

索引号:	11220000MB19566296/2019-07394	分类:	医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2019年11月19日
标题:	关于印发《吉林省城乡居民基本医疗保险业务经办规程（试行）》的通知		
发文字号:	吉医保发〔2019〕50号	发布日期:	2019年12月03日

## 关于印发《吉林省城乡居民基本医疗保险业务经办规程（试行）》的通知

吉医保发〔2019〕50号

各市（州）、长白山保护开发区、梅河口市、公主岭市医疗保障局：

为贯彻党的十九大关于“完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度”的决策部署，落实国家医疗保障局整合城乡的工作要求，更好地规范和统一城乡居民基本医疗保险业务经办服务工作，根据国家医疗保障局相关文件并结合我省实际，制定《吉林省城乡居民基本医疗保险业务经办规程（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。

附件：吉林省城乡居民基本医疗保险业务经办规程（试行）

吉林省医疗保障局

2019年11月19日

（此件主动公开）

附件

## 吉林省城乡居民基本医疗保险业务经办规程（试行）

### 第一章 总则

第一条 为规范和统一城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）业务经办服务管理工作，根据《中华人民共和国社会保险法》《吉林省人民政府办公厅关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（吉政办发〔2016〕84号）、《吉林省医疗保障局关于进一步做好城乡居民基本医疗保险制度整合工作的通知》（吉医保发〔2019〕19号）、《吉林省医疗保障局吉林省民政厅吉林省财政厅吉林省卫生健康委关于印发进一步推进城乡居民基本医

疗保险保障待遇统一的指导意见的通知》（吉医保联〔2019〕21号）及我省全面推进医疗保障市级统筹等相关政策规定，制定本规程。

**第二条** 城乡居民医保按照属地管理的原则，实行市（州）级（以下简称“市级”）统筹。按照“分级管理、责任分担、预算考核”的运行机制，实行业务市（州）、县（市、区）分级管理。

城乡居民医保业务经办服务工作由各级医疗保障部门所属的经办机构负责。省级经办机构负责制定全省城乡居民医保经办服务规程、业务流程和服务标准，指导规范全省城乡居民医保经办业务；市级经办机构负责组织实施本地区城乡居民医保经办服务工作，直接办理市（州）本级业务经办服务工作，做好全市（州）城乡居民医保基金统收统支等工作，制定本市（州）经办服务细则；县（市、区）级（以下简称“县级”）经办机构在市级经办机构指导下负责辖区内城乡居民医保的具体业务经办工作。

**第三条** 经办服务工作内容主要包括：参保登记、缴费申报、协议管理、就医管理、结算管理、支付管理、基金管理、信息管理、稽核管理和内部控制、个人权益管理、综合管理等内容。城乡居民医保执行全省统一的业务经办规程，服务事项、服务标准和业务流程。实行前台综合受理，后台分类办理，统一窗口出件的综合柜员制服务模式。

**第四条** 经办机构指导统筹地区医疗保障部门确定的代办机构，开展政策宣传、组织参保登记、信息收集管理等工作；基层代办点做好政策宣传、组织参保护面、信息采集变更等基层服务工作；在统筹地区医疗保障部门协调下，经办机构联系相关职能部门、单位在其职责范围内支持和协助办理城乡居民医保相关业务。

## 第二章 参保登记

**第五条** 经办机构按照城乡居民医保制度覆盖人员范围办理参保登记。同一城乡居民不能同时参加职工医疗保险（以下简称“职工医保”）和城乡居民医保参保登记。

**第六条** 城乡居民按照属地参保原则，可以家庭为单位或个人身份，到户籍所在地或居住地的经办机构（或代办、协办机构）办理参保登记。

**第七条** 城乡居民的参保登记基本信息包括姓名、公民身份号码、性别、户籍信息（住址信息）、联系电话、通讯地址、人员类别、特殊人员标识等。

（一）城乡居民办理参保登记，需提供户口簿（异地户籍人员，提供居住证明）、身份证等有关证件材料，初次参保需填写参保登记表。

（二）在校学生可以学校为单位参保，或由教育行政主管部门指定机构统一收集、初审、记录、汇总参保登记信息，提供给经办机构办理参保登记。

（三）新生儿出生后，可在其出生的定点机构办理参保登记。落户后由父母一方提供户口簿（异地户籍人员，提供父母一方居住证明），向户籍地或父母居住地申请办理参保登记或变更登记。

（四）符合政策规定的特殊困难群体提供有效的证明材料，可由当地政府主导，相关主管部门统一收集、初审、记录、汇总参保登记信息，提供给经办机构办理参保登记。

经办机构可结合政务信息资源共享平台建设，推动与代办机构、协办机构、公安部门等相关部门之间的信息资源共享，实现特殊困难群体的参保登记、待遇享受资格等信息互认，提高经办工作效率。

第八条 城乡居民医保参保人员（以下简称“参保人员”）参加职工医保、参军和统筹地区规定的其他情形，不再参加城乡居民医保的，应及时到经办（代办、协办）机构，申请城乡居民医保停保业务。

第九条 参保人员因姓名、公民身份号码、户籍所在地等基本信息发生变更时，应提供户口簿、身份证等材料向经办机构申请办理信息变更手续，经办机构审核后按规定办理。

第十条 参保人员死亡、失踪、出国定居、服刑等不再适合保留医疗保险关系的，应及时办理终止。参保人员（或委托人、继承人）应提供户口簿、身份证及有关证明材料向经办机构提出终止申请，经办机构审核后，按规定办理。经办机构也可根据协办机构、公安、法院等部门提供的人员身份状态信息注销医疗保险关系。对于城乡居民医保关系注销的，应留存其个人参保和缴费记录等相关信息。

### 第三章 缴费申报

第十一条 全省执行统一的参保人员个人缴费标准和政府补助标准。城乡居民按规定的时间缴纳医疗保险费。

第十二条 缴费方式和程序按照税务部门规定的流程办理。经办机构配合相关部门推进通过网上缴费平台、使用网上银行或第三方支付平台等办理参保缴费，为参保人员提供便捷的网办服务。

第十三条 经办机构根据税务部门提供的征缴结果，将个人缴费金额及缴费时间记录到医保信息系统内。

第十四条 城乡居民参保后，未按时缴纳医疗保险费的，自欠费之日起停止其享受相应医疗保险待遇。

### 第四章 协议管理

第十五条 依法经主管部门批准取得执业资格的医疗机构、依法经主管部门批准取得经营资格的零售药店，可按规定向执业（经营）地经办机构申请签定

服务协议，成为定点医疗机构、定点零售药店（以下简称“定点机构”），提供医保服务。

第十六条 统筹地区医疗保障部门制定，经办机构根据定点机构资格申请条件对定点机构申请材料予以明确。

第十七条 统筹地区市级经办机构统一建立申请受理、评估制度。各经办机构需在受理申请前主动向社会公开申请条件、申请材料、受理方式、受理部门、受理时限等内容。

第十八条 经办机构对医药机构提交的申请材料要及时进行登记。对材料齐全的，应在规定时间内发放受理通知；申请材料不齐全的，应一次性告知申请人需要补正的材料及时限。

第十九条 市级经办机构负责统一组织本地区定点机构考察评估工作，本级及县级经办机构分别落实本区域的考察评估工作。考察评估的流程包括现场考察、专家评估、协商谈判、社会公示等基本环节。经办机构从评估专家库抽取专家，成立专家委员会，制定评估规则和程序，并委托专家进行评估。

第二十条 经办机构应与定点机构签定医药服务协议，规范就医购药服务行为。服务协议条款应明确双方的责任、权利和义务，涵盖服务人群、服务范围、服务内容、服务质量，基本制度、付费方式及标准、费用审核、费用结算、异地就医服务、信息系统、考核指标、监督管理和违约责任、服务协议期限及争议处理等。服务协议文本按照国家和省里统一制定范本执行，可进行适当补充调整。

第二十一条 定点机构依据吉林省医疗保障制度和医疗保险服务协议约定，依法、依规、依约开展医药服务。经办机构对定点机构进行协议管理，按《国家医疗保障局关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》及《吉林省医疗保险服务监督管理办法》《吉林省医疗保险定点机构和定点零售药店医疗保险服务管理考核暂行办法》对定点机构的违约、违规行为进行处理，并对协议履行情况进行考核；依据《吉林省医疗保险定点机构医疗保险服务医师管理办法》对医保医师进行管理。国家基本医疗保险定点机构管理办法、基本医疗保险定点零售药店管理办法出台后，按国家规定执行。

各级经办机构要严格执行国家和省规定的医保目录，负责本级定点机构的目录对应及信息维护工作，并按要求及时更新维护目录数据库，不得调整目录品种。目录以外的项目、医用材料、药品按照国家统一发放编码进行对应。

经办机构使用国家医疗保障局统一规定的医保疾病诊断、手术操作分类与代码，医疗服务项目分类与代码，医保药品分类与代码，医保医用耗材分类与代码，定点医疗机构代码，医保护士代码，医保药师代码，医保系统工作人员代码，医保按病种结算病种代码，医保结算清单，医保医师代码，定点零售药店代码，医保系统单位分类与代码，医保门诊慢特病病种代码，医保日间手术病种代码等。涉及药品、诊疗项目及医疗服务设施项目、医用耗材目录、医保

患者疾病病种、定点机构、医师、医疗保障基金结算单等信息按照国家医疗保障局《关于印发医疗保障定点机构等信息业务编码规则和方法的通知》（医保发〔2019〕55号）管理和应用。

经办机构指导定点机构做好上述编码对照工作，要求并督促定点机构按照相关技术和接口标准对信息系统进行改造，以实现与医保系统的有效对接。

**第二十二条** 省级经办机构统一建设全省医疗服务费用审核系统，市县级使用和维护管理。制定审核标准和监控指标，设置科学合理的审核规则，通过费用审核系统判断医疗费用的合理性、合规性。对定点机构、医保服务医师（药师）医疗服务行为和参保人员就医购药行为进行审核监控。对系统筛查出的审核结果，由经办人员复核确定不予支付的费用。对出现医疗费用较高、增长较快、诚信纪录进入警示级别等状况的定点机构、医疗保险服务医师（药师）、参保人员列入重点监控对象，对其申报的医药费用重点审核。

**第二十三条** 经办机构应对定点机构实行分级管理，建立激励与约束机制，按不同类别和级别分别确定评价内容和指标，并定期对定点机构进行评定，评定结果与基金预付、医疗费用审核结算、考核保证金返还等激励和制约机制挂钩。分级评定工作按照国家和省有关分级管理相关规定执行。

## 第五章 就医管理

**第二十四条** 参保人员就医实行实名制管理。就医时需携带本人医疗保障就医凭证（社会保障卡或身份证、户口簿等，新生儿可凭出生医学证明）或医保电子凭证到定点机构就医，结算时即时兑现医保待遇。

医保医师等人员应核验参保人员身份。

**第二十五条** 城乡居民医保门诊统筹实行定点医疗服务。经办机构根据定点机构提供的服务能力和参保人员的需求确定门诊统筹定点机构。参保人员到门诊统筹定点机构门诊就医。

**第二十六条** 城乡居民医保门诊慢性病、特殊疾病待遇实行登记备案制度，经办机构可根据不同病种设定相应登记备案有效期。

参保人员患有规定的门诊慢性疾病、特殊疾病，向经办机构确定的定点机构提出申请，提供本人医疗保障就医凭证以及相关医疗资料，定点机构负责审核并组织评估认定，录入医疗保障信息系统（以下简称“医保信息系统”）并定期报送经办机构备案。经办机构按规定进行抽查审核。对于符合待遇的参保人员，可到选定的定点机构享受相应待遇。

**第二十七条** 参保人员需住院治疗的，办理住院登记手续进行治疗。定点机构应将参保人员住院期间的病历、费用明细、结算数据、票据数据等相关信息实时上传至医保信息系统。

第二十八条 参保人员符合特药政策规定可申请医保特药待遇，具体经办管理工作按照《吉林省医疗保障局关于调整我省基本医保特殊药品管理有关政策的通知》（吉医保发〔2019〕7号）执行。

第二十九条 参保人员异地就医按照《关于建立基本医疗保险跨省异地就医结算业务协同管理工作机制的通知》（医保办发〔2019〕33号）、《关于扎实做好2019年全省异地就医服务管理工作的通知》（吉医保联〔2019〕9号）、《关于优化异地就医十六条具体举措》（吉医保发〔2019〕34号）、《关于印发吉林省医疗工伤生育保险异地就医管理暂行办法的通知》（吉人社联字〔2017〕79号）等有关规定办理。

第三十条 定点机构应充分保证参保患者知情同意权，在使用应由参保患者个人全部负担费用的药品、诊疗项目和医疗服务设施项目、医用耗材，应事先征得患者及家属（或监护人）同意并签订知情同意书后方可使用。

## 第六章 结算管理

第三十一条 基金支付范围包括相关门诊、住院费用和生育医疗费用以及统筹地区城乡居民医保制度规定的其它费用中符合药品、诊疗项目及医疗服务设施项目、医用耗材目录的医药费用。

第三十二条 参保人员就医结束后，其发生的医疗费用，只需负担个人自负部分、应由基金支付部分在定点机构刷卡记账，由定点机构与经办机构进行结算。结算时，定点机构为患者提供国家和省相关部门制定的专用票据并提供医疗保障基金结算清单。城乡居民医保实行基本医保、大病保险、医疗救助一站式结算。

第三十三条 城乡居民医保基金支付部分由经办机构与定点机构按照协议约定的结算方式进行。经办机构应统一城乡居民医保医疗费用结算单格式和项目。

经办机构对定点机构申报的需要基金支付的医药费用审核后，再予以结算或审核与定期结算分开进行。

第三十四条 因急诊、抢救、信息系统故障等原因未能实现直接结算的，先由参保人员个人全额垫付，在规定时间内向参保地经办机构申请报销。经办机构自收齐报销材料之日起，22个工作日内完成报销。

第三十五条 城乡居民医保待遇审核应执行统筹地区城乡居民医保制度规定，按照统一的药品、诊疗项目及医疗服务设施项目、医用耗材目录和服务协议的规定进行。

第三十六条 经办机构根据城乡居民医保参保人员类别、就医类型（门诊、门诊慢性病、门诊特殊疾病、门诊特药、住院等）、起付线、封顶线和报销比例等政策规定，经审核后最终核定城乡居民医疗保险基金支付金额。

第三十七条 各级经办机构负责参保人员异地就医医保费用的清算和结算，就医地经办机构结算拨付定点机构垫付的医保费用后，由市（州）将异地就医结算数据上传省级经办机构，省级经办机构进行核对、认定、结算（清算）和拨付（收取）。统筹区内各县（市）间结算由市（州）办理。

## 第七章 支付管理

第三十八条 经办机构应按照基本医疗保险付费总额控制要求，遵循保障基本、科学合理、公开透明、激励约束和强化管理的原则，建立与定点机构的沟通协商机制和费用分担机制，在本地区城乡居民医保基金收入预算的基础上进一步强化支出预算。实施医疗保险基金总额控制，深化按照病种付费，按人头付费、按服务单元付费、按床日付费等多元复合式医疗保险支付方式，积极探索建立 DRG 付费体系。将总额控制指标及相关管理要求纳入服务协议，推动对定点机构实行基金支出预算下的指标总额控制管理。

第三十九条 经办机构应根据城乡居民医疗保险的统筹制度及定点机构的级别、类别，与定点机构协商确定付费方式和结算方式。

第四十条 经办机构应按照服务协议约定的付费方式与结算方式结算，结算时预留一定额度的结算费用作为服务保证金，按照考核办法进行考核，根据考核结果返还服务保证金。

第四十一条 经办机构根据服务协议、年初预算指标以及年度考核结果进行年终清算。

第四十二条 定点机构应按照《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》要求规范财务管理，被经办机构拒付的医药费用，按照收付实现制做相应的账务处理。

## 第八章 基金管理

第四十三条 各级经办机构应按规定设立基金收入户、支出户，各账户要按照基金会计制度规定用途使用。

经办机构应当按月与财政部门核对账目。省级经办机构报请省级医疗保障部门协调同级财政部门按规定使用基金财政专户办理跨省异地就医结算业务。

第四十四条 城乡居民医保基金实行严格的基金预算管理。县级经办机构按照《预算法》和《国务院关于试行保险基金预算的意见》（国办发〔2010〕2号）进行编制基金预算，并逐级汇总审核上报。

基金预算保持独立完整，统筹地区分别编制。年度终了前，县级经办机构负责编制基金预算草案，经同级医疗保障行政部门审核后上报市级经办机构，市级经办机构应按照规定表式、时间和编制要求，综合考虑本年度预算执行情况、下年度经济社会发展水平以及医疗保险工作计划等因素，汇总编制下年度

基金预算草案，报本级医疗保障行政部门审核。经办机构严格按照批复预算执行，不得随意调整。

第四十五条 经办机构按照社会保险基金会计制度规定将医疗保险费收入、财政补助收入、利息收入、上级补助收入、下级上解收入、其他收入等计入基金收入。

第四十六条 经办机构按照基金会计制度规定将待遇支出、划转大病保险支出、补助下级支出、上解上级支出、其他支出等记入基金支出。

第四十七条 经办机构在支付城乡居民医保待遇时，要采取银行存折、银行卡或社会保障卡等形式拨付报销费用，不得直接支付现金。

第四十八条 年度终了，县级经办机构应按照规定编制年度医疗保险基金决算草案，报同级医疗保障行政部门审核后上报市级经办机构，市级经办机构应按照规定编制年度医疗保险基金决算草案，报同级医疗保障行政部门审核汇总。

第四十九条 基金结余是指基金收支相抵后的期末余额。适当控制基金当年结余率和累计结余率。建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险，提高使用效率。

强化绩效考评，建立合理的缺口分担机制，一个预算年度内，所辖县（区）完成年度收支计划的，如当年基金收支相抵出现缺口，由市（州）通过结余基金补足；累计结余不足的，由市（州）和县（市、区）按照比例分担基金缺口，具体分担比例由市（州）另行制定。

## 第九章 信息管理

第五十条 医疗保障信息系统应涵盖城乡居民医保的参保登记、缴费申报、征收记录、协议管理、就医管理、费用审核、基金结算和会计核算管理、稽核管理和内部控制、综合统计分析和档案等全部业务过程管理功能。

完善参保人员信息库，建立与相关部门（人社、卫生健康、民政、财政、税务、统计、公安、扶贫、残联、政数局等）、服务机构（定点机构、协议金融机构、受托商业保险公司等）的信息交换机制，横向对接实现信息交换，为业务经办实现精准化管理提供信息化支撑平台。

第五十一条 经办机构按要求开展数据的采集、审核、转换以及数据质量检查，并按规定上报交换库数据。

第五十二条 按照有关安全管理制度，加强信息系统和数据管理，确保数据安全。

## 第十章 个人权益管理

第五十三条 经办机构根据《社会保险法》建立参保登记、缴纳费用、就医购药、待遇支付等个人权益信息数据库，并做好个人权益信息的管理与维护。

第五十四条 经办机构提供城乡参保居民医疗保险个人权益记录查询服务，并按规定提供权益记录证明。

第五十五条 经办机构应利用信息化手段，建立多形式、全方位的查询服务平台，通过基层的服务终端、互联网或移动通讯平台等方式，为城乡参保居民提供方便快捷的查询服务。

## 第十一章 稽核管理和内部控制

第五十六条 经办机构根据《社会保险法》及医疗保障基金使用监管相关规定，依法对城乡居民参保登记、享受待遇情况，定点机构遵守城乡居民医保相关规定和履行服务协议情况通过日常稽核、专项稽核和举报稽核等形式进行稽核。

第五十七条 开展稽核时，可采取实地核查、智能监控、网上稽核、书面稽核、约谈问询、录音录像等方式获取相关证据资料，发现违规情形按相关规定进行处理。

第五十八条 经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，规范内部职能部门及其工作人员经办行为，开展经办业务风险排查和内部控制检查评估工作，建立完善运作规范、管理科学、监控有效、考评严格、纠错有力的内部控制体系。

第五十九条 经办机构应建立健全内部监督制度，不断完善经办操作的合规性、准确性，防范经办风险。

## 第十二章 综合管理

第六十条 经办机构应做好业务数据采集、保管、统计、分析等相关工作。

第六十一条 经办机构应按照《档案法》和国家及省业务档案管理要求，建立、健全城乡居民医保档案管理的规章制度，按照的档案管理要求做好相关工作。

## 第十三章 附 则

第六十二条 省级经办机构依据本规程及相关政策文件制定业务流程和服务标准。

第六十三条 长期护理保险经办服务管理参照本规程执行。

第六十四条 本规程由吉林省社会医疗保险管理局负责解释。

第六十五条 本规程自 2020 年 1 月 1 日起试行。