

中府规字〔2021〕8号

# 中山市人民政府文件

中府〔2021〕88号

---

## 中山市人民政府关于印发中山市 城乡居民医疗保险办法的通知

火炬开发区管委会，翠亨新区管委会，各镇政府、街道办事处，  
市各有关单位：

现将《中山市城乡居民医疗保险办法》印发给你们，请认真  
贯彻执行。

中山市人民政府

2021年9月6日

# 中山市城乡居民医疗保险办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为健全中山市医疗保障制度体系，确保参保人合理享受基本医疗保障权益，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）和《中共广东省委办公厅 广东省人民政府办公厅关于印发〈广东省深化医疗保障制度改革若干措施〉的通知》（粤办发〔2020〕41号）等有关法律法规以及国家和省有关政策，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本市城乡居民医疗保险坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续发展的基本原则，构建与本市经济社会发展水平相适应、全市统一的城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、城乡居民补充医疗保险、医疗救助等多层次城乡居民医疗保障制度体系。鼓励城乡居民在参加城乡居民医疗保险的同时，参加商业健康保险。

城乡居民医疗保险的筹资及待遇等政策根据国家和省有关要求动态调整。

**第三条** 城乡居民医疗保险基金的筹集和管理遵循以收定支、收支平衡、略有结余的原则，坚持个人缴费、集体扶持和政府补助相结合。城乡居民医疗保险制度遵循公平与效率相结合、

权利与义务相对应、保障水平与社会生产力发展水平相适应的原则。

**第四条** 城乡居民医疗保险包括城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险和城乡居民补充医疗保险。

**第五条** 市医疗保障行政部门是城乡居民医疗保险工作的主管部门，负责本办法的组织实施，落实城乡居民医疗保险的各项管理工作。

市医疗保障经办机构负责本市城乡居民医疗保险基金待遇给付和个人权益记录等经办事务，提供城乡居民医疗保险业务咨询、信息查询等服务，指导各镇街落实医疗保障经办工作。

市财政部门负责对城乡居民医疗保险基金财政专户的监督管理。

市税务部门与市医疗保障经办机构共同负责城乡居民医疗保险费的征收。

市卫生健康部门负责规范定点医疗机构医疗服务行为，完善控制医疗费用不合理增长的约束措施，坚决防止各种形式的欺诈骗保行为。

市审计部门负责对城乡居民医疗保险基金的收支管理和预算执行情况进行审计监督。

市市场监督管理部门负责加强对定点医药机构药械质量的监督。

市政务服务数据部门负责推进医疗保障信息化建设。

市教育和体育部门负责组织和协调本市学校、幼儿园在册学生的参保等工作。

市民政部门负责确认和标记本市户籍特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、困境儿童、最低生活保障对象、低收入家庭成员的身份并协助参保等工作。

市残联负责确认本市户籍重度残疾人及精神和智力残疾人的身份并协助参保等工作。

各镇街应当按相关规定承办医疗保障经办事务。

其他有关部门按各自职责协同实施本办法。

**第六条** 下列人员可参加本市城乡居民基本医疗保险：

（一）未参加职工基本医疗保险的本市户籍城乡居民（以下统称为城乡居民）。

（二）未参加职工基本医疗保险的持本市居住证人员（含办理港澳台居民居住证的港澳台居民）（以下统称为持居住证人员）。

（三）在本市就读的全日制普通高等学校（含高职、民办高校、独立学院）本专科学生和研究生（含港澳台、华侨学生）、中职技校学生（含民办中职技校）（以下统称为大中专学生）。

（四）在本市就读的全日制基础教育学生（幼儿园至高中阶段，以下统称为中小幼学生）。

（五）法律、法规、规章规定的其他人员。

以上（一）至（五）项人员统称为城乡居民基本医疗保险参

保人，简称“参保人”，参保人不得重复参加基本医疗保险。

## 第二章 参保与缴费

**第七条** 城乡居民基本医疗保险费由医疗保险费征收部门按年征收。每年9月1日至12月31日为下个医保年度的集中参保缴费期。次年1月1日至12月31日为待遇享受期。

城乡居民以个人身份（或家庭户）、持居住证人员以个人身份向镇街医疗保障职能部门办理参保登记手续。有条件的村集体（含村民委员会、经济联合社、农村股份合作社、村民小组等）、居委会可为本村（居）民办理参保登记手续。

在校大中专、中小幼学生由所在学校组织参保。毕业班学生，可按半年（6个月）标准参保缴费，其城乡居民基本医疗保险待遇享受期为次年的1月1日起至6月30日止。

困难群体（含本市户籍特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、低收入家庭成员、返贫致贫人员、重度残疾人及精神和智力残疾人）由各镇街统一办理参保登记手续。

**第八条** 城乡居民基本医疗保险费以本市上上年度城乡居民人均可支配收入为缴费基数，按以下规定费率执行，个人按年缴纳：

（一）城乡居民、持居住证人员个人按缴费基数1.4%的费率缴纳，市、镇街两级财政各按缴费基数0.6%的费率给予补助。

（二）大中专学生个人按缴费基数1.0%的费率缴纳，本市户

籍大中专学生市、镇街两级财政各按缴费基数 0.6%的费率给予补助，非本市户籍大中专学生根据国家、省有关规定，按学校隶属关系，由同级政府财政按缴费基数 1.2%的费率给予补助。

（三）中小幼学生个人按缴费基数 1.0%的费率缴纳，本市户籍中小幼学生市、镇街两级财政各按缴费基数 0.6%的费率给予补助，非本市户籍中小幼学生由市、学生就读学校所在镇街两级财政各按缴费基数 0.6%的费率给予补助。

具备多种身份的参保人，个人缴费费率按照规定的最低费率缴费，不得重复享受补助。

**第九条** 参保人应当在每年的集中参保缴费期办理下个医保年度的新增或变更手续，未办理变更手续的，视为自愿续保。参保人死亡或宣告死亡的，其近亲属等利害关系人应当及时办理注销手续，民政、公安和法院等有关机关应当及时告知市医疗保障经办机构或镇街医疗保障职能部门，市医疗保障经办机构或镇街医疗保障职能部门应当及时终止其城乡居民医疗保险待遇。

**第十条** 困难群体参加城乡居民基本医疗保险的，按规定应当由个人缴纳的城乡居民基本医疗保险费由户籍所在地镇街财政给予补助。纳入扶贫助学范围的非本市户籍大中专学生参加城乡居民基本医疗保险的，按规定应当由个人缴纳的城乡居民基本医疗保险费由市财政给予补助。具备多种身份的人员，不得重复享受补助。

**第十一条** 在集中参保缴费期结束后中途参保的以下人员，按以下规定缴纳城乡居民基本医疗保险费并享受城乡居民基本医

疗保险待遇:

(一) 本市户籍重度残疾人、精神和智力残疾人、刑满释放人员、退役士兵, 当年度新迁入本市户籍人员, 新(转)入本市就读学生, 中途停止参加职工基本医疗保险的本市户籍城乡居民和本市引进紧缺适用人才及高层次人才未就业的持本市居住证直系亲属等, 在符合条件之日起3个月内办理参保手续, 按当年度月缴费标准, 一次性缴纳从申请当月至年度末剩余月份的城乡居民基本医疗保险费, 缴费到账的次月起按本办法规定享受城乡居民基本医疗保险待遇。

(二) 本市户籍新生儿出生后3个月内参保的, 可按当年度月缴费标准, 一次性缴纳从出生(或申请)当月至年度末剩余月份的城乡居民基本医疗保险费, 缴费后自出生之日(或申请次月)起按本办法规定享受城乡居民基本医疗保险待遇。

(三) 本市户籍特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、低收入家庭成员和返贫致贫人员, 按当年度月缴费标准, 一次性缴纳从身份标记当月至年度末剩余月份的城乡居民基本医疗保险费, 实行先登记参保、后补助缴费, 自完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受规定的城乡居民基本医疗保险待遇。

城乡居民基本医疗保险缴费基数由市医疗保障行政部门根据相关部门公布的本市上上年度城乡居民人均可支配收入数据, 在集中参保缴费期开始前对外公布。月缴费基数计算方式为: 本市

上上年度城乡居民人均可支配收入除以 12（月）。年缴费基数计算方式为：月缴费基数乘以 12（月）。缴费基数取整至个位数，个位数下调为零。

**第十二条** 除本办法第十一条规定的中途参保人员外，本市户籍城乡居民中途参保的，按当年度缴费标准，一次性缴纳当年度的城乡居民基本医疗保险费，缴费到账的次月起按本办法规定享受城乡居民基本医疗保险待遇。

**第十三条** 镇街或村集体可根据自身经济情况，对个人缴费部分给予补助。

**第十四条** 参保人缴纳城乡居民基本医疗保险费后，因参加职工基本医疗保险以及符合本市享受退休人员医疗保险待遇的，可在医保年度结束 1 年内申请办理重复缴纳的城乡居民医疗保险费退费，超过 1 年不予办理；对暂停城乡居民基本医疗保险参保关系，已通过医疗救助渠道享受参保缴费补助的困难群体，可根据其需要终止的参保关系所在镇街缴费渠道依申请完成退费。

参保人缴纳城乡居民基本医疗保险费后，在待遇享受期开始前发生参加其他统筹地区城乡居民基本医疗保险、出国定居、户口迁出和死亡等情形的，可在终止本市城乡居民医疗保险参保关系的同时，依申请办理退费。

### 第三章 基金管理

**第十五条** 城乡居民医疗保险基金包括城乡居民基本医疗保



险基金、城乡居民大病保险资金和城乡居民补充医疗保险基金，实行全市统筹使用。参保人缴纳的城乡居民医疗保险费和财政补助纳入城乡居民医疗保险基金。城乡居民医疗保险基金纳入市医疗保险基金财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得贪污、挪用、截留和侵占，违者除责令如数归还外，依法追究其法律责任。

**第十六条** 城乡居民医疗保险的缴费基数和费率由市医疗保障行政部门会同有关部门根据本地经济社会发展水平、城乡居民医疗保险基金运行状况等提出调整方案报市政府同意后执行，并报省医疗保障局备案。

**第十七条** 城乡居民医疗保险基金的来源和支出：

（一）基金的来源。

1. 个人缴纳的城乡居民医疗保险费。
2. 各级财政补助。
3. 城乡居民医疗保险基金的利息。
4. 社会资助的资金。
5. 依法纳入城乡居民医疗保险基金的其他收入。

（二）基金的支出。

1. 支付参保人在医疗机构符合规定的医疗费用。
2. 支付参保人在定点零售药店符合规定的费用。
3. 划入城乡居民基本医疗保险统筹基金、城乡居民大病保险资金、城乡居民补充医疗保险统筹基金。

4. 支付规定的家庭医生服务相关费用。
5. 国家、省和市规定的城乡居民医疗保险基金的其他支出。

**第十八条** 参保人缴纳的城乡居民医疗保险费按现行财政体制及国家有关财务规定列支。

**第十九条** 城乡居民基本医疗保险基金、城乡居民大病保险资金和城乡居民补充医疗保险基金及其营运收益、各项待遇，按照国家规定免征税、费。

**第二十条** 全市城乡居民医疗保险基金实行预决算管理，科学编制收支预算。基金预算按制度分别编制，不得编制赤字预算。真实准确编制决算，严格决算审核和批复。

基金收不抵支时，应当采取动用历年滚存结余、调整筹资标准等办法解决。因传染病流行、自然灾害和突发事件等因素造成城乡居民医疗保险基金不足支付或预支付能力不足时，由市政府协调解决。

**第二十一条** 市、镇街财政部门应当将本级财政承担的基本医疗保险费补助纳入当年财政预算。镇街负担的本级财政补助由市财政在返还税收分成中予以扣收，市级财政负担资金纳入市医保基金经办机构年初部门预算。功能类镇街负担的财政补助全额自行负担，并统一划入市医疗保险基金财政专户。

**第二十二条** 城乡居民医疗保险基金不予支付的范围按《中华人民共和国社会保险法》等国家、省和市有关规定执行。

## 第四章 城乡居民基本医疗保险待遇

**第二十三条** 参保人在集中参保缴费期缴纳城乡居民基本医疗保险费的，次年1月1日至12月31日享受本办法规定的城乡居民基本医疗保险待遇。参保人未按规定时间缴纳城乡居民基本医疗保险费的，次年1月1日起暂停享受本办法规定的城乡居民基本医疗保险待遇。

**第二十四条** 纳入城乡居民医疗保险统筹基金支付范围的医疗费用应当符合国家、省和市规定的药品目录、诊疗项目目录和医用耗材目录及支付标准（以下统称为医保目录），医保目录中部分药品、诊疗项目和医用耗材需个人先自费一定比例，除个人先自费一定比例部分外的医疗费用称为医保费用（下同）。

城乡居民基本医疗保险统筹基金支付时设起付标准、支付比例和年度最高支付限额。

**第二十五条** 城乡居民基本医疗保险设医保年度最高支付限额，住院（含日间手术）统筹支付费用、门诊（含普通门诊和门诊特定病种）统筹支付费用纳入年度最高支付限额累计计算。年度最高支付限额为参保人一个医保年度内一次或多次住院及门诊由城乡居民基本医疗保险统筹基金累计支付的最高支付总额，取整至个位数，不可结转至下一医保年度使用。

城乡居民基本医疗保险年度最高支付限额为本市上上年度城乡居民人均可支配收入的8倍。

**第二十六条** 城乡居民基本医疗保险参保人按本办法规定享

受住院统筹和门诊统筹等待遇。

**第二十七条** 城乡居民基本医疗保险参保人按规定享受以下住院统筹待遇：

**（一）住院统筹待遇起付标准。**

参保人每次住院需自付住院起付标准以下的医保费用。一级以下定点医疗机构 600 元/次，二级定点医疗机构 800 元/次，三级定点医疗机构 1000 元/次。同一医保年度，参保人因病情需要市内转院（仅限本市上下级定点医疗机构间）由转出定点医疗机构按规定为其办理转院手续后，参保人于次日内在转入定点医疗机构办理入院手续的，可连续计算住院起付标准。

**（二）住院统筹待遇支付比例。**

参保人住院发生超过起付标准的医保费用，城乡居民基本医疗保险统筹基金按以下规定支付：一级以下定点医疗机构支付 92%，二级定点医疗机构支付 90%，三级定点医疗机构支付 80%，其余部分由个人自付。

**（三）日间手术统筹待遇。**

参保人在日间手术期间，按规定登记后，在指定定点医疗机构发生的医保费用，纳入城乡居民基本医疗保险住院统筹待遇结算，起付标准在本市相应等级定点医疗机构起付标准基础上降低 200 元，支付比例按本市相应等级定点医疗机构住院标准执行。

参保人跨月住院的，以出院日期所在医保年度的住院起付标准、支付比例和年度最高支付限额结算。参保人跨医保年度住院

的，可在医保年度的最后 5 个工作日向定点医疗机构申请分段结算 1 次，分段结算后按新入院享受本市城乡居民基本医疗保险待遇。

**第二十八条** 门诊统筹待遇包括普通门诊统筹待遇和门诊特定病种统筹待遇。

**(一) 普通门诊统筹待遇。**

1. 普通门诊统筹建立分级诊疗制度。参保人应当选定一家镇街社区定点医疗机构管理机构，该管理机构管辖范围内的所有社区定点医疗机构及相关联的镇街级定点医疗机构均为其就医点。参保人选定的社区定点医疗机构管理机构所在镇街未设镇街级定点医疗机构的，只可在该镇街范围内社区定点医疗机构就医，到其他镇街定点医疗机构就医的，城乡居民基本医疗保险统筹基金不予支付。医疗门诊部及本市直属（含直管）医疗机构下辖门诊部，暂不纳入普通门诊统筹服务范围。

参保人如需变更就医选点的，应当按有关规定办理变更手续，自办理变更手续的次月起，到变更后的定点医疗机构就医，按本办法规定享受相应的普通门诊统筹待遇。

2. 普通门诊统筹待遇不设起付标准。

3. 参保人在选定的镇街社区定点医疗机构就医发生的医保费用，城乡居民基本医疗保险统筹基金支付 70%，个人自付 30%；在选定的镇街级定点医疗机构就医的，城乡居民基本医疗保险统筹基金支付 20%，个人自付 80%；除紧急救治和抢救外，未经转

诊直接到本市直属（含直管）定点医疗机构或到非选定的其他医疗机构就医的，城乡居民基本医疗保险统筹基金不予支付。

建立普通门诊转诊制度。因病情需要，参保人从社区定点医疗机构转诊到相关联的镇街级定点医疗机构就医的，享受社区定点医疗机构同等待遇；再从镇街级定点医疗机构转诊到本市直属（含直管）定点医疗机构就医的，享受镇街级定点医疗机构同等待遇。如参保人选定的社区定点医疗机构管理机构所在镇街未设镇街级定点医疗机构的，可从社区定点医疗机构直接转诊到本市直属（含直管）定点医疗机构就医，享受镇街级定点医疗机构同等待遇。参保人在非选定的本市医疗机构紧急救治和抢救发生的门诊医保费用，按普通门诊转诊到本市直属（含直管）定点医疗机构就医待遇标准执行。

4. 年度最高支付限额为本市上上年度城乡居民人均可支配收入的 0.04 倍；年度最高支付限额取整至个位数。

5. 城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹实行普通门诊医疗费用包干制度。普通门诊医疗费用包干费和普通门诊统筹异地就医相关政策由市医疗保障行政部门根据国家和省的政策另行制定。

## （二）门诊特定病种统筹待遇。

1. 门诊特定病种实行分类管理，具体分为一类门诊特定病种和二类门诊特定病种。参保人门诊特定病种须经定点医疗机构审核确认，并选定符合条件的定点医疗机构作为本人就医医疗机构，选定定点医疗机构原则上医保年度内不予变更。

2. 门诊特定病种参保人选定符合条件的定点医药机构作为其费用结算机构。在选定的医药机构就医购药发生的与其认定的特定病种诊治相关的医保费用，可享受门诊特定病种统筹待遇。

3. 门诊特定病种不设起付标准。参保人一类门诊特定病种的医保费用由城乡居民基本医疗保险统筹基金按本办法规定的市内同级别定点医疗机构住院支付比例标准执行。参保人二类门诊特定病种的医保费用由城乡居民基本医疗保险统筹基金支付 70%，个人自付 30%。

4. 参保人登记两个或两个以上的二类门诊特定病种，其年度最高支付限额以限额高的一种为准。

5. 一类门诊特定病种和二类门诊特定病种范围、年度最高支付限额和就医选点等由市医疗保障行政部门另行制定。

6. 参保人享受门诊特定病种统筹待遇后，其个人负担的合规医疗费用按规定纳入城乡居民大病保险、城乡居民补充医疗保险和医疗救助等保障范围。

（三）原门诊基本医疗保险的“两病”（高血压、糖尿病）门诊慢性病种并入门诊特定病种范围。

（四）参保人因病在市内指定定点医疗机构门诊和住院期间使用国家规定谈判抗癌药的，统一在门诊特定病种结算。

同一单门诊医疗费用不得同时享受普通门诊统筹待遇和门诊特定病种统筹待遇。

**第二十九条** 根据国家、省和市有关规定办理长期异地就医

(含异地安置退休人员、异地长期居住人员及常驻异地工作人员)、异地转诊等异地就医备案手续或异地急诊就医的参保人,异地住院和门诊特定病种发生的医疗费用按本市相应等级定点医疗机构起付标准和支付比例报销。

未按规定办理异地就医备案手续的参保人按以下规定享受待遇:

(一)参保人自行到市外定点医疗机构住院发生的医保费用的50%按规定予以报销,其余50%由参保人个人自费且不纳入合规医疗费用范围。

(二)参保人符合转诊条件但未办理转诊手续自行到市外定点医疗机构发生的门诊特定病种医保费用的50%按规定予以报销,其余50%由参保人个人自费且不纳入合规医疗费用范围。

(三)参保人自行到非定点医疗机构发生的医疗费用,除急诊、抢救外,城乡居民基本医疗保险统筹基金不予支付。

**第三十条** 参保人发生的生育医疗费用,享受城乡居民基本医疗保险待遇。

**第三十一条** 从职工医疗保险转成城乡居民医疗保险的参保人,以门诊就医或出院日期上月参保险种的起付标准和支付比例享受待遇,年度累计最高支付限额为当年度城乡居民医疗保险的年度最高支付限额。

参保人参保险种转换时,同一医保年度内已累计的个人自付费用连续计算;年度最高支付限额扣减同一医保年度内原险种已



支付的职工医疗保险和城乡居民医疗保险统筹金额。

**第三十二条** 参保人同一次就医不得同时享受两个以上基本医疗保险统筹地区医疗保险待遇（含新型农村合作医疗），医疗保险待遇不得重复申领。

## 第五章 城乡居民大病保险

**第三十三条** 参加本市城乡居民基本医疗保险的参保人，享受城乡居民大病保险待遇。

**第三十四条** 每年从上年征收的城乡居民基本医疗保险统筹基金划拨 2% 作为城乡居民大病保险资金。个人无需缴费。

**第三十五条** 城乡居民大病保险按规定享受以下待遇：

（一）起付标准和支付比例。

城乡居民大病保险年度累计起付标准为 15000 元。参保人住院和门诊特定病种享受城乡居民基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过 15000 元至 30000 元以内的，由城乡居民大病保险资金支付 60%；超过 30000 元的部分，由城乡居民大病保险资金支付 65%。

（二）年度最高支付限额。

城乡居民大病保险年度最高支付限额为本市上上年度城乡居民人均可支配收入的 4 倍。

（三）出院当日为本市户籍特困供养人员、最低生活保障对象、重度残疾人、返贫致贫人员和困境儿童等人员，城乡居民大

病保险年度累计起付标准为 3000 元，住院和门诊特定病种享受城乡居民基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过 3000 元至 6000 元以内的，由城乡居民大病保险资金支付 80%；超过 6000 元的部分，由城乡居民大病保险资金支付 85%。不设年度最高支付限额。

**第三十六条** 城乡居民大病保险经办机构应当依托本市医疗保险信息系统，为参保人提供联网即时结算服务，及时足额支付参保人城乡居民大病保险待遇。

**第三十七条** 本市城乡居民大病保险具体业务暂由市医疗保障经办机构承办。

**第三十八条** 城乡居民大病保险资金当年出现收不抵支时，先由城乡居民大病保险历年滚存结余支付，不足部分再由城乡居民基本医疗保险统筹基金支付，仍不足的由市政府协调解决。

## **第六章 城乡居民补充医疗保险**

**第三十九条** 在城乡居民基本医疗保险集中参保缴费期内，本市户籍城乡居民可在参加城乡居民基本医疗保险的基础上，自愿参加城乡居民补充医疗保险。待遇享受期开始后不允许中途参加城乡居民补充医疗保险。个人可按本办法第十四条规定与城乡居民基本医疗保险同步申请城乡居民补充医疗保险退费。

**第四十条** 城乡居民补充医疗保险费以本市上上年度城乡居民人均可支配收入为缴费基数，按 2.5% 的费率缴纳。补充医疗保

险费由个人按年与城乡居民基本医疗保险费同步缴纳，参保人的补充医疗保险待遇与城乡居民基本医疗保险待遇同步享受。

**第四十一条** 城乡居民补充医疗保险设医保年度最高支付限额，补充住院、补充门诊统筹支付费用纳入年度最高支付限额累计计算。

城乡居民补充医疗保险年度最高支付限额为本市上上年度城乡居民人均可支配收入的 8 倍。

**第四十二条** 城乡居民补充医疗保险参保人按本办法规定享受补充住院（含一类门诊特定病种）待遇和补充门诊待遇。

**第四十三条** 城乡居民补充医疗保险的住院（含一类门诊特定病种）年度累计起付标准为 2500 元。参保人住院（含一类门诊特定病种）享受城乡居民基本医疗保险待遇和大病保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过 2500 元的部分，由城乡居民补充医疗保险统筹基金支付 90%。

**第四十四条** 补充门诊待遇包括补充二类门诊特定病种和补充普通门诊待遇。补充门诊待遇不设起付标准。

登记二类门诊特定病种的城乡居民补充医疗保险参保人，门诊（含普通门诊和二类门诊特定病种）就医享受城乡居民基本医疗保险待遇和大病保险待遇后个人支付的医保费用，由城乡居民补充医疗保险统筹基金支付 30%。年度最高支付限额与城乡居民基本医疗保险二类门诊特定病种年度最高支付限额合并计算。

未登记二类门诊特定病种的城乡居民补充医疗保险参保人，

直接到本市直属（含直管）定点医疗机构普通门诊发生的门诊医保费用，由城乡居民补充医疗保险基金支付 20%，个人自付 80%，年度最高支付限额为本市上上年度城乡居民人均可支配收入的 0.02 倍，年度最高支付限额取整至个位数。

## 第七章 城乡居民医疗保险的管理

**第四十五条** 城乡居民医疗保险统一使用国家医疗保障信息系统，实现医保信息统一化、业务标准化、财务一体化。

**第四十六条** 参保人已连续参加基本医疗保险 2 年以上（不含补缴月份）且从职工基本医疗保险转成城乡居民基本医疗保险期间参保关系中断缴费时间 3 个月以内的，可按当年度月缴费标准，一次性补缴从中断首月至年度末剩余月份的城乡居民基本医疗保险费，补缴成功后，享受中断次月起当年度城乡居民基本医疗保险住院统筹待遇及自缴费成功之日起的门诊统筹待遇。中断缴费时间超过 3 个月的，不允许补缴，中断期间发生的医疗费用由个人负担。

**第四十七条** 城乡居民医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店（以下统称为定点医药机构）服务协议管理。建立定点医药机构退出机制，实现动态管理。

**第四十八条** 建立定点医药机构考核评价机制，评价结果与城乡居民医疗保险支付挂钩。市医疗保障经办机构根据本办法和服务协议有关规定和约定，对定点医药机构执行城乡居民医疗保

险政策及提供医疗服务情况进行不定期检查、定期检查和专项检查。

**第四十九条** 参保人凭本人医疗保障凭证在定点医药机构就医购药，并进行医疗费用联网结算。

**第五十条** 参保人因个人原因导致其城乡居民医疗保险基金被冒用，造成的城乡居民医疗保险统筹额度损失由其本人负担。

**第五十一条** 本市城乡居民医疗保险基金的使用监督按国家、省有关规定执行。医疗保障行政部门、医疗保险费征收部门、医疗保障经办机构和镇街等机构及其工作人员，定点医药机构和参保人等违反医疗保险有关法律法规的，按《医疗保障基金使用监督管理条例》等国家、省和市有关规定处理。

## 第八章 附 则

**第五十二条** 本办法所称的医保年度是指每年1月1日至12月31日。本办法实施当月，参保人按上月参加的医疗保险险种享受原险种相应的待遇。

**第五十三条** 本办法实施后，原基本医疗保险和原门诊基本医疗保险基金历年滚存结余，按本办法实施上月本市职工和城乡居民实际缴费人数进行拆分后，分别并入职工基本医疗保险基金和城乡居民基本医疗保险基金。原大病医疗保险历年滚存结余，按本办法实施上月本市职工和城乡居民实际缴费人数进行拆分后，分别并入职工大病保险资金和城乡居民大病保险资金。原补

充医疗保险基金历年滚存结余并入城乡居民补充医疗保险基金。

**第五十四条** 本办法实施后，本市城乡居民基本医疗保险参保人签约家庭医生服务的相关费用，由城乡居民基本医疗保险统筹基金支付。

**第五十五条** 个人自付指在医保费用中按政策规定应当由个人支付的费用，包括起付标准部分、超过起付标准按规定由参保人个人负担部分和超过年度最高支付限额以上的部分等。

不纳入合规医疗费用是指未经核准或备案，参保人自行到市外定点医疗机构发生的医保费用中按规定的降报比例由个人支付的医疗费用；除急诊、抢救外，参保人自行到非定点医疗机构所发生的医疗费用；国家、省和市规定不可纳入的医疗费用等。

《中山市医疗救助办法》中涉及的“散居孤儿”修改为“孤儿”。

**第五十六条** 市医疗保障行政部门根据本办法制定实施细则等相关配套文件，与本办法同步实施。

**第五十七条** 除另有规定外，本办法所称“以上”、“以下”、“以内”含本数，“超过”不含本数。

**第五十八条** 本办法自 2021 年 12 月 1 日开始施行，有效期 5 年。实施当月按本办法征收 2022 年度的城乡居民医疗保险费，2022 年 1 月 1 日起按本办法享受相应医疗保险待遇。过去本市有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。本办法实施期间若国家和省颁布关于城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险的新规定，

从其规定。《关于完善中山市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施意见（试行）》（中山医保发〔2020〕19号）和《中山市人民政府办公室关于取消城乡居民医保个人账户的通知》（中府办函〔2020〕183号）自本办法实施之日起同时废止。

**公开方式：**主动公开

---

抄送：市委有关部委办，市人大办公室，市政协办公室，市纪委，中山军分区，市中级人民法院，市检察院。

---

中山市人民政府办公室

2021年9月6日印发

---