居民基本医疗保险统筹基金支付的，定点医疗机构先行垫付，再由医疗保障服务中心按照规定与定点医疗机构结算；应由个人支付的医疗费用，由本人与定点医疗机构结算。跨年度住院的参保人员，医疗费用连续累计，按照出院日期享受年度城乡居民基本医疗保险待遇。

（三）医疗保障服务中心与定点医疗机构按照协议规定结算医疗费用时，应预留10%的额度作为服务质量保证金。服务质量保证金根据《鸡西市基本医疗保险定点医疗机构服务质量考核标准》考核情况予以拨付。

（四）按照国家、省有关规定，结合医疗保险基金预算管理，在总额控制下实行按人头付费、按病种付费等多种支付方式相结合的复合支付方式。医疗保障服务中心要在定点服务协议中明确付费方式，按照规定结算医疗费用。

第二十九条 医疗保障服务中心在管理与监督过程中，如发现有定点医药机构以及参保人员违规现象，按照《中华人民共和国社会保险法》有关规定处理。

第六章 信息系统

第三十条 医疗保障部门、医疗保障服务中心要使用统一的城乡居民基本医疗保险信息系统，办理参保登记、缴费、待遇支付、费用结算等业务；统一向参保人员发放社会保障卡，实现参保人员持卡就医结算。财政部门对城乡居民基本医疗保险信息系统建设和维护给予必要的经费支持。

第七章 附则

第三十一条 本办法未尽事宜，由市医疗保障部门另行发文执行；国家和省有新规定的，从其规定。

第三十二条 本办法自发布之日起30日后施行，《鸡西市人民政府印发鸡西市城乡居民基本医疗保险管理办法的通知》（鸡政规〔2017〕20号）同时废止。

鸡西市城镇职工基本医疗保险管理办法

第一章 总则

第一条 为完善我市城镇职工基本医疗保险制度，提升城镇职工基本医疗保险服务能力和保障水平，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）和省相关法规、规章，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于下列单位和人员：

（一）鸡西市行政区域内所有企业、机关事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户（简称用人单位，下同）及其职工。

（二）具有鸡西市城镇户籍或取得鸡西市居住证的城镇常住人口，无雇工的个体工商户及自由职业者（简称灵活就业人员，下同）。

第三条 城镇职工基本医疗保险实行市级统筹，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则。逐步建立以城镇职工基本医疗保险为基础，多种补充医疗保险、社会医疗救助等相结合的多层次医疗保障体系。

第四条 鸡西市行政区域内城镇所有用人单位和职工（上级有明确规定除外），均按照属地管理原则参加所在地区城镇职工基本医疗保险。

第二章 城镇职工基本医疗保险相关机构及职责

第五条 市医疗保障部门负责全市城镇职工基本医疗保险管理工作。

第六条 医疗保障服务中心负责城镇职工基本医疗保险参保登记、待遇支付、定点医药机构协议管理、及时准确解读政策等工作。用人单位所在地的税务局负责城镇职工基本医疗保险费的征缴工作。

第七条 财政、卫生健康、市场监管、审计、民政、公安、编办、宣传等部门和单位应按照职责承担有关工作。

财政部门负责城镇职工基本医疗保险基金运行监督和管理；卫生健康、市场监管部门负责医疗质量及药品质量监管等工作；审计部门负责全程监督；医疗保障服务中心应及时向市场监管、民政和编办等部门了解、掌握用人单位成立、终止情况；公安机关负责及时向医疗保障服务中心通报个人出生、死亡，以及户口登记、迁移、注销等情况；宣传部门负责加强媒体宣传和舆论引导，积极回应公众关注。

第三章 基金的筹集

第八条 城镇职工基本医疗保险基金来源：

（一）用人单位和个人缴纳的城镇职工基本医疗保险费和大额医疗救助费。

（二）基金利息收入。

（三）按照规定收取的滞纳金。

（四）财政补贴。

（五）法律法规规定的其他收入。

第九条 城镇职工基本医疗保险费存入医疗保障服务中心在银行开设的城镇职工基本医疗保险基金收入账户，实行收支两条线管理。

第十条 用人单位应当自成立之日起30日内凭营业执照和单位印章，向当地医疗保障服务中心申请办理城镇职工基本医疗保险登记。医疗保障服务中心应当自收到申请之日起15日内予以审核。

第十一条 用人单位和个人按照下列规定缴纳城镇职工基本医疗保险费：

（一）用人单位参加城镇职工基本医疗保险，由用人单位和个人共同缴纳城镇职工基本医疗保险费；用人单位按照本单位职工上年度工资总额和本单位退休、退职人员上年度养老金总额的7%缴纳；在职职工个人按照本人上年度工资收入的2%缴纳，退休、退职人员个人不缴纳。

职工（含退休、退职人员）本人月缴费工资基数高于本市职工月平均工资300%的，超出部分不缴纳基本医疗保险费；职工本人月缴费工资基数低于本市月平均工资60%的，按照本市职工月平均工资的60%为基数缴纳城镇职工基本医疗保险费。随着经济发展、职工个人收入增加、用人单位和职工缴费率的增长，城镇职工基本医疗保险费缴费标准可作相应调整。

无法认定工资总额的用人单位，以全市上年度职工平均工资计算缴费工资基数。

（二）灵活就业人员参加城镇职工基本医疗保险应由个人在每年3月31日前按时足额缴纳城镇职工基本医疗保险费和大额医疗救助费，标准为：按照本市上年度职工平均工资60%的9%缴纳城镇职工基本医疗保险费，大额医疗救助费为120元/年。

参保的灵活就业人员最低缴费年限为男25年、女20年，达到法定退休年龄后个人不再缴纳城镇职工基本医疗保险费，参保时起至法定退休年龄不足最低缴费年限的，以参保时我市上年度职工平均工资的60%为补缴基数，按照7%比例一次性补足应参保年限费用。

第十二条 用人单位发生改制、并轨、关闭、破产、停产等情况时，按照我市上年度职工平均工资的7%一次性为退休人员缴纳10年城镇职工基本医疗保险费。缴费时需计算我市职工平均工资增长率。

用人单位一次性裁员超过原单位职工人数10%的，超过部分按照原缴费办法测算核定3年基本医疗保险费交于医疗保障服务中心，用于弥补大量裁员给基本医疗保险基金造成的缺口。

第十三条 建立城镇职工基本医疗保险大额医疗救助制度，参保单位和个人在缴纳城镇职工基本医疗保险费同时，个人应在每年3月31日前缴纳大额医疗救助费120元，大额医疗救助期为1个自然年度，市医疗保障部门可根据大额医疗救助费基金收支情况进行适当调整。

第十四条 用人单位的城镇职工基本医疗保险登记事项发生变更或者用人单位依法终止的，应当自变更或者终止之日起30日内，到医疗保障服务中心办理变更或者注销城镇职工基本医疗保险登记。

第十五条 用人单位应当自用工之日起30日内为其职工向医疗保障服务中心申请办理城镇职工基本医疗保险登记。用人单位应当自人员发生变动之日起30日内到医疗保障服务中心办理变更手续，并重新核定城镇职工基本医疗保险费应缴数额。

第十六条 用人单位应在每月25日前（遇法定节假日顺延）按时足额缴纳城镇职工基本医疗保险费，非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。国家机关和财政拨款的机关事业单位、社会团体由财政拨付到用人单位，由用人单位向用人单位所在地的税务局缴纳。职工应当缴纳的城镇职工基本医疗保险费由用人单位代扣代缴，用人单位应当按月将缴纳城镇职工基本医疗保险费明细情况告知本人。

第十七条 用人单位所在地的税务局应当依法按时足额征收城镇职工基本医疗保险费，并将缴费情况定期告知用人单位和个人。

第十八条 用人单位未按照规定申报应当缴纳的城镇职工基本医疗保险费数额的，按照该用人单位上月缴费额的110%确定应当缴纳数额；缴费单位补办申报手续后，由医疗保障服务中心按照规定结算。

第十九条 有条件的用人单位可以为本单位参保人员建立补充医疗保险，补充医疗保险费在工资总额4%以内部分，从职工福利费列支。福利费列支不足部分，经同级财政部门核准后列入成本。补充医疗保险不纳入城镇职工基本医疗保险统筹范围。

第四章 基本医疗保险基金的使用

第二十条 城镇职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成。

（一）统筹基金。用人单位缴纳的城镇职工基本医疗保险费，按照规定划入个人账户后余额部分，以及大额医疗救助费全部作为城镇职工基本医疗保险统筹基金。

（二）个人账户。个人账户基金的构成包括在职职工个人缴纳的城镇职工基本医疗保险费、用人单位为职工和退休、退职人员缴纳的城镇职工基本医疗保险费按照比例划入的部分、个人账户利息收入。

第二十一条 用人单位月缴费额的20%按月划入个人账户：

（一）在职职工个人账户金额按照本单位计算基数的1%划入。

（二）退休及退职人员个人账户金额按照本单位计算基数的4%划入。

用人单位欠缴城镇职工基本医疗保险费时，在职职工和退休、退职人员个人账户停止划入。用人单位补缴后，按照规定划入。

第二十二条 灵活就业人员退休前按照上年度职工平均工资60%的2%划入个人账户，退休后按照上年度职工平均工资60%的1%划入个人账户。

以下类别人员按照400元/年划入个人账户：

（一）关闭、破产企业退休人员。

（二）改制企业为退休职工一次性预留10年城镇职工基本医疗保险费的参保人员。

（三）原属国有企业或集体企业于2009年12月31日前达到法定退休年龄的灵活就业参保人员。

第二十三条 统筹基金主要用于支付住院医疗费用、门诊慢性病待遇、门诊大病医疗费用及大额医疗救助费用。个人账户基金主要用于支付定点医疗机构门诊和定点药店发生的医疗、购药费用及住院医疗费用的个人支付部分。

第二十四条 城镇职工基本医疗保险基金的银行计息办法按照国家有关规定执行。

个人账户本金和利息归个人所有，可以结转使用。死亡、离境定居人员可以到医疗保障服务中心办理返还或继承手续。

第二十五条 个人跨统筹地区就业的，其城镇职工基本医疗保险关系随本人转移，缴费年限累计计算。个人账户原则上随其医疗保险关系转移。我市有接收单位的，由单位按照《社会保险登记管理暂行办法》办理登记手续，参加新就业地城镇职工基本医疗保险；无接收单位的，个人应在中止原基本医疗保险关系后的3个月内到我市医疗保障服务中心办理登记手续，统筹区域外转入我市的，本地实际缴费年限应不低于10年。

第二十六条 用人单位和个人应连续缴纳城镇职工基本医疗保险费，中断缴费的，应补缴中断缴费期间城镇职工基本医疗保险费及大额医疗救助费，但不享受中断缴费期间除个人账户以外的城镇职工基本医疗保险待遇。用人单位未按时足额缴纳基本医疗保险费，或漏报、少报职工人数、缴费工资总额，导致职工不能享受或不能完全享受基本医疗保险待遇的，由原单位、原渠道、原办法解决。

第五章 基本医疗保险待遇

第二十七条 首次参加城镇职工基本医疗保险人员自缴费之日起30日后，根据本办法规定享受城镇职工基本医疗保险待遇。参保人员在规定的缴费属期外续费（含大额医疗救助费）的或中断缴费90日及90日以上续费的，自续费之日起30日后，依法享受城镇职工基本医疗保险待遇。

跨年度住院的参保人员，医疗费用按照出院日期所在年度享受城镇职工基本医疗保险待遇。

新参保的灵活就业人员在等待期期间死亡的，个人缴费部分可以全额退费。

第二十八条 符合《黑龙江省基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录》《黑龙江省基本医疗保险、工伤保险、生育保险诊疗项目和医疗服务设施项目目录》，以及急诊抢救的医疗费用，按照规定从城镇职工基本医疗保险基金中支付。

参保人员发生以下费用，应先按照以下比例个人自付，再按照规定比例进行报销。

（一）使用乙类药品，个人需先行自付15%。

（二）急（抢）救期间的全血或血制品个人自付30%。

（三）乙类诊疗项目单价100元（含100元）至1000元的个人自付20%、1000元（含1000元）至1万元的个人自付25%、1万元（含1万元）至3万元的个人自付30%、3万元（含3万元）至5万元（含5万元）的个人自付40%，5万元以上的个人自付80%；进口医用材料个人自付比例按照上述自付比例2倍执行。

第二十九条 设立住院医疗费统筹基金起付标准、最高支付限额和大额医疗救助费最高救助标准。

起付标准为三级定点医疗机构（含专科三级医疗机构，下同）800元/次；二级定点医疗机构500元/次；一级定点医疗机构300元/次；定点社区卫生服务机构100元/次；省内其他定点医疗机构1000元/次；省外定点医疗机构1500元/次。起付标准以内医疗费用，由参保人员个人承担。

统筹基金年度累计最高支付限额为10万元，超过最高支付限额以上部分，由大额医疗救助费支付，大额医疗救助费年度内累计最高救助标准为25万元。

第三十条 参保人员在定点医疗机构发生符合规定范围内住院医疗费用根据定点医疗机构等级，由统筹基金和大额医疗救助费按照一定比例报销。

（一）在职人员住院医疗费统筹基金报销比例为：

1.三级定点医疗机构单次医疗费1万元（含1万元）以下报销80%、1万元至3万元（含3万元）报销75%、3万元以上报销70%。

2.二级定点医疗机构单次医疗费1万元（含1万元）以下报销85%、1万元至3万元（含3万元）报销80%、3万元以上报销75%。

3.定点基层医疗卫生机构及一级定点医疗机构单次医疗费1万元（含1万元）以下报销90%、1万元至3万元（含3万元）报销85%、3万元以上报销80%。

（二）退休、退职人员住院医疗费统筹基金报销比例为：

1.三级定点医疗机构单次医疗费1万元（含1万元）以下报销82%、1万元至3万元（含3万元）报销77%、3万元以上报销72%。

2.二级定点医疗机构单次医疗费1万元（含1万元）以下报销87%、1万元至3万元（含3万元）报销82%、3万元以上报销77%。

3.定点基层医疗卫生机构及一级定点医疗机构单次医疗费1万元（含1万元）以下报销92%、1万元至3万元（含3万元）报销87%、3万元以上报销82%。

（三）在职人员住院医疗费大额医疗救助费报销比例为：

单次医疗费1万元（含1万元）以下报销92%、1万元至3万元（含3万元）报销87%、3万元以上报销82%。

（四）退休、退职人员住院医疗费大额医疗救助费报销比例为：

单次医疗费1万元（含1万元）以下报销95%、1万元至3万元（含3万元）报销90%、3万元以上报销85%。

第三十一条 参保人员按照规定办理转诊转院手续，执行就医地支付范围及有关规定（基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准），起付标准、支付比例和最高支付限额执行我市政策。

发生符合规定范围内住院医疗费按照以下标准结算：

（一）跨市异地就医在省内定点医疗机构发生符合规定范围内住院医疗费用，统筹基金及大额医疗救助费报销比例比照我市三级定点医疗机构报销比例再降低10%。

（二）跨省异地就医在省外定点医疗机构发生符合规定范围内住院医疗费用，统筹基金及大额医疗救助费报销比例比照我市三级定点医疗机构报销比例再降低15%。

异地就医人员住院时，必须持社会保障卡结算，如特殊原因回本市手工结算，执行参保地“三项目录”支付范围及有关规定。

第三十二条 办理异地安置手续的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员，自医疗保障服务中心登记备案之日起，60日内在备案统筹地区的定点医疗机构发生符合规定范围内住院医疗费，按照办理转诊转院手续规定报销；60日后在备案统筹地区定点医疗机构治疗发生符合规定范围内住院医疗费，执行就医地支付范围及有关规定（基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准），起付标准、支付比例和最高支付限额执行我市三级定点医疗机构住院结算政策。异地就医人员住院时，必须持社会保障卡结算，如特殊原因回本市手工结算，执行参保地“三项目录”支付范围及有关规定。

第三十三条 办理异地安置的参保人员，在备案统筹地区的定点医疗机构办理转诊转院手续或因急诊抢救在其他定点医疗机构住院的，按照我市转诊转院政策执行。

第三十四条 参保人员门诊慢性病鉴定通过的，可按照规定享受慢性病待遇。

第三十五条 下列医疗费用不纳入城镇职工基本医疗保险基金支付范围：

（一）应从工伤保险基金支付的。

（二）应当由第三人负担的。

（三）应当由公共卫生负担的。

（四）违法犯罪、酗酒、自残、自杀、交通事故、医疗事故等发生医疗费用的。

（五）在境外就医的。

第六章 其他医疗保险待遇

第三十六条 失业人员在领取失业保险金期间，参加城镇职工基本医疗保险和大额医疗救助，享受城镇职工基本医疗保险和大额医疗救助待遇。失业人员应当缴纳的城镇职工基本医疗保险费和大额医疗救助费从失业保险基金中支付，个人不缴费。

第三十七条 自主择业军队转业干部、优抚对象、无军籍的退（离）休退职等人员，由其主管部门按照相关规定参保缴费，享受相应城镇职工基本医疗保险待遇。

第三十八条 参保人员在定点基层医疗卫生机构门诊发生的一般诊疗费（10元/人·次），由医疗保障服务中心报销8元/人·次。

第三十九条 参保人员在120急（抢）救中发生符合规定范围内医疗费，不设起付线，按照75%比例报销。

第四十条 凡在我市参加城镇职工基本医疗保险的计划生育特别扶助家庭成员发生符合规定范围内住院医疗费，报销比例在原有基础上提高5%，不设起付标准。报销时可持市、县（市）区卫生健康部门《计划生育家庭特别扶助证书》和其他报销手续，到当地医疗保障服务中心办理报销手续。

第四十一条 参保人员经确定为以下门诊大病的，在门诊治疗发生符合规定范围内医疗费用，按照规定享受城镇职工基本医疗保险待遇。

（一）患有白血病、恶性肿瘤的参保人员在门诊发生符合规定范围内放、化疗费用，每年扣1次起付标准，按照对应住院标准结算。

（二）患有尿毒症的参保人员在门诊治疗发生符合规定范围内透析费、定期化验、升血针、血液滤过、血液灌流、左卡尼丁用药费用，不设起付标准，统筹基金报销比例为90%。

（三）参保人员器官移植术后在门诊发生符合规定范围内定期血药浓度化验、抗排斥用药医疗费用，不设起付标准，统筹基金报销比例为85%，年度内最高支付限额8万元。

（四）患血友病的参保人员在门诊发生符合规定范围内的医疗费起付标准800元，统筹基金报销比例70%，年度内最高支付限额6万元，每年扣1次起付标准。

第四十二条 参保人员经医疗保障部门确定为18种门诊慢性病（详见附件）的，在定点医疗机构门诊或定点零售药店就医购药，按照“三项目录”有关规定享受城镇职工基本医疗保险门诊慢性病待遇，定点医疗机构门诊报销70%，定点零售药店报销50%。

慢性病医药费补助医学检查鉴定每年进行4次。申报和检查认定每季度进行1次。被确定为享受慢性病医药费补助待遇人员自下一年1月1日起享受相应待遇。年度内未支付部分不累计、不结转。对同时患有多种慢性病病种人员的最高支付限额，按照待遇水平较高的疾病享受门诊慢性病待遇，最高支付限额3200元。

具体病种准入标准及有关规定由市医疗保障部门制定。

第四十三条 参保人员因急诊抢救在门（急）诊治疗的，发生符合规定范围内的门（急）诊医疗费报销比例50%，起付标准按照该医院住院起付标准核算，最高支付限额1000元。

第四十四条 参保人员有期徒刑服刑期间，暂停其参保缴费，封存城镇职工基本医疗保险个人账户，停止享受城镇职工基本医疗保险待遇。有期徒刑刑满释放后继续按照规定参保缴费的，从本次参保缴费之日起开启原封存个人账户，30日后享受城镇职工基本医疗保险待遇。

第七章 医疗服务管理和费用结算

第四十五条 城镇职工基本医疗保险定点医药机构实行协议管理，执行省级管理机构制定的定点医药机构准入原则和管理方法，医疗保障服务中心负责定点医药机构准入、退出和监管，负责与符合条件的医药机构签订服务协议，明确各自责任、权力和义务，规范服务行为。

第四十六条 参保人员在统筹区域内定点医疗机构住院治疗，发生符合规定范围内医疗费用应持社会保障卡即时结算，已领取社会保障卡不持卡结算的，基本医疗保险基金不予报销。

按照国家、省有关规定，结合城镇职工基本医疗保险基金预算管理，在总额控制下实行以按病种付费为主，按人头付费、按床日付费等多种支付方式相结合的复合支付方式。医疗保障服务中心与定点医疗机构按照规定付费方式结算医疗费用，市医疗保障部门可根据实际调整付费方式。

第四十七条 参保人员应当在城镇职工基本医疗保险定点医疗机构就医，但因急诊抢救在非定点医疗机构入院治疗的，应当在入院治疗5个工作日内报医疗保障服务中心备案，其发生符合规定范围内住院医疗费，可比照同级别定点医疗机构相关政策予以报销。未到医疗保障服务中心备案的，基本医疗保险基金不予报销。

第四十八条 参保人员在国内因公出差或探亲期间，因急诊抢救发生符合规定范围内住院医疗费，按照办理转诊转院手续规定报销医疗费用。需转院治疗的，必须要有首次就诊定点医疗机构转诊证明，否则基本医疗保险基金不予报销。

第四十九条 定点医疗机构必须严格执行市医疗保障部门规定的收费标准。医疗保障服务中心与定点医药机构、药品供应商建立谈判工作机制，合理控制医疗服务价格和成本，切实为参保人员提供高效、廉价医疗服务，同时按照卫生健康部门规定的医疗诊治技术规范进行治疗。

第五十条 定点医疗机构应建立医疗费用告知制度，凡未经患者本人或亲属签属同意使用的医疗费用，基本医疗保险统筹基金不予支付，患者有权拒付。

第八章 基金的管理和监督

第五十一条 城镇职工基本医疗保险基金纳入财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得侵占或者挪用，也不得用于平衡其他财政预算。

第五十二条 城镇职工基本医疗保险基金预算草案由医疗保障服务中心编制，经市医疗保障部门、市财政部门审核汇总后，报市政府批准执行。

第五十三条 医疗保障服务中心应建立健全城镇职工基本医疗保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，做好城镇职工基本医疗保险基金筹集、管理和支付工作。

第五十四条 城镇职工基本医疗保险基金预算不得随意调整。在执行中因特殊情况需要增加支出或减少收入，应当编制基金预算调整方案。基金预算调整由医疗保障服务中心提出调整方案，经市医疗保障部门、市财政部门审核汇总后，报市政府批准执行。

第五十五条 医疗保障服务中心应按照有关规定编制年度城镇职工基本医疗保险基金决算草案，经市医疗保障部门、市财政部门审核汇总后，报市政府审批。

第五十六条 市医疗保障部门应建立城镇职工基本医疗保险基金监督机制，对城镇职工基本医疗保险基金的收支、管理情况进行监督检查，发现存在问题的，应当提出整改建议，依法做出处理决定或者向有关行政部门提出处理建议。城镇职工基本医疗保险基金检查结果应当定期向社会公布。

第五十七条 市医疗保障部门对城镇职工基本医疗保险基金实施监督检查，有权采取下列措施：

（一）查阅、记录、复制与城镇职工基本医疗保险基金收支、管理和投资运营相关资料，对可能被转移、隐匿或者灭失的资料予以封存。

（二）询问与调查事项有关的单位和个人，要求其对与调查事项有关问题作出说明、提供有关证明材料。

（三）对隐匿、转移、侵占、挪用城镇职工基本医疗保险基金行为予以制止并责令改正。

第五十八条 医疗保障行政部门有权核查用人单位参保人员名册、工资发放表、财务会计账目等有关资料及个人医疗保险账户，有权检查定点医药机构执行医疗保险法规情况，审验医疗保险医疗处方、诊疗报告单、病案、费用收据等有关资料。必要时可以请卫生健康、市场监管等行政执法部门予以协助。

第五十九条 财政部门、审计部门应当按照各自职责，对城镇职工基本医疗保险基金收支、管理实施监督。

第六十条 建立实行定点医药机构的监督考核制度。医疗保障服务中心应会同有关部门对定点医药机构执行城镇职工基本医疗保险政策规定及履行定点医药机构服务协议情况进行监督检查。

第六十一条 成立由用人单位代表、参保人员代表、工会代表、医药机构及专家等组成的城镇职工基本医疗保险监督委员会，掌握、分析城镇职工基本医疗保险基金收支、管理等情况，对城镇职工基本医疗保险工作提出咨询意见和建议，实施社会监督。

第九章 罚则

第六十二条 用人单位未按照规定办理城镇职工基本医疗保险登记、变更登记或者注销登记的，由医疗保障部门责令限期改正；情节严重的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员可以处1000元以上5000元以下罚款；情节特别严重的，对直接负责主管人员和其他直接责任人员可以处5000元以上1万元以下罚款。

第六十三条 用人单位未按时足额缴纳城镇职工基本医疗保险费的，由用人单位所在地税务局责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金，滞纳金并入城镇职工基本医疗保险基金；逾期仍不缴纳的，由医疗保障部门处欠缴数额1倍以上3倍以下罚款。

用人单位逾期仍未缴纳或者补足城镇职工基本医疗保险费的，用人单位所在地税务局可向银行和其他金融机构查询其存款账户，并可以申请县级以上有关行政部门作出划拨医疗保险费决定，书面通知其开户银行或者其他金融机构划拨医疗保险费。用人单位账户余额少于应当缴纳的城镇职工基本医疗保险费的，用人单位所在地税务局可要求该用人单位提供担保，签订延期缴费协议。

用人单位未足额缴纳城镇职工基本医疗保险费且未提供担保的，用人单位所在地税务局可以向法院申请扣押、查封、拍卖其价值相当于应当缴纳医疗保险费的财产，以拍卖所得抵缴医疗保险费。

第六十四条 医疗保障服务中心及定点医药机构等医疗保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出的，由医疗保障部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额2倍以上5倍以下罚款；属于城镇职工基本医疗保险定点服务机构的，解除服务协议；对有执业资格的直接负责主管人员和其他直接责任人员，依法吊销其执业资格。

第六十五条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取城镇职工基本医疗保险待遇的，由医疗保障部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额2倍以上5倍以下罚款。

第六十六条 医疗保障服务中心及其工作人员有下列行为之一的，由医疗保障部门责令改正；给城镇职工基本医疗保险基金、用人单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任；对直接负责主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

（一）未履行城镇职工基本医疗保险法定职责的。

（二）未将城镇职工基本医疗保险基金存入财政专户的。

（三）克扣或者拒不按时支付城镇职工基本医疗保险待遇的。

（四）丢失或者篡改缴费记录、享受城镇职工基本医疗保险待遇记录等医疗保险数据、个人权益记录的。

（五）有违反医疗保险法律、法规其他行为的。

第六十七条 医疗保障服务中心擅自更改城镇职工基本医疗保险缴费基数、费率，导致少收或者多收城镇职工基本医疗保险费的，由有关部门和单位责令其追缴应当缴纳的城镇职工基本医疗保险费或者退还不应当缴纳的城镇职工基本医疗保险费；对直接负责主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第六十八条 违反社会保险法律规定，隐匿、转移、侵占、挪用城镇职工基本医疗保险基金的，由医疗保障部门、财政部门、审计部门责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第六十九条 医疗保障和其他有关行政部门、医疗保障服务中心及其工作人员泄露用人单位和个人信息的，对直接负责主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；给用人单位或者个人造成损失的，应当承担赔偿责任。

第七十条 国家工作人员在城镇职工基本医疗保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第十章 附则

第七十一条 根据社会经济发展及城镇职工基本医疗保险基金收支情况，市医疗保障部门会同市财政部门可以对城镇职工基本医疗保险征缴比例、起付标准、报销比例等提出调整意见，经市政府批准后实施。

第七十二条 本办法如与上级规定不一致，按照上级规定执行。

第七十三条 本办法自印发之日起30日后施行，《鸡西市人民政府印发鸡西市城镇职工基本医疗保险管理办法的通知》（鸡政规〔2017〕31号）同时废止。

门诊慢性病病种及

年度内最高支付限额和报销比例

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 病 种 | 最高支付限额（元/年） | 医疗机构门诊报销比例（%） | 定点药店报销比例（%） |
| 1 | 高血压（III期以上） | 600 | 70 | 50 |
| 2 | 风湿性心脏病（心功能不全三级以上） | 600 | 70 | 50 |
| 3 | 房颤 | 600 | 70 | 50 |
| 4 | 冠心病 | 冠心病（心功能不全三级以上） | 600 | 70 | 50 |
| 冠心病搭桥、支架、换瓣、起搏器 | 2000 | 70 | 50 |
| 5 | 活动性结核病 | 1000 | 70 | 50 |
| 6 | 脑血管疾病后遗症（合并肢体功能障碍） | 1200 | 70 | 50 |
| 7 | 慢性阻塞性肺疾病 | 1500 | 70 | 50 |
| 8 | 糖尿病合并症 | 1600 | 70 | 50 |
| 9 | 严重精神障碍疾病 | 2000 | 70 | 50 |
| 10 | 肺源性心脏病（慢性心力衰竭） | 2000 | 70 | 50 |
| 11 | 类风湿性关节炎（有严重肢体功能障碍） | 2600 | 70 | 50 |
| 12 | 慢性活动性肝炎 | 3200 | 70 | 50 |
| 13 | 重症肌无力（含运动神经元病） | 2600 | 70 | 50 |
| 14 | 再生障碍性贫血 | 2600 | 70 | 50 |
| 15 | 各种恶性肿瘤 | 3200 | 70 | 50 |
| 16 | 慢性肾功能不全（III期以上） | 3200 | 70 | 50 |
| 17 | 系统性红斑狼疮 | 3200 | 70 | 50 |
| 18 | 肝硬化失代偿期 | 3200 | 70 | 50 |

|  |
| --- |
| 抄送：市委办公室。市人大常委会办公室，市政协办公室，市中级法院，市检察院。 |
| 鸡西市人民政府办公室 2020年4月21日印发 |