**关于印发《眉山市城乡居民**

**基本医疗保险管理办法》的通知**

各县（区）人民政府、市级各部门（单位）：

《眉山市城乡居民基本医疗保险管理办法》已经市第四届人民政府24次常务会议审议通过，并经市委审定同意，现印发你们，请严格遵照执行。 眉山市人民政府办公室 2017年9月26日眉山市城乡居民基本医疗保险管理办法

第一章 总则

第一条 为完善城乡居民基本医疗保险体系，提高城乡居民基本医疗保障水平，建立全市规范统一的城乡居民基本医疗保险制度，根据国家、省有关规定，结合《眉山市城乡居民基本医疗保险暂行办法》（眉府办发〔2015〕54号）试行两年的实际，制定本办法。

第二条 全市行政区域内的城乡居民（城镇居民、农村居民）及长期居住在我市的外地户籍人员参加城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”），适用本办法。凡依法应当参加职工基本医疗保险的，不适用本办法。

第三条 城乡居民医保遵循以下原则： （一）广覆盖、保基本、可持续的原则； （二）筹资标准和保障水平与经济社会发展水平及各方承受能力相适应的原则； （三）自愿参保，个人缴费与政府补助相结合的原则； （四）保当年与保当期相结合的原则； （五）以收定支、收支平衡的原则。

第四条 城乡居民医保实行统一政策、统一基金管理，统一经办服务规程、统一经办管理信息系统，实行统收统支市级统筹。

第五条 市人力资源社会保障行政部门负责全市城乡居民医保管理工作，县（区）人力资源和社会保障行政部门在市人力资源和社会保障局指导下，负责本县（区）行政区域内的城乡居民医保管理工作。市医疗保险管理局负责指导、监督和经办全市城乡居民医保业务工作，县（区）医疗保险经办机构负责本县（区）行政区域内城乡居民医保业务经办服务工作。 县（区）人民政府负责组织城乡居民参保、筹集资金、报销费用。市政府对县（区）政府参保工作实行目标考核，各级教体、民政、财政、卫生计生、审计、扶贫、残联等有关部门，按照各自职责协同实施好本办法。

第二章 基金筹集

第六条　基金构成 　　（一）个人缴纳的基本医疗保险费； （二）政府补助资金； （三）基金利息收入； （四）其他合法收入。

第七条　个人缴费 个人缴费分设两档。第一档以不低于上级部门公布的当年最低个人缴费金额为标准；第二档以眉山市上上年度城镇居民人均可支配收入的2.5%，扣除各级财政补助后的金额为标准。具体缴费标准每年由市人力资源社会保障局会同有关部门根据经济社会发展水平、基金收支结余情况、国家政策调整等因素适时调整并公布。

第八条　政府补助 （一）政府补助标准由市人力资源社会保障局每年根据上级要求统一公布。 （二）政府补助由中央、省、市、县（区）财政补助构成。除中央财政、省财政补助外，应由我市地方政府补助部分，非扩权强县按现行财政体制明确的比例分担，扩权强县市财政不再补助。各县（区）应将补助资金纳入财政预算，及时拨付到位。

第九条　缴费方式（一）城乡居民可根据自身经济条件和医疗保障需求，在户籍所在地（外地户籍人员在居住地）任选一档参保缴费。其中，大中专院校、高职中在册学生，由所属学校集中组织参保缴费；其他城乡居民和学生儿童在户籍（居住地）所在乡（镇、街道）政府（办事处）、社区办理参保缴费手续。 （二）以下五类困难群体参保费用按第一档标准缴纳，享受第一档报销待遇，个人不缴费：建档立卡贫困人口；城乡特困人员；享受最低生活保障的人；低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人；计生特别扶助对象。贫困三、四级残疾人和重度残疾人参保按照《关于加快推进残疾人小康进程的实施意见》（眉府发〔2016〕32号）规定执行。上述困难群体分别由扶贫移民、民政、卫生计生、残联部门负责身份确认和证明提供，并组织参保。个人缴费部分由相关部门按原有资金渠道和补助金额给予补助，不足部分由各县（区）政府给予补差。（因个人意愿选择第二档参保的困难群体人员，需个人自费补足差额后按第二档缴费，享受第二档报销待遇。） （三）城乡居民医保参保缴费，实行年度一次性缴费，所缴保险费不予退还。

第十条　缴费时间 城乡居民应在每年9月1日至12月20日一次性缴纳下一年的医疗保险费。缴费期结束后出生的婴儿可随时缴纳医疗保险费。

第十一条 有效期限 参保人员保险有效期为次年1月1日至12月31日。大中专院校、高职中在册学生从参保登记录入系统的次日起享受城乡居民医保待遇，截止日期为次年8月31日。新生儿随参保母亲享受城乡居民住院医疗待遇，参保母亲身份为城乡居民的，随参保母亲缴费档次享受；参保母亲身份为职工的，按婴儿自选缴费档次享受。婴儿保险有效期从参保登记录入系统的次日起至当年12月31日止。

第三章 基金管理

第十二条 城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户管理，单独列账，任何单位和个人不得挪用第十三条 城乡居民医保基金实行统一的核算办法，统筹使用资金，分档明细记账，分类统计数据。

第十四条 城乡居民医保业务的工作经费列入财政预算，不得从城乡居民医保基金中提取。

第四章 基本医疗保险待遇

第十五条 城乡居民医保基金主要用于城乡居民住院、普通门诊、特殊疾病门诊的费用支付。

第十六条　住院起付线 （一）根据医疗机构级别设置住院起付线，各级医疗机构起付标准为：乡（镇）卫生院和社区卫生服务中心150元，一级医疗机构360元，二级医疗机构460元，三级医疗机构660元，异地（市境外）定点医疗机构1000元。 （二）转入上级定点医疗机构治疗的患者，住院起付线执行两级医疗机构起付线之差；转入下级定点医疗机构治疗的患者，不再设置住院起付线。

第十七条 报销比例 参保人员发生的住院医疗费在起付线以上的符合基本医疗保险报销范围的部分，个人先支付应自付的费用后，根据医疗机构级别设置报销比例。报销比例为： （一）按第一档缴费的报销比例为：乡（镇）卫生院和社区卫生服务中心90%，一级医疗机构75%，二级医疗机构70%，三级医疗机构60％。 （二）按第二档缴费的报销比例为：乡（镇）卫生院和社区卫生服务中心90%，一级医疗机构80%，二级医疗机构75%，三级医疗机构65%。 异地（市境外）定点医疗机构就诊在相应级别医疗机构报销比例基础上下调5个百分点，除急诊急救外，非定点医疗机构不予报销。 （三）进入国家基本用药目录的药品和中药饮片（除丙类外）按国家政策执行。 （四）参保人员在未经医疗机构等级评审或等级评审不合格的定点医疗机构住院，报销比例在相应级别的基础上下调5个百分点。

第十八条 支付范围 参照《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》、《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》的规定执行。

第十九条 不予支付的范围 参保人员发生的下列医疗费用不属于基本医疗保险基金支付范围： （一）应当从工伤、生育保险基金中支付的； （二）有第三方责任，应当由第三方负担的； （三）应当由公共卫生负担的； （四）在境外就医的； （五）国家和省、市政策规定的其他不予以支付费用的情形。

第二十条 普通门诊 （一）门诊统筹含一般诊疗费和普通疾病门诊，一般诊疗费管理具体办法由市人力资源社会保障局另行制定。（二）普通疾病门诊实行定点就诊、属地管理。城乡居民医保普通门诊的就诊范围为全市所有定点医疗机构。 （三）参保人员在门诊定点医疗机构发生的，符合基本医疗保险规定支付范围的普通疾病门诊医疗费用报销比例为60%，一个保险年度内统筹基金支付限额为100元/人。 （四）参保人员到门诊定点医疗机构就诊，凭社会保障卡直接在门诊定点医疗机构结算，普通门诊统筹支付后剩余部分的医疗费用由参保人员个人承担。应由统筹基金支付的部分费用，由门诊定点医疗机构与医疗保险经办机构定期结算。

第二十一条　特殊疾病门诊 （一）病种分类。特殊疾病门诊按病种分为Ⅰ类（门诊慢病）和Ⅱ类（门诊大病）两类。 （二）特殊疾病门诊待遇。 Ⅰ类特殊疾病实行定医疗机构、定病种、定诊疗范围、定报销限额等管理方式，按门诊费用可报部分的70%报销。按病种区分为800元、1200元、2000元三类限额标准，一名参保人员一年最多报销2个病种。 Ⅱ类特殊疾病实行定医疗机构、定病种、定诊疗范围等管理方式，门诊诊疗费用视同住院医疗费用。 特殊疾病门诊病种范围及具体管理办法由市人力资源社会保障局另行制定。

第二十二条 最高支付限额 城乡居民按照选择的缴费档次，一个保险年度内，基金累计支付最高限额分别不低于眉山市上上年度农村居民人均纯收入和眉山市上上年度城镇居民人均可支配收入的6倍。

第二十三条 城乡居民医保待遇由市人力资源社会保障局会同有关部门根据经济社会发展水平、基金收支结余情况、国家政策调整等因素适时调整并公布。

第五章 城乡居民大病保险

第二十四条 大病保险 （一）大病保险资金从城乡居民医保基金中列支，城乡居民参保人个人不缴费。 （二）大病保险承办机构对参保人员年度内发生的合规医疗费用，在城乡居民医保基金报销后，个人负担超过起付标准以上的部分，总体报销支付比例不低于50%。 （三）城乡居民大病保险相关保障按照《眉山市城乡居民大病保险实施方案》（眉府办发〔2014〕40号）文件要求执行。

第六章 商业补充医疗保险

第二十五条 商业补充医疗保险 （一）积极建立完善城乡居民商业补充医疗保险制度，鼓励有资质的商业保险公司设计和承办城乡居民商业补充医疗保险，险种设计遵循保本微利、便民利民、全市统一的原则，理赔顺序先基本，再大病，后补充。 （二）每年补充医疗保险缴费标准按不高于城乡居民医保当年第一档筹资标准的10%由承保商业保险公司确定。凡参加城乡居民医保的参保人，按照自愿原则参加城乡居民补充医疗保险，以团购方式购买城乡居民商业补充医疗保险的原则上不设前置条件。缴费时间、保险有效期、不予赔付范围与城乡居民医保一致；保险赔付办理、赔付金支付与城乡居民大病保险一致。 （三）城乡居民商业补充医疗保险原则上由城乡居民大病保险承保商业保险公司在大病承保范围内承保。承保商业保险公司按当年筹资标准向城乡居民医保参保人员收取保费，但不得采取任何方式强制征收。承保商业保险公司应以多种方式参与城乡居民医保经办、监管工作，承担维护市场法治公平的责任。（四）城乡居民商业补充医疗保险实行协议管理，由医保经办机构与承保商业保险公司签订服务协议，明确保险责任（赔付标准）、双方权利及义务、违约责任等。第七章 结算方式

第二十六条 建立以付费总额控制为主，按床日、按人头、按病种等多种付费方式相结合的结算方式。

第二十七条 定点医疗机构住院费用结算 参保人员在定点医疗机构住院发生的应由城乡居民医保基金支付的医疗费，由定点医疗机构与医疗保险经办机构结算，应由个人负担的部分由定点医疗机构与个人结算。参保人员入院时，个人应向定点医疗机构预缴一定数额的医疗费，用于支付应由个人负担的费用。预付医疗费的具体数额由定点医疗机构根据病情确定，出院时定点医疗机构直接与参保人员结算。因特殊原因未及时与定点医疗机构结算的，参保人员当年医疗费用报销结算截止日期为次年2月28日。参保贫困患者县域内住院按有关规定执行。

第二十八条 异地就医住院费用结算参保人员在异地就医，应严格履行登记备案制度，并按规定在已开通即时结算的异地定点医疗机构就诊并即时结算。未开通即时结算的异地定点医疗机构发生的诊疗费用，凭相关报销凭证回参保所在地，到县（区）医保机构指定的业务经办机构办理。参保人员当年医疗费用报销结算截止时间为次年2月28日，逾期未报的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

第八章 医疗服务管理

第二十九条 城乡居民医疗保险实行定点协议管理，由医保经办机构每年与医疗机构签订医疗服务协议，明确服务对象、服务内容、服务质量、服务价格及履行协议奖惩条件等。

第三十条 按照相关部门就医管理规定，严格实行基层首诊和分级转诊转院制度，未按相关规定就诊的，城乡居民医保基金原则上不予支付。

第三十一条 城乡居民医保相关业务经办管理规程由市人力资源社会保障局另行制定。

第九章 违规责任

第三十二条 参保人员采取隐瞒、欺诈等手段骗取城乡居民医保基金的，骗取所得，应责令退还；构成犯罪的，移送司法机关，依法追究刑事责任。

第三十三条 定点医疗机构及其工作人员违反城乡居民医保政策规定，弄虚作假、违规收费等，经办机构应严格按照医疗服务协议进行处理。

第三十四条 建立健全医疗保险诚信制度，对因骗保、诈保经公安机关查实的参保人及定点医疗机构法人，纳入医疗保险信用等级和“黑名单”管理，具体办法由市人力资源社会保障局另行制定。

第三十五条 人力资源社会保障行政部门以及医疗保险经办机构工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，造成城乡居民医保基金损失的，依法依规给予处分；构成犯罪的，移送司法机关，依法追究刑事责任。

第十章 附则

第三十六条 本办法由市人力资源社会保障局负责解释。

第三十七条 本办法自印发之日起施行，有效期五年，有效期届满后自动失效，不得作为适用依据。原暂行办法、其他与本办法相抵触的文件，同时废止。