锡林郭勒盟行政公署办公室关于印发《锡林郭勒盟城乡居民基本医疗保险试行办法》的通知

锡署办发〔2017〕79号

各旗县市（区）人民政府（管委会），行署各委、办、局，各大企业、事业单位：

        经行署同意,现将《锡林郭勒盟城乡居民基本医疗保险试行办法》印发给你们，请认真遵照执行。

                     锡林郭勒盟行政公署办公室

                         2017年8月14日

    **锡林郭勒盟城乡居民基本医疗保险试行办法**

**第一章  总  则**

  第一条  为构建统一的城乡居民基本医疗保障体系，根据《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）、《自治区人民政府关于建立统一的城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（内政发〔2016〕122号）和《锡林郭勒盟整合城乡居民基本医疗保险工作实施方案》（锡署办字〔2016〕190号），结合我盟实际，制定本办法。

    第二条  本办法适用于锡林郭勒盟行政区域内城镇常住居民和农村牧区居民（以下简称城乡居民）基本医疗保险的参保、缴费、就医、监督和管理等相关事宜。

    第三条  基本原则。坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续的原则，重点保障城乡居民的基本医疗需求，兼顾重大疾病及门诊需求，逐步扩大保障范围、提高保障水平；坚持权利和义务对等原则，城乡居民按规定参保缴费后，方可享受基本医疗保险相关待遇；坚持合理分担原则，实行个人缴费和政府补助相结合的筹资办法，按国家和自治区要求，合理设置个人和政府的筹资标准及保障水平；按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则筹集医保基金和确定医保相关待遇标准。

    第四条  目标任务。整合现有城镇居民基本医疗保险和新型农村牧区合作医疗资源，建立统筹城乡的基本医疗保险管理体系，实现覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理的“六统一”，建立符合盟情、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。

    第五条  盟人力资源和社会保障部门主管全盟城乡居民基本医疗保险工作并组织实施。各旗县市（区）人力资源和社会保障部门负责本辖区内城乡居民基本医疗保险工作的组织实施和经办管理工作。

**第二章  参保缴费**

  第六条  城乡居民基本医疗保险参保范围：在锡林郭勒盟行政区域内不属于职工基本医疗保险参保范围的城乡居民，包括城镇非从业居民、农村牧区居民、各类在校学生、学龄前儿童、国家和自治区规定的其他人员，应参加统筹地区城乡居民基本医疗保险。参保人员不得同时参加城乡居民基本医疗保险和职工基本医疗保险，不得重复享受基本医疗保险待遇。

落实自治区内异地参保制度，在盟内非户籍地取得锡盟居住证明的城乡居民，可自愿选择户籍所在地或居住地参保，享受与居住地参保人员相同的医疗保险待遇。参保地旗县市（区）财政应比照本地参保人员标准予以补助。在户籍地已参保的人员可通过办理医保关系转移接续手续实现在居住地参保。

    第七条  基金征缴。

    （一）缴费标准、缴费期及待遇时限。

    1、根据国家和自治区相关文件精神，并结合我盟实际，确定2017年按每人每年150元标准收缴我盟城乡居民基本医疗保险个人缴费部分。本办法出台前已缴纳2017年城镇居民基本医疗保险或新型农村牧区合作医疗个人缴费部分的人员不再调整个人缴费。

    2、城乡居民基本医疗保险按照自然年度计算参保周期，实行年预缴费制度。每年9月1日至次年3月31日为缴费期，收缴下年度个人参保费用。

    3、新生儿父母任意一方参加锡盟辖区内基本医疗保险并按规定缴费的，出生前父母任意一方在自己参保缴费地为其办理参保登记手续后，即视同新生儿参加城乡居民基本医疗保险，免缴当年参保费用，发生的医疗费用可通过登记地城乡居民基本医疗保险基金予以报销，次年以新生儿本人身份参保缴费。

    4、享受最低生活保障的居民、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人等，参加城乡居民基本医疗保险所需个人缴费部分，由地方人民政府给予补贴，补贴标准按原政策执行。符合政策规定的建档立卡贫困人口，参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分，由财政给予补贴。特困人员、纳入特困人员救助供养范围的儿童参保费用，由地方人民政府给予全额资助。

    有条件的旗县市（区）对缴费困难群体参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分进行全额补贴。

    （二）缴费方式。

    1、在校（在园）学生可以所在学校（幼儿园）为单位参保缴费；

    2、城镇常住居民按照属地化管理的原则统一办理参保缴费，参保人员持本人身份证、户口簿或居住证等相关证件，到户籍所在地或者就近的经办机构办理参保缴费手续；

    3、农村牧区居民按照户籍管理的原则以户为单位统一办理参保缴费手续，户内的在校（在园）学生由所在学校（幼儿园）参保缴费的，不得重复征缴；

    4、城乡居民基本医疗保险费逐步过渡为地税部门征缴。

    第八条  城乡居民基本医疗保险不设个人帐户，所筹集的资金全部纳入城乡居民基本医疗保险统筹基金。

**第三章  基金管理**

   第九条  城乡居民基本医疗保险实行盟级统筹，基金以全盟为单位统一筹集和管理，统收统支，纳入盟级财政基金专户（原城镇居民基本医疗保险和新型农村牧区合作医疗累计结余基金分别划入），实行“收支两条线”，单独列账，专款专用。

    第十条  城乡居民基本医疗保险基金实行年度预算征缴支出制度。各旗县市（区）当年基金支出超过当期收入5%以内的部分，由盟级统筹基金调剂解决；超过当期收入5%以上的部分或当期征缴任务没有完成的，由地方财政负担。

    第十一条  城乡居民个人缴费标准根据财政补助标准、居民上年度收入水平、基金收支情况等作适时调整。

    第十二条  城乡居民基本医疗保险基金由以下部分构成：

    （一）参保居民个人缴纳的基本医疗保险费；

    （二）各级政府补助资金；

    （三）社会捐助资金；

    （四）基本医疗保险基金利息收入；

    （五）其他收入。

**第四章  待遇标准**

　　第十三条  参保人员住院医疗待遇标准。

    （一）最高支付限额。2017年锡盟城乡居民基本医疗保险统筹基金累计最高支付限额为16万元。年度内累计支付超过统筹基金最高支付限额时，统筹基金不再支付。超出最高支付限额的部分，可由城乡居民大病保险给予二次报销。

    （二）政策范围内报销比例。

1、参保居民在一级（及以下）医疗机构、二级医疗机构和三级医疗机构住院治疗时，起付标准分别为100元、400元和600元，政策范围内报销比例如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 统筹基金分段  | 一级(及以下）  | 二级  | 三级  |
| 起付标准—60000元  | 85%  | 75%  | 70%  |
| 60001—封顶线  | 90%  | 80%  | 75%  |

2、在校学生和学龄前儿童住院治疗时起付标准统一为200元，政策范围内报销比例在相应基础上提高5%。

    3、参保居民在一个年度内多次住院治疗的，起付标准依次降低20%；一个年度内住院次数超过3次后，不再设立起付线。

    4、参保人员出院后20日（含20日）内因同一疾病再次住院治疗的，不需再负担住院起付标准。

    5、参保人员在定点蒙医、中医医疗机构住院治疗的，起付标准在原有基础上降低50%；使用蒙医和中医诊疗项目、制剂、饮片及其他服务的，政策范围内报销比例在原有基础上提高20%，最高不超过95%。

    6、城乡居民生育医疗费用纳入城乡居民基本医疗保险支付范围。享受分娩财政补助政策的，其财政补助后剩余生育医疗费用由城乡居民基本医疗保险基金按规定报销。

    第十四条  为减轻参保居民门诊医药费用负担，城乡居民基本医疗保险将逐步建立门诊统筹和门诊特慢病制度。

**第五章  就医管理**

   第十五条  参保人员出院带药的品种和数量应当符合卫生计生部门制定的处方管理相关规定。

    第十六条  因病情需要，需转外就医的参保人员，在当地医疗保险经办机构登记备案后即可转往外埠定点医疗机构就医，符合统筹基金支付范围内的费用，个人负担5%以后，按照统筹区域内就医报支规定支付；未按规定办理转院登记备案手续的，个人负担10%以后，按照统筹区域内就医报支规定支付。

    第十七条  参保人员外出期间发生疾病，需在异地治疗时，可由本人或家属向参保地医保经办机构申请备案，备案后其发生的医疗费用按本地医保标准予以报销。

    第十八条  参保人员发生的下列费用，城乡居民基本医疗保险基金不予支付：

    （一）基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准之外的医疗费用；

    （二）应当从工伤保险基金中支付的；

    （三）应当由第三人负担的；

    （四）应当由公共卫生负担的；

    （五）在境外或港、澳、台地区就医的；

    （六）国家和自治区规定其他不予支付的费用。

    第十九条  医疗服务实行分级诊疗制度，同时要大力推行医疗保险支付方式改革，逐步实现按病种（病组）付费、按人头付费、按床日付费、总额预付等支付方式，严格控制医疗费用不合理增长。

**第六章  监督管理**

  第二十条  各旗县市（区）城乡居民医保经办机构负责辖区内定点医疗机构、定点零售药店日常监管工作。盟级城乡居民医保经办机构负责对各旗县市（区）城乡居民医保经办机构进行监督和考核。

    第二十一条  同级人民政府要做好城乡居民医保经办机构的人员和经费落实工作，保证城乡居民医保经办机构服务和监管工作正常高效运行。工作经费按照参保人数每人每年5元的标准列入当地财政预算，并及时划拨到医保经办机构。

    第二十二条  各级人力资源和社会保障部门要建立举报投诉制度，设立举报投诉电话和举报箱，接受社会监督，并按规定严肃查处各类违法违规行为。

    第二十三条  医疗保险经办机构工作人员违反规定为参保人员、定点医疗机构和定点零售药店谋取私利，造成城乡居民基本医疗保险基金损失的，按照有关法律、法规的规定依法追究其责任。

    第二十四条  参保人员有违法违规行为的，依据《中华人民共和国社会保险法》进行处罚；构成犯罪的，依法追究相关法律责任。

    第二十五条  定点医疗机构和定点零售药店及其工作人员有违法违规行为的，依据《中华人民共和国社会保险法》和相关规定进行处罚；构成犯罪的，依法追究相关法律责任。

**第七章  附  则**

   第二十六条  原城镇居民基本医疗保险制度和新型农村牧区合作医疗制度与本办法不一致的，以本办法为准。

    第二十七条  本办法由盟人力资源和社会保障局负责解释。

    第二十八条  本办法自发布之日起施行