朝阳市城乡居民医疗保险管理办法

（征求意见稿）

第一章 总 则

**第一条** 为贯彻《辽宁省人民政府关于整合城乡居民医疗保险制度的实施意见》（辽政发〔2019〕12号），保障城乡居民公平享有医疗保险权益，促进全民医保体系健康发展，按照《朝阳市人民政府关于整合城乡居民医疗保险制度的实施方案》（朝政发〔2019〕 号），制定本办法。

**第二条** 城乡居民医保制度遵循的基本原则：

坚持统筹城乡、保障公平，系统规划、协调发展，完善机制、提升效能，互助共济、费用共担，平稳过渡、有序推进的原则。

第二章 参保登记和缴费

**第三条** 城乡居民医保参保对象为除城镇职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民（含本市户籍居民和符合条件的非本市户籍居民）。

**第四条** 城乡居民以家庭为单位按年度预缴费，在缴费期内一次性缴纳全年的医疗保险费；未能在规定缴费期内预缴的，设立待遇等待期。对城乡贫困群体，个人缴费部分由政府给予定额或全额资助。

**第五条** 参保人员连续缴费且达到规定年限的，提高待遇保障标准。

**第六条** 参加城镇职工基本医疗保险的，不得同时参加城乡居民医保。农民工和灵活就业人员依法参加职工基本医疗保险，确有困难的可按照有关规定参加城乡居民医保。

**第七条** 政府按国家规定给予财政补助，由各级财政部门按规定分担。市级以上财政补助资金直接划入朝阳市医疗保障金财政专户；市本级、县（市）区承担的财政补助金按期上缴财政专户。

**第八条** 加强基金征缴工作力度，将相关单位工作任务纳入政府年度考核目标。

市医疗保障局统筹规划协调全市基金征缴工作。市税务局负责参保居民的缴费工作。市教育局负责全市学生的参保组织工作，做到应保尽保。市民政局、市扶贫办、市残联负责提供职责范围内特定群体的参保人员信息。

第三章 基本医疗保险待遇

**第九条** 城乡居民医保基金用于支付参保人员符合规定的门诊、住院费用，不建立个人账户。

**第十条** 全市城乡居民医保制度统一执行国家、省基本医疗保险药品、诊疗项目和医疗服务设施项目目录及相关规定。

**第十一条** 参保人员发生的支付范围内的医疗费用，依据起付标准、支付限额和最高支付限额按比例支付：

（一）住院待遇。参保人员发生的住院医疗费用在起付标准以下部分由个人支付，起付标准以上，年度最高支付限额以下部分按照比例支付；异地就医、转诊住院和急诊抢救住院的，按相关规定执行。

（二）门诊待遇。参保人员到开展城乡居民医保门诊统筹及大、慢病服务的定点医疗机构就医。门诊统筹设立起付标准和季度最高支付限额，合规费用按比例支付；门诊大、慢病费用，实行按病种准入、按起付标准和定时限额（定额）结算、合规费用按比例支付。

第四章 大病保险待遇

**第十二条** 在城乡居民基本医疗保险基础上，建立全市统一的城乡居民大病保险制度。市医保经办机构统一向承办城乡居民大病保险的商业保险机构投保，所需资金在城乡居民医保基金中列支，个人不再额外缴费。

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。起付标准，支付比例按照国家、省有关规定执行，不设封顶线。

第五章 医疗服务管理

**第十三条** 建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度，门诊就医应选择签约医疗机构。

**第十四条** 医保经办机构与定点医疗机构签订服务协议，按协议规范双方行为。定点医疗机构应严格遵守法律法规和其他有关规定，履行服务协议。定点医疗机构违反服务协议，造成医疗保险基金损失的，医保经办机构应拒付或追回违规费用，并按情节轻重给予限期整改、暂停服务协议、解除服务协议等处理。情节严重的，由医疗保障行政部门依法给予行政处罚。

**第十五条** 定点医疗机构中提供医疗服务的执业医生（或具有处方权的执业助理医生）经医保经办机构登记备案，确定为医疗保险医保服务医生（简称医保医生），为参保人提供医疗服务。

第六章 基金筹集与管理

**第十六条** 城乡居民医保基金的来源：

（一）个人缴纳的医疗保险费；

（二）各级财政补助资金；

（三）基金的利息收入；

（四）社会捐助资金；

（五）其他公共资金；

（六）其他收入。

城乡居民医保基金免征税费。

**第十七条** 城乡居民医保基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算制度，设立朝阳市医疗保障基金财政专户，基金全部纳入财政专户中，统一征缴，统一支付，按照“收支两条线”管理，任何单位和个人不得挤占挪用，不得违规投资运营。

**第十八条** 各县(市)区财政部门将历年结余的医疗保险基金上缴市城乡居民医保基金财政专户，市财政部门对各县(市)区医疗保险基金收支情况进行分账核算。

**第十九条** 市财政部门在各县(市)区财政部门设立医疗保险基金收入过渡户，在各县（市）区医保经办机构设立基金支出户。各县(市)区税务部门将征收的医疗保险费及时缴入县(市)区财政部门医疗保险基金收入过渡户，各县(市)区财政部门及时将收取的医疗保险费上缴市财政城乡居民医保基金财政专户。

**第二十条** 市医保经办机构负责全市医保经办机构医疗保险基金支出管理工作，并根据基金收支情况按照“总量控制、定额预付、年终结算”的原则进行日常管理。每年初，根据上一年各地基金支出情况预付三个月的医疗保险即时结算周转金。

**第二十一条** 各县(市)区医保经办机构每月对上月医疗费实际结算金额进行汇总，并提出基金支出申请，报市医保经办机构，市医保经办机构汇总后报市财政部门。市财政部门根据市医保经办机构提供的各县(市)区医疗保险基金支出需求情况，按月将基金拨付到各县(市)区医保经办机构基金支出户。

**第二十二条** 各地医疗保险基金历年累存结余单独记帐，用于弥补本地医疗保险基金合理缺口。各县(市)区在完成基金征缴任务和财政补助，并按省市规定做好业务和基金管理的前提下，医疗保险基金支付有缺口的，历年累存基金有结余的，超支部分由各地历年累存结余基金支付，仍出现缺口的，由各县（市）区财政承担；对于未能及时筹措资金的县(市)区，市财政等额扣减财力，用于弥补基金缺口。
 **第二十三条** 医疗保险基金实行市级统筹，每年按国家和省要求进行预、决算，编制预、决算程序为:各县(市)区医保经办机构编制预、决算草案，经当地医疗保障行政部门、财政部门和税务部门审核后，报送至市医保经办机构审核。市医保经办机构负责汇总、编制全市预、决算草案，然后由市医疗保障行政部门、财政部门和税务部门共同将审核后的草案报有关部门汇总形成全市医疗保险基金预、决算草案后，报市政府审批。

第七章 基金监管

**第二十四条** 对欺诈骗保行为零容忍，要坚决打击，任何组织或个人，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金的，由医疗保障行政部门责令退回骗取的医疗保险费用，依法给予行政处罚；构成犯罪的，依法移交有关部门追究刑事责任。

**第二十五条** 医保经办机构要严格执行医疗保险财务管理制度，医疗保障行政部门依法对医疗保险费征缴和医疗保险基金支出情况进行监督检查，财政和审计部门依法对其收支、管理情况进行监督。被检查对象接受医疗保障行政部门监督检查时，应积极配合，按要求提供所需资料，不得拒绝检查、虚报、谎报、瞒报。

**第二十六条** 建立城乡居民医保基金定期审计制度，开展基金收支和管理审计工作，保障基金安全。

**第二十七条** 医疗保障行政部门和其他有关行政部门、医保经办机构及其工作人员不得将获得的资料或了解的情况用于基金管理以外的任何其他目的，不得泄露当事人的个人隐私和商业秘密。

第八章 附则

**第二十八条** 市医疗保障部门会同其他有关部门负责制定城乡居民医疗保险实施细则，城乡居民医疗保险筹资标准、待遇标准等根据国家、省有关政策和城乡居民医疗保险基金收支情况及医疗消费水平适时动态调整。

**第二十九条** 城乡贫困群体的相关医保制度按照健康扶贫政策执行。

**第三十条** 本办法由朝阳市医疗保障局负责解释。

**第三十一条** 本办法自2020年1月1日起施行，施行后国家和省另有规定的，按国家、省规定执行。我市原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的有关规定，一律废止。