

沈阳市医疗保障局
沈阳市财政局
沈阳市民政局
国家税务总局沈阳市税务局

文件

沈医保发〔2019〕139号

关于印发《沈阳市城乡居民
基本医疗保险实施细则》的通知

各区、县(市)医疗保障(分)局,财政局,民政局,税务局:

现将《沈阳市城乡居民基本医疗保险实施细则》印发给你们,
请遵照执行。



沈阳市医疗保障局



沈阳市财政局



沈阳市人民政府



国家税务总局沈阳市税务局

2019年12月9日



沈阳市城乡居民基本医疗保险实施细则

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实《辽宁省人民政府关于整合城乡居民医疗保险制度的实施意见》(辽政发〔2019〕12号),依据《沈阳市人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施方案》(沈政发〔2019〕19号,以下简称实施方案),建立统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险(以下简称城乡居民医保)制度,结合我市实际,制定本细则。

第二条 建立城乡居民医保制度遵循以下原则:

(一)立足基本,全面覆盖。按照全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针,结合我市经济社会发展水平、城乡居民负担和医保基金承受能力,保障城乡居民公平享有基本医疗保险待遇和大病保险待遇,实现应保尽保,避免重复参保。

(二)多方筹资,合理负担。坚持多渠道筹资,实行个人缴费和政府补助相结合为主的筹资方式,鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。符合规定的困难群体参加城乡居民医保个人缴费部分由财政予以补助。

(三)全市统筹,动态调整。城乡居民医保基金实行市级统筹,按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则,合理确定筹资标准

和保障待遇,并建立筹资及待遇动态调整机制,实现城乡居民医保制度可持续发展。

第二章 参保范围

第三条 下列各类人员属于城乡居民医保参保范围:

(一)年满 18 周岁,具有本市户籍的城乡非从业居民;年满 18 周岁,取得本市居住证的非本市户籍常住居民且未在原籍参加医疗保险的城乡居民;2008 年底前,已经认定的国有和集体破产、困难企业的在职职工可以按照有关规定参加城乡居民医保(以下简称“成年居民”);

(二)本市范围内的全日制中等专业学校、技工学校、职业高中、普通高中、初中、小学的在校学生;驻沈各类全日制高校的全日制本专科生、研究生(以下简称“在校学生”);

(三)具有本市户籍的未满 18 周岁的非在校居民;持有我市居住证、且在沈阳辖区内按规定参加医疗保险累计一年以上的外地户籍来沈务工人员(含现役军人)的非在校未满 18 周岁子女(以下简称“非在校未成年人”);

(四)持有我市居住证(或来往通行证)的未就业的港澳台人员;持有中华人民共和国外国人永久居留身份证、护照,并提供境外人员在沈临时住宿证明的外籍人员。

第三章 基金筹集和管理

第四条 城乡居民医保基金实行财政专户管理,单独核算,专

款专用,任何单位和个人不得挤占挪用。

第五条 城乡居民医保基金由以下构成:

- (一)城乡居民个人缴纳的医疗保险费;
- (二)政府补助资金;
- (三)集体、单位或其他社会经济组织扶持、资助或捐助资金;
- (四)城乡居民医保基金利息收入;
- (五)依法纳入的其他资金。

第六条 城乡居民医保个人缴费和政府补助标准按国家和省要求实行动态调整,由市医疗保障局(以下简称市医保局)会同市财政局提出建议,报市政府批准后公布实施。

第七条 困难群体参加城乡居民医保个人缴费部分由政府予以补助。城乡低保对象、特困人员、孤儿和重度残疾人(二级及以上)的个人缴费部分由政府全额补助。城乡低保边缘对象个人缴费部分的60%由政府补助。建档立卡贫困人口按照有关规定予以补助。

第八条 城乡居民医保政府补助部分由各级财政按比例分担,纳入各级财政预算管理。各级财政部门要按照基金管理规定,及时、足额将资金拨付至城乡居民医保基金专户。

在校大学生参保所需的政府补助资金,按照高校隶属关系,由同级财政负责安排。

第九条 医保经办机构应当建立健全统计报表、基金预决算、财务会计、稽查审核和内部审计等各项制度,做好基金的管理和支

付工作。

第十条 城乡居民医保基金接受社会监督,财政、审计部门应定期对基金的筹集、管理和使用等情况监督、审计。

第四章 参保缴费

第十一条 按照实施方案要求,各区、县(市)人民政府负责组织本地区城乡居民医疗保险参保工作;市税务局负责城乡居民医疗保险费征缴工作;市教育局、民政局和扶贫办等有关部门要协助做好特定群体的参保组织工作;医保经办机构负责城乡居民医疗保险参保登记工作。

街道(乡镇)、社区(村)为成年居民和非在校未成年居民(含重度残疾人)参保的代办单位,负责为其办理参保缴费。学校(学院)为全日制在校学生参保的代办单位,负责为本校学生办理参保缴费。

同时,按照方便快捷的原则继续沿用由市医保中心名义开立的商户运行目前的医保 APP、微信、支付宝等居民缴费途径。

第十二条 符合条件的参保人员按自然年度参加城乡居民医保。每年9月1日至12月20日为集中参保期。我市城乡居民应在集中参保期内办理下一年度的城乡居民医疗保险。未在集中参保期内办理参保的人员可以在每年1月1日至12月20日办理当年中途参保业务,中途参保人员应当按照年度缴费标准缴费。其中集中参保期内办理当年参保业务的,应同时缴纳下一年的城乡

居民医疗保险费。

第十三条 城乡居民医疗保险参保人员待遇期按以下规定执行：

(一)在集中参保期内办理参保缴费的城乡居民,其中待遇期为次年1月1日至12月31日人员包括:1.连续参保缴费人员;2.同时缴纳当年及下一年费用的人员;3.仅缴纳次年费用的断保后续保的在校学生;4.仅缴纳次年费用的新参保及断保后续保的非在校未成年居民。

以中小學生(或大學生)身份在本市首次參保的全日制在校學生,待遇期為當年9月1日至次年12月31日。僅繳納次年費用的新參保及斷保後續保的成年居民,待遇期為次年4月1日至12月31日。

(二)中途參保繳費的城鄉居民,其中:在校學生和非在校未成年居民自參保繳費到賬次月起享受醫保待遇;成年居民的待遇期自繳費到賬次月起三個月後享受醫保待遇。

(三)本市城鄉低保對象、特困人員、孤兒參加城鄉居民醫保,相關行政部門認定身份後,自參保手續辦理完畢之日起享受對應年度的城鄉居民醫保待遇。本市城鄉低保邊緣對象參加城鄉居民醫保,自相關行政部門認定身份後辦理參保繳費,到賬之日起享受對應年度的城鄉居民醫保待遇。

(四)母親妊娠後,可憑夫妻身份證提前為新生兒辦理參保繳費手續,自出生之日起享受醫保待遇。新生兒出生後3個月內參保繳費的,自出生之日起享受醫保待遇。如新生兒參保繳費在出

生下一年度的,须按出生年度缴费标准补缴费用,方可享受出生年度的医保待遇。新生儿出生3个月后参保缴费的,自参保缴费到账次月起享受医保待遇。

(五)医疗保险关系转入人员,在集中参保期内提供转移手续办理连续参保缴费的,待遇期为次年1月1日至12月31日;未连续参保或不能提供转移手续的,待遇期为次年4月1日至12月31日。中途参保缴费并提供转移手续连续参保的,自参保缴费到账次月起享受医保待遇;未连续参保或不能提供转移手续的,自缴费到账次月起三个月后享受医保待遇。

(六)我市城乡居民医保参保人员,在缴费年度内转换为职工医疗保险的,没有职工医保待遇期间可享受城乡居民医疗保险待遇。

(七)非个人原因导致未能在规定的缴费期内参保缴费的人员,补交当年保费后,参照前款有关规定享受待遇。

第十四条 城乡居民医保和城镇职工医保在待遇期内转换身份的,连续享受医保待遇。转换身份期间住院治疗的,以办理入院时的身份享受待遇。

由城镇职工医保转为城乡居民医保的参保人员,城镇职工医保个人账户的结余资金,允许在定点药店使用或个人账户返还。

第十五条 已经办理参保缴费的城乡居民,在进入待遇期前死亡、转变为享受政府补助的困难群体、参保关系转往外地或转换为城镇职工身份的、以及缴费错误按照城乡居民基本医疗保险自愿参保原则由缴费人提出退费的,可以退还其个人缴费;在进入待

遇期后,其个人缴费不予退还。

第五章 保障待遇

第十六条 城乡居民缴纳的个人缴费和政府补助资金,全部用于建立城乡居民医保统筹基金(以下简称“统筹基金”),不建立个人账户,不累计计算缴费年限。

在沈参保大学生和2008年年底前已经认定的国有和集体破产、困难企业的在职职工参加居民医保的缴费年限可视同职工医保实际缴费年限。

第十七条 下列费用不纳入统筹基金支付范围:

- (一)应当由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。

第十八条 城乡居民医保统筹基金支付范围,严格按照《辽宁省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和《辽宁省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目和医疗服务设施项目目录》等有关规定执行,符合医保统筹基金支付范围的费用由个人先行支付起付标准后,按照相关政策享受医保待遇。

第十九条 对不同级别医疗机构实行医保差异化支付政策。具体如下:

- (一)最高支付限额

参保人员发生的门诊及住院等医疗费用,符合统筹基金支付范围的,年度最高支付限额为 15 万元。

(二) 急危重症门(急)诊抢救

参保人员因急危重症在本市医疗机构门(急)诊抢救或在 120 急救车上实施紧急救治的医疗费用,符合统筹基金支付规定的,统筹基金比例支付为 60%。

(三) 门诊规定病种

建立健全城乡居民医保门诊规定病种保障制度,实行按病种准入、按比例支付,适度保障。门诊规定病种管理办法另行制定。

(四) 门诊统筹

门诊统筹定点医疗机构由政府按照区域卫生规划认定的执行国家基本药物制度的社区卫生服务中心、社区站、乡镇卫生院及村卫生室承担。参保人员可自愿选择一所社区卫生服务机构、乡镇卫生院为门诊统筹定点医疗机构,在门诊统筹定点医疗机构起付标准为每季 40 元,最高支付限额为每季 150 元,符合规定的门诊医疗费用统筹基金支付比例为 55%,其中一般诊疗费每次支付比例为 80%。

选择乡镇卫生院为门诊统筹定点医疗机构的,其辖区内的村卫生室可同时作为本人门诊统筹定点医疗机构。符合规定的门诊医疗费用统筹基金支付比例为 55%,起付标准和最高支付限额标准累计计算,其中村卫生室最高支付限额为每季 50 元,村卫生室一般诊疗费标准为 6 元/人次(个人承担 0.5 元,医保统筹基金支

付5.5元,统筹基金最高支付限额每年每人不超过11元),乡镇卫生院一般诊疗费每次支付比例为80%。

门诊统筹定点医疗机构一经确认,原则上一个自然年度内不得变更,下一自然年度可重新选择门诊统筹定点医疗机构。在非选定的门诊统筹定点医疗机构门诊就医,不享受门诊统筹待遇。

大学生门诊统筹管理办法另行制定。

(五)日间治疗、家庭医生签约、国家谈判抗肿瘤药品、日间手术、优势中医门诊待遇仍按原规定执行。

(六)住院治疗

1.起付标准。参保人员在本市城乡居民医保定点医疗机构(以下简称“定点医疗机构”)就医,发生的住院医疗费用在起付标准以下部分由个人支付。基层卫生医疗机构(包括一级乡镇卫生院、社区卫生服务机构,下同)、一级、二级、三级、特三级(包括中国医科大学附属第一医院、中国医科大学附属盛京医院、北部战区总医院,下同)定点医疗机构起付标准,成年居民分别为200元、400元、600元、800元、1200元,在校学生和非在校未成年人分别为100元、200元、300元、400元、600元。

精神病、急慢性传染性肝炎、浸润性肺结核、慢性纤维空洞性肺结核4种疾病患者在本市定点医疗机构住院的,不设立统筹基金起付标准;恶性肿瘤患者在本市定点医疗机构住院进行肿瘤治疗的,每年只需交纳首次住院的起付标准。

参保人员因病情需要在本市定点机构范围内从低等级定点医

疗机构转诊到高等级定点医疗机构治疗的,在一个自然年度内在本市定点医疗机构就医且符合规定的连续计算起付标准,缴纳起付标准差额部分;其他按重新住院办理。

2. 统筹基金支付比例。参保人员在本市定点医疗机构住院起付标准以上的部分,由统筹基金按照以下标准支付:基层卫生医疗机构 90%、一级 85%、二级 80%、三级 75%、特三级 70%。其中,成年居民在特三级定点医疗机构一个自然年度内单次住院发生的起付标准以上部分实行分段支付,1.5 万元及以下部分支付比例为 60%,1.5 万元以上部分支付比例为 70%。

3. 在本市县域(康平县、法库县、新民市)内的三级定点医疗机构住院的参保人员,起付标准和报销比例均按照二级定点医疗机构的标准计算。因病情需要转诊到县域外三级及以上定点医疗机构治疗的,按照低等级定点医疗机构转诊到高等级定点医疗机构标准连续计算起付标准,并缴纳起付标准差额部分。

4. 参保人员因急诊抢救在本市非定点医疗机构住院的,统筹基金起付标准 1200 元,支付比例为 60%。

(七) 生育补贴

生育住院医疗费实行限额补贴。参保人员在待遇期内符合计划生育政策规定,因生育(含妊娠 28 周及以上引产)住院发生的医疗费,补贴标准为:正常产 1500 元,剖宫产及难产 2000 元。多胞胎生育的,补贴标准增加 300 元;剖宫产(含剖宫产单、多胎)术中同一切口下行子宫肌瘤、卵巢肿瘤(包括卵巢囊肿)等其他手术

的,补贴标准增加 600 元。生育住院后给予产前检查一次性补贴,补贴标准为 300 元。

参保人员在本市定点医疗机构生育住院的,其生育医疗费补贴及产前检查补贴与定点医疗机构结算,在本市非定点医疗机构或异地生育住院的,其生育医疗费补贴及产前检查补贴按规定时间到医保经办机构申领。参保人员在本市非定点医疗机构或异地生育住院的,补贴标准按上述标准执行。

(八) 异地就医

参保人员异地就医的起付标准和支付比例按有关规定执行。

第二十条 建立城乡居民大病保险制度,城乡居民基本医保参保人员同时参加城乡居民大病保险。城乡居民大病保险管理办法另行制定。

第六章 就医及医疗服务管理

第二十一条 城乡居民基本医疗服务由基本医疗保险定点医疗机构承担。

第二十二条 各定点医疗机构应按照本细则等相关规定向参保人员提供医疗服务,并建立与城乡居民医保制度相适应的内部管理制度。

第二十三条 参保人员在本地就医必须持本人的社会保障卡或身份证就医,各定点医疗机构应进行实名核验。任何个人不得伪造、冒用、出借社会保障卡和身份证享受医疗保险待遇。

第二十四条 应由参保人员个人支付的医疗费用,由个人直接与定点医疗机构结算。应由统筹基金支付的医疗费用,由医保经办机构按照有关规定与各定点医疗机构进行拨付。

参保人员因患急危重症抢救在120急救车上紧急救治的符合基本医保政策支付范围的医疗费用,先由个人垫付,救治终结后由参保人员或代办人员携带相关材料到市急救中心及其外设机构结算;在定点医疗机构门(急)诊抢救符合基本医保政策支付范围的医疗费用,先由个人垫付,救治终结后由参保人员或代办人员携带相关材料到救治的定点医疗机构结算;在非定点医疗机构门(急)诊抢救符合基本医保政策支付范围的医疗费用,先由个人垫付,救治终结后由参保人员或代办人员携带相关材料到医保经办机构审核结算。

第二十五条 城乡居民医保定点、就医、监督等管理办法,以及违规、违法责任追究等按照城镇职工医保有关规定执行。

第七章 附 则

第二十六条 本细则由沈阳市医疗保障局负责解释。

第二十七条 本细则自2020年1月1日起执行。此前已发布实施的涉及我市城乡居民参保、缴费、待遇标准等相关文件,与本细则规定不符的,以本细则为准。

沈阳市医疗保障局办公室

2019年12月9日印发