

# 三门峡市人民政府办公室文件

三政办〔2016〕81号

---

## 三门峡市人民政府办公室 关于印发三门峡市城乡居民基本医疗保险 实施办法（试行）的通知

各县（市、区）人民政府，开发区、产业集聚区管理委员会，市人民政府有关部门：

《三门峡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，请结合实际，认真贯彻执行。

2016年12月23日

# 三门峡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）精神，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、乡级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。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。

分县运行即以市本级、县（市、区）为单位分别负责城乡居民医保相关工作。

风险调剂即全市建立风险调剂金制度。风险调剂金从市本级、各县（市、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（市、区）之间的基金风险调剂。风险调剂金的管理使用办法由市人力资源社会保障部门会同市财政部门共同研究制定。

## 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；

(二) 城镇非从业居民；

(三) 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）；

(四) 国家和我省规定的其他人员。

### 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。

我市城乡居民医保个人缴费标准每年由市人力资源社会保障部门、财政部门按不低于省人力资源社会保障部门、财政部门规定的最低个人缴费标准确定。2017年度为每人150元。

**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）为单位参保缴费，大中专学生以学校为单位参保缴费。

严禁重复参保。新农合和城镇居民医保合并后，对重复参保缴费信息应予合并或注销。

**第九条** 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。具体补贴办法由市政府相关职能部门确定。

**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。城乡居民应按时足额缴纳医保费。

**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。按照我市人均个人缴费额的60%计入参保居民家庭账户（个人账户），主要用于支付参保居民在基层定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用。市人力资源社会保障部门可按照省有关政策精神，根据基金收支状况，对家庭账户（个人账户）计入额度进行调整。待条件具备后，家庭账户（个人账户）要逐步过渡到门诊统筹，进而全面建立门诊统筹制度。

**第十四条** 门诊慢性病医疗待遇。参照原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗相关政策，选择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。门诊慢性病门诊治疗不设起付标准，报销比例不低于65%，

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。

**第十五条** 重特大疾病医疗待遇按照省有关政策规定执行。

**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%
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。恶性肿瘤放化疗患者放化疗期间只收一次起付线。

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。

随着经济社会发展和筹资水平、城乡居民人均可支配收入变化，市人力资源社会保障部门根据省有关政策和要求，适时对市以下（含市级）医院的起付标准和报销比例适当调整。

**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760元，剖宫产1870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。新生儿母或父参加我市城乡居民医保的，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。父母不是我市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省有关政策规定支付。

## 第五章 保障范围

**第二十条** 参保居民就医发生的属于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”）范围内的医疗费用，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，第三人不支付或者无法确定第三人的，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。

**第二十三条** 全面实施异地就医即时结算。统筹区域内异地就医即时结算定点医疗机构由市级医保经办机构统一确定；统筹



区域外异地就医按照省级医保经办机构统一规定执行。

建立异地就医即时结算周转金制度，县（市、区）按规定上缴周转金（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。定点医疗机构年度考核办法由市医保经办机构制定。

**第二十五条** 积极推进付费方式改革。要按照国家和省规定，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。各级医保经办机构应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）定点医疗机构的，应办理转诊转院手续，按规定享受医保待遇，具体转诊转院管理按省、市有关政策规定执行。

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。

**第二十七条** 建立完善医保医师管理制度。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门诊统筹基金支出

（含家庭账户、个人账户，下同）和住院统筹基金支出。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；建立完善市级异地就医结算平台，实现与省异地就医结算平台有效对接。

**第三十七条** 各县（市、区）要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。

---

主办：市人力资源社会保障局

督办：市政府办公室二科

抄送：市委各部门，军分区，部、省属有关单位。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

---

三门峡市人民政府办公室

2016年12月23日印发

