

丹阳市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为建立统筹城乡、惠民高效、公平可及的城乡居民基本医疗保险制度,健全基本医疗保险体系,保障居民基本医疗需求,根据国家、省及镇江市有关规定,结合本市实际,制定本办法。

第二条 除职工基本医疗保险应参保人员以外的本市幼儿园、中小学、大专院校全日制在校学生和本市户籍城乡居民,均应当参加本市城乡居民基本医疗保险。

持有本市居住证,未参加户籍地基本医疗保险(包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险,下同)且非必须参加本市职工基本医疗保险的外来人员,可以参加本市城乡居民基本医疗保险。

第三条 城乡居民基本医疗保险制度坚持全覆盖、保基本、可持续的方针,遵循以下原则:

- (一)医疗保障水平与本市经济社会发展水平相适应;
- (二)个人缴费与政府补助相结合、医疗费用社会统筹与个人自付相分担;

(三)医疗保险基金以收定支、收支平衡、略有结余。

第四条 市医疗保险管理中心负责本市城乡居民基本医疗保险的政策制定、综合协调、监督检查、结算经办、基金财务、政策宣传解释等工作。

市人社局负责城乡居民基本医疗保险的程序开发、信息系统建设维护、参保登记、基金征缴、社会保障卡发放等工作。

市卫计委负责定点医疗机构的医疗服务管理,规范医疗服务行为,合理控制医疗费用的增长。

市教育局负责宣传、组织和发动辖区内各类学校在校学生参加城乡居民基本医疗保险,并指导和督促学校做好相关工作。

市财政局负责城乡居民基本医疗保险参保补助资金的筹集和基金的监督管理。

市审计局负责对城乡居民基本医疗保险基金的收支、管理等情况进行审计监督。

市民政局、市卫计委、市总工会、市农委负责特定医疗救助对象的登记、核对、参保工作。

市物价局应当加强对定点医疗机构药品和医疗服务价格的管理和监督。

第二章 基金筹集

第五条 城乡居民基本医疗保险基金由以下各项构成:

- (一)个人缴纳的城乡居民基本医疗保险费;
- (二)财政补助资金;
- (三)利息收入;
- (四)部分医疗救助资金;
- (五)公民、法人、其他组织的资助资金和其他收入。

第六条 城乡居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式。

符合《丹阳市医疗救助办法》文件规定的救助对象,其个人缴费部分由市医疗救助资金予以资助。

第七条 城乡居民基本医疗保险统一按自然年度参(续)保登记缴费。每年9月至12月份为城乡居民基本医疗保险的参(续)保登记缴费期。

大中专院校在校学生由所在学校组织办理参(续)保登记缴费手续,其他城乡居民到指定地点办理参(续)保登记缴费手

续。

第八条 城乡居民基本医疗保险上一个缴费期至下一个缴费期之间出生的婴儿、退役的士兵、外地就学毕业学生,非必须参加职工基本医疗保险,且未在外地参加基本医疗保险的,可参加当年度城乡居民基本医疗保险。

第九条 城乡居民基本医疗保险参保人员应连续缴费,未连续缴费参加基本医疗保险,造成医疗保险关系停保或中断的,再次登记续保时,须按续保当年筹资标准(含个人缴费部分和政府补助部分)一次性补缴停保或中断期间的城乡居民基本医疗保险费。

第十条 城乡居民基本医疗保险的筹资标准、起付标准、支付比例和最高支付限额等,根据本市经济社会发展水平、物价指数、医疗费用水平、居民可支配收入、上年度基金收支状况等适时动态调整,由市医疗保险管理中心会同市财政局提出调整建议,报市政府批准后适时公布执行。

第三章 城乡居民基本医疗保险待遇

第十一条 上一个缴费期至下一个缴费期之间出生的婴儿、退役的士兵、外地就学毕业学生,自出生之日、退伍之日、毕业之日起3个月内,及时办理当年度城乡居民基本医疗保险参保缴费手续的,自出生之日、退伍之日、毕业之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇;3个月后办理当年度城乡居民基本医疗保险参保缴费手续的,自办理次月起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

新入学大中专院校在校学生首次办理次年参保缴费手续的,自参保之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

其他城乡居民基本医疗保险参保人员在规定时间内办理参(续)保缴费手续的,按参(续)保自然年度享受城乡居民基本医疗保险待遇,停保或中断期间不享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第十二条 城乡居民基本医疗保险的支付范围按《镇江市社会医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《镇江市社会医疗保险诊疗项目目录》、《镇江市社会医疗保险医用材料目录》执行。

第十三条 城乡居民基本医疗保险实行统筹报销。

(一)门诊医疗统筹

1.普通门诊统筹
(1)在本市一级医保定点医院发生的符合规定的普通门急诊医疗费用,由城乡居民基本医疗保险基金报销50%。

(2)在本市二级医保定点医院发生的符合规定的普通门急诊医疗费用,由城乡居民基本医疗保险基金报销40%(待城区社区卫生服务中心布局健全后取消)。

(3)在本市三级医保定点医院因中医药服务(含中药饮片、中医技术)发生的符合规定的普通门急诊医疗费用,由城乡居民基本医疗保险基金报销40%。

(4)年度内基金累计报销限额为600元。

2.慢特病门诊统筹:慢性病、特殊重大疾病病种及其待遇,另行制定。

(二)住院医疗统筹:城乡居民基本医疗保险住院医疗费用

实行分次结算。

1.在本市一级医保定点医院发生的符合规定的住院医疗费用,500元及以下部分不予报销,500元以上部分由城乡居民基本医疗保险基金报销75%。精神病患者在本市精神病院发生的符合规定的住院医疗费用,500元以上部分报销比例上浮10%。

经上级医保定点医院治疗后进入恢复期的参保人员,通过分级诊疗转诊平台下转至本市一级医院发生的符合规定的住院医疗费用,由城乡居民基本医疗保险基金报销85%,同时住院起付线减半。

2.在本市二级医保定点医院发生的符合规定的住院医疗费用实行分段按比例报销:1000元及以下部分不予报销,1000元以上~1万元及以下部分报销55%,1万元以上~5万元及以下部分报销65%,5万元以上部分报销75%。

3.在本市三级医保定点医院发生的符合规定的住院医疗费用实行分段按比例报销:1000元及以下部分不予报销,1000元以上~1万元及以下部分报销50%,1万元以上~5万元及以下部分报销60%,5万元以上部分报销70%。

4.在镇江市三级医保定点医院发生的符合规定的住院医疗费用实行分段按比例报销:1500元及以下部分不予报销,1500元以上~1万元及以下部分报销40%,1万元以上~5万元及以下部分报销50%,5万元以上部分报销60%。

因传染病在镇江市第三人民医院发生的符合规定的住院医疗费用,报销待遇按本市三级医院规定执行。

5.参保人员因病在本市三级医保定点医院诊断或治疗后,确因病情需要转镇江市以外医保定点医院产生的符合规定的住院医疗费用,按转诊自付一定比例后,剩余部分1500元及以下不予报销,1500元以上报销40%。

(1)因特殊诊疗项目在镇江市外三级医院产生的医疗费用,个人先自付医疗费用的10%;

(2)因其他诊疗项目在镇江市外三级医院产生的医疗费用,个人先自付医疗费用的20%;

(3)在镇江市以外其他医院产生的医疗费用,个人先自付医疗费用的30%。

(三)将儿童先心病等22类重大疾病(儿童白血病、儿童先天性心脏病、终末期肾病、乳腺癌、宫颈癌、重性精神疾病、艾滋病机会性感染、耐多药肺结核、血友病、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、肺癌、食管癌、胃癌、急性心肌梗塞、I型糖尿病、甲亢、结肠癌、直肠癌、脑梗死、儿童苯丙酮尿症、尿道下裂)纳入按病种付费范围,基金支付达到病种付费标准的70%。具体办法另行制定。

(四)生育费用待遇:城乡居民基本医疗保险参保人员发生的符合计划生育规定的住院生育费用,纳入城乡居民基本医疗保险基金支付范围,按城乡居民基本医疗保险住院规定结算,单次费用报销最高限额为平产1000元、剖腹产1200元。

(五)异地安置居住的参保人员,应携带异地居住证、社会保障卡,到丹阳市医疗保险管理中心填写《丹阳市基本医疗保险异地登记表》登记备案。备案后,在登记地医保定点医院发生

的符合规定的费用按本市规定结算。

(六)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医疗费用累计最高限额为20万元。

第十四条 医疗费用的结算时限。参保人员当年发生的医疗费用,应当在当年内结算,最迟截止于次年的3月31日。连续住院治疗的,每180天需中途结账一次。

第十五条 建立城乡居民补充保险制度,仅限于原城镇居民医保参保人员可以参加。参保人员在参保年度内发生的特定范围内的符合规定的医疗费用,由城乡居民补充保险基金按一定比例进行报销。

第十六条 建立城乡居民大病保险制度。参保人员全员参加城乡居民大病保险。参保人员在一个自然年度内发生的住院和特殊重大疾病门诊的合规医疗费用,经城乡居民基本医疗保险、城乡居民补充保险报销后,个人累计负担达2万元以上~5万元及以下部分,由大病保险基金赔付50%;5万元以上~10万元及以下部分,由大病保险基金赔付55%;10万元以上部分,由大病保险基金赔付60%。医疗救助对象的城乡居民大病保险起付线降低50%,各段赔付比例提高5%。

年度赔付累计最高限额为20万元。

第十七条 下列医疗费用不纳入城乡居民基本医疗保险基金支付范围:

- (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。

第四章 医疗服务管理与基金管理

第十八条 积极引导患者到基层就诊,支持参保居民与基层医疗卫生机构及家庭医生团队开展签约服务,推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医新秩序。

第十九条 依托基层医疗卫生机构推行城乡居民医保门诊统筹按人头付费,促进基层医疗机构提供优质医疗服务。以高血压、糖尿病等慢性病管理为切入点,开展特殊慢性病按人头付费,鼓励医疗机构做好健康管理。结合基金预算管理,实行定点医疗卫生机构门诊和住院付费总额控制,更好地保障参保人员权益。

第二十条 城乡居民基本医疗保险实行定点协议管理。市医疗保险管理中心按《基本医疗保险定点协议管理办法》有关规定合理确定定点医疗机构,并向社会公布。市医疗保险管理中心应当与定点医疗机构签订医疗服务协议,明确双方的权利和义务。

第二十一条 参保人员患病应到定点医疗机构就医,出示本人社会保障(医保)卡,定点医疗机构必须严格审核,做到人卡相符。医疗终结后,实行即时联网结算,参保人员支付应由个人自付部分,其余费用由市医疗保险管理中心与医疗机构定期结算。

第二十二条 市医疗保险管理中心应当结合实际,制定科学合理的就医服务流程和医疗费用结算支付办法,完善医疗服务监督管理制度,通过医疗服务

协议和管理制度明确对定点医疗机构的奖惩,加强对医疗行为管理,保障参保人员合法权益。

第二十三条 定点医疗机构应当健全城乡居民基本医疗保险内部管理制度,严格执行城乡居民基本医疗保险各项政策规定和医疗服务协议,配备专(兼)职管理人员,做好内部管理工作。

第二十四条 市人社局应建立全市统一的城乡居民基本医疗保险信息管理系统,完善系统服务功能,提高经办服务效率和质量。

做好城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、城乡居民补充保险、医疗救助与慈善助医制度的衔接,建立信息共享机制,参保人员在定点医疗机构看病就医,实行城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、城乡居民补充保险、医疗救助、慈善助医同步结算。

第二十五条 城乡居民基本医疗保险基金和城乡居民补充保险基金实行收支两条线统一管理,纳入财政专户管理,专款专用,不得用于参保人医药费用补偿以外的任何支出,结余结转下年使用。

任何单位和个人不得侵占、挪用城乡居民基本医疗保险基金。

第二十六条 城乡居民基本医疗保险基金实行预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

第五章 法律责任

第二十七条 定点医疗机构以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保险基金支出的,根据《社会保险法》第八十七条规定,由市医疗保险管理部门责令退回骗取的医疗保险费,处骗取金额二倍以上五倍以下罚款,情节严重的,取消其医疗保险定点机构资格。构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第二十八条 以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保险待遇的,根据《社会保险法》第八十八条规定,由市医疗保险管理部门责令退回骗取的医疗保险费,处骗取金额二倍以上五倍以下罚款。构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第二十九条 市医疗保险管理部门及其工作人员未履行好职责,给医疗保险基金造成损失的,根据《社会保险法》第八十九条规定处理。构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第六章 附 则

第三十条 市医疗保险管理中心依据本办法制定丹阳市城乡居民医疗保险实施细则、慢特病病种及其待遇、按病种结报的病种及其支付标准。

第三十一条 本办法由市医疗保险管理中心负责解释。

第三十二条 本办法自2018年1月1日起施行。《丹阳市城镇居民医疗保险暂行规定》(丹政发[2008]5号)、《丹阳市农村合作医疗保险实施办法》(丹政规发[2009]11号)同时废止。本市以往有关规定与本办法不一致的,以本办法为准。



丹阳 医保

为您的健康送真情

丹阳市医疗保险管理中心 主办

电话:86517906 2017年第13期