

# 呼和浩特市城乡居民基本医疗保险实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步完善统一的城乡居民基本医疗保险制度，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》（国令第735号）、《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）、《内蒙古自治区城镇基本医疗保险条例》等国家及自治区相关法律法规，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于呼和浩特市行政区域内不属于职工基本医疗保险参保范围的城乡居民。

**第三条** 城乡居民基本医疗保险坚持以下原则：

（一）坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续的原则，医疗保障水平与经济发展水平和各方承受能力相适应。

（二）坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的可持续性原则，筹集和使用城乡居民基本医疗保险基金。

（三）坚持权利与义务对等的原则，城乡居民按规定缴纳基本医疗保险费，享受相应的待遇。

(四) 坚持市级统筹的原则，基金纳入市级社会保障财政专户，实行“收支两条线”管理，单独列账，专款专用。

(五) 坚持与职工基本医疗保险制度相衔接的原则。

**第四条** 在实行城乡居民基本医疗保险制度的同时，实行城乡居民大病保险制度。

**第五条** 城乡居民基本医疗保险基金主要由城乡居民个人缴纳的保险费与各级政府专项补助的资金构成。城乡居民大病保险基金从城乡居民基本医疗保险基金中划拨，居民个人不再另行缴纳。

**第六条** 市医疗保障局是全市城乡居民基本医疗保险工作的主管部门。市医疗保险经办机构是全市城乡居民基本医疗保险的基金管理和业务经办机构。旗县区医疗保障行政部门是本辖区城乡居民基本医疗保险工作的主管部门。旗县区医疗保险经办机构负责本辖区内城乡居民基本医疗保险的基金管理和业务经办工作。

各级发改、财政、人社、税务、卫健、审计、编办、公安、司法、民政、退役军人、教育、市场监督管理、乡村振兴、残联、大数据等部门根据各自职责，协同配合，共同做好城乡居民基本医疗保障工作。

发改部门负责将城乡居民基本医疗保险工作纳入国民经济和社会发展规划。

财政部门负责城乡居民基本医疗保险基金收支监管和财务会

计制度的制定，负责城乡居民基本医疗保险基金财政专户管理，审核并批复城乡居民基本医疗保险基金预决算，负责落实城乡居民基本医疗保险的财政补助资金及特殊人群的财政补贴。配合做好由市医疗保障部门牵头负责的对账工作，协调医疗保障、税务部门 and 人民银行国库之间的对账工作。

人社部门负责城乡居民基本医疗保险参保人员《社会保障卡》的管理工作，实现与医疗保障部门数据共享。

税务部门负责城乡居民基本医疗保险费的征缴工作，实现与医疗保障部门数据共享。

卫健部门负责对医疗机构的医疗服务质量进行监督管理，确保定点医疗机构为城乡居民提供优质的医疗服务，与医保等相关部门联合查处欺诈骗保行为。

审计部门负责城乡居民基本医疗保险基金收支和运行情况的审计监督。

编办负责按照国家及自治区城乡居民医疗保险信息平台需求及工作能力建设体系要求，结合我市城乡居民医疗保险经办人员配备情况，合理设置城乡居民基本医疗保险经办工作的人员编制。

公安部门负责城乡居民户籍或居住证的办理工作，与医保等相关部门联合查处欺诈骗保行为，实现与医疗保障部门数据共享。

司法行政部门负责与医疗保障部门共享服刑人员信息。

民政部门负责准确掌握困难居民的人数、构成等情况，做好城乡特困人员、低保对象、孤儿等低收入人员的资格认定工作；向医保部门提供准确的认定人员信息（含退出人员），按规定为其办理参保，确保所有认定人员全部参加基本医疗保险；负责社会福利机构集中供养人员的参保缴费；实现与医疗保障部门数据共享。

退役军人事务部门负责烈属等相关人员的身份认定和数据支持工作。

教育部门负责在校（园）学生参保工作，督促各类学校、托幼机构参保缴费和督查参保进度，负责各类学校（园）学生参保信息收集、核对，确保所有在校（园）学生全部参加基本医疗保险；将学生参保情况纳入学校的年度考核；实现与医疗保障部门数据共享。

市场监管部门负责对定点医药机构的药品、医疗器械进行质量监管，与医保等相关部门联合查处欺诈骗保行为。

乡村振兴部门负责纳入监测范围的脱贫不稳定户、边缘易致贫户及突发严重困难户身份的认定，向医保部门提供准确的认定人员信息，确保应保尽保；实现全国防返贫监测信息系统中的所有监测对象信息与医疗保障部门共享。

残联部门负责丧失劳动能力的残疾人的身份认定；向医保部门提供准确的认定人员信息，按规定为其办理参保，确保丧失劳动能力的残疾居民全部参加基本医疗保险；实现与医疗保障部门

数据共享。

大数据部门负责涉及城乡居民基本医疗保险的相关数据的支持。

## 第二章 参保范围

### 第七条 参保范围：

(一) 具有本市户籍或持本市《居住证》不满 18 周岁的非在校少年儿童。

(二) 父母一方具有本市户籍或持有本市《居住证》或近六个月连续参加自治区本级、呼和浩特市基本医疗保险，并在出生后 90 天内办理参保登记缴费的非本市户籍新生儿。

(三) 本市中小学校和幼儿园的在校（园）学生儿童。

中小学校和幼儿园指经教育、民政、人社等部门批准设立的所有幼儿园、小学、初中、高中（含职业高中）、中专、特殊教育学校、技工学校。

(四) 本市行政区域内各类普通高等院校（包括民办院校）在校的全日制本（专）科生、研究生。

(五) 具有本市户籍或持本市《居住证》的，年满 18 周岁不属于职工基本医疗保险范围内的其他居民。

以本人出生日期至核定年度的 1 月 1 日（含）确定为参保人年龄。

**第八条** 具有本市户籍或持本市《居住证》的，不在职工基

本医疗保险待遇期内，且在职工基本医疗保险待遇期满后办理停保的人员，可自愿选择参加城乡居民基本医疗保险。

### 第三章 基金的筹集和参保登记

**第九条** 城乡居民基本医疗保险基金由个人缴费和政府补助相结合的方式筹集，基金包括：

- （一）参保居民个人按规定缴纳的医疗保险费。
- （二）中央、自治区、市及旗县区政府补助资金。
- （三）基金的利息收入。
- （四）法律、法规规定的其它收入。

**第十条** 符合本《办法》第二章规定的参保人员，按以下规定缴纳城乡居民基本医疗保险费。中央、自治区、市及旗县区政府给予对应补助。

（一）参保居民个人缴费统一实行一个标准，每年度个人缴费标准由市医疗保障行政部门会同财政部门、税务部门根据国家及自治区有关规定予以确定。

（二）参保居民中经本市相关职能部门认定的低保人员、城乡特困人员、孤儿、烈属、低收入家庭人员、丧失劳动能力的残疾居民以及纳入乡村振兴部门的脱贫不稳定人员、边缘易致贫人员及突发严重困难人员，按当年个人缴费标准的50%缴纳，剩余部分由市本级与旗县区按现行财政体制比例分担。

符合医疗救助资助参保条件的居民，个人缴费部分由医疗救

助基金给予资助，具体资助标准按照我市医疗救助政策规定执行。

(三) 在校大学生的个人缴费原则上由本人和家庭负担，有条件的高校可对其给予补助。

**第十一条** 中央财政、地方各级财政补助按国家和自治区确定的补助标准给予补贴。

**第十二条** 各旗县区人民政府是辖区城乡居民参保的责任主体，要确保辖区城乡居民应保尽保。各旗县区医疗保障经办机构依托乡镇、街道办事处办理本辖区城乡居民的参保登记，有条件的地方也可下放至村（社区）办理。

市税务部门负责部署全市城乡居民基本医疗保险的征缴工作，各旗县区税务部门负责辖区内城乡居民基本医疗保险的征缴工作。

**第十三条** 参保登记及缴费：

(一) 新生儿参保。

参保范围内的新生儿由监护人凭新生儿本人户籍在出生后90天内到户籍所在地（非本市户籍的新生儿到居住地）乡镇、街道办事处或按照“新生儿出生一件事”经办流程办理新生儿出生当年的参保登记，并按规定缴纳出生当年城乡居民医保费用。参保登记时使用新生儿真实姓名和有效身份证明，参保身份登记为“新生儿”。

出生90天后办理参保登记及缴费的或在出生当年的9月1日

之后直接办理出生下一年度参保登记及缴费的，参保身份登记为“18周岁以下非在校少年儿童”。

(二) 除参保身份登记为“新生儿”外的其他城乡居民，每年9月至12月办理下一年度的参保缴费，每年1月至8月办理当年度的参保缴费。

1. 低保人员、城乡特困人员、孤儿等低收入人口、丧失劳动能力的残疾居民以及纳入乡村振兴部门的脱贫不稳定人员、边缘易致贫人员及突发严重困难人员的参保按照“随时认定、随时参保”的原则实行动态管理。

城乡特困人员、低保对象、孤儿等低收入人员以及丧失劳动能力但未纳入医疗救助的残疾人，统一由其户籍所属旗县区民政部门或残联部门提供人员信息（花名册）到同级医疗保障部门为其办理参保登记并缴费；纳入乡村振兴部门的脱贫不稳定人员、边缘易致贫人员及突发严重困难人员，统一由旗县区医疗保障部门按照乡村振兴部门提供的人员信息（花名册）为其办理。

民政、残联、乡村振兴、医保部门应加强部门之间信息数据共享，明确各自职责，确保符合政策规定困难人员全部参加基本医疗保险。

2. 社会福利机构集中供养人员的医疗保险费由社会福利机构提供人员信息（花名册）到所在地乡镇、街道办事处办理集体参保登记并代缴。

3. 在校学生和幼儿园儿童实行集中缴费，缴费期为每年



9月1日至次年3月31日。医疗保险费统一由所在高等院校、中小学、幼儿园作为参保责任主体予以代收，可分批次提供人员信息（花名册）到所在乡镇、街道办事处集体办理参保登记并缴费，办理缴费前的代收保费可暂时存入本校（园）对公账户。

4. 农村地区可参照学校机构参保方式，由村委会组织集体办理参保登记并缴费。

5. 除上述集体办理参保登记并缴费的居民外，以个体形式首次办理参保登记的需提供《居民户口簿》和《居民身份证》到户籍地或居住证所在地乡镇、街道办事处办理参保登记并缴费。

**第十四条** 跨统筹区或跨制度重复参保的人员，在进入待遇期后依个人申请可在所属旗县区医疗保险经办机构办理城乡居民医疗保险停保业务，城乡居民医疗保险参保费用不予退还。

#### **第四章 医疗保险待遇**

**第十五条** 城乡居民基本医疗保险不设个人账户，所筹资金全部用于社会统筹。

**第十六条** 城乡居民足额缴纳基本医疗保险费的，按照自然年度计算参保周期并享受待遇，每个参保年度待遇终止时间为参保年度的12月31日；待遇享受开始时间按照以下规定确定：

(一) 学校或幼儿园代缴的在校(园)学生儿童在集中缴费期内参保缴费的,从参保年度的上一年9月1日开始享受待遇。

(二) 参保身份登记为“新生儿”的,按规定在出生90天内缴纳出生当年医保费用的,从出生之日起按规定享受待遇。

(三) 经相关职能部门认定的城乡特困人员、低保人员、孤儿、烈属、低收入家庭人员、丧失劳动能力的残疾人员、脱贫不稳定人员、边缘易致贫人员、突发严重困难人员及儿童福利机构内儿童参保缴费后不设等待期,从缴费当月起享受待遇。

(四) 其他居民按以下规定执行:

1. 首次参保:从缴费当月开始享受待遇。

2. 续保:参保人员在待遇期满后的3个月内办理下一年度的续保缴费,直接接续上一年度享受待遇。

3. 中断参保后重新参保:未在待遇期满后的3个月内接续上一年度参保缴费的,视为中断参保。中断参保后重新参保的,从缴费当月设置3个月待遇享受等待期,待遇享受等待期间发生的医疗费用不享受任何医保待遇。

4. 跨制度参保:职工基本医疗保险中断缴费3个月内办理城乡居民基本医疗保险的,不设等待期,从缴费当月开始享受待遇。未在中断缴费3个月内办理城乡居民基本医疗保险参保缴费的,从缴费当月设置3个月待遇享受等待期,待遇享受等待期间发生的医疗费用不享受任何医保待遇。

跨统筹区参保的,保险关系转移接续和经办规程按照国家、

自治区有关规定执行。

(五) 缴费时间以税务部门实际收缴时间为准。

**第十七条** 统筹基金用于参保居民的住院、普通门诊、门诊慢特病的医疗费用支出。

城乡居民基本医疗保险基金设立起付标准和最高支付限额，起付标准以下的费用全部由个人承担。

(一) 一个年度内，参保居民发生的政策范围内住院医疗费用的起付标准为：

单位：元

一个年度内 住院起付线	医院等级			
	三级 甲等及以上	三级乙等 三级丙等	二级	一级及以下
首次	1000	600	200	100
二次及以上	800	400	150	50

(二) 一个年度内，城乡居民基本医疗保险统筹基金最高支付限额为 17 万元。

(三) 一个年度内，城乡居民基本医疗保险基金起付标准以上、最高支付限额以下，符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准的住院医疗费用，由城乡居民基本医疗保险基金按照医疗机构等级和所确定的支付比例，采取“分段计算、累加支付”的办法结算。

政策范围内 住院医疗费用	医院等级对应的住院统筹基金支付比例			
	三级 甲等及以上	三级乙等 三级丙等	二级	一级及以下
起付线—1万元 (含1万元)	73%	78%	83%	88%
1万元—3万元 (含3万元)	78%	83%	88%	93%
3万元以上	83%	88%	93%	95%

城乡居民基本医疗保险统筹基金的起付标准、支付比例、最高支付限额根据国家、自治区有关规定及基金结余情况实时作相应调整。

(四) 参保居民住院治疗的，若入院和出院时间不在同一个年度的，以出院时间确定医疗费归属年度进行结算。

跨统筹区连续参保缴费且出院时在本市城乡居民基本医疗保险待遇期内的，由本市城乡居民基本医疗保险基金支付；本统筹区内跨制度连续参保缴费且出院时在本市城乡居民基本医疗保险待遇期内的，由城乡居民基本医疗保险基金支付。

(五) 参保居民治疗期间，按医嘱使用药品目录所列乙类药品、诊疗项目中支付部分费用的治疗项目、特殊检查，其费用先由本人自付10%，其余部分由统筹基金按规定比例支付。

一次性医用耗材的支付标准按照自治区有关规定执行。

(六) 无责意外伤害发生的医疗费用纳入城乡居民基本医疗保险支付范围(以下简称意外伤害保障),意外伤害保障业务可通过招标方式委托商业保险公司承办,基金从城乡居民基本医疗保险基金中划拨。具体管理办法由市医疗保障行政部门另行制定。

(七) 参保居民在定点医疗机构发生的门(急)诊费用按门诊统筹办法支付,门诊统筹具体实施办法由市医疗保障行政部门另行制定。

(八) 因生育发生的住院医疗费用按本办法住院标准支付,孕期门诊产科检查费用纳入门诊统筹支付范围。

(九) 城乡居民基本医疗保险门诊慢特病(含“两病”门诊保障及门诊特殊用药)的申报实行申报备案制。具体办法由市医疗保障行政部门按照相关规定组织制定。

(十) 经急诊抢救无效死亡发生的符合政策规定的门诊费用由所属旗县区按住院支付标准进行结算,在本自治区范围外医疗机构发生的费用,支付比例在第十七条第三款的基础上降低10个百分点。

**第十八条** 城乡居民基本医疗保险基金不予支付下列费用:

(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 城乡居民大病保险

**第十九条** 城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）经办业务采取政府招标方式委托中标的商业保险公司承办。

**第二十条** 市医保经办机构与中标的商业保险公司签订承办服务协议，双方应认真履行协议，违反协议规定的，承担相应责任。

**第二十一条** 大病保险基金从城乡居民基本医疗保险基金中计提，居民不再另行缴费。

**第二十二条** 大病保险具体实施办法由市医疗保障行政部门根据国家、自治区相关政策规定和基金收支运行情况制定，可适时进行调整。

## 第六章 医疗服务与管理

**第二十三条** 城乡居民基本医疗保险实行定点管理。医疗保险经办机构与定点医药机构签订服务协议，双方应认真履行协议，违反协议规定的，承担相应责任。

**第二十四条** 参保居民到本市城乡居民定点医药机构就医

时，应当主动出示医疗保险凭证，定点医药机构核验确认后所发生的医疗费用，属于城乡居民基本医疗保险基金支付部分，由定点医药机构记账，按照协议规定与医疗保险经办机构结算；参保居民自付部分，由参保居民个人与定点医药机构直接按规定结算。

## **第二十五条 异地就医备案及结算**

参保居民在自治区范围内非本市定点医疗机构住院治疗不再进行备案，发生符合政策规定的住院医疗费用按照本市定点医疗机构支付标准执行。离开自治区转往其它省份地区（以下简称“区外异地”）就医的按照以下规定执行：

（一）参保居民因本市三级定点医疗机构的医疗技术、设备条件所限，诊断不明或者治疗确有困难需转往区外异地定点医疗机构治疗的，由三级定点医疗机构出具诊断证明，经本市医疗保险经办机构或国家异地就医平台备案后可转往区外异地三级综合定点医疗机构或二级以上专科定点医疗机构治疗，发生的政策范围内住院费用及住院前72小时的门诊费用，统一按照住院支付标准结算，支付比例在第十七条第（三）款标准的基础上降低10个百分点（以下简称“转往区外异地支付标准”）；诊断为恶性肿瘤（含白血病）的参保患者，在门诊发生的政策范围内放化疗费用及相关检查费用按照门诊慢特病中恶性肿瘤病种的支付标准结算，统筹支付比例在本市支付标准的基础上降低15个百分点。

(二) 参保居民离开本市外出期间因患急病在区外异地定点医疗机构住院治疗的，应在住院之日起7个工作日内向我市医疗保险经办机构备案，发生的住院医疗费用按照“转往区外异地支付标准”执行；住院前发生的门（急）诊费用按照本市门诊统筹支付标准支付。

(三) 长期（连续三个月以上）在区外异地打工或随子女、父母在一起生活、学习的参保居民，可在我市医保经办机构申请办理长期异地备案，备案后在登记的就医地定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用按照本市住院支付标准执行。

因登记备案的就医地医疗技术有限，需转往自治区外其他地区住院治疗的，按照本条第一款规定执行。

(四) 生源地或实习地在自治区以外的参保大学生按照以下规定办理，发生的住院医疗费用按照“转往区外异地支付标准”执行；住院前的门诊费用对应本条第（一）或（二）款规定结算。

1. 在校期间发生疾病且经所在高校同意，由所属旗县区医保经办机构备案后可回生源地定点医疗机构住院治疗。

2. 假期期间或实习期间在生源地或实习地发生疾病的，可不备案，直接在生源地或实习地定点医疗机构住院治疗；因生源地或实习地医疗技术有限，需转往自治区外其他地区住院治疗的，应由当地定点医疗机构开具诊断证明，原则上应在入院前向所属旗县区医保经办机构电话备案。



**第二十六条** 按照本办法第二十五条规定执行的参保居民，在已接入国家异地就医结算平台的定点医疗机构发生的符合政策规定的医疗费用在就医地医疗机构直接结算；不能实现直接结算的，应提供医保部门规定的报销资料到所属旗县区医疗保险经办机构审核报销。

**第二十七条** 未按本办法第二十五条规定履行备案程序，直接转往自治区外异地定点医疗机构就医发生的政策范围内住院医疗费用，统筹支付比例在第十七条第（三）款标准的基础上降低20个百分点；恶性肿瘤患者门诊发生政策范围内的放化疗费用及相关检查费用，统筹支付比例在本市门诊慢特病中恶性肿瘤病种支付标准的基础上降低20个百分点。

## 第七章 基金管理

**第二十八条** 城乡居民基本医疗保险基金设立财政专户，单独列账，单独核算，单独运行，专款专用，实行“收支两条线”管理。

**第二十九条** 市和旗县区医疗保险经办机构各自设立支出户。

**第三十条** 财政部门应当会同医疗保障行政部门加强基金管理，实现基金保值、增值。城乡居民基本医疗保险统筹基金执行国家规定计息办法。对存入收入户和支出户的活期存款实行优惠利率，按三个月整存整取定期存款基准利率计息。对存入财政专

户的存款，利率比照同期居民储蓄存款利息率管理。

**第三十一条** 城乡居民基本医疗保险基金的管理执行国家和自治区制定的社会保险基金预决算制度、财会制度、内部审计制度和基金运行情况公开制度。

**第三十二条** 各级医疗保障部门应加强基金管理。任何单位和个人不得改变其性质和用途，不得贪污、挪用、截留、侵占、骗取医疗保障基金，违者按照有关规定处理，情节严重的，依法追究法律责任。

## 第八章 附 则

**第三十三条** 本《办法》第二章参保范围以外的非本市户籍居民不能提供本市《居住证》的，由本人足额缴纳个人缴费部分（按第十条第一款当年缴费标准确定）和各级财政补助部分（按上年度各级财政补助标准确定），享受当地居民同等医疗待遇。

**第三十四条** 为进一步推进我市城乡居民基本医疗保险工作，保障城乡居民医保各项工作顺利实施，市和旗县区财政部门应加强工作经费的保障，用于医疗保险政策宣传、业务培训、信息化建设、购买第三方服务和聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展工作。

**第三十五条** 市本级和各旗县区医保部门应严格执行国家、自治区医疗保障相关法律、法规及政策，如本办法条款因国家、自治区政策调整出现不一致时，市医疗保障行政部门可依据国

家、自治区相关文件适时进行相应调整。

**第三十六条** 参保居民因重大疫情、灾情等不可抗力产生的医疗费用，由市人民政府统一安排解决。

**第三十七条** 本办法自公布之日起施行。《呼和浩特市城乡居民基本医疗保险实施办法》（呼政发〔2017〕21号）同时废止。

---

抄送：市委各部门，呼和浩特警备区。  
市人大常委会办公室、政协办公室、纪委监委办公室，市法院、检察院。  
各人民团体，新闻单位。

---

呼和浩特市人民政府办公室

2022年1月21日印发

---