# 附 件

# 邓州市基本医疗保险和生育保险实施细则（暂行）

# **（讨论稿）**

第一章 总 则

第一条 为深入贯彻落实党中央、国务院关于深化医保制度改革的决策部署，构建公平、规范、高效、可持续的医疗保障体系，切实做好我市基本医疗保险和生育保险工作，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发[2020]5号）《南阳市人民政府办公室关于印发南阳市全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案的通知》（宛政办[2021]17号）的规定，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 坚持政府主导，坚持基本医疗保险和生育保险筹资、待遇水平与经济社会水平相适应；逐步提高参保人员待遇水平；逐步建立基本医疗保险和生育保险基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”的医疗保险制度。

第三条 医疗保险行政部门负责全市的基本医疗保险、生育保险管理工作，医疗保险经办机构提供基本医疗保险、生育保险服务，负责个人权益记录和待遇支付等工作。

第二章 参保缴费

第四条 职工医疗保险（以下简称“职工医保”）参保对象为本市行政区域内的用人单位及其职工、灵活就业人员。用人单位应当自成立之日起三十日内凭营业执照或统一社会信用代码证书或单位批准成立的文件，向当地医保经办机构申请办理医疗保险登记。用人单位应当自用工之日起三十日内为其职工向医疗保险经办机构申请办理医疗保险登记。

城乡居民医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）参保对象为本市行政区域内不属于职工医保参保范围的其他人员。对长期居住人员参加居住地医保的参保人，各级财政按当地居民相同标准给予补助。

第五条 职工医疗保险费由用人单位和在职职工共同缴纳。国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位和其他由财政负担工资的单位参加职工医保缴费费率为10%，其中，用人单位缴费率为职工工资总额的8%，职工缴费率为本人工资总额的2%。企业参加职工医保缴费费率为10.5%，其中，用人单位缴费率为职工工资总额的8.5%，职工缴费率为本人工资总额的2%。职工缴费部分由用人单位按月代扣代缴。

灵活就业人员缴纳职工医保，以不低于上年度河南省全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称河南省平均工资）的60%为基数，按8%的比例缴纳，不划入个人账户，不享受生育津贴。

安排在公益性岗位和领取失业保险金的人员参加职工医保，以上年度河南省平均工资的60%为基数，按10%的比例缴纳，其中，个人承担2%，由用人单位和失业保险经办机构按月代扣代缴。

职工参加基本医疗保险的同时应当参加大额补充医疗保险。职工大额补充医疗保险费以上年度河南省平均工资为基数，在缴费年度的第一个月按0.6%的比例缴纳，由用人单位和在职职工分别按50%的比例承担，退休后不再缴纳。

（一）职工医保缴费基数由用人单位按照国家规定的工资总额构成项目申报。在职职工工资低于上年度河南省平均工资60%的，以上年度河南省平均工资的60%为基数缴纳，工资高于上年度河南省平均工资300%的，以上年度河南省平均工资的300%为基数缴纳。

（二）用人单位及其职工应缴医疗保险费由税务部门按月征收，其中，职工个人缴费部分由用人单位从其工资中代扣代缴。灵活就业人员按年或按月征收，所需费用由个人承担。

（三）职工医保参保人员达到法定退休年龄，视同缴费年限加职工医保实际缴费年限累计达男满30年、女满25年，且实际缴费满20年以上的，从申报受理次月起按规定享受退休医保待遇。未达到规定缴费年限的，应继续按在职职工政策缴费至规定年限或一次性缴纳至规定年限。一次性缴费标准为：单位职工按上年度河南省平均工资8%的比例由用人单位负责缴纳；灵活就业人员以上年度河南省平均工资60%为基数，按8%的比例由个人缴纳。

职工缴费年限由视同缴费年限和实际缴费年限构成。我市实施基本医疗保险制度的基准日为2001年7月1日，2001年7月1日前符合国家规定的工龄视同医疗保险缴费年限。2004年12月31日前参加基本医疗保险的单位职工，2001年7月1日至其参保前符合国家规定的工龄视同医疗保险实际缴费年限。跨统筹地区转入的参保人员，在异地缴纳职工医疗保险费的年限视同实际缴费年限。

第六条 根据职工医保基金支出情况和生育待遇的需求，按照收支平衡的原则，建立费率确定和调整机制。

第七条 城乡居民基本医保费的筹集实行个人缴费和政府补贴相结合的原则。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不低于省医保部门、财政部门、税务部门规定的最低标准，以当年度上级部门的通知为准。

（一）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。

（二）城乡居民基本医保费每年缴纳一次，集中缴费时间原则上为每年的9月至12月（特殊情况下适当延期），缴费次年享受城乡居民医保待遇。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。

1.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保的人员）为单位参保缴费，大中专学生原则上应在学籍地以学校为单位参加城乡居民医保。困难群众原则上在身份认定地参保。

2.新生儿出生后90天内由监护人按相关规定办理参保手续，自出生之日起享受当年城乡居民医保待遇。新生儿父或母参加我市基本医保的，新生儿出生当年办理参保登记后即可享受当年城乡居民医保待遇。新生儿父母均未参加我市基本医保的，新生儿需在其户籍所在地参保缴费后方可享受当年城乡居民医保待遇。新生儿未在规定时间内办理参保手续的，新生儿自出生之日所发生的医疗费用不纳入医保支付。

（三）财政补助部分，由中央、省、县（区）三级财政分担。具体补助标准和分担比例按财政部门规定执行。

第八条 建立税务、医保、财政三方每月对账机制，定期核对征缴金额和入库资金，确保账账相符、账实相符。

第三章 医保待遇

第九条 参保人员按规定持本人有效证件就医可享受住院医疗、门诊医疗和生育医疗补助等待遇。

第十条 年度最高支付限额。一个自然年度内，参保人员按规定发生的属于基本医保药品目录、诊疗项目目录及医疗服务设施范围目录（以下简称“三个目录”）范围内的医疗费用，由医疗保险基金支付，实行年度最高支付限额。

1.职工医保。基本医疗保险统筹基金最高支付6万元（不含生育津贴），大额医疗保险基金最高支付54万元。

2.城乡居民医保。基本医疗保险统筹基金最高支付15万元。

城乡居民大病保险最高支付40万元。

第十一条 住院医疗待遇。参保人员在定点医疗机构发生的属于“三个目录”范围内的住院医疗费用，超过住院起付标准和最高支付限额之间的医疗费用，由统筹基金按比例支付。

（一）起付标准

1.职工医保。市域内每次住院起付标准300元；市域外省内每次住院800元；省外每次住院1000元。

2.城乡居民医保。乡级(乡镇卫生院或社区医疗机构)住院起付标准为200元;县级(二级或相当规模以下医院)为500元;地市级(二级或相当规模以下医院)为600元,地市级(三级医院)为1200元;省级(二级或相当规模以下医院)为1200元,省级(三级医院)为2000元;省外为2000元。14周岁以下(含14周岁)的参保人员住院起付标准相应降低50%。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，起付线减半。

（二）支付比例

1.职工医保。

市域内：一级医疗机构：在职93%；退休98%。

二级以上医疗机构：在职88%；退休93%。邓州市中医院的支付比例在此基础上提高5%。

市域外：在职78%；退休83%。

2.城乡居民医保。乡级(乡镇卫生院或社区医疗机构)合规费用支付比例200-1000元(含下限不含上限,下同)的75%;1000-2000元为80%，2000元以上为90%；县级(二级或相当规模以下医院)合规费用支付比例500-1500元为63%,1500-5000元73%,5000元以上为85%；地市级(二级或相当规模以下医院)合规费用支付比例600-3000元为55%,3000-6000元为65%,6000元以上为75%,地市级(三级医院)合规费用支付比例1200-4000元为53%,4000-9000元为65%,9000元以上为75%；省级(二级或相当规模以下医院)合规费用支付比例1200—5000元为50%,5000元以上为70%,省级(三级医院)及省外合规费用支付比例2000-9000元为50%,9000元以上为60%。对80岁以上参保的城乡居民住院医疗费政策范围内支付比例在原有基础上提高5%。对精神病患者住院治疗实施按床日付费，医疗待遇按现行规定执行。

3.中医医疗机构。参照宛政办[2021]17号文件规定，对市域内二、三级中医院住院病人，城乡居民医保中医药诊疗服务费报销比例提高20%，起付线降低一个档次（不低于最低标准）。中医药服务项目指纳入基本医疗保险范围的中药饮片、中成药、中药制剂和中医诊疗项目。

（三）门急诊费用

门急诊费用不设起付线。经急诊抢救无效死亡发生的门诊医疗费用，按相应级别医院的住院支付比例支付；急危重症患者经急诊抢救留观之后不间断收治住院治疗的，应将急诊所发生的医疗费用纳入本次住院费用一并结算，收费项目记录在本次住院的临时医嘱中。在非定点医疗机构因急诊抢救治疗发生的医疗费用纳入医保支付范围。

（四）异地就医

因病情需要转市域外定点医疗机构就医的参保人员，按规定办理转诊备案手续后发生的住院医疗费用，按市域外相应级别医院的支付比例支付；参保人员因急诊、精神病等原因未及时办理备案手续的，应当在入院后7个工作日内补办相关手续，按市域外相应级别医院的支付比例支付。

职工异地安置退休人员、异地长期工作人员和异地长期居住人员办理异地就医备案手续后，在备案的定点医疗机构发生的医疗费用，起付标准和支付比例按市域外相应标准执行。

未按规定办理转诊、备案手续的，按相应级别医院的支付比例降低20%。

第十二条 门诊医疗待遇。门诊医疗待遇项目包括门诊个人账户、门诊统筹、门诊慢性病、门诊特药和门诊重特大疾病。

（一）职工个人账户

个人缴纳的医疗保险费全部划入个人账户，单位缴纳的医疗保险费，按下列比例划入个人账户：45周岁（含45周岁）以下的在职职工，按个人缴费基数的1%划入；45周岁以上的在职职工，按个人缴费基数的1.7%划入；退休人员以本单位上年度平均缴费工资的3.8%划入；关闭、破产企业和建立个人账户的灵活就业退休人员以上年度河南省平均工资的60%为基数，按3.8%划入个人账户。

个人账户用于支付参保人员药店购药和门诊、住院医疗个人承担的属于三个目录范围内的医疗费用。参保人员医保关系转移时，其个人账户结余额随同转移。个人账户本金和利息归个人所有，可继承使用。

（二）城乡居民门诊统筹

城乡居民参保人员在开展基本药物零差价的乡级医疗机构（社区卫生服务中心）、村级医疗机构（社区卫生服务站）和高校校医院（医务室）门诊就医，门诊合规费用按照50%的比例进行支付，一个自然年度内个人封顶线为300元。

两病患者在门诊统筹年度限额用完后，高血压患者年度增加150元限额，糖尿病患者年度增加170元限额，若同时患有高血压和糖尿病，则年度增加200元限额。增加限额部分的合规费用按50%比例支付。

参保人员在实施基本药物制度的乡、村（一级及以下）定点医疗机构门诊就医发生的一般诊疗费，按照总额预付、包干使用、超支不补的原则，由卫健部门核定后按规定拨付。

（三）门诊慢性病、重特大疾病和门诊特药待遇

门诊慢性病是指因患慢性疾病的病人需长期门诊治疗和药物支持的病种。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）。门诊特药是将用于治疗癌症、罕见病等重特大疾病的临床必需、疗效确切、适应症明确、价格较高、适于门诊治疗的国家谈判药品作为门诊特定药品。

门诊慢性病、重特大疾病和门诊特药医疗待遇按现行规定执行。

第十三条 职工大额医疗待遇。参保人员发生的属于三个目录范围内的医疗费用，按规定支付达到基本医保年度最高支付限额后，职工大额补充医疗保险对合规费用的支付比例为90%。

城乡居民大病保险由商业保险机构经办，待遇标准由全省统一制定，具体办法按照省医保部门有关规定执行。

第十四条 生育医疗补助待遇

（一）职工生育待遇

1.生育医疗费用。女职工符合人口与计划生育有关规定因生育、门诊产前检查、计划生育手术所发生的医疗费用按限额结算，低于支付限额的，按实际发生的费用支付。医保基金支付标准为：

（1）产前检查（围产保健）支付限额：800元/例；

（2）自然分娩支付限额：省级医院2200元/例，地市级医2000元/例，邓州市级医院1800元/例；

（3）剖宫产支付限额：省级医院4500元/例，地市级医院4300元/例，邓州市级医院4000元/例；

（4）剖宫产的同时做其他相关妇产科手术：5000元/例。

（5）放置、取出宫腔节育器（含检验费）：省级150元/例、地市级130元/例、邓州市级110元/例；

（6）输精管结扎术（含检验费）支付限额：省级1200元/例、地市级1000元/例、邓州市级800元/例；

（7）输卵管结扎术支付限额（含检验费）：省级2600元/例、地市级2400元/例、邓州市级2200元/例；

（8）输精（卵）管复通术支付限额（含检验费）：省级4000元/例、地市级3800元/例、邓州市级3600元/例；

（9）早期妊娠需在门诊中止妊娠（含孕情检查、检验费）：省级300元/例、地市级280元/例、邓州市级260元/例；

（10）妊娠满12周以上住院终止妊娠支付限额：省级1000元/例、地市级800元/例、邓州市级600元/例；

（11）引产支付限额：省级1500元/例、地市级1300元/例、邓州市级1100元/例；

2.生育补助金。男职工配偶未就业且符合国家和省计划生育规定生育的，享受一次性生育补助金。生育补助金标准为女职工生育医疗费限额标准的50%。男职工配偶已经享受城乡居民医保相关待遇的，不再享受一次性生育补助金。

3.生育津贴。符合人口与计划生育有关规定的参保女职工，生育或者终止妊娠在下列法定产假期间由领取工资改为享受生育津贴，女职工参保单位按规定持相关材料到医保经办机构办理待遇申报。

（1）妊娠满28周以上生产或引产的，享受98天的生育津贴；符合《河南省人口和计划生育条例》规定生育子女的，增加90天的生育津贴；难产（含剖宫产）的，增加15天的生育津贴；多胞胎生育的，每多生育1个婴儿，增加15天的生育津贴。

（2）妊娠未满16周流产的，享受15天的生育津贴；妊娠16周流产的，享受42天的生育津贴。

生育津贴日标准按照女职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以30计发，从医疗保险基金中支付。生育津贴低于女职工生育或者实施计划生育手术前工资水平的，差额部分由用人单位补足。国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位和其他由财政负担工资的单位女职工生育、终止妊娠，不享受生育津贴，产假期间的工资由用人单位照发。退休女职工及灵活就业人员符合国家政策生育的，享受生育医疗待遇，不享受生育津贴。

（二）城乡居民生育待遇

参加城乡居民医保的孕产妇住院分娩，住院医疗费用实行定额支付。定额标准为：自然分娩1600元，剖宫产2000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。

第十五条 医疗保险待遇享受

（一）职工医保新参保人员，当月缴费次月享受医疗保险待 遇。连续缴费满一年以上的，方可享受生育津贴。

 灵活就业人员可享受待遇至缴费期满的当月。对欠费的个人，从次月起暂停其享受医疗统筹基金支付的待遇，待补齐欠费后方可恢复享受医疗保险待遇。

（二）用人单位及在职人员未按规定及时足额缴纳职工医疗保险费的，累计欠费不超过两个月，仍可享受医疗保险待遇。累计欠费达 3 个月时，暂停其享受医疗统筹基金支付的待遇，待补齐欠费后方可恢复享受医疗保险待遇。

（三）职工医保参保人员跨统筹地区转移，从中断缴费的当月起暂停其享受统筹基金支付的待遇，补齐欠费后方可正常享受医保待遇。

第十六条 下列医疗费用不纳入医疗保险基金支付范围：

（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）在国外以及港、澳、台地区就医的；

（五）体育健身、养生保健消费、健康体检；

（六）不符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标准所规定项目范围的（国家另有规定的除外）;

（七）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用；

（八）下列职工生育、计划生育手术医疗费用：1.不符合国家或者本省计划生育规定的；2.不属于生育保险医疗服务范围内的其他费用。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人无力支付的，凭人民法院出具的相关法律文书，由医疗保险基金先行支付；无法确定第三人的，凭公安部门出具的相关法律文书，由医疗保险基金先行支付。医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。意外伤害第三人非全责的，医疗费用由第三人或商业保险机构赔付后，差额部分按人民法院、公安部门出具的法律文书由医疗保险基金按确定的比例支付。

第四章 基金收支管理

第十七条 基金构成

1.滚存结余基金；

2.征收的保险费收入；

3.上级补助收入；

4.各级财政补助收入；

5.利息收入；

6.转移收入；

7.其他收入。

第十八条 账户管理

医疗保险财政专户分险种设立职工医保基金和城乡居民医保基金（以下简称医保基金）银行账户，医保经办机构的医保基金支出户，主要用于医保待遇支付等。

生育保险基金并入职工医保基金统一管理，在职工医保基金支出中设置生育保险待遇支出科目。

第十九条 基金预决算

按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，编制全市医疗保险基金年度预算。

1.市政府根据本地区常住人口、户籍人口、就业人口等指标，科学合理确定年度参保目标，下达本年度参保基金征缴任务及基金预算编制要求。

2.根据上年度参保人数及基金收支情况，扣除提取的风险调剂金和大病保险费用后，分险种编制次年医保基金收支预算，报财政部门。

3.每年按时间按规定编制当地上年度医保基金决算草案，报财政部门。

5.医保局会同财政部门汇总编制上年度全市医疗保险基金决算草案。

6.医保基金支出，以年度支出预算为依据，按月申请拨付。

第二十条 基金收支管理

全市医保基金收入全额纳入财政专户，实行“收支两条线”管理，财政部门负责分险种记账，专款专用。

1.医保基金由税务部门征收并直接缴入国库，税务部门应定期向财政、医保等部门核对医疗保险费征收情况。

2.财政部门负责对城乡居民医保的中央、省、市（县）财政参保补助资金划入财政专户。对城乡居民医保参保的配套补助资金（含资助最低生活保障对象、特困供养人员和孤儿、精准扶贫建档立卡贫困人口等个人缴费，下同）按规定及时足额纳入财政专户。

第五章 经办和信息管理

第二十一条 市政府应设立医疗保险经办机构，配备专业人员和专业设备，完善基础设施建设。

第二十二条 实行经办服务流程和标准的统一，全面实施医保清单制度和办事指南，落实“全省清单”要求，提高医疗保障经办服务水平。

第二十三条 按照国家和省统一的建设规范和标准，构建基本医疗保险业务信息系统，形成覆盖市、乡、村的信息服务网络，实行省内、省外异地就医联网即时结算，提供就医、查询、结算一体化服务。

第二十四条 建立健全医保智能监控系统，构建事前提醒、事中监控分析、事后审核等覆盖医疗服务全程的医保监控体系，满足基金管理要求。

第二十五条 推进医保、税务信息平台建设，实现参保与缴费信息共享，方便用人单位和城乡居民参保缴费。推进医保部门与民政、扶贫、卫健等部门信息系统的衔接，为参保人员提供一站式服务、一窗口办理、一单制结算。推广使用医保电子凭证支付，为参保对象提供更加便捷的服务。

第六章 定点服务管理

第二十六条 全市执行统一的医药机构准入条件、评估规则和工作流程，执行统一的定点医药机构协议管理办法，全面落实《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）文件精神，加强医保精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，为参保人员提供适宜的医疗服务。

第二十七条 定点医疗机构对参保人员门诊慢性病和重特大疾病的鉴定、意外伤害性质的鉴别、转诊转院的办理等工作要严格把关，严禁弄虚作假。

第二十八条 全面实行总额预算管理。健全对医疗机构医保支付总额控制办法，形成科学、合理的总额控制激励约束机制。

第二十九条 探索推进支付方式改革。统筹推进以DIP为主的多元复合式医保支付方式改革；探索家庭医生签约服务打包付费等支付模式；探索对紧密型医共体等分工协作模式实行医保总额付费管理办法，合理引导双向转诊。

第七章 基金监督管理

第三十条 全面落实《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第735号）文件精神，加强医疗保障基金使用监督管理，保障基金安全，促进基金有效使用，维护公民医疗保障合法权益。

第三十一条 医疗保障部门要会同财政、审计、税务、公安、卫健等部门定期对基金征缴、支付及管理等环节开展监督检查，及时发现查处存在的问题，严厉打击欺诈骗保行为，共同做好医保基金监督管理工作，确保基金安全运行。

第三十二条 建立监督举报奖励机制和信用评价制度，组织实施专项检查，引入第三方机构对医保基金进行审计或调查，采取多种形式加强医保基金管理。

第三十三条 违反医疗保险法律法规的，按相关法律法规执行。

第八章 附 则

第三十四条 根据我市医保基金收支状况和医疗消费水平，市医保部门会同财政部门可对基本医疗保险和生育保险的起付标准和待遇支付标准等提出调整意见，经市政府批准后实施。

第三十五条 我市现行基本医疗保险和生育保险规定中与本实施细则规定不一致的，按本实施细则执行。国家、省另有规定的从其规定。

第三十六条 本实施细则由市医疗保障局负责解释。

第三十七条 本实施细则自2022年6月1日起施行。