

盘锦市整合城乡居民医疗保险制度工作领导小组文件

盘医保整合领发〔2019〕1号

关于印发盘锦市城乡居民基本医疗保险实施细则的通知

盘锦市整合城乡居民医疗保险制度工作领导小组成员单位：

经盘锦市整合城乡居民医疗保险制度工作领导小组研究通过，现将《盘锦市城乡居民基本医疗保险实施细则》印发给你们，请认真组织实施。



《盘锦市城乡居民基本医疗保险实施细则》

——节选

覆盖范围

不属于城镇职工医保覆盖范围的以下人员可以参加我市城乡居民医保：

（一） 我市行政区域内全日制普通高等学校；高、中等专业学校、技工学校、职业学校以及中、小学在校学生（以下简称“在校学生”）；

（二） 具有我市户籍或居住证，18周岁以下城乡未就业居民（以下简称“未成年居民”）；

（三） 具有我市户籍或居住证，18周岁（含18周岁）以上未就业居民（以下简称“成年居民”）；

（四） 具有我市居住证且未在原籍参加基本医疗保险的外来经商、务工人员，如参加我市城镇职工医保确有困难的，可以自愿参加我市城乡居民医保；

（五） 我市行政区域内居住未就业的港、澳、台同胞及外籍人员。

参保登记

一、城乡居民医保实行一年一次性预交费制，每年9月至12

月为下一年度的集中参保缴费期（简称“正常参保期”）。在正常参保期缴费的人员其医疗保险待遇享受期为下一年度的1月1日至12月31日。初次参保的，可携带本人户口簿（居住证、护照）以及身份证的原件和复印件、未参保承诺书等相关材料至户籍所在地（临时居住人员到居住地）社区（村）负责社会保险经办的相关机构或县（区）医保经办机构办理参保登记，医疗救助对象需提供相应证件。

二、新生儿自出生之日起3个月内办理参保并足额缴费的，从出生之日起享受当年度的医保待遇；3个月后办理参保缴费的，缴费到帐月后的第2个月1日起享受医疗保险待遇。参保时间在出生年度内的，只缴纳当年度的医疗保险费；参保时间跨年的，需要缴纳出生年度和下一年度的医疗保险费。

三、在校学生参保登记、缴费工作由所在学校负责，并按要求采集、报送其参保信息。

四、正常参保期之后办理参保缴费的，允许其在待遇年度的9月15日前补缴医疗保险费，参保人员缴费到帐月后的第3个月1日起享受当年度的医疗保险待遇。

五、民政部门每年12月15日前提供城乡医疗救助保障对象名单，由医保经办机构统一办理下一年度城乡居民医保的参保缴费核定。每月新审批的医疗救助保障对象从医保系统变更身份后享受相应待遇，已缴纳保费不退还。

六、城乡居民医疗保险参保人员在正常参保期内参军入伍、转往外地、被用人单位录用、被审批为医疗救助对象或死亡的，可凭相应

手续向医保经办机构申请退回个人预缴的医疗保险费。

基本医保基金的筹集

城乡居民医保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。

2020 年城乡居民医疗保险的个人缴费标准为：在校学生和未成年居民 140 元/人；成年居民 350 元/人。

各级政府补助资金标准及划拨，按国家、省、市有关规定执行。

城乡医疗救助保障对象，符合医疗救助资助条件的，其参保个人缴费部分继续按规定给予补助。

医疗保险待遇

一、城乡居民基本医疗保险只建统筹基金，不建个人账户。

二、城乡居民医保基金支付的药品、诊疗项目、医疗服务设施费用，执行国家、辽宁省和盘锦市的相关规定。

三、门诊待遇

（一）门诊统筹。门诊统筹定点医疗机构范围限于基层医疗机构（指社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务站）：起付标准 100 元（年度内累计），起付标准以上的费用统筹基金支付比例为 50%，年度内统筹基金最高支付 300 元；中药饮片纳入门诊统筹报销范围。门诊统筹待遇实行持卡即时结算，未使用社会保障卡发

生的费用统筹基金不予支付。

（二）门诊特定病种。起付标准 500 元（年度内累计），肺结核、慢性病毒性肝炎、精神病不设起付标准，统筹基金支付比例：三级医院 70%，二级及以下医院 75%；各病种每季度有统筹基金支付限额控制，超过季度限额的费用由参保人员个人承担，其中恶性肿瘤放（化）疗、器官移植后抗排异治疗、尿毒症透析治疗、血友病（18 周岁以下居民）不设季度支付限额。

同时患有两种或两种以上门诊慢性病种的，可进行多种慢病治疗（包括已鉴定慢性病的诊疗、药品等），执行季度补助限额最高的标准，不累加。

门诊特定病种的病种范围及限额标准按我市相关规定执行。

（三）门诊高值药品。高值药品的管理、待遇等按相关文件执行。

四、住院待遇

参保人员因病住院发生的进入基本医疗保险统筹基金支付范围的费用设有起付标准和统筹基金支付比例。

（一）市内定点医疗机构住院

1. 起付标准

乡镇卫生院（含社区卫生服务中心）及一级、二级、三级、三级甲等医疗机构住院起付标准分别为 200 元、400 元、600 元、800 元；年度内二次及以上住院的，起付标准下降 50%（转外就医，急诊急救除外）；市域内转诊住院，连续计算其起付标准；结核病、精神

病、病毒性肝炎人员不设起付标准。

2. 统筹基金支付比例

乡镇卫生院（含社区卫生服务中心）：起付标准以上统筹基金支付比例 80%；

一级医疗机构：起付标准以上 0—2000 元，统筹基金支付比例 70%；2000 元以上，统筹基金支付比例 80%；

二级医疗机构：起付标准以上 0—4000 元，统筹基金支付比例 65%；4000 元以上，统筹基金支付比例 75%；

三级医疗机构：起付标准以上统筹基金支付比例 65%；

三级甲等医疗机构：起付标准以上 0—6000 元，统筹基金支付比例 60%；6000 元以上，统筹基金支付比例 70%；

（二）急诊、急救在市内非定点医疗机构住院的，起付标准 800 元，统筹基金支付比例 60%。

（三）在市外住院经转诊、转院审批的或符合急诊急救住院的，起付标准 2000 元，统筹基金支付比例 55%；

（四）在市外住院未经转诊、转院审批的，转往市外三级医疗机构（含三级以下传染类、精神类专科医疗机构）就医，起付标准 2500 元，统筹基金支付比例 40%；其他医疗机构发生的费用不予结算。

（五）在市内住院经转诊、转院审批的或符合急诊急救住院的，起付标准及支付比例执行转入医院标准；在市内住院未经转诊、转院审批的，起付标准 1200 元，统筹基金支付比例 45%。

（六）未评定级别的定点医疗机构，起付线、支付比例按照一

级医疗机构的标准执行。

（七）非急诊、急救在市内非定点医疗机构住院的，不享受城乡居民医保待遇。

（八）参保人员未持卡就医发生的医疗费用，须在出院日起 6 个月内到医保经办机构申请结算；超过 6 个月 1 年以内申请结算的，统筹基金支付比例减半执行；超过 1 年的不予结算。

五、城乡居民基本医疗保险女性参保人员，符合生育政策住院分娩的，给予生育医疗待遇补助 1500 元/次。

六、城乡居民基本医疗保险统筹基金支付各项医疗保险待遇的全年累计最高支付限额为 6 万元，超过 6 万元的部分由大病保险资金按比例支付。

七、基本医保基金不予支付的医疗费用：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三方负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外以及香港、澳门和台湾地区就医的；
- （五）服刑人员在押期间的；
- （六）其他国家和省规定的。

医疗服务与就医管理

一、转院制度

（一）转院条件

1. 临床各科急危重症，难以实施有效救治的病例；
2. 不能确诊的疑难复杂病例；
3. 重大伤亡事件中，处置能力受限的病例；
4. 疾病诊治超出核准诊疗登记科目的病例；
5. 认为需要到上一级医疗机构做进一步检查，明确诊断的病例；
6. 其他因技术、设备条件限制不能处置的病例。

（二）转院要求

1. 盘山县、大洼区城乡居民转往市内三级甲等定点医疗机构住院的，需由盘山县人民医院、大洼区人民医院办理转院审批；未办理转院审批住院的，由医疗机构认定其是否为急诊、急救住院，非急诊、急救住院的按市内未转院标准结算；器官移植、肾透析、恶性肿瘤手术及放（化）疗，血液疾病、关节置换、重度精神病、孕产妇住院分娩及传染类等患者可选择市内各级定点医疗机构直接就诊，无需办理转院手续。

2. 城乡居民转往市外住院的，需由具有转院权限的医疗机构办理转院审批，医保经办机构备案。办理市外转院时，原则上只能转往辽宁省、北京市、天津市、上海市的三级甲等医疗机构以及特殊专科医院，有转院权限的医疗机构进行转院时，在符合转院条件的同时要尊重患者意愿，不得强制患者转往某家医疗机构。我市医疗机构的转院权限及转外医疗机构由市医保经办机构确定。

3. 参保城乡居民同一年度因同种疾病在同一定点医疗机构多次

住院的患者，仅需办理一次转院手续，二次以上住院时，可持第一次转院手续复印件到医保经办机构办理备案；因其他疾病再次发生转外住院的，需重新办理转院手续。多次转外住院治疗应一次一备案。

二、非急诊、急救未办理转院审批在市外住院的，须在住院3个工作日内通过电话等形式向医保经办机构备案，出院后直接与就医医院按相应标准结算。

三、办理异地居住的城乡居民，其在居住地发生的医疗费用比照市内定点医疗机构的标准执行，以下情形可以办理异地居住：

1. 我市户籍的城乡居民基本医疗保险参保人员达到60周岁以上，符合下列条件之一城乡居民可办理异地居住。（1）办理就医地居住证的；（2）随配偶或子女长期在异地居住，配偶或子女在异地定居并有当地户籍或产权住房证明的；（3）无子女或子女均在境外、港澳台地区定居，由其亲属赡养、照顾，该亲属在异地定居，有当地的户籍或产权住房，并且同意长期赡养、照顾老人的；（4）随配偶或子女长期在异地居住，配偶或子女是驻当地现役军人的。

2. 我市户籍的农民工异地务工和异地大众创业万众创新人员可办理异地居住。

医疗费用结算

一、城乡居民参保人员在定点医疗机构发生的医疗费，应个人负担的部分，由参保人员直接与定点医疗机构结算；应由医保基金负担的部分，由经办机构按照付费制度的规定与定点医疗机构结算或采

取其他办法结算。

二、城乡居民参保人员在非定点医疗机构发生的急诊、急救住院医疗费，先由参保人员全额垫付，治疗终结后持相关材料到医保经办机构申请结算。

三、 城乡居民参保人员在市外开通异地就医直接结算的医疗机构就医，按照国家、省、市有关规定结算医疗费。

城乡居民参保人员在市外未开通异地就医直接结算的医疗机构就医，先由参保人员全额垫付医疗费，治疗终结后持相关材料向医保经办机构申请结算。

四、 城乡居民参保人员住院的，以出院结算日期确定本次住院所在年度。

五、 参加我市城乡居民医保的外市户籍在校学生休学、寒暑假及法定假期、教学实习期间在外市住院发生的合规医疗费用比照我市定点医疗机构的结算标准。治疗终结后持相关材料向医保经办机构申请结算。

本细则由盘锦市医疗保障局负责解释，自 2020 年 1 月 1 日起实施。本细则执行之日起，原城镇居民基本医疗保险有关文件、原新型农村合作医疗有关文件停止执行。

