



# 郴政办发〔2016〕57号 关于印发《郴州市城乡居民基本医疗保险实施细则》的通知

索引号：100001/2017-804359

文号：郴政办发〔2016〕57号

统一登记号：

公开方式：主动公开

公开范围：面向社会

信息时效期：

签署日期：

登记日期：2017-01-04

所属机构：

所属主题：医疗保险

发文日期：

公开责任部门：市政府办文秘科

CZCR-2016-01053

郴州市人民政府办公室文件

郴政办发〔2016〕57号

郴州市人民政府办公室

关于印发《郴州市城乡居民基本医疗保险实施细则》的通知

各县市区人民政府，市政府各工作部门，中省驻郴各单位：

《郴州市城乡居民基本医疗保险实施细则》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

郴州市人民政府办公室

2016年12月30日

(此件主动公开)

郴州市城乡居民基本医疗保险实施细则

## 第一章 总 则

第一条 根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）、《湖南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（湘政发〔2016〕14号）和《湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法》（湘政发〔2016〕29号）精神，为建立全市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，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 建立城乡居民医保制度遵循以下基本原则：

- （一）坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续；
- （二）坚持筹资水平、保障标准与经济社会发展水平相适应；
- （三）坚持互助共济，城乡居民个人缴费和政府补助相结合；
- （四）坚持权利和义务相统一，城乡居民公平享有基本医疗保险待遇；
- （五）坚持以收定支、收支平衡、略有结余。

第三条 本市行政区域内的城乡居民参加城乡居民医保适用本办法。

## 第二章 组织机构与职责

第四条 市、县市区人民政府负责辖区内城乡居民医保组织参保和基金筹集工作，乡镇政府、街道办事处具体负责组织辖区内城乡居民医保的参保登记、缴费续保、政策宣传等工作。有条件的地方可以采取政府购买服务的方式，建立城乡居民医保村级（社区）协管员制度。□

第五条 市、县市区人力资源社会保障部门是城乡居民医保工作的主管部门，按照分级管理的原则行使城乡居民医保管理职能，承担辖区城乡居民医保制度的建立、完善和管理职能；具体负责城乡居民医保的发展规划、实施办法和相关政策的制定，基金运行管理指导和监督，队伍建设和培训，定点医疗机构服务行为规范和监管等工作。□

第六条 市城乡居民医保经办机构承担辖区内同级定点医疗机构医疗行为的协议管理、政策执行及培训、异地就医即时结算和基金结算等工作。县市区城乡居民医保经办机构承担本辖区城乡居民医保的业务管理、指导和经办服务。□

第七条 市、县市区编制管理、发展改革、教育、公安、民政、财政、卫生计生、审计等有关部门按照各自职能，协助做好本区域城乡居民医保相关工作。□

## 第三章 参保范围

第八条 城乡居民医保制度覆盖除职工基本医疗保险应参保居民以外的其他所有城乡居民，具体包括农村居民、城镇非从业居民、在校大中专学生，以及国家和我省规定的其他人员。□

第九条 按照属地管理原则，城乡居民原则上在户籍所在地参加城乡居民医保，但在校大中专学生以学校为单位在学校所在地整体参加城乡居民医保。农村居民应以家庭为单位参加城乡居民医保；城镇居民没参加职工医保的，要在社区参加城乡居民医保。□

第十条 在统筹地区取得居住证的常住人口，未在原籍参加基本医疗保险的，可在居住地参加城乡居民医保。□

第十一条 按规定做好基本医疗保险关系转移接续工作。在本省范围内不得同时参加城乡居民医保和职工基本医疗保险，避免跨统筹地区重复参保，避免待遇重复享受。□

## 第四章 基金筹集

第十二条 城乡居民医保坚持多渠道筹资，实行个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式，鼓励有条件的乡镇、街道、集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。□

第十三条 根据国家有关政策规定和经济发展水平、城乡居民收入状况、医疗消费需求、城乡居民医保基金运行等情况，在精算平衡的基础上，统一执行由省人力资源社会保障厅会同省财政厅统一确定的全省城乡居民医保筹资标准。完善

筹资动态调整机制，合理划分政府与个人的筹资责任。□

第十四条 城乡居民按年度一次性缴纳基本医疗保险费，才能享受相应的基本医疗保险待遇。在校大中专学生参加城乡居民医保，由所在学校统一办理，代收代缴基本医疗保险费。原则上每年8月1日至12月31日为下一年度的参保缴费期，各统筹地区可根据实际情况适当调整，并积极探索委托银行代扣代缴、网上银行缴费等便捷的缴费续保模式。已经缴纳的当年度基本医疗保险费不予退还。

第十五条 城乡居民未在统筹地区规定的参保缴费期内办理参保缴费手续的，原则上不予补办，不得享受基本医疗保险待遇。新生儿在出生28天内（含28天）取得本市户籍并按当年度城乡居民医保个人缴费标准一次性缴纳基本医疗保险费，可自出生之日起享受基本医疗保险待遇。其他因户籍变动等客观原因或特殊情形导致未能在统筹地区规定的参保缴费期内办理参保缴费手续的，可在办理户籍手续后60天内参加城乡居民医保，按当年度城乡居民医保筹资标准一次性足额缴纳基本医疗保险费，从缴费的下个月起享受基本医疗保险待遇。□

第十六条 对特困人员参加城乡居民医保的个人缴费部分，通过医疗救助等渠道给予全额资助；对低保对象参加城乡居民医保的个人缴费部分，通过医疗救助等渠道给予补贴，具体补贴标准由统筹地人民政府确定；对建档立卡贫困人口中的非低保对象参加城乡居民医保的个人缴费部分，通过财政扶贫专项资金补助等渠道给予补贴，具体补贴标准由统筹地人民政府确定。□

第十七条 城乡居民医保政府补助资金纳入同级财政年度预算安排，应当按规定及时、足额拨付到位。□

## 第五章 基金管理

第十八条 城乡居民医保基金由以下四部分组成：□

- （一）城乡居民个人缴纳的基本医疗保险费；□
- （二）政府财政补助资金；□
- （三）基金利息收入；□
- （四）其他渠道筹集资金。□

第十九条 城乡居民医保执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。城乡居民医保基金纳入财政专户，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。城乡居民医保基金的银行计息按相关政策享受优惠利率。

第二十条 城乡居民医保原则上按照全省统一政策、基金市级统筹、县市区经办的模式管理。未实施基金市级统筹前建立市级风险调剂金制度，以提高基金整体抗风险能力。市级风险调剂金的具体管理办法由市人力资源社会保障部门会同市财政部门制定。要根据本辖区的经济发展状况、医疗服务水平、费用控制指标等因素，科学制定基金管理办法和考核标准，明确县市区人民政府的管理责任，发挥医保管理和经办机构的积极性和主动性。

第二十一条 建立市内异地就医即时结算周转金制度。异地就医即时结算周转金纳入财政专户管理。具体管理办法由人社局会同市财政局另行制定。□

第二十二条 合理控制城乡居民医保基金当年结余率和累计结余率。建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险，提高基金使用效率。□

第二十三条 县市区城乡居民医保基金出现支付不足时，符合申请风险调剂金条件的，可按照风险调剂金管理办法有关规定申请调剂金。

## 第六章 基本医疗保险待遇

第二十四条 城乡居民医保基金为参保居民支付下列费用：□

- （一）政策范围内的住院医疗费用；□

(二) 政策范围内的门诊（含特殊病种门诊和普通门诊）医疗费用；

(三) 购买城乡居民大病保险；

(四) 生育医疗费用（含产前检查费）补助；

(五) 符合国家政策和省人民政府规定的其他情形。

第二十五条 城乡居民医保基金设置全市统一的住院起付标准：乡镇卫生院、社区卫生服务机构不低于200元；县级医疗机构不低于500元；市级医疗机构不低于1000元。逐步完善起付标准动态调整机制，原则上当年度起付标准控制在上年度均次住院费用的10-20%以内。一个结算年度内多次住院的，累计起付标准以省级定点医疗机构最高起付标准为限额。具体的起付标准由市人社局会同市财政局，按照有利于引导分级诊疗和合理利用医疗资源的原则，结合实际合理确定。

第二十六条 参保居民在市内的基本医疗保险定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费，起付标准以上的部分，由城乡居民医保基金按比例支付：乡镇卫生院、社区卫生服务机构不低于90%；县级医疗机构不低于70%；市级医疗机构不低于60%。具体支付比例由市人社局会同市财政局根据城乡居民医保基金收支情况合理确定。

第二十七条 参保居民在省级定点医疗机构住院，起付标准按照上年度各省级定点医疗机构住院次均费用的10%左右确定，且不低于1500元，政策范围内住院医疗费支付比例不低于50%，统一执行由省人力资源社会保障厅会同省财政厅根据各统筹地区城乡居民医保基金运行和参保居民就医情况合理确定的具体支付标准。

第二十八条 因突发疾病急诊抢救转为住院治疗的，急诊抢救医疗费用与住院医疗费用合并计算；急诊抢救死亡的，对政策范围内的医疗费用，视同住院医疗费用按规定报销。

第二十九条 城乡居民医保基金设置住院最高支付限额。一个结算年度内，城乡居民基本医疗保险（不含城乡居民大病保险）累计最高支付限额统一为15万元。

第三十条 参保居民应当在基本医疗保险定点医疗机构就医。报参保地城乡居民医保经办机构同意后，因外出务工、长期在外地居住、转省外医疗机构治疗等特殊情形在异地就医时发生的政策范围内住院医疗费用，可比照我市同级别定点医疗机构相关标准予以报销。未按照分级诊疗制度有关规定办理转诊手续的（危急重症患者抢救除外），城乡居民医保基金支付比例相应降低15个百分点。在非基本医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用原则上不予支付（危急重症患者抢救除外）。因危急重症抢救未及时办理转诊手续或在非定点医疗机构入治疗的，应当在入院治疗3个工作日内报所属城乡居民医保经办机构同意备案，其发生的政策范围内住院医疗费用，可比照我市同级别定点医疗机构的相关标准予以报销。

第三十一条 完善城乡居民医保门诊医疗保障政策，兼顾普通门诊和门诊大病医疗需求，按照城乡居民医保基金总额的15%左右的比例，建立门诊医疗统筹基金。门诊医疗统筹基金管理办法由市人社局会同市财政局另行制定。

第三十二条 完善城乡居民大病保险制度，提高参保居民重大疾病保障水平。城乡居民大病保险筹资标准原则上控制在当年城乡居民医保基金筹资标准的5%左右。市人社局要在《郴州市城乡居民大病保险实施方案》（郴政办发〔2016〕20号）的基础上，进一步完善城乡居民大病保险政策，适时调整扩大合规医疗费用范围，提高参保居民重大疾病保障水平。

第三十三条 城乡居民医保基金对参保居民符合计划生育政策规定的生育医疗费用（含产前检查费）给予一次性补助，平产最高补助标准为1300元，剖宫产最高补助标准为1600元，按单病种包干管理，在定点医疗机构实行即时结算。具体补助标准由市人社局会同市财政局根据孕产妇在县乡住院分娩基本医疗费用实际情况合理确定。孕产妇因高危重症救治发生的政策范围内住院医疗费用参照疾病住院相关标准支付。

第三十四条 城乡居民医保执行全省统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准。

第三十五条 城乡居民医保基金对五保对象等特殊困难群体，以及部分单病种、意外伤害等住院医疗费用的支付管理办法，由市人社局会同相关部门另行制定。

第三十六条 参保居民发生的下列医疗费不属于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；
- (五) 国家和我省规定不予支付的其他情形。

医疗费用依法应由第三人负担，第三人不支付或无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金支付后，有权向第三人追偿。

第三十七条 强化城乡居民医保与城乡医疗救助政策联动。对于经城乡居民基本医保、大病保险和其他补充医疗保险补偿后自费用仍有困难且符合医疗救助条件的患者，由民政等部门及时落实相关救助政策。

## 第七章 医疗服务管理

第三十八条 完善城乡居民医保定点医药机构协议管理办法，强化服务协议管理，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。

第三十九条 参保居民在定点医药机构发生的医疗费用，应当由城乡居民医保基金支付的部分，由城乡居民医保经办机构与定点医药机构直接联网结算。

第四十条 全面推行以总额控制为基础的医保支付方式改革，积极推进按病种付费为主、按疾病诊断相关分组（DRGs）付费、按床日付费、按人头付费为补充的多元复合支付方式。建立健全医保经办机构与医疗机构及药品供应商的谈判协商机制和风险分担机制，推动形成合理的医保支付标准，引导定点医疗机构规范服务行为，控制医疗费用不合理增长。

第四十一条 各级城乡居民医保经办机构应当依法履行经办职责，建立健全城乡居民医保业务、财务、基金安全和风险管理、内部审计制度，严格履行城乡居民医保服务协议，加强对定点医药机构履行服务协议情况的日常管理和检查。

第四十二条 支持承办城乡居民大病保险的商业保险机构，通过医疗巡查、医疗费用核查等形式，参与医疗服务行为和医疗费用监督。

第四十三条 建立全市统一的异地就医即时结算制度，实现全市范围内异地就医即时结算。市内异地就医即时结算办法由市人社局商市财政局另行制定。按照国家、省统一部署，做好跨省、市的异地就医即时结算工作。各级城乡居民医保经办机构要密切配合，切实加强异地就医监管。

## 第八章 经办能力建设

第四十四条 各县市区人民政府要加强城乡居民医保经办能力建设，加强乡镇、街道社会保障服务平台建设，落实办公场所，保障医疗服务监管用车，合理配备与城乡居民医保管理服务相适应的人员编制，安排必要工作经费，确保城乡居民医保经办服务工作的顺利开展。

第四十五条 城乡居民医保经办机构要完善管理运行机制，逐步实现精细化管理，规范优化经办服务流程，不断提高管理效率和服务水平。

第四十六条 各级财政部门要加大对医保信息系统平台建设和长期运行维护的投入，按照标准统一、资源共享、数据集中、服务延伸的原则建立健全覆盖城乡的医疗保险信息网络，推动社会保障卡在城乡居民参保缴费、即时结算等工作中的广泛应用。

## 第九章 监督管理

第四十七条 人力资源社会保障部门应当加强对城乡居民医保制度实施、经办机构职责履行情况的监督管理，加强对基金收支、管理工作的监督检查，督促城乡居民医保经办机构定期向社会公布基金筹集、使用和结余情况。



第四十八条 成立由政府相关部门、人大代表、政协委员、医疗机构、参保居民、专家学者等参加的城乡居民医保监督委员会，对基金的筹集、运行、使用和管理实施社会监督。

第四十九条 设立市城乡居民医保咨询专家委员会，实行医疗保险重大问题专家咨询、评估制度。

第五十条 建立城乡居民医保三级定期公示制度。统筹地区城乡居民医保经办机构、定点医疗机构和村民（居民）委员会要在醒目位置设公示栏，定期公示城乡居民医保主要政策、就诊（转诊）流程、医疗费用报销情况和监督举报电话等内容。

第五十一条 切实加强城乡居民医保基金监督管理，对违反《中华人民共和国社会保险法》有关规定和基本医疗保险制度政策骗取、套取城乡居民医保基金的行为，依法依规严厉查处。

#### 第十章 附 则

第五十二条 因重大灾情及重大事故所发生的城乡居民医疗费用，由市、县市区人民政府另行安排资金解决。

第五十三条 城乡居民医保筹资标准和待遇标准随着社会经济发展和城乡居民医保基金运行状况适时调整。调整方案由市人社局会同有关部门研究制定。

第五十四条 本办法自2017年1月1日起施行。

文档附件：

郴政办发〔2016〕57号.doc

扫一扫在手机打开当前页



打印



分享：



[网站地图](#) | [网站帮助](#) | [联系我们](#)

主办单位：郴州市人民政府办公室

联系电话：0735-2368507

 湘公网安备：43100202000023号

承办单位：郴州市政务服务中心

备案/许可证编号：湘ICP备13003667号

网站标识码：4310000046

