咸宁市城乡居民基本医疗保险实施办法

（征求意见稿）

第一章 总则

　　第一条 为进一步完善我市城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）制度，根据《中华人民共和国社会保险法》《省人民政府关于城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（鄂政发〔2017〕9号）、《省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（鄂政办发〔2022〕35号）和《省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险市级统筹的实施意见》（鄂政办发〔2022〕36号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 居民医保遵循以下原则：

（一）坚持“全覆盖、保基本、多层次、可持续”，医疗保障水平与经济社会发展水平相适应，确保人民群众有更多的获得感。

　　（二）坚持“筹资互助共济、费用共同分担”，保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益。

　　（三）坚持基金“以收定支、收支平衡、保障适度、略有结余”，实现制度可持续发展。

　　（四）坚持与大病保险、医疗救助和各类补充医疗保险等制度和政策相衔接，为城乡居民提供优质便捷高效的服务。

第三条 本市行政区域内除职工基本医疗保险（以下简称职工医保）应参保人员以外的其他所有城乡居民，均按本办法纳入居民医保覆盖范围，不受户籍限制。

城乡居民不能同时参加职工医保和居民医保，不得重复享受职工医保和居民医保待遇。

第四条  居民医保实行市级统筹“六统一”管理，即统一政策制度、统一待遇标准、统一基金管理、统一经办服务、统一定点管理、统一信息系统建设。

第二章 基金筹集

　　第五条 居民医保基金按照个人缴费与政府补贴相结合的方式筹集。鼓励有条件的乡镇（街道）、村（社区）或其他社会经济组织给予扶持或资助。逐步建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的稳定筹资机制。

　　居民医保财政补助资金由各级人民政府按规定比例分担，各县（市、区）人民政府应将居民医保补助资金纳入年度预算，并及时足额拨付到位。

　　第六条 居民医保筹资标准严格执行国家和省规定的筹资政策，全市所有城乡居民按照统一筹资标准缴纳个人医保费。

　　探索建立个人缴费与城乡居民人均可支配收入相衔接的缴费动态调整机制，合理划分政府与个人的筹资责任，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费比重。

第三章 参保缴费

第七条 城乡居民参保实行年缴费制，原则上以家庭为单位参保，由所在村（社区）负责办理居民个人参保登记和缴费手续。在校学生、在园（所）幼儿以学校（园、所）为单位集中参保登记缴费。各县（市、区）人民政府要制定有效措施，避免学生既以家庭为单位又以学校为单位重复参保。

居民医保缴费期原则上为当年9月1日至12月31日，次年1月1日至12月31日享受相应的居民医保待遇。根据工作需要，市级医疗保障部门会同税务部门可适当延长集中参保缴费期。

在校大（中专）学生，缴费期为当年9月1日至11月30日，待遇享受时间为当年9月1日至次年12月31日。

新生儿应使用本人真实姓名和身份证明参保登记，出生当年免缴参保费用，次年以新生儿本人身份参保缴费。

第八条 城乡居民首次参保应凭本人身份证或户口簿在医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）、行政村（社区）或通过线上渠道办理登记手续。居民医保费实行个人自行缴纳和集中登记缴纳等方式，个人自行缴纳的可通过鄂汇办、楚税通、手机银行等线上平台或前往定点银行等方式缴费；以家庭为单位集中登记缴纳的，由所在行政村（社区）负责组织参保登记和缴费。

温泉办事处、浮山办事处城镇居民（含咸安区辖区内在校学生、在园（所）幼儿）的医保管理和经办职能由咸安区承办。

第九条 居民医保实行分类资助参保。

特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、丧失劳动能力的残疾人、符合代缴条件的优抚对象、严重精神障碍患者和计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女，按其个人应缴费额给予全额资助。

城乡最低生活保障对象，按其个人应缴费额的90%给予定额资助。

低收入家庭中60周岁以上的老年人、未成年人以及县级人民政府批准的其他特殊困难人员，参加居民医保所需个人缴费资金由当地人民政府按其个人应缴费额的50%给予补贴。

农村低收入人口、稳定脱贫人口过渡期资助参保按巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略有关政策规定执行。

按规定享受资助政策的困难人员，参加居民医保所需个人缴费资金，由相应的职能部门负责落实。同一人员同时符合多种资助缴费政策时，按照就高不就低的原则予以资助，不得重复资助。

第十条 参保居民待遇享受期生效后，已缴纳的医保费不予退还。

第四章 医疗保险关系接续

第十一条 参保城乡居民未按规定时间参保缴费的，视同年度中途参保。年度中途参保的，按照当年居民医保个人缴费标准缴纳医保费（不含各级财政补助标准），从缴费之日（以缴费凭证日期为准，下同）起计算待遇等待期，时间为90天，待遇等待期内发生的医疗费用，居民医保基金不予支付。

第十二条 我市参保人员已连续2年(含2年)以上参加职工医保因就业等个人状态变化转为参加居民医保的，自缴费之日起享受居民医保待遇。

第十三条 居民医保关系由异地转入的，从原参保地转出之日起3个月内办理参保缴费手续。符合政策规定从职工医保转入居民医保的，在职工医保缴费（年度无欠费）期满之日起3个月内办理参保缴费手续，自缴费之日起，办理入院登记手续后发生的合规住院医疗费用，按当年居民医保政策待遇结算。3个月后缴纳居民医保费的，视为年度中途参保。

第十四条 失业后中断职工医保缴费的失业职工，从中断就业之日起3个月内（以《单位解除或（终止）劳动合同证明书》时间为准计算）选择参加居民医保，按规定缴纳居民医保费的，从缴费之日起享受当年居民医保待遇。3个月后缴纳居民医保费的，视为年度中途参保。

第十五条 退役军人、刑满释放人员等其他医疗保障制度保障人员，退出原医疗保障制度后3个月内参加居民医保的，从缴费之日起享受当年居民医保待遇。3个月后缴纳居民医保费的，视为年度中途参保。

第十六条 已经参加居民医保的短期季节性务工人员或灵活就业人员，在居民医保待遇享受期内参加职工医保，按规定享受新参加的医保待遇，暂停原居民医保待遇，短期务工结束后，按规定及时恢复原居民医保待遇，确保待遇有效衔接。

　第五章 保障待遇

　 第十七条 居民医保门诊待遇包括普通门诊统筹、高血压和糖尿病门诊用药保障（以下简称“两病”）以及门诊慢特病等待遇。

门诊统筹待遇。居民医保普通门诊统筹不设起付标准，年度最高支付限额350元，年度支付限额限当年使用，不结转下年。参保居民在定点医疗机构普通门诊就医发生的政策范围内医疗费用，医保基金按50%支付，日基金支付限额二级及以上定点医疗机构、乡镇卫生院（城市社区卫生服务中心）、村卫生室（城市社区卫生服务站、诊所）分别为50元、25元和15元。普通门诊统筹支付比例、支付限额根据居民医保基金运行情况适时调整。

“两病”门诊用药保障。“两病”门诊用药保障年度支付限额在普通门诊统筹年度最高支付限额基础上增加200元，与普通门诊统筹支付限额合并使用，医保基金按50%支付，不实行单日限额管理。

门诊慢特病待遇。参保居民患慢特病达到规定标准的,可申报办理居民医保慢特病门诊医疗待遇，其门诊费用按规定限额报销。符合特殊药品使用规定的，按规定享受相关待遇。门诊慢特病管理办法由市医疗保障部门另行制定。

第十八条 参保居民在实行药品零差率销售的医保定点乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心（站）、村卫生室发生的挂号费、诊查费、注射费（不含国家规定允许收取费用的医用耗材）合并为一般诊疗费，由居民医保基金单独支付。乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心（站）、按每人次13元收费，居民医保基金支付9元；村卫生室按每人次8元收费，居民医保基金支付7元。未参加基本医疗保险患者的一般诊疗费由个人支付。

第十九条 参保居民因病需住院治疗，应按照分级诊疗原则，首选基层定点医疗机构住院。因病情复杂危重，市内定点医疗机构无条件诊治的，应按规定办理异地就医转诊手续；因异地长期居住、临时外出就医等各种原因在异地住院的，应按规定办理异地就医备案手续。

第二十条 参保居民住院待遇执行以下规定:

一个保险年度内，参保居民定点医疗机构就医发生的政策范围内住院医疗费用起付标准（按次计算）以上、最高支付限额以下部分，由基本医保基金按以下标准支付。

（一）市内就医

1.起付标准：一级医疗机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务机构，下同）200元，二级医疗机构600元，三级医疗机构1000元。

2.报销比例：一级、二级、三级定点医疗机构就医，发生的甲类费用分别按85%、70%、60%支付，乙类费用由参保居民个人先行自付10%后再按甲类费用支付比例支付。

3.县（市、区）居民医保参保人员在市级二级及以上定点医疗机构住院就医，政策范围内医疗费用个人先自付比例5%；在县域外市域内其他定点医疗机构住院就医，医保待遇与本地就医一致。

（二）市外异地就医

1.临时外出就医类人员：异地转诊备案人员在市外定点医疗机构政策范围内住院医疗费用个人先行自付比例10%，未按规定办理异地转诊备案和其他临时外出就医备案人员在市外定点医疗机构政策范围内住院医疗费用个人先行自付比例20%；临时外出就医类人员因急诊、抢救在非定点医疗机构就医，政策范围内住院医疗费用个人先行自付比例20%；起付标准、报销比例与市内同级别定点医疗机构一致。

2.异地长期居住类人员：参保居民按规定办理异地长期居住备案手续的，在备案地或回参保地就医，医保待遇按市内就医政策执行；在备案地和参保地以外地区就医，医保待遇按临时外出类人员就医政策执行。参保居民未按规定办理异地长期居住备案手续的，按临时外出就医类未办理备案手续人员享受医保待遇。异地长期居住类人员因急诊、抢救在非定点医疗机构就医时，取消政策范围内住院医疗费用个人先自付比例20%，按照定点医疗机构级别对应待遇标准结算。

（三）门诊（急诊急救）

参保居民在定点医疗机构门诊（急诊急救）就医后转该医疗机构住院的，当次就医发生的门诊（急诊急救）医疗费用并入住院费用。

（四）意外伤害

参保居民在正常享受基本医疗保障待遇期间，遭受外来的、突然的、非本意的、非疾病的意外伤害所引起的当年和后续住院治疗所发生的合规医疗费用，以及与意外伤害住院治疗相关联的检查、治疗、用药费用，按规定纳入基本医疗保险保障范围予以报销。

第二十一条 女性参保居民住院分娩等生育医疗费，按照居民医保住院待遇标准执行。

　　符合规定的产前检查费用纳入门诊统筹基金支付范围。

　　第二十二条 居民医保一个保险年度内统筹基金累计最高支付限额为20万元。

第二十三条 建立城乡居民大病保险制度。参保居民按分级诊疗政策规范就医，经基本医保支付后的政策范围内个人自付费用纳入城乡居民大病保险支付范围；未按规定转诊备案的，其降低支付比例部分的政策范围内医疗费用不纳入城乡居民大病保险支付范围。

城乡居民大病保险实施办法另行制定。

 第二十四条 下列医疗费用不纳入居民医保基金支付范围：

（一）应当从工伤保险基金中支付的。

（二）应当由第三人负担的。

（三）应当由公共卫生负担的。

（四）在境外就医的。

（五）体育健身、养生保健消费、健康体检。

（六）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

第六章 就医及服务管理

　　第二十五条 居民医保执行国家、省基本医保药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围和支付标准目录（以下简称三个目录）。

　　第二十六条 居民医保基金支付下列医保“三个目录”内医疗费用的，先由个人按比例自费支付，再按普通门诊统筹待遇、门诊特殊慢性病待遇和住院待遇的规定执行。个人自费比例为：

　　（一）使用乙类药品和血液制品的医疗费用分别为10%和30%；

　　（二）使用乙类诊疗项目的医疗费用10%；

　　（三）使用综合医疗服务类医用材料，不分国产、进口统一为10%，使用其它类医用材料国产15%、进口30%。

第二十七条 居民医保定点医药机构实行协议管理。医保经办机构每年应与定点医药机构签订服务协议，明确双方的责任、权利和义务。医保经办机构应建立健全定点医药机构监督考核制度，对定点医药机构医保政策法规落实、服务协议履行情况进行考核，考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

第二十八条 定点医疗机构应严格执行国家、省、市医疗服务项目收费标准，并执行与收费等级一致的医保支付政策。

第二十九条 定点医药机构应严格执行国家、省、市有关诊疗技术规范和药品价格规定，落实国家、省、市药品和耗材带量采购政策。

第三十条 定点医疗机构应优先选择纳入医保支付范围的药品、医用耗材和医疗服务项目,严控不合理费用支出,促进合理就医。

第三十一条 定点医疗机构不得将参保居民住院期间使用的药品及诊疗项目转到门诊结算或要求其到院外购买。

 第三十二条 建立高效管用的医保支付机制,持续推进医保支付方式改革,大力推进大数据应用,坚持以总额预算为基础,全面推行按病种分值付费(DIP)、按床日付费、按人头付费、日间手术等多元复合支付方式,结合紧密型医共体建设,引导定点医疗机构有效控制医疗费用不合理增长,将支付方式改革覆盖所有医疗机构和医疗服务。

第三十三条  卫生健康部门应指导定点医疗机构按照基层医疗机构首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗原则，严格开展分级诊疗。

第三十四条  参保居民在定点医药机构就医购药，应出示国家医保电子凭证或社会保障卡，发生的相关医药费用，按规定结算后，应由个人负担的部分由个人支付，应由医保基金支付的部分由医药机构与医疗保障部门结算。

第三十五条  在确保基金安全和有效监管的前提下，鼓励以政府购买服务的方式，委托具有资质的商业保险机构等社会力量参与大病保险、意外伤害、异地就医等医疗保障经办服务。

第六章 基金管理

第三十六条 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管理制度；基金纳入社会保障基金财政专户，实行“收支两条线”管理，严格执行市级统筹相关规定。

第三十七条 建立基金风险双向预警机制，对基金运行实行动态分析和监控。市、县（市、区）统筹基金当年结余率低于5%或超过25%时，市、县（市、区）医疗保障部门应会同财政部门提出基金预警意见，报同级人民政府批准后实施。

第三十八条 建立健全医保基金管理使用内外部监督制约机制，严格实行责任追究制度。坚持基金收支运行情况信息公开和参保人员就医结算信息公示制度，加强社会监督、民主监督和舆论监督。医疗保障行政部门和医保经办机构要切实履行监督责任，对居民医保基金的管理使用情况进行定期和不定期监督检查，发现问题及时督促整改；财政、审计部门要按照各自职责，对医保基金的管理和运行情况实施监督。

第三十九条 卫生健康部门要切实履行医疗管理职责，全面规范医疗服务行为。医保经办机构要切实履行对定点医药机构的监管职责，严格按协议约定处理违规行为，对涉嫌违法的，应及时报告医疗保障行政部门。医疗保障行政部门对经办机构报告的违法行为，应依法作出行政处罚决定；对涉及其他部门职责的，应提请相关部门依法处理；对涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

第七章 组织保障

　　第四十条 市人民政府负责制定全市城乡居民基本医疗保险实施办法并组织实施。县（市、区）人民政府负责组织做好本区域内城乡居民参保登记、保费征缴、政策落实、经办服务和运行保障等工作。乡镇（街道）负责本辖区内居民医保相关服务工作。社区居委会、村委会和学校（园、所）配合做好有关经办业务工作。

第四十一条 医疗保障部门负责居民医保的综合管理、政策制定和经办服务工作；财政部门负责执行基金财务管理制度和会计制度，落实财政补助政策和居民医保工作经费，会同相关部门做好医保基金监管工作；税务部门负责做好居民医保个人缴费征收工作；卫生健康部门负责做好医疗服务管理工作，认定严重精神障碍患者、计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女的身份，落实其参保个人缴费资助和特殊待遇补助政策，做好疾病应急救助工作；民政部门负责特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、城乡最低生活保障对象、城乡低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者等医疗救助对象的身份认定和信息共享工作；乡村振兴部门负责返贫致贫人口、纳入监测范围的脱贫不稳定、边缘易致贫、突发严重困难户等农村易返贫致贫人口、稳定脱贫人口的身份认定、落实资助参保资金和信息共享工作；退役军人事务部门负责享受待遇的优抚对象的身份认定、落实符合代缴条件对象资助参保资金和信息共享工作；残联负责丧失劳动能力的残疾人身份认定、落实资助参保资金和信息共享工作；教育部门负责督促学校（含幼儿园）做好学生（含幼儿）的参保组织动员和信息共享工作；审计部门负责做好医保基金的审计工作。

第四十二条 加强基层医保经办服务能力建设，推进医保经办服务纳入县乡村公共服务一体化建设。依托乡镇医保工作站、村（社区）医保便民服务点完善基层医保经办服务体系。

第四十三条 大力推进医保信息化建设，完善医保管理信息系统，实现医疗保障信息互联互通。规范数据管理和应用权限，依法保护参保居民基本信息和数据安全。实施对定点医药机构的智能审核和实时监控，为参保居民提供基本医保、大病保险、医疗救助即时结算“一站式”服务。落实参保居民异地就医直接结算制度。定点医药机构应做好内部管理信息系统与医保管理信息系统改造对接，实现数据实时传输和共享。

第八章 附 则

　　第四十四条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第四十五条 本办法自发布之日起实施，有效期5年。《市人民政府办公室关于印发咸宁市城乡居民基本医疗保险实施办法的通知》（咸政办发〔2017〕35号）同时废止。原有规定与本办法不相符的，以本办法为准。本办法施行后，国家、省有新规定的，依照其规定。