

宛政办〔2016〕91号

**南阳市人民政府办公室
关于印发南阳市城乡居民基本医疗保险
实施办法（试行）的通知**

各县区人民政府，城乡一体化示范区、高新区、鸭河工区、官庄工区管委会，市人民政府各部门：

《南阳市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2016年12月20日

南阳市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为建立统一的城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）制度，进一步健全全民医保体系，保障我市城乡居民基本医疗需求，根据《河南省人民政府办公厅关于整合城乡居民医疗保险制度的实施意见》（豫政办〔2016〕173号）和《河南省人民政府办公厅关于印发河南省城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）的通知》（豫政办〔2016〕194号）规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 建立城乡居民医保制度的原则：

- （一）筹资标准和保障水平与我市经济社会发展水平及各方面的承受能力相适应；
- （二）个人缴费和政府补贴相结合；
- （三）基金以收定支、收支平衡、略有结余；
- （四）各类医疗保障制度统筹兼顾、协调发展。

第三条 各县区人民政府（管委会）负责本行政区域内城乡居民参保组织工作。人力资源社会保障部门主管城乡居民医保工作，财政部门负责城乡居民医保基金预算管理和财政专户管理，卫生计生部门负责城乡居民医疗服务工作，公安部门负责参保人员户籍认定，民政部门负责享受参保补贴的最低生活保障对象、特困供养人员和优抚对象身份认定和补贴。发展改革、审计、教育等部门按照各自的工作职责，协助做好城乡居民医保工作。

各医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）按照本办法负责城乡居民医保的经办工作。

第四条 按照“统一标准、分县运行、风险调剂”原则，城乡居民医保实行市级统筹。

统一标准即在我市范围内统一筹资政策、统一待遇水平，统一经办规程、统一信息系统。

分县运行即以市本级、各县区为单位分别负责城乡居民医保相关工作。

建立风险调剂金制度。风险调剂金从市本级、各县区城乡居民医保基金中提取，规模保持在当年住院统筹基金总额的10%，用于市本级、各县区之间的基金风险调剂。

第二章 覆盖范围

第五条 统一覆盖范围。在我市行政区域内不属于职工基本医疗保险覆盖范围的人员参加城乡居民医保。包括下列人员：

（一）农村居民和城镇非从业居民；

（二）各类全日制普通高等学校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生以及职业高中、中专、技校学生（以下统称大中专学生）；

（三）国家和省、市规定的其他人员。

第三章 资金筹集

第六条 统一筹资政策。城乡居民医保费用的筹集实行个人缴费和政府补贴相结合。建立政府和个人合理分担、可持续的筹

资机制。

我市城乡居民医保的个人缴费标准和财政补贴标准应不低于省人力资源社会保障部门、财政部门规定的最低标准，以当年度的通知为准。

第七条 鼓励集体、单位或其他社会经济组织对个人缴费给予扶持或资助。

第八条 城乡居民原则上以家庭（不包括家庭成员中的大中专学生和已参加城镇职工医疗保险的人员）为单位参保缴费，大中专学生以学校为单位参保缴费。

第九条 参保人员应按规定及时足额缴纳个人部分。最低生活保障对象、特困供养人员、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭60周岁以上（含60周岁）的老年人和未成年人以及符合规定的优抚对象等所需个人缴费部分由政府给予补贴。

第十条 城乡居民医保费每年缴纳一次，缴费时间原则上为每年的9月至12月，缴费次年享受城乡居民医保待遇。

第十一条 城乡居民医保的保险年度为自然年度，即每年的1月1日至12月31日。

第四章 保障待遇

第十二条 统一医保待遇。城乡居民医保待遇包括普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇、重特大疾病医疗待遇、住院医疗待遇（包括生育医疗待遇、新生儿医疗待遇，下同）。

第十三条 普通门诊医疗待遇。建立家庭账户（个人账户）

基金，各参保地可从个人缴费中提取 90 元纳入家庭账户（个人账户），用于参保人员在开展基本药物零差价的基层定点医疗机构就诊所发生的门诊医药费用和参保地内定点医疗机构住院个人自付费用，用完为止。

家庭账户（个人账户）要逐步过渡到门诊统筹。

第十四条 门诊慢性病医疗待遇。门诊慢性病不设起付标准，实行定点治疗、限额管理。具体办法由市人力资源社会保障部门另行制定。

第十五条 重特大疾病医疗待遇。重特大疾病是指临床路径明确、疗效确切且费用比较昂贵的病种（或治疗项目）。将原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗确定的病种（或治疗项目）纳入重特大疾病医疗保障范围，实现病种统一、待遇统一、流程统一。根据基金承受能力和疾病谱的变化，逐步增加保障病种。具体办法按照省人力资源社会保障部门有关规定执行。

第十六条 住院医疗待遇。参保居民在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用，起付标准以下由个人支付；起付标准以上由住院统筹基金按比例支付，额度不超过住院统筹基金年度最高支付限额。

2017 年度参保居民住院起付标准和报销比例如下：

类别	医院范围	起付标准 (元)	报销比例
乡级	乡镇卫生院（社区医疗机构）	200	200—800 元 70% 800 元以上 90%

类别	医院范围	起付标准 (元)	报销比例
县级	二级或相当规模以下（含二级）医院	400	400—1500 元 63% 1500 元以上 83%
市级	二级或相当规模以下（含二级）医院	500	500—3000 元 55% 3000 元以上 75%
	三级医院	900	900—4000 元 53% 4000 元以上 72%
省级	二级或相当规模以下（含二级）医院	600	600—4000 元 53% 4000 元以上 72%
	三级医院	1500	1500—7000 元 50% 7000 元以上 68%
省外		1500	1500—7000 元 50% 7000 元以上 68%

14 周岁以下（含 14 周岁）参保居民起付标准减半。其他参保居民年度内在县级以上（含县级）医院第二次及以后住院，起付标准减半。

确定住院统筹基金年度最高支付限额。2017 年度最高支付限额为 15 万元。

第十七条 生育医疗待遇。参加城乡居民医保的孕产妇住院分娩，住院医疗费实行定额支付。定额标准为：自然分娩 600 元，剖宫产 1600 元。实际住院费用低于定额标准的据实结算，超过定额标准的按定额标准支付。

第十八条 新生儿医疗待遇。新生儿出生当年，随参加基本医疗保险的父母自动获取参保资格并享受城乡居民医保待遇。新

生儿母或父参加当地城乡居民医保的，可凭其母或父身份证明、新生儿出生医学证明，以母或父身份（母或父只可选择一方）享受出生当年城乡居民医保待遇。父母不是当地城乡居民医保参保人员的，按规定到医保经办机构办理参保手续，新生儿从出生之日起享受当年城乡居民医保待遇。

第十九条 参保居民在一个保险年度内发生的住院医疗费用，经城乡居民医保基金按规定支付后，个人累计负担的合规医疗费用超过一定额度以上的部分，由城乡居民大病保险、困难群众大病补充保险资金按规定执行。

第五章 保障范围

第二十条 统一医保目录。城乡居民就医执行河南省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围及支付标准（以下简称“三个目录”）。

参保居民发生的属于“三个目录”范围的医疗费用，由城乡居民医保基金按规定支付。

第二十一条 下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围：

- （一）应当从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。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或无法确定

第三人的，由城乡居民医保基金先行支付。城乡居民医保基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第六章 医疗服务管理

第二十二条 统一定点管理。城乡居民医保定点医疗机构实行协议管理。市医保经办机构要明确定点医疗机构评估规则和管理办法，建立健全考核评价机制和动态准入退出机制。各级医保经办机构负责与符合条件的医疗机构签订定点服务协议，明确双方的责任、权利和义务。

第二十三条 全面开展异地就医即时结算。异地就医即时结算定点医疗机构由省级医保经办机构统一确定，实行分级管理。

建立异地就医即时结算周转金制度。各级医保经办机构按规定上解周转金（即时结算预付资金）。

第二十四条 参保居民在定点医疗机构就医发生的医疗费用，属于城乡居民医保基金支付的，定点医疗机构先行垫付，再由医保经办机构按规定定期与定点医疗机构结算；应由个人支付的医疗费用，由本人与定点医疗机构结清。暂不具备即时结算条件的，医疗费用由本人先行垫付，出院后到参保地医保经办机构按规定报销。

建立定点医疗机构服务质量保证金制度。医保经办机构与定点医疗机构结算应支付的医疗费用时，预留不超过5%的额度作为服务质量保证金。服务质量保证金根据定点医疗机构年度考核结果予以返还。

第二十五条 积极推进付费方式改革。按照国家和我省规定，结合医保基金预算管理，系统推进按人头付费、按病种付费、按床日付费、总额预付等多种支付方式相结合的复合支付方式改革。各级医保经办机构要在定点服务协议中明确付费方式，按规定结算医疗费用。

第二十六条 积极推进分级诊疗制度建设。参保居民应首先就近在基层定点医疗机构就医，需转诊转院到参保地外市级以上（含市级）医疗机构的，应办理转诊转院手续，按规定享受医保待遇；作为过渡性措施，对未按规定办理转诊转院手续（急诊除外）的，按相应医疗机构级别报销比例降低 20 个百分点。具体转诊转院管理办法按照省人力资源社会保障部门有关规定执行。

推进城乡居民健康签约服务工作，将签约对象常见病、多发病和慢性病纳入医保门诊管理，引导城乡居民基层首诊，促进双向转诊。

第二十七条 探索建立医保医师管理制度。逐步将医保对定点医疗机构服务的监管延伸到对医务人员医疗服务行为的监管。

第二十八条 跨年度住院的参保居民，应在当年 12 月 31 日结清医疗费用。次年仍继续住院的，其上年符合规定的住院费用超过起付标准的，次年不再负担起付标准费用；未超过起付标准的，上年负担的起付标准费用计入次年累计计算。

第七章 基金管理

第二十九条 统一基金管理。城乡居民医保基金执行国家和

我省统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。

第三十条 城乡居民医保基金收入包括城乡居民缴费收入、财政补贴收入、社会捐助资金收入、利息收入、其他收入等。

第三十一条 医保经办机构要设立城乡居民医保基金收入户、支出户，财政部门要设立财政专户。城乡居民医保基金实行“收支两条线”管理，独立核算，专款专用，任何单位和个人不得挤占、挪用。

第三十二条 城乡居民医保基金按国家和我省规定的社保基金优惠利率计息。

第三十三条 城乡居民医保基金支出包括家庭账户（个人账户）基金支出和住院统筹基金支出。家庭账户（个人账户）基金支出主要用于参保居民普通门诊医疗费用，住院统筹基金支出主要用于参保居民住院医疗费用、重特大疾病医疗费用和门诊慢性病医疗费用。

第三十四条 原参加城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗建立个人账户或家庭账户的居民，其个人账户或家庭账户余额可以继续使用。

第三十五条 强化基金管理，加强监督检查。人力资源社会保障部门要建立基金收支运行情况信息公开制度。财政、审计部门要按照各自职责，对城乡居民医保基金的收支、管理情况实施监督。

第八章 信息系统

第三十六条 市人力资源社会保障部门要依托全省统一的城乡居民医保信息系统，实现基本医疗保险与大病保险、困难群众大病补充保险以及医疗救助同步结算；实现与省异地就医结算平台有效对接。

第三十七条 市人力资源社会保障部门根据全省城乡居民医保信息系统建设的要求，做好系统维护工作，实现市、县级医保经办机构之间，医保经办机构与各经办网点、定点医疗机构、金融机构和商业保险机构之间联网对接，确保高效运行。

第三十八条 各级医保经办机构要使用城乡居民医保信息系统办理参保登记、待遇支付、费用结算等经办业务。

第三十九条 建立健全城乡居民医保监控系统，实现智能审核和实时监控。

第四十条 人力资源社会保障部门向参保居民发放社会保障卡，实现参保居民持卡就医结算。

第四十一条 各级政府（管委会）要对城乡居民医保信息系统建设和维护给予必要的经费支持。

第九章 附 则

第四十二条 本办法由市人力资源社会保障局负责解释。

第四十三条 本办法自2017年1月1日起施行，原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的相关规定同时废止。

南阳市人民政府办公室

2016年12月20日印发

