朝阳市城乡居民医疗保险实施细则

（征求意见稿）

为切实做好城乡居民医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）工作，根据《朝阳市城乡居民医疗保险管理办法》（朝政办发〔2019〕 号），结合我市实际，制定本实施细则。

第一章 参保对象

**第一条** 城乡居民医保参保对象为城镇居民医保和新农合所有应参保（合）人员，即除城镇职工医疗保险应参保人员以外的其他城乡居民，具体包括下列人员：

（一）本市范围内的大中小学在校学生（含中专、技校等学生）及幼儿园所儿童，以学校、园所为单位统一参保,不受户籍限制。

（二）具有本市户籍的学龄前儿童及未满18周岁的非在校城乡居民。

（三）具有本市户籍18周岁以上（含18周岁）的其他非从业城乡居民。

（四）具有本市户籍,因企业确有特殊困难未参加城镇职工医疗保险的重度残疾人员、城乡低保对象、城乡特困救助供养人员等困难群体；确有困难的农民工和灵活就业人员；被市政府认定为无缴费能力的困难企业在职职工和退休人员。

（五）取得本市居住证的外来非从业人员。

第二章 参保缴费

**第二条**  城乡居民医保基金（以下简称“基金”）实行个人缴费与政府补助相结合的筹资方式，并建立筹资标准动态调整机制，个人缴费与政府补助标准由医疗保障、财政和税务部门根据上级要求，结合本地实际情况适时调整，并向社会公布。2020年财政补助标准按照国家、省有关规定执行，城乡居民个人缴费标准为每人280元/年。

**第三条** 对低保对象、城乡特困救助供养人员、孤儿、重残人员（一、二级），个人缴纳部分由各级财政全额资助。对低收入对象个人缴纳部分给予定额资助。有条件的乡镇（街道）、村（社区）集体可对居民参保给予缴费补助。政府补助的个人缴费所需资金，按参保人管理级次由同级财政负担。

**第四条** 本市户籍学生，上学前已经参保（合）的，继续按原参保渠道参加城乡居民医保；域外户籍，在本市就读的学生需在本市参保；除此以外的高等院校学生及市属以上中专和技校学生财政补助资金由市及以上财政按规定承担。

**第五条**  城乡居民以本人有效身份信息为依据，以家庭为单位按年度一次性缴纳医疗保险费后，享受相应的医疗保险待遇。每年9月1日至12月31日为下一年度的缴费期。

（一）城乡居民持居民户口簿或身份证（居住证）在户籍所在地或常住地乡镇（街道）、村（社区）参加城乡居民医保,由所在乡镇（街道）、村（社区）统一组织信息采集、申报登记、办理手续、申报核定及信息变更等参保事宜。

（二）以学校为参保单位的在校学生，由学校统一组织信息采集、申报登记、办理手续、申报核定及信息变更等参保事宜。

（三）新生儿在出生3个月内，由其监护人持新生儿户口簿到户籍所在地或持新生儿居住证到居住地办理参保手续。

**第六条** 登记审核。

（一）各乡镇（街道）、村（社区）、学校负责对参保申报资料进行审核汇总，并将符合参保条件居民的资料和审核意见，于缴费期内报送医保经办机构。

（二）医保经办机构对乡镇（街道）、村（社区）、学校上报的参保登记信息进行审核，并通过系统对相关信息进行核对，对符合参保条件的参保居民（以下简称“参保人”），统一录入数据库。对不符合参保条件的人员信息，反馈给报送单位，并说明理由。需要发放社会保障卡的由乡镇（街道）、村（社区）、学校代为发放。

**第七条** 参保人医疗保险费统一缴纳到税务部门，以学校为参保单位的在校学生由所在学校负责代收代缴；居民由所在乡镇（街道）、村（社区）统一代收代缴;其他参保人到税务部门委托的金融机构缴费。孤儿、城乡特困救助供养人员、城乡低保对象、低收入家庭成员、重残人员（一、二级），个人缴费部分由政府给予全额或部分资助,县（市）区民政、扶贫、残联部门将上述困难群体信息，提供给县（市）区医保经办机构进行参保核定。参保核定准确后，报请同级财政部门核拨资金。

**第八条** 参保人或家庭信息变更时，提供有关证明材料到参保村（社区）、学校进行信息变更登记，报医保经办机构审核确定后，对参保人基础数据进行变更。

**第九条** 基金实行“收支两条线”管理，医保经办机构将缴费居民资料汇总并出具财政补助资金核定单，市、县（市）区各级财政部门核准后将财政补助资金和资助困难群体参保资金及时足额划入市城乡居民医保基金专户。

**第十条** 医保经办机构收到税务部门提供的参保人缴费信息后，按规定做实缴处理后，参保人方可按期享受医疗保险待遇。

**第十一条** 城乡居民医保年度缴费期结束后，各县（市）医保经办机构汇同税务、财政部门编制本地城乡居民参保情况表，报市医保经办机构审核汇总后，报市财政部门办理财政补助款的归集和清算。

**第十二条** 设置预付周转金，每月5日前，市医保经办机构向市财政部门报送用款计划，市财政部门应及时将资金划入基金支出户，由市医保经办机构负责向各县（市）区医保经办机构划拨，确保待遇按时支付。

第三章 基本医疗保险待遇

**第十三条** 在规定缴费期参保的城乡居民医疗保险待遇享受期为次年的1月1日至12月31日（以下简称“待遇年度”）,未在缴费期缴费的设立待遇等待期，具体规定如下：

（一）本市在校学生自参保缴费当年的9月1日至次年的8月31日为医保待遇期。

（二）孤儿、城乡特困救助供养人员、城乡低保对象、低收入家庭成员、重残人员（一、二级）等贫困人口从参保之日起享受医疗保险待遇。

（三）登记缴费期截止后，符合城乡居民医保参保条件的人员可以中途参保。新参保的和中断缴费一年以上的人员设立90天待遇等待期（不跨年度）；连续参保两年以上，中断缴费一年以内的人员，再次参保设立7天待遇等待期。等待期满后方可享受城乡居民医保待遇。

（四）新生儿在出生3个月（不跨年度）内办理参保缴费手续的，从出生之日起至当年12月31日止随父母享受城乡居民医保待遇。延迟办理参保手续的设立7天等待期。

（五）本市户籍的高校毕业生，毕业当年回到我市参加城乡居民医保，按城乡居民当年度缴费标准的一半缴纳费用，设立7天的待遇等待期。

**第十四条** 鼓励连续参保缴费，实行连续缴费年限与支付标准挂钩机制，连续缴费2年及以上的，住院费用支付比例提高5%。整合前城镇医保和新农合参保时间连续计算，中断缴费一年后再次参保的，连续缴费时间重新计算。

**第十五条** 确有困难的农民工和灵活就业人员选择参加城乡居民医保的，个人应在终止原医疗保险关系手续后15日内办理转移接续手续，并按当年城乡居民医保个人缴费标准一次性缴纳医疗保险费，从原医保停止享受待遇次日起享受城乡居民医保待遇；超过15日以上（不跨年度）办理转移接续手续并缴费的设置7天待遇等待期。已参加城乡居民医保，但转入城镇职工医疗保险的，居民医保待遇自行中止。

**第十六条** 参保人在缴费期缴纳下一年保费后，因死亡或参军、就业、户籍、学籍转出本市等，不能享受次年城乡医疗保险待遇的，可向医保经办机构申请返还当年个人所缴纳的保费。

**第十七条** 基金用于支付参保人符合规定的门诊、住院费用，设置起付标准和最高支付限额，最高支付限额为6万元/年。统筹基金支付项目不包括乙类药品、乙类诊疗项目和医疗服务设施项目先行自付部分及丙类药品、丙类诊疗项目和医疗服务设施项目自费部分。

**第十八条** 门诊统筹待遇。

（一）普通门诊。参保人本着就近的原则，可在城乡居民医保门诊统筹定点医疗机构中的村卫生室、社区卫生服务站层级，乡镇卫生院、社区卫生服务中心、县域内二级及以上医院（仅限儿童门诊）层级，各选择一所服务机构，作为本人的门诊统筹定点医疗机构（在校大中专学生由学校统一办理），同时与所选定的村卫生室、社区卫生服务站签订家庭医生服务。在选定的门诊统筹定点医疗机构发生的符合基本医疗保险支付范围的普通门（急）诊医疗费用和意外伤害门诊医疗费用统筹基金按规定予以支付。

在一个年度内，门诊医疗费用设置起付标准20元/次，最高支付限额120元/年（含家庭医生签约服务费），每季度支付限额为30元，起付标准以上至支付限额之间符合政策规定的普通门诊统筹医疗费用支付比例为50%，起付标准以下和支付限额以上的医疗费用，由个人承担。

（二）门诊慢性病。高血压（Ⅲ期）、糖尿病、甲亢、肺气肿、肺源性心脏病、肺结核、慢性心衰、冠心病（心绞痛、心肌梗死、缺血性心力衰竭）、肝硬化失代偿期、慢性肾小球肾炎、肾病综合症、慢性肾功能不全、风湿性和类风湿性关节炎、脑血管病（脑梗塞、脑血栓、脑出血）、难治性癫痫、重症肌无力、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、精神疾病、14岁以下儿童脑瘫、慢性病毒性肝炎（抗病毒治疗）、缺铁性贫血、过敏性紫癜、甲状腺功能减退症、帕金森病、脉管炎、深静脉血栓形成、慢性支气管炎、支气管扩张症、痛风、银屑病、硬皮病、风心病、高位截瘫、干燥综合症、植物人、血友病等规定门诊慢性病所发生的门诊医疗费用，城乡居民医疗保险基金给予适当补助。

在一个年度内，门诊慢性病医疗费用起付标准为每人每季度90元，与住院起付标准分别计算，起付标准以上至支付限额之间符合政策规定的门诊慢性病医疗费用最高补助比例为65%。

（三）门诊大病。患有恶性肿瘤(包括白血病)、尿毒症和器官移植的患者可办理门诊大病。在一个年度内，门诊大病医疗费用起付标准为每人600元/年，与住院起付标准分别计算，支付比例与住院支付比例相同，门诊大病不设封顶线。定点医疗机构：市域内为市中心医院、市第二医院、市第四医院、县（市）中心医院；市域外为二级以上公立医院（含专科）。

（四）急诊。因急危重症在本市医疗机构急诊抢救或在120急救车上实施紧急救治且住院的，抢救期间24小时内发生的合规医疗费用按普通住院比例支付，死亡的参照执行。因急诊抢救在市域外医院住院，所发生合规医疗费用按市域内普通住院比例支付，未住院的不予支付。

**第十九条** 普通住院待遇。参保人在定点医疗机构就医按照以下标准支付，未在定点医疗机构就医的不予支付。

（一）起付标准。医疗费用起付标准根据医院等级确定，在待遇年度首次住院的，医疗费用年起付标准分别为：乡镇卫生院及社区卫生服务中心200元、一级医院300元、二级医院（含专科）500元、三级医院600元、三级甲等医院700元、外转医疗机构起付线1200元。

参保人在一个待遇年度内两次及两次以上住院：市域内就医，起付标准依次下降100元，直至起付标准降至100元止；外转就医，起付标准依次下降200元，直至起付标准降至200元止。

精神病、甲、乙类传染性疾病在规定专科医院住院不设立起付标准。

（二）支付比例。起付标准以上至最高支付限额之间符合政策规定的住院医疗费用，乡镇卫生院、社区卫生服务中心及一级医院支付比例为75%；二级医院（含专科）支付比例为70%；三级医院支付比例为65%；三级甲等医院支付比例为60%。因生育产生的住院医疗费用，支付比例按普通住院执行。

（三）转外就医。参保人转外就医的，需在医保经办机构备案。有相关转诊就医手续的，外转至医保定点医疗机构（三甲医院）就医的，支付比例为55%；没有外转手续的，在医保定点医疗机构就医，且为三甲医院的，支付比例为45%，在非三甲医院就医的，支付比例为40%；参保人未经备案,转外就医的，支付比例为35%。

（四）异地就医。参保人长期居住外地，或长期在外地工作，需办理异地就医手续，发生住院医疗费用：未跨省的，支付比例按朝阳市支付比例标准执行，起付标准及药品目录按照居住地标准执行；跨省的，支付比例及起付标准按朝阳市支付比例标准执行，药品目录按照居住地标准执行。在居住地以外地区就医，按本条第（三）款执行。

第四章 大病保险待遇

**第二十条** 一个待遇年度内，参保人发生的基金支付范围内的门诊大病和住院的医疗费用，在享受基本医疗保险待遇后，个人自付费用超过大病保险起付标准以上部分，由大病保险按规定支付。2020年，城乡居民大病保险起付标准为1万元，即对医疗保险支付后，个人负担的合规医疗费用累计超过起付标准以上部分，按照60%比例支付，合规医疗费用每增加5万元支付比例提高5%，最高支付比例为70%。

第五章 就医管理

**第二十一条** 域内定点就医管理。

（一）参保人在定点医疗机构就医时，须持有效居民身份证（户口簿）或医疗保障卡。定点医疗机构在接诊时应查验参保人有效证件及参保信息，符合条件的应予以支付，对不符合条件及仿造、冒用、串用或涂改证件的，不予支付。

（二）急诊转住院发生的门诊费用与住院费用合并支付。

（三）严格执行“三个目录”的有关规定，临床应优先使用国家基本药物和甲类药物，国家基本药物使用的比例要达到省规定标准。超目录使用药品、服务设施和诊疗项目，须事先征得患者或家属同意并签字，费用由患者自理；要求患者使用乙类药品及大型乙类项目的，要与患者或家属签订知情同意书。

**第二十二条** 门诊慢性病、门诊大病就医购药时，必须持《门诊特定项目鉴定证》、有效居民身份证（户口簿）或医疗保障卡到参保人选定的医疗机构就医，医保医生核对无误后，方可接诊，并提供与病情相符的医疗服务，做到合理检查、合理用药，满足慢性病门诊、门诊大病的基本医疗需求。

**第二十三条** 域内定点医疗机构要严格执行卫生行政部门制定的入、出院标准，将不符合住院标准的参保人收治住院，或将不符合出院标准的参保人提前办理出院，经医保经办机构核实后，其参保人住院的医疗费用由定点医疗机构支付。参保人治疗期结束后，经医疗机构通知，无正当理由拒绝出院的，自医疗机构通知出院之日起，一切费用均由患者本人支付。

**第二十四条** 跨自然年度住院的参保人，继续参保的，按出院时所在年度规定，享受医疗保险待遇，未预缴保费的，要在住院当年的12月31日结清医疗费用。

**第二十五条** 因病转外就医，实行域外住院定点管理，市医保经办机构根据医疗专业特点，在北京、沈阳、大连及天津选择定点医疗机构，并向社会公布。有转院资格的定点医疗机构签署转院意见，到所属医保经办机构审批备案后方可转院。未办理转院手续，需在医保经办机构备案。

**第二十六条** 非本市户籍的大中专学生法定假日、寒暑假、休学期间在户籍地或实习期间在实习地因住院发生的符合统筹基金支付的医疗费用执行异地就医支付标准。

**第二十七条** 参保人需转院到统筹地区以外住院治疗的，必须符合下列条件：

（一）本市定点医疗机构不能诊疗的疑难重症；

（二）经朝阳市中心医院、第二医院、第四医院、康宁医院，中国人民解放军九六八医院，各县（市）中心医院检查、会诊仍未确诊的；

符合上述条件，可由本条（二）款所提到的医院为患者转院。

**第二十八条** 长期异地居住的参保人（如农民工等）需到所属医保经办机构办理异地备案手续，同时原安置地就医资格取消，已办理异地备案手续的，满一年后方可再次办理更改安置地。在备案地就医，因病情需要转院进一步诊治的，要有备案地定点医院的转院手续，否则，基金不予支付。

**第二十九条** 下列情形之一所发生的医疗费，基金不予支付：

（一）应当从工伤保险基金中支付的。

（二）应当由第三方责任人负担的。

（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、整形、美容、矫正治疗、健康体检的。

（六）计划生育范畴内，因流产、引产等发生的手术费用。

（七）不符合医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标准所规定项目范围的（国家另有规定的除外）。

（八）参保人因违法、斗殴、酗酒、自残自杀（精神病除外）、吸毒及交通事故、医疗事故等发生的医疗费，按有关规定处理。

（九）国家规定的医疗保险基金不予支付的其他费用。

第六章 医疗服务管理

**第三十条** 定点医疗机构要公示城乡居民医保有关政策、医疗服务管理制度、服务流程、医疗服务收费标准及药品价格等。设置“城乡居民医保投诉箱”，公布投诉电话，接受社会各界监督。

**第三十一条** 入、出院标准参照《辽宁省综合医院住院病人疾病诊断标准、疗效评定标准》执行；“诊断标准、疗效评定标准”中未包含的疾病，要参照新版医学通用教材严格掌握。

**第三十二条**  定点医疗机构应坚持“因病施治、合理治疗、合法收费”的原则，做好接诊、用药、检查、住院治疗等各环节的管理和审核工作，不得无故拒绝、推诿、滞留参保人，不得将本细则第二十九条规定情形和违反国家、省、市用药、检查、治疗规范发生的医疗费用，列入待遇支付范围。

**第三十三条** 普通疾病患者出院带药量不能超过7天，慢性疾病不能超过15天。出院患者所带药品应为主要诊断疾病用药，病历上应有相关医嘱及用药记录。注射用药不能作为出院带药，出院时如附加携带注射用药、与治疗疾病不符的药品、辅助检查、治疗费用等，基金不予支付。门诊慢病、大病开一个处方用药量不超过30天。

**第三十四条** 定点医疗机构要保证计算机系统与经办机构数据传输、结算的时效性、准确性及完整性，将信息系统日常管理工作纳入考核指标。

**第三十五条** 定点医疗机构的名称或地址等发生变化，应向市医保经办机构重新申请承担基本医疗保险业务资格。

第七章 医疗费用结算

**第三十六条** 参保人医疗费用按下列情形结算：

（一）在定点医疗机构住院、门诊大、慢病或普通门诊统筹发生的医疗费用，只交纳个人自付部分医疗费，基金支付部分，由定点医疗机构与医保经办机构结算。

（二）因急诊抢救等原因在市外未联网结算或在非定点医疗机构就诊所发生的医疗费由个人全额垫付，持病志复印件、医疗费收据及费用明细等相关资料，到医保经办机构进行登记，医保经办机构审核确认后按规定给予支付。

**第三十七条**  基金在总额预算下，采取按病种付费、按均次定额标准、按床日付费等付费方式与定点医疗机构结算，在医疗服务协议中约定。

各级医保经办机构可在签订城乡居民医保服务协议中，明确预留应拨付定点医疗机构医疗费用总额的10％作为医疗保险服务质量保证金，年终根据服务质量考核结果兑现，在服务协议中约定。

**第三十八条**  对符合双向转诊规定的市内住院患者可以连续计算起付标准。下级医院向上级医院转诊，转出医院不计算起付标准，转入医院计算起付标准;上级医院向下级医院转诊，计算起付标准，转入医院不计算起付标准。市外转诊，转出医院按正常出院结算。

**第三十九条**  参保人一次住院所发生的医疗费，在起付标准以下(含起付标准)的，不视为一个住院人次。

第八章 基金监管

**第四十条** 采取日常检查、专项监督、智能监控、突击检查、专家审查相结合等方式，对经办机构、定点医药机构、参保人及医疗救助对象等进行监督检查。

针对市定点医疗机构，按照其服务特点确定监管重点，二级及以上公立医院机构，重点查处分解收费、超标准收费、重复收费、套用项目收费、不合理诊疗及其他违法违规行为；基层医疗机构，重点查处挂床住院、串换药品、耗材和诊疗项目等行为；社会办医疗机构，重点查处诱导参保人住院，虚构医疗服务、伪造医疗文书票据、挂床住院、盗刷社保卡等行为。

针对定点零售药店，重点查处聚敛盗刷社保卡、诱导参保人购买化妆品、生活用品等行为。

针对参保人，重点查处伪造虚假票据支付、冒名就医、使用医保卡套现或套取药品、耗材倒买倒卖等行为。

针对医保经办机构（包括承办大病保险的商业保险机构），重点查处内审制度不健全、基金稽核不全面、履约检查不到位、违规办理医保待遇、违规支付医保费用以及内部人员“监守自盗”、“内外勾结”等行为。

**第四十一条** 建立定点医药机构信息报告制度，加强对定点医药机构报告信息的检查、抽查、分析、运用，对发现的问题依法处理。

**第四十二条** 建立欺诈骗保举报奖励制度，规范线索查办，依法保护举报人合法权益。经查证属实的，按相关规定对举报人予以奖励。

任何单位和个人有权对侵害医疗保障基金的违规违法行为进行举报、投诉。

**第四十三条** 医保经办机构应当遵守下列规定：

（一）根据国家有关基金预决算制度、财务会计制度建立健全医疗保障基金内部控制制度；

（二）建立与定点医药机构集体谈判协商机制，依法签订并履行服务协议；

（三）依照协议约定对定点医药机构的服务行为开展稽查审核；

（四）依照协议约定对定点医药机构违约行为进行处理，需要给予行政处罚的，移交同级医疗保障行政部门；

（五）不得组织或参与伪造变造证明材料，骗取、侵占、挪用医疗保障基金；

（六）法律法规和服务协议规定的其他义务。

**第四十四条** 定点医药机构及其工作人员提供医疗保障服务，应当遵守下列规定：

（一）严格履行医疗保障管理规定和协议约定；

（二）按要求向医疗保障行政部门报告监管所需信息，并对信息的真实性和完整性负责；

（三）向参保人及医疗救助对象出具医药费用详细单据及相关资料；

（四）核验参保人及医疗救助对象的医疗保障有效凭证，做到人证相符；

（五）对涉嫌欺诈、骗保的行为予以制止，情节严重的向医疗保障行政部门举报；

（六）不得伪造变造处方、病历、治疗检查记录、药品和医疗器械出入库记录、财务账目等材料骗取医疗保障基金；

（七）医疗保障管理的其他规定。

**第四十五条** 纳入协议管理的定点医疗机构执业医师（含可单独执业的助理执业医师）及药师、定点零售药店执业药师提供医疗保障医药服务，应当遵守下列规定：

（一）根据医疗保障管理规定和协议约定提供医药服务；

（二）医疗保障协议医师药师管理规定；

（三）不得伪造变造处方、病历、治疗检查记录、药品和医疗器械出入库记录、财务账目等材料骗取医疗保障基金；

（四）医疗保障管理的其他规定。

**第四十六条** 参保人及医疗救助对象使用医疗保障基金就诊、购药，应当遵守下列规定：

（一）持本人医疗保障有效凭证就诊、购药，并主动出示接受查验，不得将本人医疗保障有效凭证出租（借）给他人；

（二）不得伪造变造证明材料骗取医疗保障基金；

（三）医疗保障管理的其他规定。

第九章 附 则

**第四十七条** 本细则未尽事宜，参照职工基本医疗保险有关规定执行。

**第四十八条** 本实施细则由市医疗保障局、市财政局、市税务局在各自职责范围内负责解释。

**第四十九条** 本实施细则自2020年1月1日起施行。我市原城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗的有关规定，一律废止。国家和省另有规定的，按国家、省有关规定执行。