

附件 3

《营口市城乡居民基本医疗保险 暂行办法》政策解读

中国社会保险
CHINA SOCIAL INSURANCE

《营口市城乡居民基本医疗保险暂行办法》 政策解读

中国社会保险
CHINA SOCIAL INSURANCE

基本框架

```
graph TD; A((《办法》)) --- B[一、总则]; A --- C[二、参保缴费与管理]; A --- D[三、基金筹集与管理]; A --- E[四、医疗保险待遇]; A --- F[五、医保支付范围]; A --- G[六、医保医疗服务管理];
```

一、总则

二、参保缴费与管理

三、基金筹集与管理

四、医疗保险待遇

五、医保支付范围

六、医保医疗服务管理

第一部分

总 则

01

制定原则

《办法》明确城乡居民基本医疗保险坚持全覆盖、保基本，促进制度与我市经济社会发展水平、城乡居民负担和基金承受能力相适应；坚持以收定支、收支平衡、略有节余，促进制度保障可持续发展；坚持统筹城乡、保障公平，促进城乡居民公平享有基本医疗保险权益；坚持协同推进、有效衔接，实行医保、医疗、医药三医联动，促进基本医疗保险、大病保险、医疗救助、商业健康保险等制度多层次发展。

02

关于主管部门

市医疗保障局负责本市城乡居民医保政策的制定、组织实施及管理工作。大石桥市医疗保障局、盖州市医疗保障局负责辖区内城乡居民医保组织实施和管理工作

市医疗保障事务中心负责本市城乡居民医保经办服务工作。

卫健部门负责医疗服务管理工作，加强对医疗机构的医疗服务行为和质量的监管；

财政部门负责制定和落实政府补助政策；

税务部门负责城乡居民医保费征缴工作；

教育部门负责中小学生参保缴费的组织和督促工作；

审计部门负责基金审计监督工作；

编制部门负责机构设置、人员编制核定及调整工作；

扶贫、民政、残联等部门按照职责分工，协助做好特定群体的参保组织工作。

第二部分

参保缴费管理



01

关于适用范围

《办法》适用于营口市行政区域内除城镇职工基本医疗保险应参保人员以外的所有城乡居民，包括：

- 1、具有营口地区户籍的城乡居民；
- 2、本市各高等院校中接受普通高等学历教育的全日制本科学生、高职高专、中专学生；
- 3、18周岁以下，各类在校中小學生及婴幼儿；
- 4、非本地户籍持本市居住证的人员及其18周岁以下的未成年子女；
- 5、根据实际情况，可以参照适用本办法的其他人员。

从2020年1月1日起，参保居民不再区分农村和城镇居民，不受城乡户籍限制。为实现应保尽保，《办法》规定持我市居住证的非本地户籍居民及其未成年子女也可参加我市城乡居民医保，按当地居民相同标准给予财政补助，与本地居民享受相同的医保待遇，为我市内的流动人口、农民工及其子女享受医保待遇提供了政策依据。各县（市）区要完善参保方式，实行全民参保登记，在乡镇（街道）、行政村、社区服务中心和学校提供便民参保服务，既做到应保尽保又要避免重复参保。



02

关于参保登记

《办法》规定，城乡居民持居民户口簿、身份证或居住证在户籍所在地或常住地社区（村）参加城乡居民医保；城乡各级各类在校学生以就读学校为单位参保，由学校统一组织办理。为避免重复参保登记，非营口户籍在营口辖区内参加城乡居民医保的参保人员，本人须做出未在其他地区参加基本医疗保险承诺。

《办法》明确了城乡居民医保费按自然年度一次性缴纳。通过社区（村）参保缴费的城乡居民续保缴费时间为11月1日至12月31日；通过院校、托幼机构参保缴费学生和未成年人，续保缴费时间为9月1日至10月31日（参保当年9月1日至12月31日视同缴费）。考虑到城乡居民医疗保险参保对象群体庞大、结构松散等特点，城乡居民医疗保险参保缴费工作由各县（市）、乡镇人民政府、学校负责组织实施。

关于参保缴费

《办法》明确规定，新参保的城乡居民（包括中断缴费后重新缴费的）设置待遇等待期，待遇等待期为60天，等待期满后开始享受医保待遇。但以下情形除外：

- 1、新生儿出生三个月之内（按自然月份计算三个月，如三个月累计不足90天，按90天计算）参加城乡居民医保不设等待期，缴费到账即可享受待遇，三个月之内发生的合规医疗费用给予报销；
- 2、职工因劳动关系终（中）止导致城镇职工医保终（中）断选择参加城乡居民医保的，个人应在终（中）止原基本医疗保险关系手续后90天内办理转移接续手续，并按当年城乡居民医保个人缴纳标准一次性缴纳基本医疗保险费后，从原医保停止享受待遇次日起享受城乡居民医保待遇；
- 3、当年度内退役士兵、刑满释放人员可按规定参加当年度城乡居民医保，自缴费到账次月起享受医保待遇；
- 4、本市户籍的高校毕业生，毕业当年度未就业的，毕业年度内可参加我市城乡居民医保，按城乡居民当年度缴费标准缴纳半年费用，自缴费到账次月起按规定享受当年度城乡居民医疗保险待遇。

第三部分

基金筹集与管理

01

关于基金筹集

《办法》明确城乡居民基本医疗保险实行个人缴费与政府补助相结合的筹资方式。全市执行“一制两档”的筹资方式，即未成年人个人缴费标准要低于成年居民缴费标准，平均个人缴费水平不低于国家规定最低标准，城乡缴费标准统一。

城乡居民医保筹资标准按照国家和省规定的筹资政策执行，根据我市经济社会发展水平和城乡居民医保基金运行情况进行调整。城乡居民医保政府补助资金除中央、省财政补贴的部分外，其余部分由市、县（市）区两级政府各按50%承担。政府对城乡医疗救助对象、建档立卡贫困人口参保个人缴费额给予全额资助。

《办法》明确大病保险基金主要从城乡居民医保结余基金中筹集，医保基金余额不足时，可通过提高城乡居民医保筹资标准解决。参保人员个人不单独缴费，参加城乡居民基本医疗保险的参保人员，同时享有城乡居民大病保险有关待遇。

02

关于基金管理

《办法》明确城乡居民医疗保险基金按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，实行市级社会保险基金财政专户管理。本办法实施前城镇居民医疗保险基金和新型农村合作医疗基金的滚存结余，以及市级统筹实施后城乡居民医疗保险基金当期结余全部纳入市级社会保障基金财政专户。

执行国家统一的社会保险基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。建立健全基金运行风险预警机制，对基金运行实行动态分析和监管，定期向社会公布城乡居民基本医疗保险基金收支和待遇享受情况，主动接受社会监督。

第四部分

医疗保险待遇

医疗保险待遇

医疗待遇标准是整个办法的核心内容，科学合理设定相关标准，关系到参保人员待遇保障水平、基金承受能力以及制度可持续发展等关键性问题。我市城乡居民医保现状为，新农合人数远高于城镇居民医保，但新农合待遇保障水平整体落后于城镇居民医保，因此在各类医疗待遇标准确定上，既要兼顾原新农合标准，也要综合平衡考虑城镇居民医保标准。在充分的基金平衡测算的基础上，遵循保障适度、兼顾公平的原则，参考《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）确定的“政策范围内住院费用支付比例保持在75%左右”的要求，立足我市社会经济发展水平、筹资水平、基金承受能力，确定了我市统一的城乡居民基本医疗保险各类医疗待遇保障标准。

01

关于医疗
待遇

《办法》明确城乡居民基本医疗保险参保人员依照本办法享有门诊医疗待遇（含普通门诊统筹及门诊特慢病）、住院医疗待遇（含异地就医）、生育分娩医疗待遇、大病保险医疗待遇四类医疗待遇。

关于门诊统筹、门诊规定病种、异地就医及大病保险待遇，我局将出台《营口市城乡居民大病保险实施办法》、《营口市城乡居民基本医疗保险门诊统筹办法》、《营口市基本医疗保险异地就医住院管理暂行办法》、《营口市基本医疗保险门诊特慢病管理办法》作出具体规范，故不在本办法中具体展开。

02

关于报销比例

《办法》明确统筹区域内一级及其以下医疗机构起付标准为300元、支付比例为80%，二级医疗机构起付标准为500元、支付比例为75%，三级医疗机构起付标准为700元、支付比例实行分段报销，起付标准以上5000元以下的，报销比例为60%，5000元以上的，报销比例为70%。

目前城乡居民医保重特大疾病患者在三级医院的实际报销比例差距较大，均衡城乡居民医保待遇主要是适当提高农村居民重特大疾病患者的保障水平，减少因病致贫，同时也要引导农村居民合理就医，避免医疗资源医保资源的双重浪费。因此《办法》规定在三级医院住院报销采取分段报销模式，引导参保人在病情较轻（医疗费较低）时主动选择报销比例高的基层医院；当病情较重在三级医院就诊，当医疗费用达到起付标准以上5000元以上时，提高住院报销比例，减轻参保人就医负担。

第五部分

医保支付范围

医保支付范围

在城乡居民基本医疗保险基金支付范围上，统一执行《辽宁省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《辽宁省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目和医疗服务设施项目目录》。

为保障女性参保人生育医疗待遇，《办法》规定女性参保人员在定点医疗机构发生的符合国家相关政策规定的产前门诊检查费及生育住院医疗费用、计划生育门诊费用纳入城乡居民医保基金支付范围，报销范围涵盖基本医疗保险目录及生育保险目录，报销比例与普通住院一致。



第六部分

医保医疗服务管理

关于费用结算



《办法》明确城乡居民基本医疗保险实行持卡就医结算，即参保居民在定点医疗机构发生的医疗费用，个人应承担的部分，由个人与医疗机构结算；应由基金支付的部分，由定点医疗机构向医疗保险经办机构申报结算。

关于定点医疗机构管理



《办法》明确城乡居民医保定点医疗机构实行协议管理，与职工医保定点医疗机构执行统一的协议管理办法。按照“先纳入后规范”的原则，将原城镇居民医保和新农合定点医药机构，整体纳入城乡居民医保协议管理范围，在2019年年底前按有关要求完成信息系统接入和医保服务协议签订等工作，未按时完成的，终止定点协议。优先将基层医疗机构纳入定点范围，合理确定乡镇定点医疗机构。对非公立医疗机构与公立医疗机构实行同等的定点管理政策。

关于定点医疗机构管理

医保经办机构根据医疗机构实际服务能力，按照《营口市基本医疗保险定点医药机构协议管理办法》，实行定点医疗机构分类管理，并签订服务协议，明确双方责任、义务，建立动态的准入退出机制，强化事中、事后监管。事中监管的主要方式是加强监督检查和经办稽核，开展医保智能监控和大数据分析审核，及时发现疑点和预警信息，制止违法违规问题的发生；事后监管的主要方式是对违反医保服务协议的行为由经办机构依据协议处理（扣抵押金、暂停医保结算等），对违反社会保险法的行为，有医疗保障等行政部门依据社保法87、88条处理（处以罚款、解除服务协议、吊销执业资格等），对涉嫌犯罪的移交公安部门查处。