

特 急

南充市人民政府办公室文件

南府办发〔2016〕29号

南充市人民政府办公室 关于印发《南充市城乡居民基本医疗保险 试行办法》的通知

各县（市、区）人民政府，市政府各部门、各直属机构，各单位：

《南充市城乡居民基本医疗保险试行办法》已经市政府第五届第141次常务会议同意，现予以印发，请认真遵照执行。

南充市人民政府办公室

2016年9月18日



南充市城乡居民基本医疗保险试行办法

第一章 总 则

第一条 为完善城乡居民基本医疗保险体系，提高城乡居民基本医疗保障水平，稳步整合新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险，建立全市统一标准的城乡居民基本医疗保险制度，根据国、省有关规定，结合南充实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于参加我市城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）人员。

第三条 城乡居民基本医疗保险遵循以下原则。

- （一）坚持广覆盖、保基本、可持续的原则；
- （二）坚持筹资标准、保障水平与全市经济社会发展水平相适应的原则；
- （三）坚持权利与义务相对应，实行个人缴费和政府补助相结合的原则；
- （四）坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则；
- （五）坚持市级统筹，全市实行统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理。

第四条 建立以基本医疗保险为主体，大病补充保险和商业补充医疗保险为辅助的多层次医疗保障体系，提高医疗保障水平。

第二章 参保和基金筹集

第五条 我市城镇职工基本医疗保险覆盖范围以外具有本市户籍的城镇居民、农村居民，高校中的大中专学生，中等专业（职业）学校、中小学在校学生及居住本市并办理了居住证的外地户籍人员（以下简称“城乡居民”）均可参加城乡居民医保。

第六条 城乡居民医保实行个人缴费和财政补助相结合的筹资方式。城乡居民医保基金来源：

- （一）参保居民个人缴纳的基本医疗保险费；
- （二）财政补助资金；
- （三）基金利息收入；
- （四）法律法规规定的其他筹集资金。

第七条 筹资标准

城乡居民基本医疗保险筹资标准每年由市人力资源和社会保障局、市财政局共同向社会公布。其中：个人缴费标准按国家、省要求结合我市经济发展水平、基金运行情况确定。**2017** 年度个人缴费标准为 **150** 元/人。

第八条 政府补助

（一）政府对城乡居民参保缴费的补助由中央、省、市、县（市、区）财政补助构成，各级财政补助按规定执行。各县（市、区）承担资金应纳入年初财政预算，并于当年 **9** 月底前拨入财政专户。

(二) 各县(市、区)对辖区内的医疗重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分进行补贴，特困供养人员给予全额资助，最低生活保障家庭成员和重度残疾人给予定额资助，具体资助金额由各县(市、区)确定。重点救助对象的身份界定一律以当年缴费时的身份为准，统筹年度内不变。

第九条 缴费办法

城乡居民以家庭为单位由户籍(居住证)所在地的乡镇政府(街道办事处)、村(社区)组织参保缴费，其中重点救助对象由当地乡镇(街道)负责组织参保缴费；高校中的大中专学生、中等专业(职业)学校在校学生由学校组织参保缴费。

第十条 缴费时间

城乡居民医保实行按年度一次性缴费，缴费后不得以任何形式办理退费和保费转移。以家庭为单位参保的城乡居民(含重点救助对象)应于上年10月1日至当年2月底前一次性缴纳当年度医疗保险费；学校组织参保的，每年10月30日前缴清当年9月1日至次年8月31日医疗保险费用。

第三章 医疗保险待遇

第十一条 城乡居民医保待遇包括支付住院医疗(含生育医疗)、门急诊(仅指门诊抢救治疗无效死亡，急诊观察病人直接转住院治疗发生的门急诊医疗费用，门诊CT、MRI检查确认为颅脑损伤、脑出血、恶性肿瘤直接住院治疗当次CT、MRI检查

费用)、门诊统筹、门诊特殊疾病医疗费用。

第十二条 城乡居民医保费用支付范围按照《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《南充市基本医疗保险诊疗项目目录》和《南充市基本医疗保险医疗服务设施项目范围》及省、市相关文件的规定执行。**0—14**岁未成年人治疗先天性疾病纳入城乡居民医保费用支付范围，按政策报销。参保城乡居民住院治疗发生的药品、诊疗项目、材料、医疗服务设施个人先期自付和医保最高结算限价由市人力资源和社会保障局另行制定。

第十三条 城乡居民住院医疗费用报销

参保居民在定点医疗机构发生的住院医疗费实行起付标准和最高支付限额管理，起付标准以上按比例报销，年度报销累计额不超过最高支付限额。

(一)起付标准。乡镇卫生院 **150** 元，中心卫生院和其他一级及以下医疗机构 **250** 元，二级医疗机构 **450** 元，南充市内县级三级医疗机构 **550** 元，南充市内市级及以上三级医疗机构 **800** 元，南充市外三级医疗机构 **1200** 元，南充市外三级以下医疗机构按市内同等级医疗机构标准执行。

院内转科和上级转下级医疗机构，不再计算起付标准；下级转上级医疗机构补计两级之间的起付标准差额。

计划内生育、计划生育手术、门诊特殊疾病、按病种付费、精神分裂症、恶性肿瘤放化疗不计算起付标准。

（二）医保基金住院报销比例。参保居民发生的符合城乡居民医保政策范围内的住院医疗费（含门诊特殊疾病），在起付线以上扣除先期自付的费用后，按基本医疗保险基金支付比例报销。具体的报销比例如下：

1. 乡镇卫生院 **85%**，中心卫生院和其他一级及以下医疗机构 **80%**，二级医疗机构 **75%**，南充市内县级三级医疗机构 **70%**，南充市内市级及以上三级医疗机构 **60%**，南充市外省内就医报销比例下浮 **10%**。四川省以外医疗机构 **50%**。

2. 未成年人治疗先天性心脏病和白血病医保基金报销比例为 **100%**。

3. 治疗精神分裂症、恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、艾滋病、狼疮性肾病、帕金森氏综合症、再生障碍性贫血、血友病、骨髓增生异常综合症、瘫痪、器官移植和抗排异药物治疗、植物人维持治疗、未成年人脑瘫治疗报销比例上浮 **5%**。

（三）城乡基本医疗保险年度累计报销金额不超过医保基金住院最高支付限额。跨年度住院的费用计入出院年度。城乡居民医保基金住院最高支付限额由市人力资源和社会保障局、市财政局根据全市城镇居民上年度人均可支配收入确定并共同向社会公布。

第十四条 城乡居民生育医疗费用报销

参保居民在基本医疗保险待遇期内，符合人口与计划生育政策规定的，生育医疗费和计划生育手术费按《南充市城镇职工生

育保险办法》标准的 50%，实行定额报销。

第十五条 门诊统筹医疗费用报销

城乡居民门诊统筹由基本医疗保险基金按每年人均 70 元划拨，专账管理、单独核算。其中，参保居民在参保地门诊统筹定点医疗卫生机构（指社区卫生服务中心、中心卫生院、乡镇卫生院、社区卫生服务站、村卫生室，下同）发生的普通疾病门诊医疗费用纳入城乡居民医保门诊统筹基金支付范围，实行总额控制，一个自然年度内每人限额为 50 元，家庭成员之间可以共享。另外 20 元用于一般诊疗费（含挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本），实行定点医疗机构总额控制。

第十六条 门诊特殊疾病医疗费用报销

参保居民患特殊疾病需长期治疗发生的门诊医疗费用纳入基本医疗保险基金支付范围。门诊特殊疾病实行定医疗机构、定病种、定治疗方案、定限额的管理方式。具体管理办法由市人力资源和社会保障局另行制定。

第十七条 城乡居民大病保险和补充医疗保险

通过向商业保险机构再投保的方式为参保居民建立大病医疗保险，鼓励参加城乡居民基本医疗保险人员自愿参加我市补充医疗保险，并做好与城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险和补充医疗保险的参保、理赔和管理衔接。城乡居民大病保险和补充医疗保险按照国、省、市相关文件规定执行。

第十八条 建档立卡贫困人口医疗保险待遇按相关规定执行。

第十九条 城乡居民医保待遇的有效期限

（一）一般参保人员按规定缴费的，按自然年度享受医保待遇。新参保缴费的城乡居民，设定 6 个月的待遇等待期，期间不享受医疗保险待遇。等待期跨年度的，需缴纳下一年度医保费后才能按时享受待遇；只缴纳下一年度医保费的，等待期从下年 1 月 1 日起计算。续保人员在规定时间内缴费的享受当年医疗保险待遇，未在规定时间内缴费的视为中断缴费，重新缴费后按新参保人员享受医疗保险待遇。

（二）学校组织参保人员按规定缴费的，按学年度享受待遇。已经参加 2015 年 9 月 1 日至 2016 年 8 月 31 日城镇居民医保的在校学生、在园儿童（继续由学校组织参保的除外），待遇享受期延长至 2016 年 12 月 31 日，发生的医疗费用由居民医保基金按规定标准报销。

（三）新生儿在出生后 3 个月内参保缴费的，待遇享受期从出生之日起至当年 12 月 31 日止。出生后 3 个月跨年度的，补缴上年全额医保费（含各级政府补助和个人缴费部分）并缴纳当年个人缴费金额，待遇享受期从出生之日起至补费当年 12 月 31 日止。

（四）原参加了我市城镇职工基本医疗保险的人员，与用人单位解除、终止劳动关系后，可转入城乡居民基本医疗保险，3 个月内续保缴费的连续享受医疗保险待遇；超过 3 个月续保缴费的，视为中断缴费，重新缴费后按新参保人员享受医疗保险待遇；3 个

月内跨年度续保缴费的，补缴上年全额医保费（含各级政府补助和个人缴费部分）并缴纳当年个人缴费金额，连续享受医疗保险待遇。

第四章 医疗服务与费用结算管理

第二十条 市内原城镇医保定点医疗机构和新型农村合作定点医疗机构整体纳入城乡居民医保定点范围，实行医保协议管理。医保经办机构与定点医疗机构按年度签订医疗保险服务协议，明确双方的权利、职责和义务。

第二十一条 实行分级诊疗制度。逐步建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的就医制度，形成“小病在基层，大病到医院，康复回社区”的就医格局。因病情需要转市外医疗机构治疗的，原则上由参保地县域内最高级别定点医疗机构出具转诊、转院手续；在异地居住、外出务工或探亲的参保居民，因病需在居住地或务工所在地定点医疗机构住院治疗的，实行申报、备案制度。

第二十二条 参保居民因病在市内定点医疗机构（包括已实现联网即时结算的市外定点医疗机构）发生的符合城乡居民医保基金报销范围的医疗费用，属于个人承担的部分，由定点医疗机构与个人及时结算，属于城乡居民医保基金报销的部分，由医保经办机构与定点医疗机构直接结算。

参保居民因急诊、抢救在非定点医疗机构发生的医疗费和在

不能及时结算的异地定点医疗机构发生的住院医疗费，先由个人全额垫付，治疗终结后持相关资料到参保地医保经办机构结算，参保人员当年发生的医疗费用申请报销截止时间为次年 3 月 31 日，逾期未申报的医疗费用，原则上医疗保险基金不予报销。

城乡居民基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险实行“一站式”结算。

第二十三条 积极推进城乡居民医保基金付费总额控制制度，实行总额付费、病种付费、人头付费、项目付费等多种付费方式相结合的城乡居民医保基金支付结算办法。

第五章 基金管理与风险控制

第二十四条 城乡居民医保基金按照年度计划、总额控制、核实收支、风险共担的办法，实行全市统一管理。

（一）建立责任分担机制。市医保经办机构在对当年市、县（市、区）基金征收、待遇支付等指标汇总后，提出分担意见，经市人力资源和社会保障局、市财政局审核后报市人民政府审定。各县（市、区）人民政府按以下办法落实资金缺口。

1. 县（市、区）当年基金实际征收额超年度收入计划的部分，其中 30%上解市级医保基金（市级），70%作市级医保基金（县级）留存。未完成当年收入计划的部分，由当地人民政府补齐。

2. 当年基金收支计划出现缺口的，市级医保基金（市级）承担 60%，市级医保基金（县级）留存承担 40%，（县级）留存不

足时由当地人民政府补齐。

3. 基金实际支出超支出计划的，由县（市、区）人民政府自行负责。超支部分可用当年实际征收额超年度收入计划市级医保基金（县级）留存部分予以解决，不足部分可在市级医保基金积累（县级）留存的 20% 以内解决。当年医保基金实际支出小于计划的，结余部分留存市级医保基金积累（县级）留存。

（二）加强累计结余基金的管理。2017 年 1 月 1 日前，县（市、区）新农合基金累计结余归属市级医保基金。依据审计数据按医保基金结余的 30% 上缴市级医保基金（市级），统一存入市财政医保基金专户，70% 暂存市级医保基金（县级）留存，由当地财政部门统一管理、专户储存、分账核算。市级医保基金（县级）留存基金的使用，按照市人力资源和社会保障局、市财政局批复执行。

（三）应由县（市、区）人民政府承担的资金，应按照市上规定的时间和确认的数额将资金上解市级财政医保基金专户，经核实后再按规定程序拨付基金。未及时足额上解影响基金拨付的，由各县（市、区）人民政府自行负责医保待遇支付。

第二十五条 市级相关部门应建立健全有关规章制度，依法加强对城乡基本医疗保险基金的监督管理；建立定点医药机构准入评价机制和考核办法，规范医保服务行为。各级医保经办机构要加强和完善对定点医药机构的协议监督管理，加强对医药工作人员政策培训和规范管理工作，坚持因病施治、合理治疗，不断

提高医疗管理服务水平，确保基本医疗保险参保人员享受优质医疗服务。

第二十六条 市、县（市、区）医保经办机构应建立健全内控制度，按照职责分工和社会保险基金财务制度规定进行会计核算和编制基金预、决算，按季度分析基金运行情况。市医保经办机构负责对各县（市、区）医保经办机构执行城乡居民医疗保险基金收支预（决）算、基金运行等情况进行内部稽核；市、县人力资源和社会保障局、财政局定期或不定期对城乡居民医疗保险基金收入、支出、结余和存储情况进行监督检查，确保基金安全。

第二十七条 人力资源和社会保障行政部门、医保经办机构及其工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的，定点医药机构及其工作人员以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保险基金的，参保居民采取隐瞒、欺诈等手段骗取医疗保险基金的，按《中华人民共和国社会保险法》、《四川省人力资源和社会保障厅、四川省公安厅关于切实做好我省社会保险欺诈案件查处和移送工作的通知》、《南充市完善城镇医疗保险市级统筹实施方案》及其他相关法律法规处理。

第六章 组织管理

第二十八条 整合原市、县级城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗的管理职能和经办机构，市、县级新农合行政管理职能从卫计委划转给同级人力资源和社会保障局；全市新农合经办管

理工作从新农合管理中心划转给同级城镇医疗保险经办机构，并将原新农合管理中心机构编制和工作人员一并划转，由城镇医疗保险经办机构统一安排、管理。

第二十九条 各县（市、区）人民政府负责辖区内城乡居民基本医疗保险统筹协调、参保缴费和基金收支的组织管理等工作。各级人力资源和社会保障部门负责城乡居民医保的具体实施工作；公安部门负责为户籍信息提供查询、比对和对骗取医疗保险基金违法犯罪案件的侦办工作；卫生部门负责对各级医疗卫生机构的医疗服务行为的监督管理工作；财政部门负责城乡居民医保政府补助资金的筹集、划拨和基金的监督管理工作；审计部门负责对城乡医保基金的使用和管理进行审计监督；药品监督管理部门负责对定点医药机构的监督管理工作；民政部门负责特困供养人员和最低生活保障家庭成员的确认和参保工作；残联机构负责重度残疾人的确认和参保工作；医保经办机构负责辖区内参保登记、基金征缴、费用结算和定点医药机构的协议管理等工作的具体经办和指导；乡镇政府（街道办事处）负责辖区内城乡居民参保缴费、变更登记、定点医药机构监管及政策宣传咨询等工作。城乡居民医保工作纳入各级政府年度重点工作目标，逗硬实施考核。市人民政府将医保基金征缴和支付工作纳入年度目标管理，实行重点目标绩效考核，对超额完成当年基金征收计划的，由市级财政根据超收情况统一安排一定的征收工作经费。

第三十条 加强基层平台建设。以各乡镇、社区劳动保障站

（所）为依托，对现有同级工作人员进行整合，明确工作职责，保证每个乡镇劳动保障站有专职人员负责本项工作。及时对我市城镇医保网络进行改造和升级，建立覆盖市、县、乡、村的信息系统，支撑城乡居民医保制度运行和功能拓展，为群众提供便捷服务。

第三十一条 建立城乡居民医保工作经费保障机制，所需资金纳入同级财政预算。

第七章 附 则

第三十二条 本办法自 2017 年 1 月 1 日起施行。各县（市、区）原新型农村合作医疗补偿方案、管理制度等同时废止。南充市人民政府办公室《南充市完善城镇医疗保险市级统筹实施方案》（南府办发〔2014〕54 号）关于城镇居民基本医疗保险相关规定适用于城乡居民医保，凡与本办法不一致的，以本办法为准。

第三十三条 市人力资源和社会保障局、市财政局负责制定《南充市城乡居民基本医疗保险实施细则》，并根据基金收支情况对待遇支付标准进行调整。

第三十四条 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释，市人力资源和社会保障局、市财政局负责制定相关配套文件。

信息公开选项：主动公开

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委，市中级人民法院，市检察院，市委有关部门。

南充市人民政府办公室

2016年9月22日印发

