秦皇岛市职工基本医疗保险和生育保险市级

统筹实施细则

第一章  总则

第一条  为全面贯彻落实《河北省医疗保障局 河北省财政厅关于落实国家医疗保障待遇清单制度的实施意见》（冀医保发〔2021〕5号），进一步深化医疗保障制度改革，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国人口与计划生育法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《河北省人民政府办公厅印发关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》（冀政办发〔2021〕6号）等法律法规及政策规定，推进我市职工医疗保险（含职工基本医疗保险、生育保险）制度建设，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条  职工医疗保险制度坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，职工医疗保险保障水平与我市经济社会发展水平相适应。

第三条  按照统一职工医保政策、统一基金预算管理、统一基金收支管理、统一责任分担机制、统一经办服务、统一信息系统的要求，实施市级统筹的职工医疗保险制度。

第四条  我市行政区域内的所有用人单位，包括国家机关、企业、事业单位、社会组织、民办非企业单位、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工应当参加职工基本医疗保险；无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（男60周岁、女55周岁以下无工作单位的人员）可按照本细则规定参加职工医保。在我市灵活就业且办理居住证的港澳台居民，可以参加职工基本医疗保险。参加职工基本医疗保险的单位和在职职工同步参加生育保险。生育保险基金并入职工基本医疗保险基金（统称为职工医疗保险基金），两险基金统一征缴，统筹层次一致。

第五条  医保部门负责本行政区域的职工医疗保险管理工作。

各级医疗保障经办机构（以下简称经办机构）提供职工医疗保险服务，负责职工医疗保险登记、个人权益记录、职工医疗保险待遇支付等工作。

第二章  参保登记

第六条  用人单位应当自成立之日起30日内向属地经办机构申请办理医疗保险登记。办理医疗保险登记时，须填报《秦皇岛市职工基本医疗保险参保单位登记表》和《秦皇岛市参加医疗保险人员增减变动表》，并提供以下资料:

（一）营业执照、事业单位法人证书、社会团体法人登记证书、民办非企业单位登记证书或其他批准成立证件；

（二）经办机构规定的其他资料。

第七条  用人单位为其职工办理医疗保险登记时，需提供以下资料：

（一）《秦皇岛市参加医疗保险人员增减变动表》；

（二）居民身份证原件及复印件；

（三）劳动合同等用工资料；

（四）经办机构规定的其他资料。

第八条  用人单位名称、地址、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行帐号等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，到参保地经办机构办理变更或者注销医疗保险登记。

第九条  用人单位发生人员增加、减少、职工调动、职工退休等变动的，应当自人员发生变动之日起30日内，凭有关资料，到参保地经办机构办理医疗保险登记及变更手续。用人单位如在网报端办理人员增加、减少、职工调动、职工退休等变动的，由用人单位保存有关资料，以备经办机构核查。

第十条  灵活就业人员持户口本、身份证或居住证向参保地经办机构申请办理医疗保险参保登记和变更手续。

第三章  基金征缴和待遇核定

第一节  缴费基数和缴费费率

第十一条  基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳；生育保险费由用人单位缴纳，个人不缴纳生育保险费。用人单位缴费基数按照全部在职职工个人缴费基数之和；在职职工按照本人上年度工资总额作为缴费基数，低于我市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的，以我市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数。灵活就业人员按我市全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数。

第十二条  参保单位每年7月提供《缴费基数调整审批表》《承诺书》、上年度职工平均工资以及经办机构要求提供的其他资料，根据我市上年度全口径城镇单位就业人员年平均工资，核定当年７月至下年６月的缴费基数。新成立的用人单位按当月发放的工资总额申报缴费基数。本年度新参加工作或调入的职工，以在单位领取的月工资收入申报缴费基数。因特殊情况工资总额无法确定的，缴费基数按劳动合同约定的劳动报酬确定。低于我市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的，以我市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数核定。

第十三条  企业、民办非企业单位、个体经济组织等非财政拨款单位，由用人单位按本单位缴费基数的7.3 %缴纳职工医疗保险（包含职工基本医疗保险6.5%，生育保险0.8%），职工个人按本人缴费基数的2%缴纳。按照灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，个人不缴纳生育保险费。财政拨款的国家机关、事业单位和其他社会组织，由用人单位按本单位缴费基数的6.75%缴纳职工医疗保险（包含职工基本医疗保险6.5%，生育保险0.25%，无生育津贴待遇），职工个人按本人缴费基数的2%缴纳。

第十四条  新参保的灵活就业人员按照“统帐结合”方式参保，基本医疗保险费由个人按缴费基数的8.5%缴纳，建立统筹基金和个人账户。本细则实施前已采取“单建统筹”方式参保的灵活就业人员，可继续按照“单建统筹”方式参保，按缴费基数的6.5%缴纳职工医疗保险，只建立统筹基金，缴费期间及办理医疗保险退休后不建立个人账户。

第十五条  办理医疗保险退休时，参保人员达到规定的累计缴费年限，但其“统账结合”缴费年限低于10年的，可按办理退休当月缴费基数的2%补齐所差月份，补缴金额进入统筹基金，退休后建立个人账户。

第十六条  持有《秦皇岛市最低生活保障金领取证》的特困人员参加灵活就业人员医疗保险，同级财政按照缴费基数的2.2%给予补助。

特困人员每年12月份持《秦皇岛市最低生活保障金领取证》到经办机构办理验证，通过后下一年度继续享受财政补助；未通过验证和逾期没有验证的参保人员，从次年1月起取消财政补助。

第十七条  失业人员在领取失业保险金期间参加职工医疗保险，应缴纳的职工医疗保险费从失业保险基金中支付，个人不缴纳。

第二节  缴费和待遇享受时间

第十八条  职工医疗保险按月征缴，用人单位应于每月25日前缴纳，职工个人缴纳的基本医疗保险费，由用人单位从其工资中代扣代缴；灵活就业人员缴纳基本医疗保险费，可以通过税务部门提供的缴费渠道办理申报缴费或者缴费人委托银行代扣。

第十九条  用人单位应当自行申报，按时足额缴纳医疗保险费，并将缴费明细告知参保职工，接受职工监督。参保单位欠费超过两个月的，经办机构不予打印征缴凭证，补齐欠费后正常办理。

第二十条  用人单位及其职工从参保缴费到账的第3个月起享受医疗保险待遇。用人单位未按时足额缴纳基本医疗保险费，欠费超过2个月的，从第3个月起暂停医疗保险待遇，补缴欠费后正常享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。

第二十一条  新参保的灵活就业人员从缴费到账的第3个月起享受医疗保险待遇。灵活就业人员欠缴超过2个月的，从第3个月起暂停享受医疗保险待遇；欠费时间在6个月以内的，补缴欠费后从次月起恢复享受基本医疗保险待遇，欠费期间发生的医疗费用统筹基金原则上予以补报。欠费时间超过6个月，未达到法定退休年龄的灵活就业人员再次缴费按新参保对待。

第二十二条  灵活就业人员欠费超过6个月并超过法定退休年龄，基本医疗保险在本统筹区实际缴费超过10年（含）的，可按照办理医疗保险退休当月我市全口径城镇单位就业人员平均工资缴费为基数，以6.5%的缴费比例补缴自欠费月至当前月份的医疗保险费，并收取滞纳金。补缴后仍未达到规定年限的，需一次性缴满规定缴费年限。补缴金额不划入个人账户，并设立2个月待遇等待期，补缴期间及等待期内发生的医疗费用统筹基金不予支付。

第二十三条  医保关系转移接续及在职职工转灵活就业人员在3个月（含）以内接续医保关系的，视同连续参保，从补缴的当月起享受基本医疗保险待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。超过3个月接续医保关系的，参保职工及灵活就业人员从补缴之日起设立2个月的待遇等待期。等待期内发生的医疗费用统筹基金不予支付。

第二十四条  城乡居民参保人连续缴费2年（含2年）以上，因就业等个人状况变化，从居民医保切换到职工医保进行参保的，需暂停原居民医疗保险参保关系，中断缴费3个月（含）以内的，补缴后即可正常享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受；中断缴费时间超过3个月的，设立2个月待遇等待期。等待期内发生的医疗费用统筹基金不予支付。资助参保救助对象从居民医保切换到职工医保进行参保的，不设待遇等待期。

第二十五条  军人退出现役后、由部队保障的随军未就业军人配偶实现就业后，按规定参加基本医疗保险并办理关系转移接续的，不受待遇享受等待期限制。已参加基本医疗保险的随军未就业军人配偶，在军人退出现役后，按我市规定办理参保和关系转移接续。

第二十六条  重复参加职工医保的，原则上保留就业地参保关系；跨制度重复参保且连续参加职工医保一年以上（含一年）的，原则上保留职工医保参保关系。以上情形在保留一个参保关系的同时，终止重复的参保关系。以非全日制、临时性工作等灵活就业形式的跨制度重复参保，保留一个可享受待遇的参保关系，暂停重复的参保关系。已经参加居民医保的短期季节性务工人员或灵活就业人员，在居民医保待遇享受期内参加职工医保，参保人享受新参加的医保待遇，暂停原居民医保待遇；参保人短期务工结束后，恢复原居民医保待遇。

第二十七条  因用人单位不能正常办理医疗保险业务造成参保职工无法正常享受医保待遇的，经参保职工本人申请，经办机构核准后可以转到其他用人单位或以灵活就业人员方式参保；达到退休年龄的参保人员，经参保职工申请，经办机构核准后可以由个人补齐所欠医疗保险费及滞纳金后，以灵活就业人员方式参保并办理退休。

第二十八条  用人单位发生转让、合并、分立等经营机制变化的，继受单位应承担原单位及其职工的医疗保险责任，继续缴纳职工医疗保险费，补缴欠缴的职工医疗保险费及滞纳金。

第二十九条  用人单位因破产、撤销、解散及其他原因法人主体资格被注销的，应当依照相关法定程序清偿欠缴的职工医疗保险费。

第三节  基本医疗保险缴费年限

第三十条  参保人员达到法定退休年龄时，累计缴纳职工基本医疗保险费男满30年、女满25年，其中在本统筹区实际缴费年限满10年的，退休后不再缴纳医疗保险费，按照规定享受退休人员医疗保险待遇。

第三十一条  累计缴纳基本医疗保险年限包括实际缴费年限和视同缴费年限。

实际缴费年限指参保地实施职工基本医疗保险制度后，用人单位和职工按规定在本统筹区实际参保缴纳基本医疗保险费的年限。

视同缴费年限指参保地实施职工基本医疗保险制度前符合本统筹区养老保险认定的国家和省规定计算的连续工龄、失业人员领取失业保险金的期限、军队转业干部和退役人员的军龄等。

第三十二条  参保人员达到法定退休年龄办理退休的，用人单位或灵活就业人员应持社会保障行政部门批准的退休核准表和经办机构规定的其他资料及时到参保地经办机构办理医疗保险退休待遇核定，符合医疗保险退休待遇标准的，从次月起享受医疗保险退休待遇。

参保人未达到基本医疗保险规定缴费年限的养老保险退休人员按我市上年度全口径城镇单位就业人员年平均工资为缴费基数，一次性补足所差年限的基本医疗保险费；或转为灵活就业人员按我市全口径城镇单位就业人员年平均工资作为缴费基数，延续缴费至规定年限后享受退休人员医疗保险待遇。

第三十三条  其他统筹区转入本市参加职工基本医疗保险的人员，其在原统筹区参加职工基本医疗保险的缴费年限与转入后的缴费年限合并计算，但在本市的实际缴费年限须不少于10年，方可享受基本医疗保险退休待遇。

第四章  个人账户建立与使用

第三十四条  按照“统帐结合”方式参加职工基本医疗保险的参保人员建立个人账户。

第三十五条  个人账户由参保地经办机构根据用人单位和个人缴费情况按照规定标准按月划入。在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；用人单位和灵活就业人员欠缴基本医疗保险费时，个人账户停止划入，补缴后再按规定补划。医疗保险退休后，个人账户由统筹基金按月定额划入，划入额度为2021年度我市参保退休职工基本养老金月平均水平的2%。在职职工转退休的，从次月起为其变更个人账户计入标准。

第三十六条  个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第三十七条  个人账户实行医保电子凭证（社会保障卡）管理，通过国家医疗保障信息平台与定点医药机构结算。

参保人员应妥善保管医保电子凭证（社会保障卡）密码，被冒用造成的个人账户金额损失由其本人承担。

第三十八条  个人账户资金可以结转使用和继承。参保职工调离本统筹区时，个人账户结余资金可随同转移或一次性拨付给本人；已经办理省外异地长期居住的退休参保人员，可每年申请办理一次个人账户支取；参保职工死亡后，及时凭死亡证明、医保电子凭证（社会保障卡）到参保地经办机构办理医疗保险注销手续，个人账户结余资金可一次性结清。

第三十九条  享受医疗保险退休待遇的参保人员，每年办理待遇资格认证。没有办理待遇资格认证的退休人员，次年1月1日起暂停医疗保险待遇。个人账户多划入部分由医保经办机构予以追回。

第四十条  个人账户每年计息1次，按3个月整存整取定期存款基准利率计息。

第五章  基金统收统支管理

第四十一条  严格执行《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》，实行收支两条线管理，专款专用，独立核算。

第四十二条  职工医保基金全市统收统支，参保核定和待遇支付实行市、县区（含秦皇岛开发区、北戴河新区，下同）经办机构分级负责、分级核算的模式。

第四十三条  基金预算市级统一布置，按照“收支平衡”的原则统一编制，原则上不得编制赤字预算。

各级经办机构合理确定本级职工医保基金年度收支情况，编制本级职工医保基金预算草案，其中收入预算草案会同同级税务部门编制，支出预算草案会同市级经办机构编制。县区预算草案按规定程序上报市级，市级经办机构汇总全市基金预算，经省市两级财政、医保、税务部门审核通过后分别报同级政府审批，并按规定程序报同级人民代表大会（或常委会）审查和批准。经批准的预算，由财政、医保、税务部门批复到同级经办机构和税务征收机构执行。

基金预算调整和基金决算编报程序与基金预算相同，基金预算不得随意调整，基金决算要按照“账实相符”的原则编制。

第四十四条  市级财政部门设立职工医保基金财政专户，用于归集税务部门征收的全市职工医保基金收入。市级经办机构设立职工医保基金统支账户，用于向各级经办机构支出户拨付资金。各级经办机构设立医保基金支出户。保留医保基金收入户，用于归集转移收入等非税务部门征收的职工医保基金收入。

    第四十五条  各县区2021年底前未到期的定期存款，到期后及时收回本息，缴入同级财政专户后再全额上解至市级财政专户。基金结余全部上解完成的县区取消职工医保基金财政专户（或子账户）。

第四十六条  基金市级统收，全市各项基金收入按期全额归集至市级基金财政专户。基金收入项目包括：保险费收入、财政补贴收入、利息收入、转移收入以及其他收入。

各级税务部门征收的保费统一缴入市级国库，市级财政部门按旬将国库收到的保费收入转入市级财政专户。各级经办机构月末将收入户余额转入市级财政专户。各级财政部门按规定安排的对职工医保基金的补助直接缴入市级财政专户。

第四十七条  基金市级统支，市级经办机构统一核定全市基金支出用款计划，市级财政部门统一安排资金拨付，基金支出由市级财政专户拨付到市级经办机构统支账户，再由市级经办机构拨付到各级经办机构支出户。

每年12月份，各级医保部门会同同级财政部门研究确定本级下一年度需向定点医药机构预付资金规模和支出户直接发生的支出规模，原则上按上年度1～3个月支出所需总量把握，12月20日前报市级医保、财政部门审核，下年度1月10日前，市级财政部门由财政专户拨入市级经办机构统支账户。

每月10日前，县区经办机构向市级经办机构提交结算申请；市级经办机构汇总审核后，于每月15日前向市级财政部门申请拨付所需资金；市级财政部门核准无误后，每月20日前将资金拨付至市级经办机构统支账户。每月月底前市级经办机构根据各级经办机构提供的资金结算数据，由市级经办机构统支账户拨付资金至各级经办机构支出户，次月完成向市级财政部门的结报支出。

    市级经办机构统支账户及各级经办机构基金支出户利息按季度上缴至市级财政专户。

第四十八条  各级经办机构要严格落实风险内控制度，统一规范基金支付流程，及时完成定点医药机构结算，足额支付个人医疗保险待遇，严禁截留支出资金。

第四十九条  职工医保基金按照“账实相符”的原则进行会计核算，收支项目核算到具体县区。财政部门确认职工基本医疗保险费国库收入，向医保经办机构提供核算国库收入的原始凭证。

第五十条  市、县区两级医保、财政、税务部门要按月做好对账工作。医保部门要核对内部业务、财务数据的一致性，医保部门与财政部门核对基金收支和银行存款账户余额等信息，与税务部门核对征缴明细信息，及时处理核对不一致的数据信息。

 第六章  基金责任分担机制

第五十一条  建立全市统一的市、县区责任分担机制。按照省职工医保基金绩效考核办法，拟定我市职工医保基金绩效考核实施细则，明确市、县区两级政府共同承担基金足额征收、待遇发放和基金收支平衡的责任。

第五十二条  建立职工医保风险储备金。以全市2020年末统筹基金累计结余可支付9个月（不含新冠肺炎病毒疫苗及接种费用预算专项资金）为基准，剩余资金作为医保风险储备金，由市级一次性计提。风险储备金要按规定购买国债和转存一年以上定期存款，产生的利息计入职工基本医疗保险统筹基金收入。

第五十三条  建立职工医保风险调剂金。风险调剂金每年按上年基本医疗保险费统筹基金收入的5%计提，累计提取风险调剂金达到当年统筹基金收入10%时不再提取。风险调剂金用于调剂本年度市本级和各县区统筹基金收支缺口，当年未使用完的结转下一年度。风险调剂金由市级统一提取，在市级财政专户下进行管理。

第五十四条  建立职工医保统筹基金缺口分担机制。强化基金预算约束，当期统筹基金出现缺口，要加强基金收支情况分析，分析当期统筹基金缺口产生原因，合理划分市、县区分担责任。

各县区当期医保统筹基金出现缺口，经职工医保基金绩效考核合格，先由全市风险储备金和风险调剂金外的历年统筹基金结余弥补。全市风险储备金和风险调剂金外统筹基金结余原则上不低于3个月支出水平。

如仍不足弥补的，动用风险调剂金，当全市风险调剂金用完后仍有缺口的，由同级财政负担，同时按规定程序报同级政府批准。

第五十五条  风险储备金使用程序。全市统筹基金累计结余不足时，由风险储备金予以弥补。需动用风险储备金时，由市医保、财政部门报市政府同意后，向省医保、财政部门申请。

第五十六条  风险调剂金使用程序。需动用风险调剂金时，由县区经办机构提出申请，经市级经办机构汇总提出意见，经市医保、财政部门审核同意，报市政府审批。

第五十七条  各级政府应严格执行基金责任分担机制，将应负担资金及时上缴至市级财政专户。未及时上缴的，在拨付待遇支出资金中先行扣缴，并纳入年度绩效考核。

第五十八条  职工个人账户基金由市级统一管理，支出据实结算。

第七章  基本医疗保险待遇

第一节  基金支付范围及限额

第五十九条  职工基本医疗保险统筹基金支付范围包括参保人普通门诊、门诊慢特病、住院产生的合规医疗费用、试点长期护理保险制度提取的费用以及政策规定应由基金支付的其他费用。

第六十条  我市职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额为每人每年15万元。

第六十一条  职工基本医疗保险基金支付范围按照国家、省基本医疗保险及生育保险药品目录、诊疗项目目录及医疗服务设施范围目录以及有关规定执行。其中，甲类按100%、乙类按95%计入基本医疗保险支付范围；协议期内谈判药，带量采购药品按照有关规定执行。

第六十二条  普通病房（含新建病房、改造病房）住院床位费按省市县三级限价支付，其中省级每日最高床位费40元，市级每日最高床位费30元，县级每日最高床位费20元，低于每日最高限价的据实支付。新建病房、改造病房中监护病房、层流洁净病房按监护病房、层流洁净病房收费标准限价支付，低于每日最高限价的据实支付。

第六十三条  部分“另收费用一次性物品”实行限价管理，其他未做具体限价的“另收费用一次性物品”限价不得超过实行限价管理的最高限价，超出限价以上费用为个人自付费用。

第二节  普通门诊待遇

第六十四条  普通门诊统筹基金的起付标准为100元。起付标准以上合规医疗费用在职职工支付比例为50%，退休职工支付比例为60%，省外异地就医降低5%，最高支付限额为每人每年2000元。省内二级及以上定点医疗机构享受我市同等的普通门诊支付政策。

第六十五条  门诊单纯白内障人工晶体植入术的医疗费用，按照住院医疗保险待遇支付，单眼相关医疗费用统筹基金最高支付3000元（含晶体）。30日内在门诊做双眼人工晶体植入术，收取一次起付标准。

第三节  门诊慢特病待遇和管理

第六十六条 门诊慢特病分为门诊慢性病和门诊特殊疾病。

（一）门诊慢性病：包括心脏瓣膜病、心律失常、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、甲状腺功能异常、消化性溃疡、血小板减少性紫癜、骨髓增生异常综合征、高血压、慢性阻塞性肺疾病、冠心病、心功能不全、脑血管病后遗症、慢性乙型肝炎、肝硬化、慢性肾小球肾炎、糖尿病、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、肾病综合征、肾功能不全、帕金森病、癫痫、重症肌无力。

（二）门诊特殊疾病：包括血友病、再生障碍性贫血、重症精神症、恶性肿瘤门诊治疗、白血病门诊治疗、透析、器官移植（肾移植抗排异治疗、心移植抗排异治疗、肝移植抗排异治疗）、肺动脉高压。

建立门诊慢特病病种动态调整机制，根据我市慢特病发病情况适时调整。

第六十七条  申报门诊慢特病的参保人员，自评审通过之日起享受门诊慢特病待遇。符合门诊慢特病病种支付范围的医疗费用，不设起付线，谈判药、集采药按相关政策执行后，甲类、乙类医疗费用报销比例统一确定为80%，退休人员增加3%，省外异地就医降低5%；门诊特殊疾病病种按照住院管理，合规医疗费用统筹基金支付90%，退休人员增加3%，省外异地就医降低5%。省内二级及以上定点医疗机构，享受我市同等的门诊慢特病支付政策。门诊慢特病病种统筹基金年度支付限额详见附件。

参保患者年度内新评定门诊慢性病或由城乡居民转职工参保的，支付限额按照年度支付限额折算为每月额度乘以当年可享受月数确定。

第六十八条 门诊慢特病实行网上随时申报，由门诊慢特病评定医疗机构负责审核认定。

第六十九条  参保患者网上申报门诊慢特病应如实提供相关病情资料。对伪造医疗文书、检验检查报告单的参保患者，取消当年的申报资格。

第七十条 职工、城乡居民基本医疗保险门诊慢特病资格互认。城乡居民医保转职工医保的，转换后次月起享受门诊慢特病医疗待遇。

第七十一条 门诊慢特病患者每人最多不超过3个病种。自愿放弃不享受门诊慢特病资格的，到参保地经办机构办理，更换门诊慢特病病种的在评定医疗机构申报办理。

第七十二条  建立门诊慢特病复评机制，经评估仍符合门诊慢特病评定标准的可继续享受待遇，未进行复查评估或复查评估不符合评定标准的终止待遇。具体复查评估标准另行制定。

第七十三条  参保患者普通门诊、门诊慢特病待遇可同时享受，就诊时应分别开具处方、分别结算。

第七十四条  尿毒症患者血液透析费用，每周基金支付不超3次，血液滤过每月基金支付1次。透析医疗费用（包括血液透析、血透监测、透析器、透析管路、穿刺针、普通肝素、生理盐水等）实行限价管理。根据所使用透析耗材的品牌、型号不同确定收费标准，三级定点医疗机构350元～450元/次，其他定点医疗机构350元～430元/次，计入基本医疗保险支付范围，超额费用统筹基金不予支付。

第七十五条  慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎门诊特殊治疗。

慢性乙型肝炎患者干扰素类药物门诊治疗不设起付标准，其中国家谈判药品、集采药品按相关规定付费，其余药品及诊疗项目费用按80%的比例支付，每月最高支付限额4000元，原则上医保统筹基金累计支付不超过12个月。

慢性丙型肝炎DAAs药物门诊治疗不设起付标准，DAAs药物先行自付20%后剩余部分基金支付90%；相关检测费用按80%的比例支付。根据慢性丙型肝炎基因分型设置不同最高支付限额，其中基因1b型每疗程最高支付限额5300元；基因1b型以外各型每疗程最高支付限额1万元，医保统筹基金累计支付不超过12周。

慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎门诊特殊治疗须在指定医院备案、就医，与住院治疗待遇不能同时享受。

 第七十六条  白血病、胃肠道间质瘤患者门诊治疗使用特殊药品甲磺酸伊马替尼（包括国产和进口）和尼洛替尼执行一个用药周期最高支付限额政策，报销比例为70%。最高支付限额按照省统一药品销售价格、用药周期依据慈善赠送政策进行调整。

特殊药品甲磺酸伊马替尼（包括国产和进口）和尼洛替尼的评估、使用由指定医疗机构、指定责任医师负责，初次使用的患者需携带相关资料到所属医保经办机构办理备案。

第四节  住院待遇

第七十七条  职工住院统筹基金支付起付标准根据定点医疗机构的级别确定。一级医疗机构（含乡镇卫生院、社区服务中心）为400元、二级医疗机构为600元、三级医疗机构为800元，起付线不区分本统筹区就医和异地就医。

第七十八条  参保职工一次住院是指办理一次入院、出院手续的过程。住院医疗费用未超过统筹基金起付标准的，不视为一次住院。

参保职工市域内因同一疾病转院时住院间断不超过3日，负担一次起付标准，起付标准按高级别定点医疗机构确定。

第七十九条  因恶性肿瘤市域内住院治疗的，在自然年度内个人负担一次起付标准。

第八十条  参保职工在本市、省内及北京市、天津市直接定点医疗机构住院治疗，起付标准以上合规医疗费用统筹基金支付比例：一级定点医疗机构（含乡镇卫生院、社区服务中心）为在职职工95%，退休职工96%；二级定点医疗机构为在职职工92%，退休职工95%；三级定点医疗机构为在职职工87%，退休职工92%。

省外（不含我市京津直接定点医院）起付标准以上异地就医的医保定点医疗机构政策范围报销比例：一级定点医疗机构（含乡镇卫生院、社区服务中心）为在职职工90%，退休职工91%；二级定点医疗机构为在职职工87%，退休职工90%；三级定点医疗机构为在职职工82%，退休职工87%。

第八章  生育保险待遇

第八十一条  生育保险待遇包括生育医疗费和生育津贴。

第八十二条  财政拨款的国家机关、事业单位和其他社会组织女职工依法合规生育的，女职工产假、节育假期间工资由用人单位按产假前工资照发，不享受生育津贴。

第八十三条  企业、民办非企业单位、个体经济组织等非财政拨款单位正常缴费参保人员在生育及计划生育手术前在本市连续缴费满12个月及以上（不含补缴时间），方可享受生育津贴待遇；在本市连续缴费未满12个月，在生育及计划生育手术后在本市继续连续缴费满12个月后，生育津贴由生育保险基金一次性补支。

第八十四条  生育津贴标准按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以30天再乘以产假天数计发。生育津贴由经办机构一次性支付到女职工本人银行账户。

生育津贴低于女职工本人工资标准的，差额部分由用人单位补足。

第八十五条  职工生育津贴支付期限按照《女职工劳动保护特别规定》《河北省人口与计划生育条例》等法律法规规定的生育产假、延长产假、终止妊娠节育假、施行节育措施假期限执行。

（一）女职工正常分娩的，享受158天产假；难产，剖宫产的增加产假15天；生育多胞胎的，每多生育1个婴儿，增加产假15天。怀孕未满4个月流产的，享受15天产假；怀孕满4个月流产的，享受42天产假。

（二）计划生育手术休假。1.施行节育措施的，享受节育假。其中，放置、取出宫内节育器的，自手术之日起休息2天；放置、取出皮下埋植剂的，休息3天；施行输精管结扎的，休息7天；施行输卵管结扎的，休息21天。2.施行终止妊娠手术同时采取下列节育措施的手术者，再增加假期。其中，放置宫内节育器的，休息2天；施行输卵管结扎的，休息10天。

第八十六条  生育医疗费包括生育的医疗费用、计划生育的医疗费用和法律、法规规定的应当由生育保险基金支付的其他项目费用。

生育的医疗费用指女职工在孕产期内因怀孕、分娩发生的医疗费用，含符合规定的产前检查费用。

计划生育的医疗费用指职工放置或者取出宫内节育器、施行输卵管或者输精管结扎及复通手术、实施人工流产或者引产术等发生的医疗费用。

第八十七条  参加生育保险的职工因生育、终止妊娠或实施计划生育手术出现合并症或并发症的合规医疗费用，属于职工基本医疗保险支付范畴。

第八十八条  用人单位参保职工在生育及计划生育手术前连续缴费满3个月及以上的，可享受生育医疗费待遇。

第八十九条  职工在门诊和住院发生的生育医疗费个人负担部分，可由职工基本医疗保险个人账户支付。

第九十条  参保职工生育及计划生育手术医疗费实行定额结算。医疗费定额标准根据当地定点医疗机构的级别确定。

第九十一条  女职工在定点医院进行产前检查实行定额结算，产前检查费为1000元。产前检查费用与生产费用在出院结算时合并支付。

第九十二条  职工实施计划生育手术发生的医疗费用定额支付标准如下：

（一）放置宫内节育器支付标准为350元；

（二）取出宫内节育器支付标准为150元；

（三）皮下埋植（取出）术的支付标准100元；

（四）输精管结扎术的支付标准300元；

（五）输卵管结扎术的支付标准2000元；

（六）输精（卵）管复通术的支付标准3500元；

（七）怀孕不满4个月终止妊娠术支付标准500元；

（八）怀孕满4个月终止妊娠术支付标准1000元。

第九十三条  女职工因生产所发生的住院、检查、接生、手术、床位、药品等费用，定额支付标准如下：

|  |  |
| --- | --- |
| 生产方式 | 定额标准（单位：元） |
| 三级医院 | 二级医院 | 一级医院 |
| 顺    产 | 3000 | 2600 | 2200 |
| 侧切顺产 | 3300 | 2800 | 2400 |
| 侧切吸引产 | 3600 | 3000 | 2600 |
| 侧切产钳产 | 3800 | 3200 | 2800 |
| 剖 腹 产 | 4000 | 3500 | 3000 |
| 妊 高 征 | 5500 | 5000 | 5000 |

职工生育多胞胎的，每多生育一婴增加生育医疗费200元。

第九十四条  生育医疗费低于定额标准的，按照实际发生额支付。

第九十五条  参加生育保险的女职工省外生育并备案的，按我市政策报销生育医疗费、享受生育津贴；赴港澳台和国外生育并备案的，按我市政策享受生育津贴，生育医疗费由个人全额负担。

第九十六条  按照灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，按我市定额标准的50%享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴待遇。

第九十七条  参加生育保险的男职工未就业配偶，按我市定额标准的50%享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴待遇；其配偶参加城乡居民基本医疗保险的，可选择按照生育保险生育医疗费定额补贴的50%享受待遇或按照城乡居民基本医疗保险定额报销规定享受待遇。

第九十八条  养老保险退休人员生育或实施计划生育手术的，只享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴。

第九十九条  参保职工依法合规生育享受生育保险待遇；违反计划生育政策及规定的，不享受生育保险待遇。

第一百条  生育保险基金支付范围按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。

第一百零一条  生育医疗费用原则上实行经办机构与定点医疗机构直接结算。

第一百零二条  职工生育或职工实施计划生育手术，享受生育保险待遇应按如下规定办理：

（一）参保职工计划生育、生产，提供结婚证原件及复印件、子女生育登记卡原件及复印件、医保电子凭证号码或社会保障卡原件，在生育定点医疗机构划卡结算生育医疗费用。

（二）参保职工生产完出院、计划生育术后，提供医院诊断证明、住院发票、医保电子凭证（社会保障卡原件及复印件），到所属经办机构办理产前检查费及生育津贴结算手续。

（三）男职工未就业配偶符合报销条件的，需提供单位介绍信、女方身份证原件及复印件、男职工医保电子凭证（社会保障卡原件及复印件）、结婚证原件及复印件、子女生育登记卡原件及复印件、医院诊断证明、男职工配偶无工作承诺书及住院发票、住院费用汇总清单到所属经办机构办理结算手续。

（四）相关证明材料可通过国家、省、市政务数据共享应用平台获取，如无法获得可由办理人提供，无法提供的需提供承诺书。

第一百零三条  生育保险基金不予支付下列费用：

（一）不符合国家、省、市计划生育规定生育的医疗费用；

（二）早孕反应及保胎发生的医疗费用；

（三）治疗不孕症发生的医疗费用；

（四）因犯罪、酗酒、自伤、他伤、吸毒等造成妊娠终止的医疗费用；

（五）女职工生育或职工实施计划生育手术及男职工配偶生育或实施计划生育手术，因医疗事故发生的医疗费用；

（六）婴儿发生的各项医疗费用；

（七）不具备临床剖宫产手术指征，职工个人要求实施剖宫产手术的，超出自然分娩定额标准的医疗费用；

（八）女职工及男职工配偶出国以及赴港、澳、台地区期间发生的医疗费用；

（九）实施人类辅助生殖术（如试管婴儿）发生的医疗费用；

（十）其他应当由个人负担的医疗费用。

第九章  医疗服务与就医管理

第一百零四条  职工医疗保险实行统一定点医药机构协议管理，参保职工应到定点医疗机构就医。各级医保部门负责辖区内定点医药机构纳入工作的指导和监督。经办机构负责辖区内定点医药机构纳入工作的组织和实施。县、区审核认定的须报市级备案。“两定”单位的资格准入和退出、考核评定、违规处罚、服务协议管理等执行统一标准。

第一百零五条  各级经办机构应与所属“两定”机构签订服务协议，直接联网结算。

第一百零六条  参保人员持医保电子凭证（社会保障卡）可自主选择到全省各定点医疗机构和定点零售药店就医、购药。

第一百零七条  定点医疗机构在收治参保人员住院时，应认真核验住院患者的参保身份，切实做到人、凭证（卡）相符，防止冒名住院。经核实无误后，再办理入院登记手续，并与参保患者签订住院协议书，及时准确地将参保患者就医的相关信息上传至国家医疗保障信息平台，医疗服务行为发生后24小时内无故未及时上传信息的，医疗费用由定点医疗机构承担。

第一百零八条  各级经办机构应对在辖区内定点医疗机构住院治疗的参保人员进行稽核，如有疑问应及时通知参保地经办机构。

第一百零九条  定点医疗机构应严格执行职工医疗保险政策，规范医疗服务行为；要严格掌握入院、出院标准，不得无故拒绝、推诿或滞留参保患者；在为参保患者提供医疗服务时，应当做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费；一般应使用基本医疗保险支付范围内的药品、诊疗项目、医疗服务设施，其中，一、二、三级公立定点医疗机构使用基本药物应分别达到90%、80%、60%左右，根据临床用药需求优先使用集中带量采购中选药品和耗材，必需使用属个人自费的药品、诊疗项目、医疗服务设施和昂贵特殊医用材料的，应事先征得参保患者或者其近亲属、监护人的同意并签字，如患者病情危急需立即实施救治的，应在救治后履行书面告知义务；要严格遵守药品处方限量管理规定，主动为参保患者提供每日医疗费用明细清单。

第一百一十条  参保人员在市域内定点医疗机构住院，因所住医疗机构条件所限，在不转院的情况下需要到市域内其他定点医疗机构进行检查、治疗（不含购药）的，应由医疗机构医保科填报《外检外治审批表》报参保地医保经办机构核准。未经核准所发生的医疗费用，统筹基金不予支付。

参保人员办理异地就医备案后，异地住院期间因就诊医疗机构条件所限，需要到就医地其他异地联网定点医疗机构检查、治疗（不含购药）的，需由住院所在医疗机构出具相关证明材料，检查治疗费用先由个人现金垫付，待出院后回参保地医保经办机构结算。

第一百一十一条  参保患者出院前，定点医疗机构应让患者或其亲属核实住院费用并签字，未经患者或其亲属核实签字的医疗费用，统筹基金一般不予支付。医保患者在定点医疗机构死亡的，定点医疗机构应在24小时内上传死亡信息和本次住院医疗费用信息。未及时上传信息所造成的损失由医疗机构承担。

第一百一十二条  门诊处方量。门诊处方每次一般不超过7日量；急诊处方每次一般不超过3日量。治疗慢性疾病的一般常用药品可用于长期处方。根据患者诊疗需要，长期处方的处方量一般在4周内；根据慢性病特点，病情稳定的患者适当延长，最长不超过8周。

第一百一十三条  门诊慢特病携药量。已取得门诊慢特病待遇的参保人员，就医携药量西药、中成药处方量一般在4周内（药品最小包装超过规定天数的除外），病情稳定的患者最长不超过12周；中草药、中药饮片（含配方颗粒）不超过15日量。

第一百一十四条  超过4周的长期处方，医师应当严格评估，强化患者教育，充分告知用药风险，并在病历中记录，患者通过签字等方式确认。

医疗用毒性药品、放射性药品、易制毒药品、麻醉药品、第一类和第二类精神药品、抗微生物药物（治疗结核等慢性细菌真菌感染性疾病的药物除外），以及对储存条件有特殊要求的药品不得用于长期处方。

参保人员到各定点医疗机构就诊时，接诊医师应严格核对患者身份；做到合理用药，合理检查。严禁搭车开药、超量开药、重复开药、不合理检查等违规行为发生。注射剂必须于院内使用（胰岛素除外）。

定点医疗机构要将门诊处方、门诊慢特病处方单独保管，保管年限不得低于2年。定点医疗机构应依据《处方管理办法》《河北省长期处方管理规范实施细则（试行）》对处方进行检查，对无资质开长期处方和无正当理由开具超量处方的医师提出警告，按相关规定给予处理，并向医保经办机构备案。

第一百一十五条  出院带药量。急性疾病不得超过7日量，慢性疾病不得超过15日量，中草药中药饮片（含配方颗粒）不得超过7日剂量，胰岛素1支量，定点医疗机构不得为参保人员带注射剂及与病情无关的药品。定点医疗机构应严格执行出院带药限量规定，并应在出院当日结清个人应负担的医疗费用。出院超量带药以及出院时开出的治疗、检查项目费用，统筹基金不予支付。

第一百一十六条  参保职工到异地定点医疗机构门诊就医无需备案，在已开通异地就医的门诊定点医疗机构可直接结算。

第一百一十七条   参保职工到省外定点医疗机构住院需要在就医前进行备案。如遇病情紧急等特殊情况可先行住院，自入院之日起10日内补办备案。

第一百一十八条  参保职工因病情需要转诊、短期出差、学习培训、探亲、旅游、度假等原因在省外住院治疗的，可直接通过河北省医疗保障局微信公众号、“河北智慧医保”微信小程序、“国家医保服务平台”APP先行办理“临时外出就医”备案，应在国家联网定点医疗机构就医，医疗费用直接划卡结算。临时外出就医备案仅限当次异地住院使用，再次外出就医须重新申请备案。

第一百一十九条  参保人员在省外长期居住的，可直接通过河北省医疗保障局微信公众号、“河北智慧医保”微信小程序、“国家医保服务平台”APP先行办理“异地长期居住”备案，应在国家联网的定点医疗机构就医，医疗费用直接划卡结算。原则上半年内不得再次变更就医地，确需到备案地以外就医的，按照“临时外出就医”类型备案并执行相应的待遇政策。

第一百二十条  参保人员因特殊情况未能在定点医疗机构直接结算，经参保地医保经办机构审核，合规医疗费用予以结算。

第一百二十一条  未经备案到省外或国家医疗保障信息平台中未能查询的定点医疗机构就医的医疗费用不予支付。

第一百二十二条  参保人员住院治疗过程跨年度的，按出院时间确定其医保待遇支付年度。参保患者可自愿在12月底办理住院医疗费用结算手续，并重新办理入院，不再支付起付标准，住院医疗费用按不同年度分别计算。

第一百二十三条  参保职工因意外伤害需住院治疗，符合政策规定的医疗费用，统筹基金予以支付。定点医疗机构收治因意外伤害住院的参保职工时，首诊医师要如实填写意外伤害经过，做好病历记录，参保人或其亲属2日内报医保经办机构备案，经医保经办机构审核通过后，定点医疗机构可以联网直接结算。

第一百二十四条  下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

（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，可作临时调整。

第十章  医疗费用报销与结算

第一百二十五条  职工医疗保险基金按照自然月份与定点医药机构实施结算。各级医保经办机构负责对所属定点医药机构医保结算数据进行审核后，通过国家医疗保障信息平台进行月结算。

第一百二十六条  市级经办机构统一组织全市经办机构之间的基金清算。

第一百二十七条   参保人员因急诊抢救在非定点医疗机构以及按规定在异地就医等未能联网结算的医疗费用，先由个人现金垫付，治疗结束后持医保电子凭证（身份证或社会保障卡复印件）、诊断证明、合规票据、费用明细总清单、相关资料（涉及使用限制性用药时，另需提供住院病历复印件）到参保地医保经办机构申请审核报销。

第十一章  基金监督管理

第一百二十八条  建立信息公开、社会多方参与的基金监管机制。定期向社会公开职工医疗保险基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第一百二十九条  压实医药机构使用医疗保险基金的主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医保部门监管责任、市县政府属地责任。落实卫生健康、公安、市场监管、药品监管、审计等有关部门协同监管责任。运用智慧医保智能审核系统，强化监控和审核，加强对基金使用的管理和监督。严肃查处定点医药机构、参保人员、医保经办机构违法违规行为。

第一百三十条  加强对定点医药机构医疗行为和医疗费用的监管，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管。推进基金监管常态化、制度化、精细化，加强对定点医药机构购销存和财务监管，购销存系统与医保智能监控系统实现实时对接，实现基金监管向“管服务、管技术、管价格”转变。

第一百三十一条  完善个人账户管理机制，严格执行基金收、支、余预算管理，做好收支信息统计。建立健全基金稽核制度，加强个人账户使用、结算等环节的审核，对参保缴费、待遇审核、基金使用、费用结算等环节进行稽核，实现对个人账户全流程动态管理，确保基金稳定运行。

第一百三十二条  职工医疗保险相关单位及个人有以下行为的，依照《医疗保障基金使用监督管理条例》及有关规定给予处罚，涉嫌犯罪的，移交司法机关依法追究刑事责任。

（一）定点医药机构及其工作人员未遵循定点服务协议、医保医师（护士）管理办法等规定。在使用基金为参保人员提供医药服务过程中，存在违法违规行为并造成基金损失的。

（二）医疗保障经办工作人员未履行工作职责的；采取伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式，以骗取基金为目的，造成基金损失的。

（三）参保人员弄虚作假，采取隐瞒、欺诈等手段，以骗取医疗保障基金为目的，造成医疗保障基金损失的。

第一百三十三条  贯彻执行举报奖励制度，公民、法人、社会团体组织及医疗保障社会义务监督员可通过到访、来电、信函、网络等形式进行举报。

经核实举报内容属实且有意愿接受奖励的举报人（各级医保部门、监督管理机构及经办机构工作人员除外）可获得举报奖励金。

第十二章  附则

第一百三十四条  职工医疗保险缴费、医疗保险待遇等标准，由市医疗保障局会同市财政局，根据我市实际情况适时调整。

第一百三十五条  本实施细则由市医疗保障局负责解释。

第一百三十六条  本实施细则自2022年1月1日起施行。我市现行职工医疗保险政策与本细则不一致的，按本细则执行。

附件：秦皇岛市职工基本医疗保险门诊慢特病病种及年度支付限额

附件

秦皇岛市职工基本医疗保险门诊慢特病病种及年度支付限额

|  |
| --- |
| 门  诊  慢  性  病 |
| **序号** | **国家统一的病种名称** | **病种代码** | **年度支付限额（单位：元）** |
| 1 | 心脏瓣膜病 | M04500 | 1000 |
| 2 | 心律失常 | M04400 | 1000 |
| 3 | 甲状腺功能亢进症 | M01702 | 1000 |
| 4 | 甲状腺功能减退症 | M01701 | 1000 |
| 5 | 甲状腺功能异常 | M01700 | 1000 |
| 6 | 消化性溃疡 | M05800 | 3000 |
| 7 | 血小板减少性紫癜 | M01301 | 1000 |
| 8 | 骨髓增生异常综合征 | M00902 | 2000 |
| 9 | 高血压 | M03900 | 1000 |
| 10 | 慢性阻塞性肺疾病 | M05300 | 1000 |
| 11 | 冠心病 | M04600 | 3500 |
| 12 | 心功能不全 | M04300 | 3000 |
| 13 | 脑血管病后遗症 | M04803 | 1500 |
| 14 | 慢性乙型肝炎 | M00201 | 3500 |
| 15 | 肝硬化 | M06200 | 3500 |
| 16 | 慢性肾小球肾炎 | M07603 | 4500 |
| 17 | 糖尿病 | M01600 | 3500 |
| 18 | 系统性红斑狼疮 | M07101 | 2000 |
| 19 | 类风湿性关节炎 | M06900 | 2000 |
| 20 | 肾病综合征 | M07700 | 5500 |
| 21 | 肾功能不全 | M07808 | 6000 |
| 22 | 帕金森病 | M02300 | 3000 |
| 23 | 癫痫 | M02500 | 3000 |
| 24 | 重症肌无力 | M03200 | 3000 |
| 门  诊  特  殊  疾  病 |
| **序号** | **国家统一的病种名称** | **病种代码** | **年度支付限额** |
| 25 | 血友病 | M01200 | 参照住院 |
| 26 | 再生障碍性贫血 | M01102 | 参照住院 |
| 27 | 重症精神症 | M02100 | 参照住院 |
| 28 | 恶性肿瘤门诊治疗 | M00500 | 参照住院 |
| 29 | 白血病门诊治疗 | M00800 | 参照住院 |
| 30 | 透析 | M07801 | 参照住院 |
| 31 | 肾移植抗排异治疗心移植抗排异治疗肝移植抗排异治疗 | M08301M08303M08304 | 参照住院 |
| 32 | 肺动脉高压 | M04000 | 参照住院 |

[ 秦皇岛市人民政府办公室 关于印发《秦皇岛市市本级职工大病保险实施细则》的通知（秦政办规〔2021〕2号）](http://ybj.qhd.gov.cn/home/details?code=MjU%ce%b3&id=819)[ 秦皇岛市人民政府办公室 关于印发《秦皇岛市城乡居民大病保险 市级统筹实施细则》的通知（秦政办规〔2021〕4号）](http://ybj.qhd.gov.cn/home/details?code=MjU%ce%b3&id=821)