

户口簿营口市城乡居民基本医疗保险暂行办法

(营政发〔2019〕16号 2019年9月27日公布)

第一章 总 则

第一条 为建立健全城乡居民基本医疗保险制度，切实保障城乡居民的基本医疗需求，根据《社会保险法》《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)，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内城乡居民基本医疗保险(以下简称“城乡居民医保”)的实施和管理适用本办法。

第三条 城乡居民医保制度建立的基本原则：

(一) 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；

(二) 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；

(三) 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；

(四) 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。

第四条 城乡居民医保制度实行覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理 etc 市级统一，并统一经办服务和信息系统，提高运行质量和效率。

第五条 各级政府应将城乡居民医保工作纳入本地区经济社会发展规划，将城乡居民医保的参保缴费、财政补助、组织宣传等工作纳入年度考核指标，加强组织领导，确保应保尽保。

各乡镇（办事处）、村（社区）要把城乡居民参保作为重要工作内容，全力协助医保经办、税务部门做好城乡居民参保登记、缴费工作。

第六条 市医疗保障局负责全市城乡居民医保政策的制定、组织实施及管理工作。市医疗保障事务中心负责全市城乡居民医保经办服务工作。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。

第七条 下列部门应按照各自职责做好城乡居民医保相关工作：

（一）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；

（二）财政部门负责制定和落实政府补助政策；

（三）税务部门负责城乡居民医保费征缴工作；

（四）教育部门负责中小學生参保缴费的组织和督促工作；

（五）审计部门负责基金审计监督工作；

（六）编制部门负责机构设置、人员编制核定及调整工作；

（七）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。

第二章 参保缴费与管理

第八条 城乡居民医保参保对象为除城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）应参保人员以外的其他所有城乡居民。具体包括以下人员：

（一）具有营口地区户籍的城乡居民；

（二）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；

（三）18周岁以下，各类在校中小學生及婴幼儿；

（四）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；

（五）根据实际情况，可以参照适用本办法的其他人员。

城乡低保、特困人员、生活困难的重度残疾人（1、2级）、建档立卡等贫困人口可选择参加城乡居民医保，参保年限不计入职工医保参保年限。

成年居民参加城镇职工养老保险的人员应参加职工医保，原则上不得参加城乡居民医保。

第九条 城乡居民按照下列方式参保：

（一）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，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；

（二）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。

第十条 城乡居民医保缴费标准由市医疗保障局和市财政局根据国家、省政策要求制定，结合本地实际情况适时调整，并向社会公布。个人缴费不得低于国家规定最低标准

第十一条 城乡居民医保费按自然年度一次性缴纳，具体缴费时间如下：

（一）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；

（二）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；

（三）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。

第十二条 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。下列情况不设置待遇等待期：

（一）新生儿出生三个月之内参加城乡居民医保，缴费到账即可享受待遇，三个月之内发生的合规医疗费用由医保基金按规定支付；三个月至一年内参加城乡居民医保，缴费到账即可享受待遇；

（二）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；

（三）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；

（四）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。

第十三条 参保居民进入医疗保险待遇享受期后，个人缴纳的医疗保险费不予退还。

第三章 基金筹集与管理

第十四条 城乡居民医保坚持多渠道筹资，实行个人缴费与政府补助相结合的筹资方式。个人缴费不得低于国家规定最低标准。政府补助资金纳入各级财政年度预算，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，财政部门应按规定及时、足额拨付到位。

鼓励有条件的乡镇（街道）、集体、单位或其他社会组织给予扶持或资助。

第十五条 大病医疗保险资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，根据国家、省规定的筹资政策和我市实际情况，适当提高城乡居民医保筹资标准。

第十六条 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。

第十七条 城乡居民医疗保险基金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。强化预决算管理，提高基金使用效率。根据年度参保人数、筹资标准及累计结余情况编制年度基金收入预算；根据疾病发生情况、历年门诊、住院次均费用及相关医保支付政策编制基金支出预算。城乡居民医保基金预算执行和调整严格按有关规定执行。

第十八条 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控。加强基金监督，严格规范基金支出，确保基金安全。

第四章 医疗保险基金支付范围和医疗保险待遇

第十九条 城乡居民医疗保险统一执行《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》。

第二十条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （一）在境外就医的；
- （二）应当从工伤保险基金中支付的；
- （三）应当由公共卫生经费负担的；
- （四）应当由第三方责任人负担的；
- （五）因打架、斗殴、酗酒、交通事故、医疗事故、伤害责任事故、故意自伤自残（精神病患者除外）发生的；
- （六）毒品、麻醉药品成瘾性、戒毒、戒烟等发生的；
- （七）其它不符合国家和省、市有关城乡居民医保支付范围规定的费用。

第二十一条 城乡居民医保所筹集的基本医疗保险费，全部用于建立城乡居民医保统筹基金，不建立个人（家庭）账户。统筹基金主要用于支付参保居民符合基本医疗保险政策范围内的门诊（基本门诊统筹与门诊规定病种）和住院医疗费，城乡居民医保年度最高支付限额 6 万元。个人年度内累计负担的合规医疗费用超过城乡居民大病保险起付线部分，由大病保险基金支付。

第二十二条 住院待遇。参保居民在定点医疗机构发生的起付标准以上，基金支付限额以下的住院医疗费用，按照下列标准报销：

（一）住院起付标准。一级（含社区卫生服务中心和乡镇卫生院，无等级有住院资质的医疗机构视同一级医院，下同）二级、三级医疗机构住院起付标准分别为 300 元、500 元、700 元。统筹区域内由低级医疗机构转往高级医疗机构起付标准按高级别医疗机构起付标准补足差额，由高级医疗机构转往低级医疗机构不再设定起付线。参保人员患结核病、精神病、传染性疾病，在定点专科医院住院的，不设起付标准。

（二）报销比例。在一级、二级、三级医疗机构住院的报销比例分别为 80%、75%、70%；在三级甲等综合医疗机构住院实行分段报销，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%。

第二十三条 生育医疗待遇。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。

第二十四条 非营口户籍的大中专学生法定假日、寒暑假、休学期间在户籍地或学生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我市支付标准。

第二十五条 下列医疗费用的报销范围和标准，由市医疗保障局另行制定：

- （一）基本门诊统筹；
- （二）门诊规定病种；
- （三）个人负担的合规费用超出基金年度最高支付限额；
- （四）学生在校学习期间意外伤害门诊医疗费；
- （五）异地就医。

第五章 医保医疗服务管理

第二十六条 承担城乡居民医保服务的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。医保经办机构根据医疗机构实际服务能力，按照定点医疗机构协议管理相关规定，签订服务协议，明确双方责任、义务，实行定点医疗机构分类管理，建立动态的准入退出机制，强化事中、事后监管。

第二十七条 建立健全医保经办机构与医疗机构的谈判协商和风险担当机制，引导定点医疗机构规范服务行为，控制医疗费用不合理增长。

第二十八条 坚持“总额预算、分类管理，合理调控、风险共担”的原则，实行总额控制下的按病种、按床日、按人头付费等多元复合式支付方式，形成责任共担与激励机制相结合的费用结算管理模式。参保人员持社会保障卡到定点医疗机构就医，与定点医疗机构直接结算个人承担的医疗费用；应由统筹基金支付的，由医保经办机构与定点医疗机构结算，结算办法另行制定。

第二十九条 定点医药机构不执行城乡居民医保有关规定或违反协议规定的，医保经办机构要按照协议规定，根据违约情节的轻重，相应采取拒付费用、暂停结算、限期整改、终止协议等措施，同时移交医疗保险行政部门进一步处理。

第六章 附 则

第三十条 本办法由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。