

北京市人力资源和社会保障局印发《北京市城乡居民基本医疗保险办法实施细则》的通知

[【打印本页】](#) [【关闭页面】](#)

[分享:](#)

京人社农合发〔2017〕250号

各区人力资源和社会保障局，各定点医疗机构：

为保证本市城乡居民基本医疗保险制度的顺利实施，根据《北京市人民政府关于印发〈北京市城乡居民基本医疗保险办法〉的通知》（京政发〔2017〕29号），我们制定了《北京市城乡居民基本医疗保险办法实施细则》，现印发给你们，请认真贯彻落实。

北京市人力资源和社会保障局

2017年11月30日

北京市城乡居民基本医疗保险办法实施细则

第一条根据《北京市城乡居民基本医疗保险办法》及国家和本市有关规定，结合本市实际，制定本实施细则。

第二条参加本市城乡居民基本医疗保险的人员范围：

（一）男年满60周岁和女年满50周岁，且无其它基本医疗保障的本市户籍城乡居民（以下简称城乡老年人），以及下列人员：

1. 参照本市城乡社会救助对象医疗救助政策享受医疗待遇的退养人员；
2. 参照本市城乡社会救助对象医疗救助政策享受医疗待遇的退离居委会老积极分子；
3. 在外埠办理退休手续且无基本医疗保障，来京取得本市户籍的人员；
4. 支援外地建设在外地办理退休手续且回京取得本市户籍的人员及其配偶；

（二）男年满16周岁不满60周岁，女年满16周岁不满50周岁，且无其它基本医疗保障的本市户籍城乡居民（以下简称劳动年龄内居民）；

（三）在本市行政区域内的全日制普通高等院校（包括民办高校）、科研院所、普通中小学校、中等职业学校（包括中等专业学校、技工学校、职业高中）、特殊教育学校、工读学校就读的本市户

籍在校学生，以及非在校的本市户籍少年儿童（包括托幼机构的儿童、散居婴幼儿和其他年龄在16周岁以下非在校少年儿童）；在本市行政区域内的全日制普通高等院校（包括民办高校）、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制非在职非北京生源（含在京就读的港澳台大学生），且无其它基本医疗保障的学生（以下简称学生儿童），以及下列无其它基本医疗保障人员：

1. 具有本市户籍在外省市、国外或港澳台地区就读的学生；
2. 具有本市户籍的18周岁以下的初中往届生及22周岁以下的高中往届生；
3. 父母一方有本市户籍（驻京办户口、学生集体户口等除外）的外埠户籍学生儿童；
4. 经国家和市有关部门批准，在本市学校开设的内陆民族班就读的学生，以及在北京西藏中学就读的学生；
5. 非本市户籍的原北京知青子女、随军家属中的未成年子女；
6. 在京博士后流动站在站研究人员的未成年子女、持有效《北京市工作居住证》人员的随往子女；
7. 在京接受义务教育的华侨子女、在京投资台商及其雇员（台胞）子女；

（四）本市户籍人员的外埠户籍配偶，且无其它基本医疗保障的人员；

（五）本市市（区）属单位的去世离休干部无工作配偶，且无其它基本医疗保障的人员；

（六）在本市取得《外国人永久居留身份证》，且无其它基本医疗保障的外国籍人员

（七）北京地区工作的国家，市级海外高层次人才聚集工程、国（境）外高层次人才创业支持计划、中关村“高层次人才聚集工程”，其他经市人才工作领导小组认定或备案的人才工程入选专家，以及取得《外国人工作许可证》（A类）人才的无其它基本医疗保障的配偶及未成年子女。

第三条普通高等院校，是指按国家规定的设置标准和审批程序批准的，通过全国普通高等教育统一招生考试，招收高中毕业生为主要培养对象，实施高等学历教育的全日制大学、独立设置的学院和高等专科学校、高等职业学校及其他机构（独立学院和分校、大专班），不包括成人教育以及函授、进修、网络、业余、广播电视等学校。

第四条本细则第二条规定的参保人员在办理参保缴费手续时，除提交本人电子照片外，还应当分别提交下列相关证件：

（一）在外埠办理退休手续且无基本医疗保障，来京取得本市户籍的人员，提交本人户口簿、当地县级以上人力资源和社会保障部门开具的无基本医疗保障证明。

（二）支援外地建设在外地办理退休手续，回京取得本市户籍的人员及其配偶，提交本人户口簿、公安部门开具的户口迁出证明及结婚证明。

(三)具有本市户籍在外省市、国外或港澳台地区就读且无基本医疗保险的学生,提交本人户口簿、由学校开具的就读证明和无基本医疗保险承诺书。

(四)具有本市户籍且年龄在18周岁以下的初中往届生及年龄在22周岁以下的高中往届生,提交本人户口簿、本年度参加中、高考的准考证和无基本医疗保险承诺书。

(五)父母一方有本市户籍的外埠户籍学生儿童,提交本人户口簿、出生证明和父(母)的北京市户口簿及其他相关材料。

(六)非本市户籍的随军家属中的未成年子女,提交本人户口簿、部队团级以上单位政治机关开具的证明。

(七)在京博士后流动站在站研究人员的未成年子女,提交本人户口簿、出生证明和全国博士后管委会办公室开具的进站函。持有效《北京市工作居住证》人员的随往子女,提交本人户口簿、出生证明和登记有该子女信息的父(母)的《北京市工作居住证》。

(八)本市户籍人员的外埠户籍配偶,提交夫妻双方的户口簿、结婚证书及无基本医疗保险承诺书。

(九)在京接受义务教育的华侨子女,提交学生父(母)华侨身份证明、《华侨子女来京接受义务教育证明信》及其他相关材料。在京投资台商及其雇员(台胞)子女,提交教育行政部门开具的台胞子女在京就读批准书及其他相关材料。

(十)在本市取得《外国人永久居留身份证》且无基本医疗保险的外国籍人员,提交本人护照、《外国人永久居留身份证》及无基本医疗保险承诺书。

(十一)北京地区工作的国家和本市重大人才工程入选专家的无基本医疗保险的配偶及未成年子女,提交专家就业合同、入选人才工程证明材料,本人身份证件、结婚证书、子女出生证明及无基本医疗保险承诺书。

(十二)在京取得《外国人工作许可证》(A类)人才的无基本医疗保险的配偶及未成年子女,提交《外国人工作许可证》,本人身份证件、结婚证书、子女出生证明及无基本医疗保险承诺书。

第五条参照本市城乡社会救助对象医疗救助政策享受医疗待遇的退养人员除持本人户口簿外,还应提交《北京市退养人员就医手册》。

第六条参保人员于每年9月1日至11月30日办理参保手续,按缴费标准缴纳次年的城乡居民基本医疗保险费(以下简称医疗保险费)。

符合参保条件的在校学生,由学校负责办理参保缴费手续,其他参保人员到户籍所在地或居住地社保所办理参保缴费手续。

第七条参保人员应当以银行代扣等形式一次性足额缴纳医疗保险费。

第八条享受本市城乡居民最低生活保障和生活困难补助人员、享受城乡低收入救助人员、特困供养人员、享受定期抚恤补助的优抚对象、由民政部门管理具有本市户籍的见义勇为人员(含享受定期抚恤补助的见义勇为死亡人员遗属)、享受本市困境儿童生活保障的事实无人抚养儿童和参照本市城乡社会救助对象医疗救助政策享受医疗待遇的退离居委会老积极分子由户籍所在区民政部门提供名单,协助办理参保缴费手续。

残疾人员由市残联提供名单经社保经办机构进行身份信息比对后,由户籍所在区残联按比对名单协助办理参保缴费手续。

本市市(区)属单位的去世离休干部无工作配偶由市老干部部门提供名单,协助办理参保缴费手续。

计划生育特殊家庭成员由户籍所在区卫生计生部门提供名单,协助办理参保缴费手续。

低收入农户由户籍所在区农委提供名单,协助办理参保缴费手续。

本市社会福利机构内由政府供养的享受困境儿童生活保障的孤儿弃婴,由社会福利机构集中进行信息采集,到社会福利机构所在地社会保险经办机构或社保所办理参保缴费手续。

第九条符合当年参保条件的人员,自取得本市户籍或符合参保条件之日起90日内持本人户口簿、居民身份证、电子照片等材料到本人户籍所在地或居住地社保所办理参保缴费手续,按缴费标准一次性缴纳当年的医疗保险费。自参保缴费的当月起享受城乡居民基本医疗保险待遇,享受待遇时间至当年的12月31日。

其中,未满一周岁的新生儿自取得户籍之日起90日内,由亲属持本人户口簿、出生证明、新生儿电子照片等材料到本人户籍所在地或居住地社保所办理参保缴费手续,按缴费标准一次性缴纳相应年度的医疗保险费。自出生之日起享受相应年度城乡居民基本医疗保险待遇,享受待遇时间至当年的12月31日。

第十条符合城乡居民参保条件但未在规定参保期内办理参保缴费手续的人员,持本人户口簿、居民身份证、电子照片等材料到本人户籍所在地或居住地社保所办理参保缴费手续,按缴费标准一次性缴纳当年医疗保险费,在3个月等待期满后可享受城乡居民基本医疗保险待遇,享受待遇时间至当年的12月31日。

第十一条参保人员已缴纳次年医疗保险费,在缴费当年12月31日前,符合下列条件之一的,可持相关证明到本人参保地社保所办理退费手续:

- (一) 参保人员死亡的，由其家属提供医疗机构或公安部门、民政部门开具的死亡证明或相关材料；
- (二) 劳动年龄内居民就业且参加城镇职工基本医疗保险的，提供所在单位出具的劳动合同复印件；
- (三) 符合其他退费条件的，提交相应材料。

第十二条 参保人员可在本市基本医疗保险定点医疗机构范围内选择3所医疗机构和1所社区卫生服务站(村卫生室)作为本人定点医疗机构，定点中医医疗机构、定点专科医疗机构及定点A类医疗机构为全体参保人员共同的定点医疗机构。参保人员在本人定点医疗机构和共同的定点医疗机构就医按照本细则规定享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第十三条 参保人员患病时须持本人的社会保障卡到本人定点医疗机构就医。定点医疗机构应对参保人员的社会保障卡进行实名核验。

第十四条 城乡老年人和劳动年龄内居民门诊就医实行基层首诊制度。未经基层定点医疗机构首诊转诊到其它定点医疗机构就医，其发生的门诊(急诊除外)医疗费用城乡居民医保基金不予支付。基层定点医疗机构是指基本医疗保险定点医疗机构中一级及以下医疗机构。

第十五条 参保人员凭基层定点医疗机构开具的首诊转诊证明，转往本人选定的定点医疗机构和共同的定点医疗机构就医。基层首诊转诊有效时间为180天。

第十六条 参保人员因急症不能到本人定点医疗机构就医时，可在就近的定点医疗机构急诊治疗，待病情稳定后应及时转回本人的定点医疗机构治疗。

第十七条 参保人员因病情需要市内转诊转院至非本人定点医疗机构的，须经本人就医的定点医疗机构主治医师以上人员提出意见，经该机构医疗保险办公室批准后，可办理转诊转院手续。门诊转诊有效时间为30天。

第十八条 参保人员发生符合本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围以及学生儿童补充报销范围规定的医疗费用，由城乡居民基本医疗保险基金(以下简称城乡居民医保基金)按规定支付。

第十九条 上年度参保人员在本年度连续参保缴费的可享受门(急)诊医疗保险待遇，未连续参保缴费的不享受门(急)诊医疗保险待遇。当年符合参保条件且参保缴费的视为连续缴费。

第二十条 在一个医疗保险年度内，城乡居民医保门(急)诊的起付标准为：一级及以下定点医疗机构100元、二级及以上定点医疗机构550元，起付标准分别计算。起付标准以上部分由城乡居民医保

基金按比例支付，支付比例为：一级及以下定点医疗机构55%、二级及以上定点医疗机构50%，累计最高支付数额为3000元。

第二十一条在一个医疗保险年度内，城乡老年人、劳动年龄内居民医保首次住院的起付标准为：一级及以下定点医疗机构300元、二级定点医疗机构800元、三级定点医疗机构1300元，第二次及以后住院按首次住院起付标准的50%确定；学生儿童住院的起付标准为：一级及以下定点医疗机构150元、二级定点医疗机构400元、三级定点医疗机构650元。

起付标准以上部分由城乡居民医保基金按比例支付，支付比例为：一级及以下定点医疗机构80%、二级定点医疗机构78%、三级定点医疗机构75%，累计最高支付数额为20万元。

第二十二条定点社区卫生服务中心(站)，可为需住院治疗的或经住院治疗病情稳定需继续连续治疗的参保人员，开设治疗性家庭病床。参保人员在治疗性家庭病床发生的医疗费用按规定纳入城乡居民医保基金支付范围，起付标准减半，同时执行住院转院相关规定。

第二十三条下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围：

- (一)应当由公共卫生负担的；
- (二)在非基本医疗保险定点医疗机构就诊的；
- (三)在非本人定点医疗机构就诊的(急诊除外)；
- (四)因交通事故、医疗事故或者其他责任事故造成伤害的；
- (五)因本人吸毒、打架斗殴或者因其它违法行为造成伤害的；
- (六)因自杀、自残、酗酒等原因就诊的；
- (七)在国外或者香港、澳门特别行政区以及台湾地区就诊的；
- (八)按照国家和本市规定不应由城乡居民医保基金支付的其他情形。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由城乡居民医保基金先行支付。城乡居民医保基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第二十四条参保人员住院治疗以90天为一个结算期。不超过90天按实际住院天数结算；超过90天的，按每90天为一个结算期进行结算。

第二十五条参保人员因病情需要市内转院的，24小时内转院的按连续住院办理，转院后发生的医疗费用与转院前发生的医疗费用按照相应定点医疗机构级别分别进行结算并累计计算。在转出定点医疗机构未发生城乡居民医保基金支付费用的，住院起付标准按照转入院起付标准计算；在转出定点医疗机构已发生城乡居民医保基金支付费用的，住院起付标准按照转出院起付标准计算。

第二十六条城乡居民基本医疗保险特殊病种包括：恶性肿瘤门诊治疗、血友病、再生障碍性贫血、肾透析、肾移植术后抗排异治疗、肝移植(包括肝肾联合移植)术后抗排异治疗、心脏移植术后抗排异治疗、肺移植术后抗排异治疗、多发性硬化、黄斑变性眼内注射治疗(以下简称特殊病种)。

参保人员患特殊病种进行门诊治疗，本地就医的应持社保卡到本人选定的特殊病种定点医疗机构领取并按要求填写《北京市医疗保险特殊病种备案申报表》(以下简称申报表)，由医师签字后，到该机构医疗保险办公室办理备案手续；异地就医的应持社保卡、定点医疗机构出具的特殊病种诊断证明及“申报表”到参保区医保经办机构办理备案手续。参保人员在本人选定的特殊病种定点医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用，由城乡居民医保基金按住院标准支付。

第二十七条患有特殊病种的参保人员进行特殊病种门诊、住院治疗及普通住院治疗的，按每个医疗保险年度为一个结算期。当年办理特殊病种备案的，自备案后首次就医之日起至本医疗保险年度截止日为一个结算期。

城乡老年人、劳动年龄内居民肾移植术后抗排异治疗、肝移植(包括肝肾联合移植)术后抗排异治疗、心脏移植术后抗排异治疗、肺移植术后抗排异治疗报销范围、定额标准及管理辦法参照城镇职工基本医疗保险规定执行。

第二十八条参保人员患精神疾病住院治疗，按基本医疗保险精神病住院医疗费用床日定额标准执行，每个医疗保险年度为一个结算期。

第二十九条参保人员急诊留观发生的符合基本医疗保险支付范围的相关医疗费用，按照住院医疗费用报销规定执行。

第三十条参保人员发生的符合本市计划生育规定的分娩当次的医疗费用、计划生育手术医疗费用，参照职工生育保险限额、定额和项目付费的支付标准，按照本细则门(急)诊、住院报销规定执行。

第三十一条连续缴纳次年医疗保险费的参保人员，跨医疗保险年度住院的，本次结算期内的医疗费用按医疗保险年度分别计算。12月31日前发生的医疗费用与当年支付的医疗费用累加计算，次年1月1日起发生的医疗费用与次年支付的医疗费用累加计算；城乡居民医保基金支付的最高数额按当年和次年分别计算。

第三十二条未连续缴纳次年医疗保险费的参保人员，跨医疗保险年度住院的，城乡居民医保基金支付当年12月31日前的医疗费用，不再支付次年1月1日以后发生的医疗费用。

第三十三条参保人员跨参保制度就医的，发生的医疗费用按原参保制度和新参保制度的规定分别计算。

第三十四条参保人员发生下列情况的由个人全额垫付，再到本人居住地社保所进行手工报销：

- (一) 急诊未持卡发生的医疗费用；
- (二) 计划生育门诊手术医疗费用；
- (三) 手工报销期间、补换社保卡期间、参保后未发卡期间发生的医疗费用；
- (四) 符合报销标准的异地就医医疗费用；
- (五) 符合外购规定的外购药费用。

第三十五条城乡老年人、劳动年龄内居民在外省市居住一年以上、学生儿童在外省市居住或就读的，应在本人参保地社保经办机构申请办理异地就医备案手续，可选择居住地2所县级以上定点医疗机构或儿童专科定点医疗机构和本市1所社区卫生服务站(村卫生室)就医；参保人员因病情需要转往外地就医时，应持《北京市基本医疗保险转外就医申请表》到本人参保地医保经办机构办理备案手续。

以上人员在本人异地定点医疗机构发生的符合本市城乡居民基本医疗保险规定的医疗费用，到本人在京居住地社保所办理报销；已办理跨省异地就医住院医疗费用直接结算备案的参保人员在本人备案的外埠跨省异地就医直接结算定点医疗机构发生的住院医疗费用，可以直接结算。

第三十六条参保人员在异地定点医疗机构发生的符合本市城乡居民基本医疗保险规定的急诊医疗费用，到本人在京居住地社保所办理报销；已办理跨省异地就医住院医疗费用直接结算备案(转外就医除外)的参保人员在外埠跨省异地就医直接结算定点医疗机构发生的急诊住院医疗费用，可以直接结算。

第三十七条参保人员在享受城乡居民基本医疗保险待遇前已住院治疗或进行特殊病种门诊治疗的，应将待遇享受前的医疗费用结清，待遇享受后的医疗费用由城乡居民医保基金按规定支付。

第三十八条参保人员发生城乡老年人、劳动年龄内居民、学生儿童之间身份变化时，按缴费时的身份享受待遇。

第三十九条 参加本市城镇职工基本医疗保险的人员自城镇职工基本医疗保险中断缴费之日起90日内，参加本市城乡居民基本医疗保险的，自参保缴费的当月起享受城乡居民基本医疗保险待遇，享受待遇时间至当年的12月31日。

第四十条城乡居民基本医疗保险参保人员就业并参加城镇职工基本医疗保险的，自缴费之月起，享受城镇职工基本医疗保险待遇，不再享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第四十一条在本市职业介绍服务中心、人才交流服务中心以个人名义委托存档的灵活就业人员，已按《北京市灵活就业人员参加职工基本医疗保险办法》（京政办发〔2008〕56号）参加城镇职工基本医疗保险，不纳入城乡居民基本医疗保险参保范围。

第四十二条参保人员在本市职业介绍服务中心、人才交流服务中心个人委托存档且参加城镇职工基本医疗保险的，在未享受城镇职工基本医疗保险待遇前，在本次医疗保险年度内继续享受城乡居民基本医疗保险待遇，期间发生的医疗费用由本人现金全额垫付，结算时持相关单据到本人居住地社保所办理报销手续。

第四十三条城乡居民基本医疗保险不建立个人账户。城乡居民医保缴费年限不计入城镇职工基本医疗保险缴费年限。

第四十四条参保人员在享受城乡居民基本医疗保险待遇后，还可按规定享受城乡居民大病医疗保险待遇。

第四十五条城乡居民基本医疗保险定点医药机构按照北京市基本医疗保险定点医药机构协议管理办法执行。

第四十六条按照国家和本市规定，结合医保基金预算管理，推进按人头付费、按病种付费、按床日付费等多种付费方式相结合的复合支付方式改革，建立健全谈判机制，引导定点医疗机构规范服务行为，控制医疗费用不合理增长。

第四十七条享受本市城乡居民最低生活保障和生活困难补助人员、享受城乡低收入救助人员、特困供养人员，在享受城乡居民基本医疗保险待遇后，符合医疗救助条件的，还可向民政部门继续申请医疗救助。

城乡优抚对象以及参照本市城乡社会救助对象医疗救助政策享受医疗待遇的退养人员、退离居委会老积极分子、困境儿童，在享受城乡居民基本医疗保险待遇后，还可继续按规定享受相关医疗待遇。

第四十八条本实施细则自2018年1月1日起施行。自本细则发布之日起，其他原有文件与本细则不符的，依照本细则执行。