**鞍山市城乡居民医疗保险实施细则**

**第一章 总 则**

**第一条** 为完善城乡医疗保障体系，保障城乡居民基本医疗需求，建立统一的城乡居民医疗保险制度（以下简称城乡居民医保制度），促进城乡居民公平享有基本医疗保险权益，根据《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）、《鞍山市整合城乡居民医疗保险制度的实施方案》（鞍政发〔2019〕 号），结合本市实际，制定本实施细则。

**第二条** 城乡居民医保制度坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，充分考虑本市经济社会发展水平、城乡居民实际收入水平和基金承受能力，坚持筹资标准与待遇水平相挂钩，实行市级统筹、分级管理，科学划分市、县（市）区（开发区）两级政府及医保行政部门、经办机构的管理权限和工作职责，着力提高医保管理和经办服务效能。

**第三条** 市、县（市）区（开发区）政府要分级落实主体责任，将参保扩面工作纳入绩效考核，组织辖区内的乡镇（街道）、村委会（社区）做好城乡居民的摸底调查、参保登记缴费以及社会保障卡发放、政策宣传等工作，促进城乡居民按时参保、连续参保，努力实现应保尽保。

**第四条** 医疗保障部门负责拟定并组织实施我市城乡居民医保相关配套政策、措施，并做好对各地区、各有关部门落实城乡居民医保政策的协调、指导和监督等工作。医保经办机构负责做好城乡居民医保政策执行中各项具体业务工作，为广大城乡居民提供优质高效的经办管理服务。

**第五条** 其他各有关部门须按照有关文件规定所明确的工作职责和要求，在各自职责范围内负责配合做好城乡居民医保制度建立和组织实施的各项工作。

**第二章 参保范围和筹资标准**

**第六条**  参保范围：

（一）应参加城镇职工基本医疗保险以外的、具有本市户籍的所有城乡居民。普通高中、初中、小学在校学生和幼儿园在园幼儿（以下统称“中小学生”）在就读地参保，不受户籍限制。

（二）居住在本市的《鞍山市居住证》持有人。

（三）本市内各类全日制高等学校本科生、专科生、研究生；全日制职业高中、中专、技校在籍学生（以下统称“大中专学生”）。

（四）按照有关规定允许参加本市城乡居民医保的其他人员。

**第七条** 进城务工的农民工和外地来鞍务工人员，已与用人单位签订劳动合同的，应随用人单位以企业职工身份或以灵活就业人员身份参加职工医保。已参加职工医保人员不得同时参加城乡居民医保。

**第八条** 城乡居民医保不建立个人帐户。

**第九条**  筹资标准和资金来源：

（一）城乡居民每年度的个人缴费标准和政府补助标准按国家、省有关规定，结合本地实际，适时调整并及时向社会公布。

（二）2020年，成年居民的个人缴费标准为310元，中小学生、大中专学生、未满18周岁居民的个人缴费标准为170元。

居民参保身份年龄计算至参保年度12月31日。

（三）低保对象、特困人员（含孤儿，下同）和建档立卡贫困人员的个人缴费部分由政府按规定予以全额资助。

**第三章 参保缴费**

**第十条** 参保登记和缴费方式：

（一）普通居民以家庭为单位，到户籍所在地社区、村委会办理参保登记、缴费手续。《鞍山市居住证》持有人到居住地社区、村委会办理参保登记和缴费手续。相关工作人员按税务部门规定，统一到受税务部门委托的金融机构缴存当期应缴保费。

（二）中小学生、大中专学生由所在学校负责办理参保登记和缴费手续。学校工作人员按税务部门规定，统一到受税务部门委托的金融机构缴存当期应缴保费。

（三）低保对象、特困人员、建档立卡贫困人员根据资格认定权限，由县（市）区（开发区）的民政、扶贫部门统一办理参保登记，按有关规定办理缴费结算。

**第十一条**  各相关部门、单位的经办人员在办理参保登记和缴费手续时应当严格审核参保人员提供的相关证件，准确掌握参保人员身份类别和适用缴费标准，做好信息录入、款项收取、开具票据和资料存档等工作。

**第十二条** 城乡居民医保实行年度缴费制度，每个保险年度开始之前三个月为集中参保缴费期。普通居民保险年度从1月1日起至12月31日止；大中专学生可在入学当年一次性趸交全部各个学年的保费，保险年度从当年入学之日算起，毕业当年待遇享受期限延长至12月31日。

**第十三条** 集中参保缴费期内、待遇生效前，参保人员死亡或者因就业而参加职工医保，可凭死亡证明或者劳动合同等材料向参保地经办机构申请退还已缴纳的保费；退费申请受理时间为待遇生效后的一个月之内，逾期一律不予受理，申请时已经发生就医费用的一律不予退费。

**第十四条** 保险年度内，新增的低保对象、特困人员和建档立卡贫困人员应在当月办理参保手续，享受待遇时间从办理参保手续次月起至当年末止；年度内取消相关身份资格的，自取消身份的次月起至当年末享受普通居民参保待遇。

**第十五条** 符合参保条件的人员在年度内补办参保手续的，应按年度标准缴费。

（一）在集中参保缴费期未及时参保，或者户籍学籍新转入等原因需要补办参保缴费手续的，按规定到户籍所在地（居住地）社区、转入学校补办手续。自保费缴纳的当月起设立三个月待遇等待期，等待期满的次月起至当年末享受待遇。

（二）下列人员因医保关系变更、接续等原因补办参保手续的，自保费缴纳的次月起至当年度末享受待遇：

1、本市城乡居民医保中断两个月以内人员；

2、本市职工医保中断之月起三个月以内转入人员。年度内曾经参加城乡居民医保并办理过停保和转入职工医保的，不需再次缴费；

3、应届毕业大学生、当年度退役士兵、在外地正常参加基本医疗保险并且户籍迁入本市的人员。

（三）本市户籍或持本市居住证的新生婴儿出生之后三个月内可补办参保缴费手续，从出生时开始享受待遇。涉及跨年度享受待遇的须按两个年度缴费。超过三个月补办参保的，设立三个月待遇等待期。

**第十六条**  参保人员出现因就业而参加职工医保、在异地参加基本医疗保险、死亡等情形的，终止本市城乡居民医保关系，年度内所缴纳的保费一律不予退还。

**第十七条** 参保人员应按规定的时限和筹资标准及时进行参保登记并足额缴费。未按规定参保缴费的，不得享受待遇。

**第四章 基本医疗保险待遇**

**第十八条** 城乡居民医保统一执行辽宁省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施项目目录。

**第十九条** 城乡居民医保基本医疗保险待遇包括住院待遇、门诊特殊病待遇、门诊慢性病待遇、门诊统筹待遇。参保人员就医时发生的政策范围内医疗费用由基金和个人按一定比例分担。

**第二十条** 住院待遇：

参保患者住院，实行定点医疗机构分级差异化支付政策，促进轻、重疾病分治和分级诊疗，引导合理就医秩序的形成。

（一）本市城乡居民医保定点医疗机构分设特三级、三级、二级、一级（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）四个等级。

（二）住院待遇按定点医疗机构等级设置起付标准，按政策范围内住院费用分段设置支付比例。年度统筹基金的最高支付限额为60000元。起付标准以下的住院费用由参保人员个人负担，起付标准以上、基金支付限额以下的住院费用由基金和参保人员按比例分担。同一保险年度内多次住院的，起付标准逐次递减。

参保人员在本市定点医疗机构的住院待遇，详见《城乡居民医保住院待遇表》。

**城乡居民医保住院待遇表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **定点医疗机构等级** | **起付标准** | **支付比例** | **年度基金支付限额（元）** |
| **首次****（元）** | **第二次****（元）** | **第三次及以后（元）** | **起付标准以上至10000元** | **超出10000元以上部分** |
| **特三级** | 900 | 800 | 700 | 60% | 65% | 60000 |
| **三级** | 700 | 600 | 500 | 65% | 70% |
| **二级** | 400 | 300 | 200 | 75% | 80% |
| **一级** | 200 | 150 | 100 | 80% | 80% |

（三）重性精神病患者在指定专科医院住院治疗的，不设起付标准。急慢性肝炎、肺结核在本市专科医院住院治疗的患者，一个保险年度只收取一次起付标准。恶性肿瘤、已纳入本市门诊特殊病病种范围的罕见病，一个保险年度内需多次住院的，只收取一次起付标准。

**第二十一条** 经批准转往本市以外定点医疗机构住院和在本市以外符合急诊、抢救规定住院发生的医疗费用，起付标准为省内1500元/次，省外2000元/次。其中：

（一）转诊至沈阳、北京、上海和天津定点医疗机构住院的，支付比例按本市特三级定点医疗机构政策范围内费用分段支付比例降低10个百分点执行。

（二）转诊至其他省外三级及以上定点医疗机构住院的，支付比例按本市特三级定点医疗机构政策范围内费用分段支付比例降低15个百分点执行。

（三）除急诊、抢救外，参保人员未办理转诊手续自行到本市以外医疗机构住院治疗的，起付标准为省内3000元，省外4000元，支付比例按30%执行。

**第二十二条** 门诊特殊病待遇：

（一）门诊特殊病病种包括：重性精神病，癌症放、化疗，重症尿毒症肾透析，器官移植术后服用抗排异药，系统红斑狼疮，部分罕见病（肝豆状核变性、特发性肺纤维化、主动脉夹层瘤、脱髓型脊髓炎、短肠综合症、肝内胆汁淤积肝硬化、戈谢病等）。

门诊特殊病病种设定、认定标准及用药、诊疗项目范围管理办法另行制定。

（二）符合门诊特殊病认定标准的参保人员可按规定选择一家定点医疗机构就医，发生的政策范围内医疗费用，按相应等级定点医疗机构住院支付比例由基金支付。所选定点医疗机构原则上年度内不予变更。

（三）门诊特殊病不设起付标准，医疗费用计入年度基金支付限额。患者在住院治疗期间不同时享受门诊特殊病待遇。

（四）器官移植术后服用抗排异药患者门诊特殊病治疗的政策范围内医疗费用，分别按照特三级和三级70%比例、二级75%比例、一级80%比例给予支付。

**第二十三条** 门诊慢性病待遇：

（一）门诊慢性病实行病种管理和支付限额，具体详见《城乡居民医保门诊慢性病病种和支付限额表》。

**城乡居民医保门诊慢性病病种和支付限额表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **病 种** | **支付限额** |
| **慢****性****病** | 冠心病（陈旧性心肌梗塞或合并心功能不全3级以上） | 300元（月限额）/（单病种） |
| 脑血管意外后遗症（脑出血或脑梗塞） |
| 重症肌无力 |
| 再生障碍性贫血 |
| 乙型肝炎引起的代偿期肝硬化（抗病毒治疗） | 350元（月限额）/（单病种） |
| 丙型肝炎引起的代偿期肝硬化（抗病毒治疗） | 400元（月限额）/（单病种） |
| 血友病 | 轻型430元、中型850元、重型2100元（月限额）/（单病种） |
| 高血压Ⅲ期 | 280元（月限额）/（单病种） |
| 糖尿病合并症 | 300元（月限额）/（单病种） |
| 支架术后抗凝治疗（一年内）、 | 350元（月限额）/（单病种） |
| 冠状动脉旁路移植术后抗凝治疗（一年内） | 350元（月限额）/（单病种） |

门诊慢性病病种设定、认定标准、支付限额及用药、诊疗项目范围管理办法另行制定。

（二）符合门诊慢性病认定标准的参保人员可选择一家定点医疗机构就医，发生的政策范围内的医疗费用，按相应等级定点医疗机构住院支付比例由基金支付，所选定点医疗机构原则上年度内不予变更。

（三）门诊慢性病不设起付标准，不得超过规定的月支付限额。同时患有两种及以上门诊慢性病的参保人员，只享受一个病种待遇。患者在住院治疗期间不同时享受门诊慢性病待遇。

**第二十四条** 门诊统筹待遇：

（一）门诊医疗费用首次起付标准为40元，年度内第二次以后均为20元，累计不超过200元。

（二）年度内基金支付限额为400元，每次就医基金最高支付限额为100元。低于起付标准和超过支付限额的医疗费用由个人承担。

（三）起付标准以上、支付限额以下的医疗费用，基金按50%的比例支付，其余部分由个人支付。

门诊统筹定点医疗机构一般为基层医疗机构，由医保经办机构确定，参保人员可自愿选择一家门诊统筹定点医疗机构，原则上年度内不予变更。

**第二十五条** 符合国家、省生育政策的参保人员生育医疗费用纳入基金支付范围。分娩期间的诊疗费、药费及计划内生育发生的流产、引产费用（不含计划生育手术费用）等按省有关规定执行。

**第二十六条** 纳入本市医保支付方式改革试点的日间手术费用可按住院待遇规定执行。实施日间手术的定点医疗机构及病种须符合省、市有关规定。

**第二十七条** 参保人员在门诊急诊、抢救后死亡的，或者在ICU急诊、抢救发生的政策范围内的医疗费用，在扣除起付标准后按相应等级定点医疗机构住院支付比例由基金支付。

**第五章 大病保险待遇**

**第二十八条** 本市城乡居民医保参保人员同时享受大病保险待遇，即参保人员在享受政策规定的基本医疗保险待遇后，对其自付的政策范围内医疗费用由大病保险再予以一定的补偿。

**第二十九条** 大病保险保费由基本医疗保险基金支付，参保人员个人不缴费。

大病保险基金实行市级统筹、单独核算、专户管理。基金当期结余滚存至下一年度使用。

**第三十条** 大病保险筹资和起付标准根据国家、省有关规定和本市实际适时进行调整。2020年筹资标准为每年每人70元，起付标准为11000元。

**第三十一条** 大病保险实行分段补偿，具体标准为：参保人员个人自付的政策范围内医疗费用，在起付标准以上0至5万元（含5万元）的，按60%的比例予以支付；5万元以上至10万元（含10万元）的，按65%的比例予以支付；10万元以上的，按70%比例予以支付。

大病保险不设支付限额。

**第三十二条** 低保对象、特困人员和建档立卡贫困人员大病保险的起付标准为普通参保人员的50%，即5500元；其个人自付的政策范围内医疗费用超出起付标准的部分，一律按70%的比例予以支付。

**第三十三条** 器官移植术后服用抗排异药、恶性肿瘤等重大疾病，个人自付的政策范围内医疗费用超出大病保险起付标准的部分，按80%的比例予以支付。

0至14周岁（含14周岁）儿童急性淋巴细胞白血病、急性早幼粒细胞白血病、先天性房间隔缺损、先天性室间隔缺损、先天性动脉导管未闭、先天性肺动脉瓣狭窄、再生障碍性贫血、免疫性血小板减少症、血友病、噬血细胞综合征、淋巴瘤、神经母细胞瘤、骨及软组织肉瘤、肝母细胞瘤、肾母细胞瘤、视网膜母细胞瘤等疾病起付标准为普通参保人员的50%，即5500元；其个人自付的政策范围内医疗费用超出起付标准的部分，按70%的比例予以支付。

0至18岁（含18岁）苯丙酮尿症患者特殊门诊待遇按照省有关规定执行。

 **第三十四条** 经批准转往本市以外定点医疗机构住院，或在本市以外符合急诊、抢救规定住院发生的医疗费用，超出大病保险起付标准的部分，按相应比例降低10%予以补偿。

未经转诊而自行到本市以外医疗机构住院发生的政策范围内医疗费用超出大病保险起付标准的部分，一律按25%比例支付。

**第三十五条** 大病保险由商业保险机构承办，保费收入享受国家税收优惠政策。承办大病保险的商业保险机构依法招标确定。

**第三十六条** 承办大病保险的商业保险机构应当具备下列条件：

（一）符合国家保险法律法规和银保监管部门规定的经营健康保险的必备条件；

（二）在中国境内经营健康保险业务五年以上，具有良好的市场信誉；

（三）在本市设有分支机构，各县（市）区服务网点健全，并可在定点医疗机构实现即时结算；

（四）具备承办本市大病保险业务工作相关条件，并提供业务、财务、信息技术等支持；

（五）实现大病保险业务单独核算。

**第三十七条** 承办大病保险的商业保险机构应当严格执行国家、省、市有关法律、法规和政策规定，接受银保监部门的依法依规监管和医疗保障部门的工作指导监督。

**第六章 基金管理与监督**

**第三十八条** 城乡居民医保基金存入市级财政专户，实行统收统支，收支两条线管理，独立核算，专款专用，任何组织和个人不得挤占挪用。

**第三十九条** 参保人员所缴纳的保费须通过本市税务部门、人民银行国库、代缴金融机构和医保经办机构商定的流程，及时缴入市级财政专户。

**第四十条** 财政部门须将国家、省、市和县（市）区（开发区）安排的政府补助资金及时划入市级财政专户，确保基金的正常使用。市和县（市）、区（开发区）财政负担的政府补助资金须足额列入同级财政预算，各县（市）、区（开发区）财政部门须及时上解所负担的政府补助资金。

**第四十一条** 医疗保障、财政、审计等部门要加强对基金的监督管理。医保经办机构应依法向社会公布基金收支结余等情况，主动接受社会监督。

**第四十二条** 基金使用遵循“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则，保持合理的基金当期结余和累计结余水平。加强基金预算管理，在不断完善总额控制的基础上，全面推行以按病种付费为主，按人头付费、按床日付费等多种方式相结合的复合支付方式与定点医疗机构进行结算，控制医疗费用不合理增长。

**第四十三条**  定点医疗机构每月对参保人员就医数据进行核对后，向医保经办机构申报医疗费用并进行对帐，报送相关报表。医保经办机构完成医疗费用审核后，向财政部门报送基金使用申请及相关报表。财政部门根据医保经办机构报送的基金使用申请及相关报表向医保经办机构支出账户拨付基金。定点医疗机构须设立专门用于医保结算的账户。

**第四十四条** 基金预算、决算草案的编制、审核和批准，按照国家和省、市有关规定执行。

**第七章 就医管理和结算方式**

**第四十五条**  参保人员须持社会保障卡到定点医疗机构就医。定点医疗机构工作人员须认真核对社会保障卡、身份证等有关证件，确保人证、人卡相符。

**第四十六条** 参保人员就医结束进行医疗费用结算时，只需交付政策范围内应由个人承担的费用，应由基金承担的费用按照医保结算办法按月支付。

**第四十七条** 转诊手续和费用结算的办理：

（一）转诊至省内本市以外定点医疗机构住院治疗的，须经参保地具备资格的市、县（市）定点医疗机构专家会诊后，由副主任以上医师提出转诊意见，定点医疗机构医保部门审核通过后，报参保地医保经办机构备案即可转诊就医。

（二）转诊至省外定点医疗机构住院治疗的，须经具备资格的市定点医疗机构专家会诊后，由副主任以上医师提出转诊意见，定点医疗机构医保部门审核通过后，报参保地医保经办机构备案即可转诊就医。

（三）转诊到跨市、跨省异地就医结算平台备案医疗机构就医的，可办理网上结算。无法网上结算的，转诊期间发生的医疗费用由参保人员个人全额垫付，出院后一个月内由本人或其代理人持住院病历复印件（须加盖医院印章）、医疗费用收据、医疗费用清单、社会保障卡等资料，到参保地经办机构审核、结算。

**第四十八条** 异地居住一年以上符合条件的参保人员，应到参保地经办机构办理异地就医备案。可在异地就医结算平台上结算的，应持卡就医并在平台上直接网上结算；无法在异地就医结算平台上结算的，应在出院后持住院病历复印件（须加盖医院印章）、医疗费用收据、医疗费用清单和社会保障卡等资料，到参保地经办机构审核、结算。

**第四十九条** 参保的大中专学生在寒暑假或实习期间因突发疾病确需在外地住院的，可选择在其居住地或实习地定点医疗机构就医，不需办理异地就医手续，医疗费用先行垫付，出院后一个月内，持住院病历复印件（须加盖医院印章）、医疗费用收据原件、医疗费用清单、社会保障卡等材料，到参保地经办机构核销垫付的医疗费用。

**第五十条** 参保人员发生急诊、抢救的，经审核认定符合急诊、抢救标准，可按相应转诊待遇对政策范围内医疗费用给予支付。

急诊、抢救患者出院后，持住院病历复印件（须加盖医院印章）、医疗费用收据原件、医疗费用清单、社会保障卡等材料，到参保地经办机构审核批准后按规定核销垫付的医疗费用。

**第五十一条** 参保人员因下列情形之一所发生的医疗费用，基金不予支付：

（一）在非定点医药机构治疗（急诊、抢救除外）所发生的医疗费用；

（二）因交通事故、医疗事故或者其他责任事故应由第三方承担的医疗费用；

（三）因吸毒、打架斗殴或者其他违法行为所发生的医疗费用；

（四）因自杀自残（精神病患者除外）、酗酒、戒毒、性传播疾病等原因发生的医疗费用；

（五）因美容、矫形、生理缺陷等发生的治疗费用；

（六）在境外或香港、澳门特别行政区和台湾地区就医所发生的医疗费用；

（七）应由工伤保险基金支付或公共卫生经费承担的医疗费用；

（八）国家、省、市相关法律、法规和政策规定的其他不予支付的情形。

**第八章 定点医疗机构管理**

**第五十二条**  城乡居民医保定点医疗机构实行协议管理。定点医疗机构的准入和退出由医保经办机构依照相关规定组织审核认定。医保经办机构应与纳入定点的医疗机构签订城乡居民医保服务协议，明确双方的权利和义务，并按照协议和有关规定进行考核评估，对定点医疗机构实行动态管理。

**第五十三条** 定点医疗机构须设立医保科或确定专人负责城乡居民医保工作，主要职责包括：

（一）贯彻执行医保政策及有关规定，做好医保政策宣传和培训；

（二）承办城乡居民医保的医疗服务业务，制定相关的内部管理制度。做好本单位的内部协调、统计报表、政策咨询、参保人员医疗费用审核等工作；

（三）负责参保人员就医及医疗费用情况的登记和汇总，向医保经办机构传输信息和报送报表等工作；

（四）负责对本单位医务人员执行相关政策规定情况的监督、检查；

（五）承办城乡居民医保有关的其他事宜。

**第五十四条** 建立全市统一的城乡居民医保信息管理系统，用于费用审核结算、医疗服务行为监控、部署管理工作等。定点医疗机构应按要求实现与医保经办机构互联互通、资源共享和医疗费用及时结算。

**第五十五条** 创新监管方式，通过智能监控、大数据筛查、人脸识别等信息技术手段，实现对定点医药机构监督检查全覆盖，增强监管的针对性、有效性。

**第五十六条**  加强对定点医疗机构医务人员执业行为监管，严肃查处违法违规和违反医德医风的执业行为，根据相关责任人的具体情形，给予暂停医保处方权、永久禁入直至移送司法机关等处罚，并将处罚结果纳入医疗、医保行业信用档案。

**第五十七条** 健全信息公开机制。通过多种渠道，定期公开定点医药机构的执业资质、人员信息、服务项目、收费标准以及相关许可、检查、考核评估和违规处罚等信息。

**第五十八条** 定点医疗机构在为参保人员提供医疗服务时，有义务告知药品、医用材料、诊疗项目的使用及医疗费用情况；对超出政策范围的医疗服务（如自费的药品、诊疗项目、医用材料和特需服务等），须经参保患者或其家属签字同意。

**第五十九条** 定点医疗机构应根据就医人员的实际病情，按照合理诊断、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费的原则，提供相应的医疗服务，严格执行入、出院标准和转诊制度，不得无故拒绝、推诿参保患者，不得滞留和诱导参保人员虚假就医。

**第六十条** 定点医疗机构要严格执行国家和省、市医药服务价格等相关政策，对主要服务项目和药品价格应在醒目位置公示，主动接受社会和群众监督，坚决杜绝乱收费。

**第六十一条** 定点医疗机构应坚持验证诊治制度，切实做到证与人、人与病、病与药、药与量、量与钱“五相符"，采取有效措施，有效防止冒名住院、挂名住院、分解住院等欺诈骗保行为的发生。如发现有欺诈骗保行为的，应扣留证件，并及时向经办机构报告。

**第六十二条** 严格控制参保人员出院口服药带药量，原则上急性病不得超过3日量，一般疾病不得超过7日量，慢性病不得超过15日量，特殊慢性病不能超过1个月量。

**第六十三条**  定点医疗机构应做好城乡居民医保、大病保险与医疗救助之间的衔接，完善“一站式”结算，为参保人员提供方便、快捷的服务。

**第六十四条** 定点医疗机构存在违反医保服务协议或法律法规行为的，依照医保服务协议或法律法规相关规定进行处理；情节严重构成犯罪的，移送司法机关，依法追究定点医疗机构及相关责任人员的刑事责任。

**第九章 附 则**

**第六十五条**  本办法由市医疗保障局负责解释。

根据国家、省有关规定及本市实际，市医疗保障局应会同有关部门及时调整和完善城乡居民医保政策及相关配套政策。

**第六十六条** 本办法自2020年1月1日起施行。原有相关政策规定与本办法不一致的，以本办法为准；国家、省另有规定的，从其规定。