

# 《石家庄市城乡居民基本医疗保险实施办法（征求意见稿）》

## 公开征求意见

为进一步完善石家庄市城乡居民基本医疗保险政策，结合石家庄市实际，我局研究起草了《石家庄市城乡居民基本医疗保险实施办法（征求意见稿）》，现向社会公开征求意见，公众可在 2021 年 10 月 13 日前，通过以下途径和方式提出意见。

1. 电子邮件：zsd12021@163.com;

2. 通讯地址：石家庄市中山东路 216 号市医疗保障局待遇保障科，邮编：050000。

石家庄市医疗保障局

2021 年 9 月 28 日

# 石家庄市城乡居民基本医疗保险实施办法

## （征求意见稿）

### 第一章 总则

**第一条** 为进一步健全我市城乡居民基本医疗保障制度，维护基本医疗保险（以下简称基本医保）参保人员合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《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）《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《河北省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（冀政发〔2016〕20号）等有关法律法规，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 城乡居民医保遵循全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，坚持公平适度、市级统筹属地管理、个人缴费与政府补助相结合、以收定支、收支平衡、略有结余、筹资标准和保障水平与经济发展水平相适应原则。

**第三条** 建立基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保

障制度，并与城镇职工医保等制度相衔接。

## **第二章 实施范围及保障对象**

**第四条** 本办法适用于本市行政区域内的下列保障对象：

（一）具有本市户籍且城镇职工基本医疗保险制度未覆盖的城乡居民。

（二）在本市中小学就读且未在原籍参加城乡居民医保的中小学生。

（三）本市行政区域内各类全日制普通高等学校（含科研院所、所）、中等专业技术学校、技工学校在校学生（以下简称大中专学生）。

（四）取得本市居住证的外地户籍居民、港澳台人员及其未成年子女，已在本市参加城镇职工基本医疗保险的外地户籍居民、港澳台人员和外籍人员的未成年子女，可按本市有关规定参加城乡居民医保。

## **第三章 参保登记**

**第五条** 符合条件的本市户籍居民到户籍所属辖区，其他符合参保条件的居民到居住地所属辖区办理参保登记。大中专学生参保登记工作由所在学校负责。

**第六条** 城乡居民医保实行一年一次性预交费制，一年一

个医疗待遇支付期。每年10月1日至12月25日为集中办理下一年度参保登记和费用缴纳期限。初次参保的凭有效身份证件（户口本、身份证、居住证、护照、港澳台居住往来内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等）参保登记。同一户口薄内符合参保条件的城乡居民，应以家庭为单位全部参保。

**第七条** 新迁入本市户籍的城乡居民，应在落户之日起90天内办理参保登记并缴费，从缴费之日起享受医保待遇。

本市户籍的新生儿自出生之日起90天内，由监护人到户籍所在地办理参保登记并缴费，从出生之日起享受医保待遇。90天内跨年度参保的，可自愿选择是否补缴上年度医保费，补缴上年度医保费后，方可补录支付上年度出生后发生的符合基本医疗保险规定的医疗费。本市户籍的新生儿自出生之日起90天后办理参保登记，参照新迁入本市户籍城乡居民参保政策执行。

判处管制、宣告缓刑、假释、暂予监外执行等社区矫正对象为本市户籍且无其它基本医疗保障的，可参加城乡居民基本医疗保险，因服刑错过缴费期的，应在判决、裁定、决定生效之日起90天内办理参保登记并缴费，从缴费之日起享受医保待遇。

**第八条** 参保人在本市已连续 2 年（含 2 年）以上参加基本医保的，因就业等个人状态变化由职工医保切换到居民医保，中断缴费时间不超过 3 个月的，缴费后即可正常享受医保待遇，确保参保人待遇无缝衔接。中断缴费时间超过 3 个月的，视为中断参保。中断参保后，经本人申请，可补办当年度参（续）保缴费手续，在缴费满 3 个月后方可享受当年度剩余月份的城乡居民医保待遇。

**第九条** 特困供养人员、低保人员、丧失劳动能力的一级和二级伤残居民、低收入家庭中 60 周岁以上老年人及未成年人和国家、省规定的其他符合政府资助条件的城乡居民，办理参保登记时应按规定出示有关证件，或出示相关部门核发的相关材料。

**第十条** 大中专学生因病或其他原因，按高校学籍管理规定办理休学手续的，在休学期间，由高校为其统一办理参（续）保缴费手续后，可按规定继续享受大学生医保待遇。

**第十一条** 参保城乡居民因参军、就业、入学、户籍迁移出本市，大中专学生因非毕业原因结束学校生活等原因不再属于我市城乡居民医保参保范围的，应凭有关材料注销其医保关系。在非待遇期注销的，退还其缴纳的剩余年度医保费。参保城乡居民死亡的，医保关系终止，其亲属应到参保地经办机构

注销其医保关系。在非待遇期死亡的，应在次年3月底前申请退还其缴纳的剩余年度医保费。

## **第四章 基本医保基金的筹集**

**第十二条** 城乡居民医保实行个人缴费和政府补助相结合为主的筹资方式，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。

2022年城乡居民(含大中专学生)个人缴费标准为320元。大中专学生入学时已缴纳全部学年医保费的，在校学习期间个人缴纳的医保费不再调整。

各级政府补助资金，按中央、省、市有关规定执行。大中专学生政府补助资金按学校隶属关系，由同级财政负责安排。

**第十三条** 特困供养人员、低保人员、丧失劳动能力的一级和二级伤残城乡居民、低收入家庭中60周岁以上老年人及未成年人和国家、省规定的其他符合政府资助条件的城乡居民的个人缴费部分，按相关规定给予补贴。

## **第五章 基本医保基金支付范围及标准**

**第十四条** 基本医保基金支付范围：

- (一) 普通病门诊医疗费；
- (二) 门诊一般诊疗费或签约医师服务费；
- (三) 高血压和糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药、

慢性病病种、特殊病病种、危重抢救病种、白内障超声乳化加人工晶体植入术、特殊规定药品的门诊医疗费；

（四）住院医疗费；

（五）分娩住院医疗费；

（六）因意外伤害发生的医疗费；

（七）大病保险费；

（八）国家规定的其他费用。

### **第十五条 门诊医疗待遇**

（一）普通病门诊医疗费。参保城乡居民（大中专学生除外）门诊统筹起付线为 200 元，门诊统筹基金按 50%的比例支付，个人承担 50%。门诊统筹基金年度最高支付限额为 200 元，计入城乡居民基本医保基金支付年度限额。

大中专学生普通病门诊待遇由市医疗保障局和市财政局另行制定。

（二）一般诊疗费。实行药品零差率且与经办机构签订协议的一级及以下医疗机构（以下简称协议医疗机构）实行一般诊疗费补助政策。一般诊疗费包括：挂号费、诊疗费、注射费（含静脉输液费，不含药品费、一次性材料费）及药事服务成本费。基本医保基金的补助标准为：参保城乡居民门诊就医每人每天 3 元，具体支付办法和签约医师服务费办法由市医疗保障部门

另行制定。一般诊疗费标准按有关规定适时调整。

（三）“两病”门诊用药、慢性病病种、特殊病病种和危重症抢救病种医药费。“两病”政策范围内门诊用药医疗费，不设起付线，支付比例为 50%；慢性病病种门诊医疗费，起付线为 200 元，支付比例 60%；特殊病病种门诊医疗费，不设起付线，支付比例为 80%（血友病除外），血友病门诊医疗费二级医疗机构支付比例为 85%，三级医疗机构支付比例为 80%；危重症抢救病种门诊医疗费，起付线、支付比例按照参保地住院待遇执行。

“两病”门诊用药、慢性病病种、特殊病病种和危重症抢救病种的具体管理办法由市医疗保障局另行制定。

（四）白内障超声乳化加人工晶体置入术医疗费。符合白内障复明工程救治条件，在经办机构签署协议的白内障复明工程定点医疗机构进行门诊单眼白内障超声乳化加人工晶体置入术的，每例限额支付 500 元；不符合救治条件的，在协议医疗机构就诊，每例限额支付 1300 元。

（五）特殊规定药品医疗费。特殊规定药品的数量、名称、年度支付限额、支付比例等由市医疗保障局另行制定。

## **第十六条 住院医疗待遇**

（一）参保居民在一级医疗机构住院，每次起付线为 200

元，支付比例为 92%；二级医疗机构每次起付线为 600 元，支付比例为 80%；三级医疗机构每次起付线为 1200 元，支付比例为 62%。

纳入我市医保定点范围的北京、天津等市的三级医疗机构住院起付线和支付比例按我市三级医疗机构标准执行。

（二）参保居民在市域内中医医院住院，每次起付线比同级综合医院住院的起付线降低 100 元，最低不低于 100 元；报销比例比同级综合医院住院提高 3 个百分点，最高报销比例不超过 97%。

（三）参保居民在定点医疗机构住院，对定点医疗机构按规定开展的单病种、日间手术等按病种收费的医疗费，实行定额结算，不设起付线，不按项目计价收费。

（四）在医联（共）体内，参保居民因同一种疾病需要转院，向下一级医疗机构转院且治疗无中断的，在计算下级医疗机构住院报销费用时，不再扣除下级医疗机构住院起付线；向上一级医疗机构转院且治疗无中断的，在计算住院报销费用时，将下级医疗机构起付线费用从上级医疗机构起付线中扣除。

（五）在省内市域外协议医疗机构住院的，起付线和支付比例按在本市同等级别医疗机构住院标准执行，实现省内就医无异地。

（六）经备案，转省外医保协议医疗机构住院的，每次起付线为 2000 元，支付比例为 50%。未备案，转往省外医保协议医疗机构就医，起付线为 4000 元，支付比例为 30%，自付部分医疗费不计入大病保险；转往外地非医保协议医疗机构就医的，发生的医疗费基本医保基金、大病保险不予支付。

（七）异地长期居住居民在居住地发生的住院医疗费按在本市同等级别医疗机构住院的起付线、支付比例执行。

（八）未评定级别的医疗机构，起付线、支付比例参照基本标准相同的医疗机构确定。

**第十七条** 参保城乡居民连续参保缴纳医保费的年限与住院医疗费、特殊病种门诊的支付比例挂钩。从参保缴费的第二年起，每增加一个缴费年度，支付比例增加 1 个百分点。2017 年以前有此政策规定的，最高不超过 8 个百分点；2017 年及以后连续参保缴费的，最高不超过 8 个百分点。中断参保，重新计算累计缴费年限。城乡居民基本医保基金支付医疗费的比例最高不超过 95%，在市域内中医医院住院基本医保基金支付医疗费的比例最高不超过 97%。

**第十八条** 政策范围内分娩住院待遇：

（一）自然分娩的限额 1000 元；

（二）剖宫产的限额 1750 元。

**第十九条** 参保城乡居民，使用甲类药品、甲类诊疗服务项目医疗费按规定的个人及医保基金负担比例支付；使用乙类药品个人应先自付 5%（有特殊规定的除外），其余 95%再按规定的个人和基本医保基金负担比例支付；使用乙类诊疗服务项目，个人应先自付 15%（肾透析 5%），其余 85%再按规定的个人和基本医保基金负担比例支付。

**第二十条** 参保城乡居民使用河北省规定另收费用的一次性物品（丙类除外），个人应先自付 30%，其余 70%按规定的个人和医保基金负担比例支付。

**第二十一条** 基本医保基金支付各项医疗费的年度限额为 20 万元。

**第二十二条** 纳入城乡居民基本医保报销范围的费用是指符合基本医保有关规定的费用。基本医保药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录按照河北省有关规定执行。

**第二十三条** 基本医保基金不予支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三方负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外以及香港、澳门和台湾地区就医的；
- （五）体育健身、养身保健消费、健康体检的；

（六）监狱服刑羁押期间的；

（七）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

**第二十四条** 参保城乡居民享受医保待遇的时间为每年的1月1日到12月31日。

## **第六章 就医管理与费用结算**

**第二十五条** 参保城乡居民应凭社会保障卡（医保电子凭证、电子社保卡等）到协议医药机构就医购药，应主动出示有关证件，接受核验。

**第二十六条** 参保城乡居民患普通病和慢性病，可在石家庄市域内二级及以上定点医疗机构和市医疗保障部门选定的二级以下定点医疗机构就医，也可按规定在省内开通异地就医门诊费用直接结算的二级及以上定点医疗机构就医。

“两病”患者门诊就医，可在参保地任意定点医疗机构开具处方或凭借处方购买“两病”门诊用药范围药品，也可在省内开通异地就医门诊费用直接结算的二级及以下定点医疗机构开具处方或凭借处方购买“两病”门诊用药范围药品。

特殊病病种患者可在石家庄市域内二级及以上定点医疗机构和市医疗保障部门选定的二级以下定点医疗机构就医，也可按规定在省内开通异地就医门诊费用直接结算的二级及以上定点医疗机构就医。

**第二十七条** 参保城乡居民转往省外就医，在办理异地就医备案（网上自助、到经办机构办理）手续后，持社会保障卡到备案就医地就医，实现“一站式”结算。

**第二十八条** 参保城乡居民年度内转往非异地就医直接结算医院就医复诊的，可持第一次转诊转院相关资料到参保地经办机构办理报销手续。

**第二十九条** 参保城乡居民跨年度住院的，按出院结算日期确定本次住院所在年度。

**第三十条** 参保城乡居民在本市协议医药机构发生的医药费，应个人负担的部分，由个人直接与协议医药机构结算；应医保基金负担的部分，由经办机构与协议医药机构结算。

在直接联网的异地定点医药机构（含省内及跨省异地就医定点医药机构）发生的应由参保人员个人支付的医药费，由参保人员直接与定点医药机构按规定即时结算；应由医保基金支付的医药费，按照国家、省有关规定结算。

在非直接联网的异地协议定点医疗机构发生的应由医保基金支付的医疗费，由参保人员全额垫付，在诊治终结后六个月内，向参保地经办机构按规定申请报销。

**第三十一条** 大中专学生门诊统筹资金管理使用办法由市医疗保障局商市财政局另行制定。

**第三十二条** 大中专学生在户籍地、实习地医疗机构住院治疗的，应到户籍地或实习地医保协议医疗机构就医。未实现异地就医直接结算的，诊治终结后六个月内，凭有关材料，通过所在学校向参保地经办机构申请报销，享受与参保地同等级别医疗机构相同的起付标准、报销比例待遇。

**第三十三条** 参保人员因长期居住外地、转外就医、急诊等原因需异地就医的，按国家、省、市规定办理城乡居民医保异地就医手续。

## **第七章 医疗服务**

**第三十四条** 城乡居民医保定点医药机构按照属地管理与分级管理相结合原则实行协议管理，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。县级医疗保障部门负责管理辖区内市级以下医药机构，市级及以上定点医药机构由市级医疗保障部门负责。年度考核工作由市县两级医疗保障部门组织实施。

**第三十五条** 医药机构应向所属经办机构提出承办城乡居民医保医药服务申请，经办机构应将符合条件的医药机构纳入医保协议管理，签订协议后报同级医保行政部门备案。

经办机构与医药机构之间应签订服务协议，明确双方的权利、责任和义务，违反服务协议规定的，由违约方承担相应责任。

**第三十六条** 协议医药机构应当成立相应的管理机构，建立和健全内部医药服务管理制度，配备专（兼）职管理人员，做好医药服务内部管理工作和医疗保障部门要求的各项工作。

协议医药机构提供医药服务，应当认真核对患者身份和相关凭证信息；严格执行城乡居民医保政策，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费；严格执行分级诊疗规定，做好上下转诊工作。

协议医药机构要根据医保基金监管需要，不断完善医药服务计算机网络及信息管理系统，实现在全市范围使用社会保障卡（医保电子凭证、电子社保卡等）就医购药，按要求支持全国异地就医直接结算，及时向经办机构传输城乡居民就医购药信息。

**第三十七条** 市级经办机构应按照国家、省要求，完善建立信息化管理平台，实现对协议医药机构及其医保医师信息、医药服务实行智能化、精细化监管。

**第三十八条** 城乡居民医保实行信息化、网络化管理，建立市级统一的资源数据库和覆盖城乡协议医药机构的计算机网络，使用社会保障卡（医保电子凭证、电子社保卡等）即时结算，推进网上参保缴费、就医结算、信息查询、政策宣传等便民利民举措。

**第三十九条** 实行总额控制下的按均值、按病种、按床日、按人头、DRGs、DIP 等多元复合式支付方式，经办机构定时与协议医药机构结算医药费，具体支付办法由市医疗保障局制定。

**第四十条** 经办机构与定点医药机构结算费用时应预留 5% 的服务协议保证金，视年度考核情况拨付。

## **第八章 基金管理**

**第四十一条** 根据我市实际，城乡居民医保基金实行市级统收统支，实现居民医保基金分级负责、属地经办，严格执行社会保险基金财务制度、会计制度和统一的基金预决算管理制度。

**第四十二条** 城乡居民基本医保基金应存入财政专户，专款专用，任何单位和个人不得侵占或者挪用。应当执行国家规定的财务会计制度，按照国家规定的会计制度进行核算。

**第四十三条** 全市各项基金收入按期全额归集至市级社会保障基金财政专户。基金收入项目包括保险费收入、财政补贴收入、利息收入和其他收入。各级税务部门征收居民医疗保险费，按照规定时限缴入市级国库。

**第四十四条** 各大中专院校门诊医疗费，结余部分留作下年使用，并纳入基金监管和审计范围，不得挪用。

## 第九章 部门职责

**第四十五条** 城乡居民医保由医疗保障部门主管，负责城乡居民医保政策、规定的贯彻落实；负责城乡居民医保政策和规定执行情况的监督、检查和考核。

**第四十六条** 城乡居民医保由经办机构负责参保登记，基金的支付和管理等经办工作。

市级经办机构负责对各县（市）、区经办工作的指导、培训、评估、稽查。

**第四十七条** 财政部门负责城乡居民医保基金的监管，负责按国家、省有关规定落实政府补助资金的预算和拨付，负责向经办机构划拨基本医保医疗费结算资金。

**第四十八条** 税务部门承担居民医保费用征缴主体责任。做好居民医保征缴工作，按规定及时将征缴的居民医保费用缴入国库。

**第四十九条** 卫生健康部门负责加强各级医疗机构建设，规范医疗机构诊疗行为，合理制定分级诊疗规范、流程等其他工作。

**第五十条** 审计部门按计划对全市城乡居民医保基金实施审计。

**第五十一条** 教育部门负责向学生宣传城乡居民医保政策，

负责组织督促学生参保、缴费；大中专学校具体负责本校学生参保登记及缴费工作。

**第五十二条** 民政部门负责按规定做好特困供养人员、低保人员等认定工作，核发特困人员和低保人员证件，按规定向经办机构提供相关资料。

**第五十三条** 残联负责丧失劳动能力的一级和二级残疾人员的身份认定及证件核发；及时向经办机构提供一级和二级残疾人员名单等。

**第五十四条** 公安、市场监管、人力资源社会保障、司法、乡村振兴等部门，按照各自的职责范围，做好有关工作。

**第五十五条** 各县（市）、区政府负责本辖区城乡居民参保组织协调工作。

**第五十六条** 乡（镇）政府、街道办事处负责本辖区城乡居民医保的参保、组织管理和政策宣传工作。

**第五十七条** 居委会负责本辖区城乡居民的参保登记及医保管理有关工作。村委会负责以村、组、户列序，以家庭为单位办理参保登记工作。

**第五十八条** 乡镇卫生院受当地经办机构委托，负责本辖区村卫生室的医保管理、城乡居民有关病种认定材料的收集和上报等工作。

**第五十九条** 协议医药机构主要职责是按照政策规定承办医药服务、做好有关病种认定工作、及时上传就医信息、配合医疗保障部门做好监督检查等工作。

## **第十章 监督考核**

**第六十条** 市政府将县（市）、区，乡（镇）政府，街道办事处城乡居民参保工作纳入年度目标考评。各县（市）、区政府要加强组织领导，切实做好协调和督导工作。

**第六十一条** 各级医疗保障部门，应会同公安、卫健、市场监管等有关部门加强对协议医药机构的监督检查。对违反规定的，责令限期整改、通报批评、依法依规处罚，情节严重的终止协议。

**第六十二条** 经办机构应对协议医药机构医药服务情况进行检查和考核。

**第六十三条** 经办机构应及时向医疗保障部门、财政部门报送基本医保基金的收支情况，并定期向社会公布，接受监督。

## **第十一章 法律责任**

**第六十四条** 经办机构、协议医药机构、参保个人违反《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规和服务协议，按照有关规定处理。

## 第十二章 附则

**第六十五条** 随着经济发展和医疗消费水平的变化，市医疗保障行政部门根据医保基金收支和城乡居民可支配收入情况，商财政部门提出个人缴费标准及医疗待遇水平等调整意见，报市政府批准后执行。

**第六十六条** 在城乡居民基本医保基础上，建立城乡居民大病保险，其保险费按规定标准从基本医保基金中提取，由商业保险公司承办。石家庄市城乡居民大病保险实施办法见附件。意外伤害管理办法由市医疗保障局商市财政局另行制定。

**第六十七条** 具有支付限额的诊疗项目、药品、病种、一次性物品，超过限额部分医疗费，城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险均不予支付。

**第六十八条** 办法中的主城区含新华区、桥西区、长安区、裕华区、高新区、循环化工园区。

**第六十九条** 原城乡居民普通门诊每人每年 40 元包干资金往年结余仍归本人所有，可在定点医疗机构继续使用。

**第七十条** 参保城乡居民因突发性、流行性疾病和自然灾害等不可抗力因素造成的大范围急、危、重病患者的救治医疗费，由政府综合协调解决。

**第七十一条** 本实施办法由石家庄市医疗保障局负责解释，

自 2022 年 1 月 1 日起实施。本实施办法执行之日起，原城乡居民基本医疗保险政策与本办法不一致的，按本办法执行。

附件：石家庄市城乡居民大病保险实施办法

附件：

## 石家庄市城乡居民大病保险实施办法

第一条 为切实减轻参保城乡居民大病医疗高额费用负担，根据《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）、《河北省人民政府办公厅关于全面开展城乡居民大病保险的实施意见》（冀政办字〔2015〕129号），结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民大病保险（以下简称大病保险）是指参保城乡居民作为被保险人，市医疗保障部门作为投保人，向承办大病保险的商业保险机构（以下简称经办机构）投保大病保险。被保险人发生大病医疗费用，由经办机构按规定赔付。

第三条 全市参加城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）的人员均属于大病保险的保障对象。

第四条 基本医保支付参保城乡居民住院、门诊诊疗（危重抢救病种、特殊规定病种）费用后，自付医疗费用数额超过

大病保险起付标准的合规医疗费纳入大病保险保障范围。

合规医疗费是指城乡居民医保报销范围内的费用。

第五条 大病保险费从城乡居民基本医保基金中按规定标准计提。每年的计提标准由市医疗保障部门、财政部门商承办商业保险机构测算后提出，报政府确定。

第六条 大病保险基金实行收支两条线管理，单独列账，专款专用。坚持“收支平衡、保本微利”的原则，合理控制承办机构盈利率。超出承办合同约定盈利水平的结余款项，结转下年度使用，合同到期后，返还基本医保基金。大病保险基金因政策调整所致亏损，按承办合同约定执行。其他原因造成的亏损，由承办机构负担。

为确保大病保险稳定运行，切实保障被保险人的受益水平，对结余及政策性亏损建立动态调整机制。

第七条 承办机构应严格按照大病保险的保障范围、保障水平及协议办理赔付；对大病保险费实行单独核算，专账管理。加强对相关医疗服务和医疗费用的监控，提供业务咨询和大病保险“一站式”即时结算服务。

第八条 大病保险基金赔付被保险人自付医疗费度的年度起付标准，参考市统计局公布的上年度全市城乡居民年人均可支配收入，由市医疗保障局、财政局测算后确定。

第九条 大病保险医疗费结算年度与城乡居民基本医保相同。按医疗费结算年度计算，被保险人个人自付医疗费数额在起付标准及以下的，大病保险基金不予赔付，超过起付标准部分，按自付医疗费用额度分段确定赔付比例。2022 年度大病保险起付线为 13400 元。分段报销比例为：起付线以上 0 至 10 万元报销 60%，10 万元至 20 万元报销 70%，20 万元以上至最高报销限额报销 80%。

第十条 2022 年居民大病保险赔付最高限额为 30 万元。以后年度支付限额由市医疗保障局、财政局测算后，报市政府确定。

第十一条 大病保险的就医管理，按城乡居民基本医保有关规定执行。

第十二条 被保险人大病保险的医疗费，应由个人负担的，本人与医疗机构直接结算；应由大病保险基金负担的，医疗机构记账。

被保险人个人垫付的大病保险医疗费，及时到大病保险承办机构审核报销。

第十三条 承办机构应按规定及时向各级经办机构或协议医疗机构拨付大病保险医疗费。

第十四条 承办机构应承担支持大病保险信息管理的计算

机网络、应用软件、通信等有关费用，严格按照《社会保险个人权益记录管理办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部令第14号）实施大病保险信息管理。对因管理大病保险获取的个人权益记录信息要承担保密责任，不得将个人权益记录信息用于管理大病保险以外的其他用途。

第十五条 被保险人、投保人、承办机构之间发生有关大病保险争议时，通过协商解决。协商不成的，可提请仲裁或向经办机构所在地人民法院起诉。