

信阳市人民政府办公室文件

信政办〔2016〕179号

信阳市人民政府办公室 关于印发信阳市城乡居民基本医疗保险暂行 办法的通知

各县、区人民政府，各管理区、开发区，市政府各部门：

《信阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

信阳人民政府办公室

2016年12月28日

信阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法

第一章 总则

第一条 为建立城乡统一的居民基本医疗保险制度,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基本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)》(豫政办〔2016〕194号)规定,结合我市实际,制定本办法。

第二条 建立城乡居民基本医疗保险(以下简称城乡居民医保)制度的原则:

(一)筹资标准和保障水平与我市经济和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 市、县、乡人民政府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和财政专户的管理;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；地税部门负责医疗保险费征缴工作。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。

各级医疗保险经办机构（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。

统一标准即在全市范围内统一筹资政策、待遇水平，经办规程和信息系统实现全市统一。

分县运行即以市辖各县区为单位分别负责城乡居民医保相关工作。

风险调剂即建立市级统筹风险调剂金制度。风险调剂金从全市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%，用于全市之间的基金风险调剂。调剂金在各县区当期统筹基金支付不足、使用累计结余后仍出现缺口时调剂使用。管理办法按信人社〔2012〕37号文件执行。

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城镇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）持有我市户籍的农村居民和城乡非从业居民（不含在市外参加基本医疗保险的）；

（二）在我市行政区域内的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）在我市居住的非本市户籍居民；

（四）国家和我省规定的其他人员。

第三章 参保登记

第六条 城乡居民参保登记机构为所在社区、街道办事处或乡镇人力资源社会保障机构。首次参加城乡居民基本医疗保险的，应填写城乡居民医保参保登记表格。学校根据学籍档案、《学生证》等有关资料，为符合规定的在校学生填写参保登记表格。办理居民医疗保险参保登记手续，需要提交相关证件或资料。

第七条 登记参保表格应由参保人或其监护人、供养人填写，填写有困难的，可由工作人员代填；填写完成后，参保人应在登记表上签字确认。

第八条 原已参加城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的城乡居民，不再办理参保登记。基础信息不完整的，村委会、居委会可入户采集基础信息，并对居民提供的证明材料和采

集的信息进行审核。

第九条 医保经办机构根据参保登记机构上报的结果，编制城乡居民基本医疗保险费缴费汇总表，各级人力资源社会保障部门组织参保人员信息采集，并办理社会保障卡。社会保障卡制作完毕后，由所属地区居委会、村委会统一发放。原城镇居民基本医疗保险卡、证和新型农村合作医疗证可继续使用，逐步换发。社会保障卡遗失的，应及时携带身份证或相关证明到市、县（区）人力资源社会保障局社保卡窗口办理挂失、补办手续；急需使用者，可申请办理临时社会保障卡。

第十条 当参保登记事项发生变化时，参保人员提出信息变更申请，医保经办机构应按规定及时提供信息变更登记服务。

第十一条 医保经办机构核对无误后在信息系统中进行信息变更确认，并将审核材料归档备案。

第十二条 为确保参保居民的医保待遇不受影响，城乡居民信息发生变更的，当年只进行变更登记，下一个医保年度再进行信息更新。

第四章 资金筹集

第十三条 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。

城乡居民医保的个人缴费标准和财政补贴标准每年由市人力资源社会保障部门、财政部门确定。

第十四条 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。

第十五条 城乡居民医保实行一年一次性预交费制，当年预缴下年费用。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城镇职工医疗保险参保人员）为单位参保缴费。

大中专学生以学校为单位参保缴费。所在学校负责学生的参保登记、收费工作，并按参保地经办机构要求采集、报送医保信息。

在我市居住的非本市户籍居民可凭身份证、户籍所在地未参保证明、居住证和其他相关证明在居住地辖区参保缴费。

本市户籍的城乡居民，居住地与户籍所在地不一致的，可选择就近参保缴费。

加快推进使用社会保障卡，鼓励有条件的县区通过银行代收代缴医保费，或开办自助缴费系统。

参保居民由于参军、出国、死亡等个人原因医保关系终止，应在3个月内到参保地医保经办机构注销其医保关系。在非待遇期注销医保关系的，退还其当年缴纳的医疗保险费。

第十六条 特困供养人员、最低生活保障对象、丧失劳动能

力的残疾人、低收入家庭六十周岁以上（含六十周岁）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补贴。具体办法由县（区）政府制定。

第十七条 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1日至12月31日，缴费后次年享受城乡居民医保待遇。城乡居民应按时足额缴纳医保费。

第十八条 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。

第五章 保障待遇

第十九条 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）。

第二十条 普通门诊医疗待遇。按照省政府要求，要全面建立门诊统筹制度。我市整合过渡期间实行家庭账户（（含个人账户，下同）加门诊统筹模式。家庭账户按人均缴费额40%左右建立，门诊统筹基金（含一般诊疗费）按照人均缴费额20%左右建立，其余部分纳入住院统筹基金。

（一）家庭账户。家庭账户基金由家庭成员共同使用，用于家庭成员门诊医药费支出，也可用于住院医药费用的自付部分支出。家庭账户基金结余可结转下年度使用。2017年家庭账户标

准为每人 70 元。

（二）门诊统筹。门诊统筹基金主要用于在乡镇卫生院、社区卫生服务中心开展门诊统筹和实行基本药物零差率销售的乡镇卫生院、社区卫生服务机构、村卫生室、社区诊所一般诊疗费支出。条件成熟的县区，可以探索逐步将门诊统筹延伸到诊所。门诊统筹不设起付标准，家庭内参加城乡居民医保的成员调剂使用。参保人员就医时，首先扣减家庭账户余额，家庭账户余额扣减为零后，发生的门诊费用按比例报销。门诊统筹实行总额预付、抽样考核、据实结算、超支不补。

门诊统筹含一般诊疗费支出。实行药品零差率的协议管理医疗机构实行一般诊疗费补助政策。一般诊疗费包括：挂号费、诊疗费、注射费（含静脉输液费，不含药品费、一次性材料费）及药事服务成本费。一般诊疗费实行总额预算，包干使用，据实结算，具体支付办法由县（区）医保经办机构自行制定。一般诊疗费标准按有关规定适时调整。

2017 年门诊统筹资金为每人 40 元，报销比例 65%，支付限额 120 元。年度内门诊统筹基金与住院统筹基金可调配使用。

大中专学生单建门诊统筹。门诊统筹基金由医保经办机构拨付给学校医疗机构。大中专学生原则上在校内医疗机构进行门诊治疗，没有设立校内医疗机构或不具备条件的大中专院校，可就

近委托基层定点医疗机构作为大中专学生门诊医疗机构。大中专学生门诊统筹按照“总额预付、定额包干、专款专用、结余滚存”管理。2017年大中专学生门诊统筹资金为每人75元，报销比例65%，支付限额300元。

我市可根据省相关要求和城乡居民医疗保险基金收支状况，对门诊统筹基金的家庭账户计提数额和支付标准进行调整。门诊统筹管理办法由市人力资源社会保障部门制定。

第二十一条 门诊慢性病医疗待遇。根据相关政策，参照原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗原有病种及待遇标准，选择将部分需长期或终身在门诊治疗且医疗费用较高的疾病（或治疗项目）纳入门诊慢性病管理。门诊慢性病的门诊治疗不设起付标准，报销比例70%，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制定。

第二十二条 重特大疾病医疗待遇。重特大疾病是指临床路径明确、诊疗相对规范但费用比较昂贵的病种（或治疗项目）。要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。具体办法按照省有关规定执行。

第二十三条 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。为合理引导病人到基层医疗机构就医，切实减轻大病患者医疗费用负担，对住院医疗费用实行分级分段报销。

2017 年度参保居民住院起付标准和报销比例

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%
县级	二级或相当规模以下医院(含二级)	400	400-1500 元 63% 1500 元以上 83%
市级	二级或相当规模以下医院(含二级)	600	600-3000 元 55% 3000 元以上 75%
	三级医院	1000	1000-4000 元 53% 4000 元以上 72%
省级	二级或相当规模以下医院(含二级)	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%

付费方式改革中按临床路径病种(分组)付费管理的试点县区，年度支付方式改革方案报市人力资源社会保障部门备案后实施。

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。

确定年度住院统筹基金最高支付限额。2017年度最高支付限额15万元。

对于其他政策规定费用优惠的医疗项目，应先执行优惠政策，再对符合城乡居民支付范围的医疗费用按规定给予支付，但上述合计支付金额不得超过其实际住院费用。

随着经济和社会发展、筹资水平、城乡居民人均可支配收入变化，市人力资源社会保障部门会同有关部门制定调整最高支付限额和市级（含市级）以下医院的起付标准、报销比例的意见。

第二十四条 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（包括手法助产）800元，剖宫产1800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。病理性产科住院分娩医疗费用按城乡居民医保住院待遇的有关规定执行。参保人已经以生育保险参保男职工配偶身份享受生育保险生育补助金的，居民基本医疗保险基金不再予以支付。

第二十五条 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（不缴纳当年费用），新生儿从出生之日起享受当年城乡居民医保待遇。

年底出生的新生儿当年来不及参保缴费的，3个月内参保并缴纳次年费用后，可享受次年城乡居民医保待遇。

第二十六条 开展城乡居民大病保险和困难群众大病补充保险。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，由大病保险、困难群众大病补充保险资金按规定支付。

第六章 保障范围

第二十七条 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，城乡居民医保基金按规定支付。

乙类药品费用进入统筹基金报销前个人自付比例为5%，药品目录另有规定的按规定执行；乙类诊疗项目（特检特治）自付

比例为 15%；特殊医用材料自付比例为 30%，特殊医用材料医疗保险最高支付标准按信人社医疗〔2011〕3 号文件执行。

住院床位费标准。一、二、三级医院及省外住院分别为 6 元、10 元、15 元、30 元，经批准市外住院的床位费按市内同级医院标准执行。

第二十八条 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，第三人不支付或者无法确定第三人的，经相关法定程序后，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。

第七章 医疗服务管理

第二十九条 统一定点管理。城乡居民医保定点医疗机构实行协议管理。按照先纳入、后统一的原则，将原城镇居民医保和新农合定点医疗机构整体纳入城乡居民医保定点范围。市人力资源社会保障部门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。

定点医疗机构应真实、准确、完整地记录参保居民诊疗和费用等信息，优先按“三个目录”进行诊疗，提高合规费用比例，为参保居民提供合理、必要的医疗服务。采取措施控制医疗费用增长，减轻参保居民个人负担。

各级医保经办机构应加强对定点医疗机构参保居民医疗费用检查和审核，按时足额与定点医疗机构结算医疗费用，对不符合规定的医疗费用应予拒付。

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 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。定点医疗机构年度考核办法由市级医保经办机构制定。评估规则和其他管理办法按信人社〔2016〕31 号文件执行。

第三十条 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。县区医保经办机构按规定向市医保经办机构上解即时结算周转金。

市医保经办机构负责全市市外和县区间异地就医结算周转金（以下称周转金）的筹集、使用和管理工作。周转金由各县、

区医保经办机构按上年度参保人员统筹基金支付费用的规定比例上解，用于各县、区省内异地就医费用的结算。不足部分据实上解，结余部分转入下季度使用。

第三十一条 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，出院后凭转诊转院手续、社会保障卡、总费用清单、住院病历复印件、有效发票、出院证明等相关资料，3个月内到参保地医保经办机构按规定报销。

第三十二条 积极推进付费方式改革。按照国家、省和我市规定，结合医保基金预算管理，总结推广息县试点经验，坚持和完善与医疗机构协议开展的付费方式改革成果，通过谈判确定支付方式、支付标准和服务质量要求，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。各级医保经办机构应在定点服务协议中明确付费方式，按规定结算医疗费用。

推进建立谈判协商付费机制。发挥医保经办机构和定点医疗机构关于医保管理工作的主动性和创造性，充分运用前期协议管理成果，通过医保经办机构与定点医疗机构谈判协商，签订补充

协议，促使医疗机构降低费用，减少医保基金支出，降低参保人员负担。

第三十三条 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。

探索推进城乡居民健康签约服务，将签约对象常见病、多发病和慢性病纳入医保门诊统筹管理，将签约服务费按规定纳入门诊统筹基金支付范围，引导城乡居民基层首诊，促进双向转诊。

开展城乡居民健康签约服务的试点县区，结合本办法，根据省指导意见和本地区实际，量力而行，稳步推进，制定本地区城乡居民健康签约服务门诊统筹基金支付管理办法，报市人力资源和社会保障部门备案后实施。

第三十四条 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上。

第三十五条 跨年度住院的参保居民，应在当年 12 月 31 日结清医疗费用。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。

在县级及以上中医院住院治疗的，报销起付线在同级医疗机构标准上降低 100 元。利用中医药服务项目超过起付线的住院费用报销比例提高 5%。中医药服务项目指纳入“三个目录”范围的中药饮片、中成药、中药制剂和诊疗项目。

在市、县传染病防治机构就诊的传染病患者，报销待遇按照乡级定点医疗机构标准执行。

参保居民经转诊至市外医疗机构住院治疗，实际报销比例过低的，可按照住院医疗总费用扣除起付线后的 35% 的比例保底报销。

参保居民在门（急）诊检查后 3 日内住院的，门（急）诊检查和治疗费用可纳入当次住院费用报销。

我市外出务工人员在外省农民工定点医院就医的，住院医疗费用参照我市相应级别医疗机构标准报销。市医保经办机构负责市外农民工定点医院的确定、公示和协议管理工作。

第八章 基金管理

第三十六条 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。

第三十七条 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。

第三十八条 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。

第三十九条 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。

第四十条 城乡居民医保基金支出包括家庭账户支出、门诊统筹基金支出和住院统筹基金支出。家庭账户资金和门诊统筹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。

第四十一条 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。

第四十二条 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。

第九章 信息系统

第四十三条 市人力资源社会保障部门建立全市统一的城

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；建立和完善市级异地就医结算平台，实现与省级异地就医结算平台有效对接。

第四十四条 市人力资源社会保障部门根据全市城乡居民医保信息系统建设的要求，做好系统维护，实现市县医保经办机构之间，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和高效运行。

第四十五条 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、费用征缴、待遇支付、费用结算等业务。

第四十六条 建立健全市城乡居民医保监控系统，实现智能审核和实时监控。

第四十七条 人力资源社会保障部门向参保居民发放社会保障卡，实现参保居民持卡参保缴费、就医结算。

第四十八条 各级人民政府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。

第十章 奖罚

第四十九条 鼓励公民、法人和其他组织对城乡居民医保违规行为进行举报。举报奖励办法依照有关规定执行。

第五十条 人力资源社会保障行政主管部门、医疗保险经办机构 and 定点医疗机构的工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，造成城乡居民医保基金损失的，由人力资源社会保障行政主管部门予以追回；构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，

给予行政处分。

第五十一条 参保居民弄虚作假，采取隐瞒、欺诈等手段骗取基本医疗保险和大病医疗保险基金的，由人力资源社会保障行政主管部门追回所发生的费用；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十一章 附则

第五十二条 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。

