|  |
| --- |
| **关于印发《镇江市城乡居民医疗保险办法**  **实施细则》的通知**  **（镇人社发〔2017〕186号）** |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 镇江市城乡居民医疗保险办法实施细则    为进一步做好我市城乡居民医疗保险工作，根据《镇江市人民政府关于整合全市城乡居民医疗保险制度的意见》（镇政发〔2017〕37号），（以下简称《实施意见》）精神，制定本实施细则。    第一章 参保登记管理  第一条 城乡居民医疗保险制度包括城乡居民基本医疗保险制度和城乡居民大病保险制度。  第二条 凡具有本市户籍，非必须参加职工基本医疗保险的城乡居民（含婴幼儿）和驻镇高校、技职院校、中小学与幼儿园在校学生均应当参加城乡居民医疗保险；持有本市临时居住证一年以上，未参加户籍地社会医疗保险的外来非从业人员可以参加本市的城乡居民医疗保险。  第三条 参保登记  （一）城乡居民医疗保险统一按自然年度参保登记缴费。每年10月15日至12月15日为城乡居民医疗保险的参保登记期，城乡居民应以家庭为单位，到户籍所在地（持有临时居住证的非本市户籍人员到居住地）的村、社区办理下一年度参保登记和个人缴费手续。  （二）学生统一参加城乡居民医疗保险按自然年度参保登记缴费。全市各驻镇高校、技职院校和中小学、幼儿园负责在校学生的参保登记和缴费办理工作。每年9月至10月为学生参加下一年度参保登记期，各辖市、区属幼儿园、小学、中学等在各辖市、区社会保险管理中心（以下称“社保中心”）办理登记参保，市属中学、技职院校和驻镇高校在所在地的市或辖市社保中心办理登记参保。  （三）因退役、外地就学毕业、外出务工回乡等原因，户籍迁入本市，非必须参加职工基本医疗保险的居民，且在外地未参加基本医疗保险的，允许在年度内非参保登记期中途参保。  第四条 登记办法  （一）新参加城乡居民医疗保险的居民，在其所在的村、社区登记、建立电子及书面文档，录入个人身份证号码、姓名、人员类别、联系电话、通信地址等信息，办理社会保障卡，并到所属银行签订城乡居民医疗保险费代扣协议，存入相应的医疗保险费，实行代扣代缴。续保人员凭身份证、社会保障卡到所在的村（社区）办理参保登记。各辖市、区社保中心负责辖区城乡居民医疗保险参保登记的确认工作，汇总各类人员参保数据。  （二）全市各驻镇高校、技职院校和中小学、幼儿园在校学生参保，由所在学校登记、建立电子文档，录入个人的相关信息，各学校按属地集中到各级社保中心办理，各级教育主管部门负责学生参加城乡居民医疗保险的组织、实施与督促工作。  （三）本市户籍的新生儿和退伍士兵须在出生或退伍6个月内到所属社保中心办理参保登记和缴费手续，即从出生之日或退伍之日起享受城乡居民医疗保险待遇；出生或退伍超过6个月办理参保登记的，须从出生或退伍之月起补缴城乡居民医疗保险费，自办理参保缴费手续之日起享受医疗保险待遇。  （四）社会医疗救助的基本对象参加城乡居民医疗保险在村（社区）办理参保登记时应携带相关有效证件。  （五）基本医疗保险应连续参保缴费，城乡居民未连续缴费造成基本医疗保险关系停保或中断参保的，再次登记续保，须补缴中断参保期间的医疗保险费，自办理续保缴费手续之日起享受医疗保险待遇。  第五条 变更管理  （一）中断保险。参加城乡居民医疗保险的参保人员中途被单位录用的，可以凭身份证或社会保障卡到所属社保中心办理城乡居民医疗保险的中断手续。  （二）险种变更。城乡居民医疗保险参保人员需转入职工基本医疗保险的，应以转入时上年度在岗职工平均工资为基数，按4%的比例补缴职工基本医疗保险费，补缴的城乡居民医疗保险缴费年限，可按职工基本医疗保险的缴费年限予以累计计算。补缴的医疗保险费用全部划入职工基本医疗保险统筹基金。  （三）恢复保险。当年已经参加城乡居民医疗保险，后被单位录用，缴纳职工基本医疗保险费后，又与单位解除劳动关系，导致职工基本医疗保险中断的参保人员，可以恢复其城乡居民医疗保险待遇。  （四）关系转移。参保人员跨区域之间变动，应由转出地社保经办机构出具参保人在当地参加社会保险的证明，到转入地办理接续。  （五）注销保险。参保人员死亡，在结清医疗费用后，由其亲属持其死亡证明、社会保障卡，到社保中心办理死亡注销手续。    第二章 基金筹集与管理  第六条 城乡居民医疗保险费由参保人员个人缴费和财政补助资金组成。  （一）城乡居民医疗保险缴费标准由人社部门与财政部门会商确定。  具有本市市区户籍的居民，女性50周岁（含50周岁）以上、男性60周岁（含60周岁）以上，个人缴费减半，个人缴费的其余部分由政府补助；70周岁以上，个人缴费部分由政府全额补助。各辖市结合实际情况确定缴费标准。  （二）持有本市临时居住证一年以上的外来非从业人员参保缴费，财政不予补助，按全额缴费标准缴纳（个人缴费部分与财政补助部分之和）。  第七条　 享受计划生育政策待遇的职工子女、在校学生，个人参保缴费部分由单位和个人各承担一半。  第八条　各级社保中心负责城乡居民医疗保险费的征缴和社会保险变更工作，镇（街道）人社服务中心、村（社区）人社服务站负责城乡居民医疗保险参保登记和缴费工作；学校负责在校学生参保缴费办理工作，并将费用及时交至社保中心。由于特殊情况，发生转保、退保、转学、退学及其他终止参保等情形的，所缴纳的居民医疗保险费不予退还。  第九条 市和各辖市、区社保中心负责归集居民个人缴费，财政部门负责补助资金的安排，财政补助资金和居民个人缴费资金应在每年3月底前归集到基金专户。  第十条 城乡居民医疗保险费根据收支平衡原则按年度筹集，纳入财政专户管理，收支两条线，专款专用，接受审计监督，不得挤占、挪用。城乡居民医疗保险工作经费，不得从城乡居民医疗保险基金中提取，各级财政应以参保缴费人员为基数，按一定标准，每年由财政预算安排。建立全市城乡居民医疗保险基金风险调节金和储备金制度，风险调节金和储备金提取、管理与使用办法，由人社部门会同财政部门另行研究制定，并报市政府批准实施。    第三章 基本医疗保险待遇  第十一条 全市城乡居民基本医疗保险待遇由门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育待遇等组成。参保人员发生的符合本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的医疗费用（以下称“医保制度内费用”），按门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育保险待遇规定支付。  第十二条 门诊医疗待遇。  （一）普通门诊统筹。城乡居民基本医疗保险实行普通门诊基层首诊制度，参保人员在本人定点的社区卫生服务机构（包括中心及其下属站）、乡镇卫生院（含村卫生室）发生的医保制度内普通门急诊医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金支付50%。参保人员医保制度内普通门急诊医疗费用，年度内基金支付最高限额为个人缴费标准的3倍。  （二）慢性病门诊统筹。参保人员在本人定点的社区卫生服务机构（包括中心及其下属站）、乡镇卫生院（含村卫生室）发生的规定范围内慢性病病种的医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金支付50%，城乡居民基本医疗保险基金年度内支付最高限额为个人缴费标准的8倍。社区卫生服务机构、乡镇卫生院的慢性病病种范围暂定为：高血压、糖尿病、前列腺增生、系统性红斑狼疮、慢性肾功能衰竭等5种病种。参保人员在定点的二级及以上医疗机构发生的规定范围内慢性病病种的医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金支付50%，城乡居民基本医疗保险基金年度内支付最高限额为个人缴费标准的15倍。定点二级及以上医疗机构慢性病病种范围暂定为：精神病、慢性肝炎、癫痫、结核病、再生障碍性贫血等5种病种。  （三）特殊重大疾病门诊统筹。参保人员因患规定范围内的特殊重大疾病门诊诊治病种，在定点二级及以上医疗机构发生的医保制度内门诊医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金按不同疾病给予不同支付待遇及其待遇标准：患终末期肾病进行透析治疗的，医保制度内门诊医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金支付70%，不设基金最高支付限额；患规定范围内其他重大疾病门诊诊治病种，医保制度内门诊医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金支付50%，年度内基金最高支付限额为个人缴费标准的15倍。特殊重大疾病门诊诊治病种范围暂定为：重性精神病、耐多药结核病、终末期肾病、癌症（包括白血病等各种恶性肿瘤）、血友病、器官移植术后抗排异治疗、先天性心脏病、甲亢、儿童苯丙酮尿症等9种病种。  （四）参保人员在定点医院救治时，因治疗需要使用“江苏省人力资源和社会保障厅纳入特殊药品管理范围”的药品，纳入特殊药品项目管理，具体特殊药品管理、救治标准和费用结算办法按照本市特殊药品管理办法执行，不设基金最高支付限额。  第十三条 住院医疗待遇。参保人员发生的医保制度内的住院医疗费用，实行分次结算。  （一）参保人员在本人定点社区卫生服务机构或乡镇卫生院发生的500元以上的部分医保制度内住院医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金支付75%。  （二）参保人员在本市二级医院发生的医保制度内住院医疗费用分段按比例支付：1000元以上、1万元以下（含1万元）部分，城乡居民基本医疗保险基金支付55%；1万元以上、5万元以下（含5万元）部分，支付65%；5万元以上部分，支付75%。在本市三级医院发生的的医保制度内住院医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金支付比例比在二级医院住院支付比例下降5个百分点。  第十四条 生育保险待遇。参保人员发生的符合计划生育规定的生育费用，城乡居民基本医疗保险基金按平产1000元（含产前检查费用）、剖宫产1200元（含产前检查费用）的标准支付。  第十五条 城乡居民基本医疗保险基金年度内支付参保人员门诊和住院基本医疗费用累计最高限额为本市上年全体居民人均可支配收入的8倍，超过部分城乡居民基本医疗保险基金不再支付。终末期肾病进行的透析治疗、使用特殊药品及规定范围的其他特殊重大疾病住院医疗费用不设基金支付最高支付限额。  第十六条享受计划生育政策待遇的职工子女、在校学生，其不符合本办法规定的门诊和住院医疗费用，仍由原承担其医疗待遇的单位按计划生育子女政策待遇的有关规定执行。凡未参加社会医疗保险的，学生及职工子女父母所在单位应不予报销其应由医保基金支付的费用。    第四章 大病保险  第十七条 城乡居民基本医疗保险参保人员全员参加城乡居民大病保险。  第十八条 城乡居民大病保险实行财政补助与居民个人合理分担的筹资机制，基金直接从城乡居民基本医疗保险基金中划拨，并根据实际运行情况，动态调整。  第十九条 参保人员年度内个人自付的医保制度内医疗费用，累计达15000元以上、5万元以下（含5万元）部分，大病保险基金支付50%；5万元以上、10万元以下（含10万元）部分，大病保险基金支付60%；10万元以上部分，大病保险基金支付70%。  第二十条 参保人员患有规定范围内的特殊重大疾病，在享受城乡居民基本医疗保险待遇基础上，城乡居民大病保险基金按不同病种及费用范围再给予一定比例的支付：  （一）患终末期肾病进行透析治疗，医保制度内门诊医疗费用的个人支付部分，城乡居民大病保险基金再给予支付70%。  （二）患规定范围内的其他特殊重大疾病门诊诊治病种，医保制度内门诊医疗费用的个人支付部分，城乡居民大病保险基金再给予支付20%。  （三）凡第一诊断是城乡居民特殊重大疾病保障范围的病种，实施定点救治并采取全程规范化治疗的，发生的医保制度内住院医疗费用的个人支付部分，城乡居民大病保险基金再给予支付50%。特殊重大疾病住院治疗发生的医疗费用不得超过政府指导价（限定费用标准），超出部分由定点医疗机构承担。特殊重大疾病住院治疗的病种范围暂定为:儿童白血病、儿童先天性心脏病、脑梗死、精神病、耐多药结核病、艾滋病机会性感染、急性心肌梗塞、唇腭裂、原发性肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、乳腺癌、宫颈癌、慢性粒细胞白血病、Ⅰ型糖尿病、尿道下裂等18种病种。  第二十一条 参保人员患规定范围内的部分特殊重大疾病，在享受城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇后，个人医疗负担仍然较高，导致家庭基本生活困难的，社会医疗救助基金和“慈善助医”资金可给予一定补助，具体补助标准和办法由市慈善总会另行研究制定。  第二十二条 城乡居民大病保险采取向商业保险机构购买服务的方式实施，由市医保中心统一组织全市招标。    第五章 医疗保险管理和监督  第二十三条 参保人员就医管理  （一）参保人员在定点医疗机构就医，须凭本人的社会保障卡和医疗保险证历就医，划卡办理挂号、住院登记、结算等手续。参保人员应当保管好本人的社会保障卡，按照医疗保险有关规定使用社会保障卡就诊，协助医保经办机构对就诊情况进行审核调查。  （二）参保人员定点就医的社区卫生服务机构在参保年度内不得改变，因居住地变换确需变动的，可在下年度续费时将医疗保险关系转移到新居住地，定点社区卫生服务机构随之改变。  （三）参保人员在定点医疗机构就医发生的医疗费用，应由城乡居民医疗保险基金支付的部分，通过社会保障卡记账后由医保经办机构与定点医疗机构结算；属于个人承担的部分，由个人支付给定点医疗机构。  （四）参保人员结算医疗费用，按照基本医疗保险基金支付范围及基本医疗保险药品目录、诊疗目录、材料目录等有关规定执行，使用注有★号的药品和诊疗项目，应先由个人自付规定比例的费用，再按基本医疗保险的规定支付。  （五）参保人员转外地治疗的，按照本市社会医疗保险转外地就诊办法执行。在本市参保的在校学生，因假期在居住地（非本市参保统筹区）发生的医药费用，视同在本市就诊，回参保地的医保经办机构或定点社区卫生服务机构报销。  第二十四条 城乡居民医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准执行全市统一的基本医疗保险目录管理政策。参保人员在定点医疗机构就医，应当符合城乡居民医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录的管理规定，对社区卫生服务机构、一级、二级和三级医疗机构实行用药分级分类管理，定点医疗机构在使用和提供目录外自费药品、耗材及医疗服务时，须事先书面告知（紧急抢救治疗除外），征得患者同意，主动提供每日医疗费用明细清单。  第二十五条 下列医疗费用，不纳入城乡居民医疗保险基金支付范围：  （一）在非定点医疗机构发生的医疗费用；  （二）不属于基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录的费用；  （三）应当从其他社会保险基金中支付的医疗费用；  （四）应当由第三人负担的医疗费用；  （五）应当由公共卫生负担的医疗费用；  （六）各类鉴定费用；  （七）因犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、自杀、自伤、自残和违反法律法规行为，以及因医疗事故或民事、刑事伤害等发生的医疗费用；  （八）在境外和国外发生的医疗费用；  （九）已享受过社会医疗保险（职工基本医疗保险、城乡居民医疗保险）待遇的医疗费用；  （十）国家、省和本市规定其他城乡居民医疗保险不予支付的费用。  第二十六条 定点医疗机构协议管理  （一）定点医疗机构协议管理按照本市社会医疗保险定点医疗机构协议管理规定执行。医疗保险经办机构与定点医疗机构应当就医疗保险服务和费用结算等签订服务协议，明确各自权利和义务。建立医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制，发挥医疗保险对医疗服务和药品费用的制约作用。  （二）城乡居民医疗保险实行医疗保险服务医师管理制度。定点医疗机构执业的具有执业（助理）医师资格的医师，向医疗保险经办机构申请审核登记注册。经登记注册后的医师才能为参保人员提供医疗服务。未登记注册和被取消医保服务医师资格的人员，定点医疗机构一律不得安排有关医保医疗服务岗位。  第二十七条 医疗费用结算管理  （一）医保经办机构应严格按照医疗保险政策规定、医疗保险服务协议和医疗保险费用结算办法与定点医疗机构结算。坚持“总额预算”管理，完善复合式付费制度，强化预算执行的刚性，建立“差别化”付费制度，促进和引导“分级诊疗”实施，提高医疗保险付费的科学性、合理性、精准度。  （二）医疗保险经办机构应当加强对定点医疗机构的外部制约与控制，对参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用加强检查和审核，严格遏制不合理医疗费用。定点医疗机构应当严格执行医疗保险管理的相关规定，因病施治、合理检查、合理用药、合理收费，规范医疗行为，提高服务质量。定点医疗机构应当认真核对参保居民的就医凭证，病历书写规范，病历记录应真实、完整、准确，并严格掌握住院标准。建立对定点医疗机构的考核激励机制，严格控制不合理医疗费用增长，促进城乡居民医疗保险基金收支平衡，健康、安全、可持续运行。  第二十八条 建立信息化、智能化的城乡居民医疗保险经办管理服务系统。统一全市城乡居民医疗保险信息系统建设，实现全市医疗保险信息数据的统一集中共享，方便全市城乡居民就医结算，推进城乡居民医疗保险网上经办、网上结算、网上支付和移动支付系统建设；建设城乡居民医疗保险智能化监管系统。  第二十九条 建立城乡居民医疗保险市场化运行机制。完善城乡居民大病保险等补充保险的商业保险机构再保险机制，规范商业再保险协议管理，依托银行网点建立城乡居民医疗保险费委托代收机制，探索城乡居民医疗保险基金专户存储利息谈判机制，促进基金保值增值。基层服务机构、学校和指定的银行储蓄网点代收医疗保险费，应当向参保居民出具由财政部监制的专用票据，并在规定时间内将城乡居民基本医疗保险基金全额解缴至财政专户。  第三十条 医保经办机构应按照人社部门与财政部门的要求建立健全城乡居民医疗保险基金预决算制度和财务会计等制度，主动接受审计、监察部门对城乡居民医疗保险基金的筹集、使用和管理情况的监督检查，确保基金安全运行。  第三十一条 建立人力资源社会保障部门与卫生计生、食药监，以及纪检监察、公安、检察院、法院等部门，对医疗保险违规违法违纪行为的联动监督管理执法机制。医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商建立谈判机制，医疗保险经办机构参与全市药品、医用耗材等招标采购与价格谈判过程。    第六章 附 则  第三十二条 全市统一执行本细则，各辖市原执行的城乡居民医疗保险政策中高于本细则的医疗保险待遇部分，可以通过制订实施相关补充保险的方法予以弥补。设立三年的政策整合过渡期，市区和各辖市可在三年内，逐步平稳过渡到本细则规定的全市统一政策标准。  第三十三条 本细则由市医保中心负责解释。  第三十四条 本细则从2018年1月1日起实施。 |