

# 南阳市人民政府办公室文件

宛政办〔2021〕17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

各县（区）人民政府，城乡一体化示范区、高新区、鸭河工区、官庄工区管委会，市人民政府有关部门：

《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》已经市政府第43次常务会议研究通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2021年5月24日

# 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

根据《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）和《河南省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹的意见》（豫政办〔2020〕31号）有关要求，为提高基本医疗保险和生育保险统筹层次，完善基本医疗保险基金统筹制度，增强基金互助共济和抗风险能力，构建公平、规范、高效、可持续的医疗保障体系，结合我市实际，制定本方案。

## 一、工作目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民为中心的发展思想，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及省委、省政府工作要求，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，按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，自2021年6月1日起，全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹，实现基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”，确保不增加参保人员个人负担，不降低参保人员医保待遇，不影响医保基金征缴、不影响医保费用结算。

## 二、基本原则

（一）坚持政府主导原则。基本医疗保险和生育保险基金

(以下简称基金) 由市级统一预算并组织实施, 市医疗保障局制定基本医疗保险政策, 牵头建立有关部门参加的基金监管工作机制, 落实基金监管责任, 切实发挥监管作用。市、县(区) 政府按照管理权限落实参保、征缴、城乡居民基本医疗保险财政补助资金和医疗救助资金筹集、基金监管等责任, 确保基金平稳运行。

(二) 坚持责任分担的原则。按照“基金统收统支、经办分级负责、缺口合理分担”的原则, 建立权利与义务相对应、事权与财权相匹配、激励与约束相结合的市、县(区) 两级政府责任分担机制。

(三) 坚持维护公平的原则。在全市范围内执行统一的基本医疗保险和生育保险政策, 保障参保人员待遇水平总体不降低, 实现参保人员依法参保缴费, 公平享受相应的基本医保待遇和生育保险待遇。

(四) 坚持风险共济的原则。基金运行坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则, 强化医疗保险市级统筹基金预算管理, 建立基金风险调剂制度, 形成责任清晰、风险共担的基金运行体制。

(五) 坚持优化服务的原则。在省确定的医保管理系统框架内, 加快完善全市统一集中的医保信息管理平台, 统一规范全市经办服务流程, 提升基本医保公共服务水平, 实现全市基本医保服务均等化、管理精准化、决策科学化。

### 三、统筹内容

(一) 统一基本政策。全市范围内执行统一的基本医疗保险和生育保险参保范围、缴费基数、缴费比例、缴费年限、个人账户划入办法以及城乡居民基本医疗保险财政补助和个人缴费标准等政策；执行统一的退休人员医保待遇政策；确保参保人员依法缴费，公平享受相应的医保待遇。

(二) 统一待遇标准。落实医保待遇清单制度。执行统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目及医疗服务设施范围目录；执行统一的普通门诊、门诊慢性病、重特大疾病、住院医疗、城乡居民大病保险和职工大额补充医疗保险等待遇及支付标准；执行统一的生育保险待遇及支付标准；执行统一的异地就医备案政策；执行统一的国家公务员医疗补助政策。

(三) 统一基金管理。基金实行市级统收统支和市级财政专户管理，以市本级、各县区为单位按险种分别建账、分账核算、分别计息、专款专用，不得相互挤占和调剂。

1. 基金预决算管理。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，市医保部门会同财政部门分险种编制全市医保市级统筹基金年度预算，按程序报批后下发各县区执行。每年元月底前，编制上年度全市基金收支决算草案按程序报批。

2. 基金收支管理。从2021年6月30日起，全市医保基金收入全额上解至市级统筹基金财政专户，集中统一管理，实行收支两条线，市财政部门负责分险种记帐，市级医保经办机构负责分

险种分市本级、县（区）记帐，专款专用。各县区医保基金支出，以年度支出预算为依据，按程序拨付。

3. 建立医保风险调剂金制度。市级风险调剂金的总规模控制在上年度全市3-6个月医保支付水平总额，用于今后对全市医保基金缺口的调剂。调剂金来源：一是按照市本级、各县区当地上年城镇职工医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险（扣除大病保险费用）收入的5%的比例逐年提取；二是市医疗保险基金财政专户的利息收入；三是市县财政弥补资金和社会捐助资金。具体使用办法由市医保局会同市财政局另行制定。

4. 建立基金责任分担机制。一是市本级、各县区当年超额完成基金征缴目标任务的，其超额完成的征缴部分全额留存县区，市本级、各县区未按时完成基金征缴目标任务的，由同级政府负责追缴；市本级、各县区完成基金征缴任务后，统筹基金实际支出未超过下达的基金支出预算的，结余部分全额留存县区，用于今后弥补该县区应当负担的差额和缺口部分。二是市本级、各县区当年出现医保统筹基金实际支出超过下达的统筹基金支出预算的，由当地结余或留存基金补齐；仍有缺口的按市级风险调剂金与同级财政6:4的比例分担；年度内市级风险调剂金累计支出超过该地风险调剂金额度三倍时，由同级财政承担。三是市本级、各县区当年医疗保险基金出现缺口时，因不具备有关条件而无法申请风险调剂金时，其缺口由同级财政承担。

5. 建立基金风险评估预警机制。对医保基金运行情况适时作

出分析研判和风险预测，及时发现问题并研究采取解决措施，加强防范和规避基金运行风险。

**（四）统一经办管理。**全市基本医疗保险和生育保险业务分级经办，健全市、县、乡、村一体化的经办管理服务网络，执行统一的经办工作流程和服务规范，推进医保一站式服务、一窗口办理、一单制结算，加强医保公共服务标准化、规范化建设，促进医保公共服务均等可及。

**（五）统一定点管理。**全市执行统一的定点医药机构协议管理办法，对医药机构执行统一的准入条件、评估规则和工作流程。加强定点医药机构医保协议签订管理和协议执行监管，定期组织开展协议履行情况监督检查。

**（六）统一信息系统。**应用全省统一的医保信息系统，实现数据向上集中、服务向下延伸，以满足基金统收统支管理要求。执行全省统一的政务数据编码标准，建立信息共享机制，满足工作需要。

#### **四、任务分工**

**（一）开展基金审计。**2021年5月底前，由市审计局牵头，医保、财政、卫健部门配合，对全市2020年12月31日前市本级、各县区职工医保基金和城乡居民医保基金进行审计，以2020年底决算为依据，全面摸清底数，查实相关历史遗留问题，对滚存结余和欠帐情况进行审计确认。对2021年1-5月份市本级、各县区职工医保基金和城乡居民医保基金收支情况进行审计确

认。

(二) 清欠历史遗留。一是市、县(区)政府负责妥善处理好市级统筹前的历史遗留问题。依据审计报告,市本级、各县区结余基金上解至市级统筹基金财政专户,分市本级、县(区)记帐,滚存使用;市本级、各县区对基本医疗保险参保的财政配套补助资金,未足额拨付的,由同级财政一次性补足;市本级、各县区2021年6月30日前发生的历史欠账,由同级财政负责解决,一次性解决确有困难的三年内解决到位。二是对欠缴职工医疗保险费的单位或个人,市级统筹前(6月30号)单位和个人欠缴的风险基金、破产企业清算(含破产未终结企业)及退休人员需缴纳的大额补充医疗保险费仍按原缴费政策执行,并予以追缴。欠缴费用清零后按新政策执行。

(三) 基金征收管理。税务部门为医疗保险费征缴主体,负责医疗保险费缴费登记、申报征收、清欠、检查和处罚,及时将征收的医疗保险费缴入国库,定期向财政、医保等部门核对社会保险费征收情况。财政部门负责完善基金财务管理制度和会计制度,落实城乡居民财政补助政策,会同相关部门做好基金预决算及财政专户管理工作;从2021年6月30日起,全市医保基金(含滚存结余、财政补助、基金收入等)全额上解至市级统筹基金财政专户集中统一管理,实行收支两条线,分险种分市本级、县区记帐,专款专用。

(四) 理顺管理体制。一是由市医保局牵头,编办、财政、

人社等部门参与，按照中发〔2020〕5号文件和豫政办〔2020〕31号文件要求，推进市级以下医保部门垂直管理。二是解决乡村经办问题。根据中发〔2020〕5号和豫发〔2021〕7号文件要求，增加乡镇（街道）社会事业办公室医保经办职责，配备2-3名人员负责医保经办业务，每个行政村（社区）明确1名兼职医保代管员，打通医保服务“最后一公里”。

## 五、保障措施

（一）加强组织领导。市级统筹领导小组负责全市市级统筹工作的组织、实施和协调工作。各级各部门要充分认识全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹的重要性和紧迫性，切实提高政治站位，强化组织领导，压实工作责任，确保各项政策措施落实到位。为适应市级统筹新的工作需要，各级财政部门要将医保信息化平台建设费、维护费、培训费，执法用车和执法设备等列入市县财政预算。

（二）强化部门协作。医保、财政、税务、审计部门要做到分工明确、配合密切、形成工作合力；编办、卫健、人社、公安等部门要主动作为，协调配合，履行部门职责；政务服务和大数据管理部门要协助医保部门加强对业务应用系统建设的统筹、指导、评审、验收；纪检监察部门要对推进实施市级统筹工作中发生的违规违纪行为严肃追责，确保市级统筹工作顺利实施。

（三）加强宣传引导。要加强宣传引导，充分发挥报纸、广播、电视等传统媒体以及微博、微信、手机客户端等新媒体作



用，深入解读相关政策措施，及时回应社会关切，让广大群众了解政策、支持政策，引导参保人员自觉遵守医疗保险政策规定，支持医疗保障制度改革。

（四）健全奖惩机制。制定市级统筹工作考核奖惩办法，将参保护面、基金征缴、政策执行、费用控制、基金安全等情况纳入目标责任考核范围，严格奖惩措施，强化各级政府和各部门的责任。

附件：南阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施细则  
（暂行）

附 件

# 南阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹 实施细则（暂行）

## 第一章 总 则

**第一条** 为切实做好我市基本医疗保险和生育保险市级统筹工作，根据《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》的规定，制定本实施细则。

**第二条** 市级统筹坚持政府主导、协调推进；责任分担、风险调剂；统一标准，分级负责的原则，在全市行政区域内（邓州市除外）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** 市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，各县区医疗保险行政部门负责本行政区域的基本医疗保险、生育保险管理工作。各级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、市和县（区）四级财政分担。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（按病种付费和定额补偿等另有医保支付政策规定的除外）。

**（一）起付标准**

1. 职工医保。市域内每次住院起付标准 600 元；市域外省内每次住院 1500 元，省外每次住院 2000 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；市级（二级或相当规模以下医院）为 600 元，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%。

**（二）支付比例**

1. 职工医保。市域内，一级、二级、三级医疗机构合规费用支付比例分别为 88%、83%、78%。对退休人员的支付比例在上述标准的基础上提高 5%。市域外，支付比例较市域内相应级别医院降低 10%。

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）的为 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 元为 73%，5000 元以上为 85%；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%，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%。

3. 中医医疗机构。按宛政〔2019〕32 号文件规定，对市域内二、三级中医院（中西医结合医院）住院病人，城镇职工、城乡居民医保中医药诊疗服务费报销比例提高 10%、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，在备案地定点医疗机构发生的医疗费用，起付标准按市域外标准执行，支付比例按市域内相应级别医院标准执行。

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帐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。

职工个人账户划入额度及门诊统筹制度待省级政策出台后，按省级政策执行。

## （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，可在参保的家庭成员内调剂使用。

“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** 国家公务员医疗补助待遇。我市公务员医疗补助政策按照《南阳市市直国家公务员医疗补助暂行办法》（宛政〔2001〕63号）和《南阳市人民政府办公室关于提高城镇职工医疗保险待遇的通知》（宛政办〔2009〕109号）文件规定执行。

### **第十五条** 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：300元/例；

（2）自然分娩支付限额：一级医院800元/例，二级医院

1000 元/例，三级医院 1200 元/例；

(3) 助娩产支付限额：一级医院 1000 元/例，二级医院 1200 元/例，三级医院 1400 元/例；

(4) 剖宫产支付限额：一级医院 2000 元/例，二级医院 2500 元/例，三级医院 2800 元/例；

(5) 剖宫产伴子宫肌瘤切除术、子宫切除术、阑尾切除术支付限额：一级医院 2400 元/例，二级医院 3000 元/例，三级医院 3300 元/例；

(6) 剖宫产伴卵巢囊肿切除术、输卵管结扎术等手术支付限额：一级医院 2100 元/例，二级医院 2600 元/例，三级医院 3000 元/例；

多胞胎每多生育一个婴儿在支付限额基础上增加 100 元。以上几种分娩方式的支付限额均含分娩当次住院时发生的生育并发症和产后访视费用。

(7) 放置、取出宫腔节育器支付限额：60 元/例；

(8) 输精（卵）管结扎术支付限额：300 元/例；

(9) 输精（卵）管复通术支付限额：1200 元/例；

(10) 妊娠不满 16 周人工流产支付限额：160 元/例；

(11) 妊娠满 16 周不满 28 周住院人工流产、引产支付限额：500 元/例；

(12) 妊娠满 28 周（含 28 周）以上引产支付限额：600 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，参保女职工法定产假结束后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600元，剖宫产1600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。

**第十六条** 设立医疗保险待遇享受等待期。

(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次月，缴费期满3个月内未缴费的，自缴费之日起设置6个月医疗保险待遇等待期，欠费和等待期期间产生的医疗费用统筹基金不予支付。

(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，补齐欠费后方可享受医疗保险待遇；累计欠费3个月以上的，从补齐欠缴费用之日起设置6个月医疗保险待遇等待期和12个月生育津贴等待期，欠费和等待期期间产生的医疗费用、生育待遇统筹基金不予支付。

(三) 职工医保参保人员跨统筹地区转移，中断缴费时间不超过3个月的，补齐欠费后即可正常享受医保待遇；中断缴费时间超过3个月的，从缴费之日起设置6个月医疗保险待遇等待期和12个月生育津贴等待期，欠费和等待期期间产生的医疗费用、生育待遇统筹基金不予支付。

**第十七条** 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**

### **第十八条 基金构成**

市级统筹基金由下列各项构成：

1. 做实市级统筹前的滚存结余基金；
2. 做实市级统筹后征收的保险费收入；
3. 下级上解收入；
4. 各级财政补助收入；
5. 利息收入；

6. 转移收入；

7. 其他收入。

### **第十九条 帐户管理**

市级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）市级统筹基金银行账户，市县区财政保留原有的职工医保和城乡居民医保财政专户，主要用于接收和上解医保基金。

市、县（区）医保经办机构保留原有的医保基金支出户，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。

### **第二十条 基金预决算**

（一）按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，分险种编制全市医疗保险市级统筹基金年度预算。其编制程序为：

1. 市政府根据本地区常住人口、户籍人口、就业人口等指标，并结合省医保局下达的参保任务，科学合理确定年度参保扩面目标，向各县区下达参保扩面、基金征缴任务及基金预算编制要求；

2. 每年10月，各县区根据上年度参保扩面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，经同级人民政府审定后，报市医保局、市财政局；

3. 市医保局会同市财政局汇总编制全市医疗保险市级统筹基



金预算草案，报市政府审定批准后，纳入市社会保险基金预算，下发各县区执行；

4. 基金预算一经批准不得随意调整。在执行过程中因国家、省政策调整或不可抗逆等因素，确需调整基金预算的，报市政府批准同意后再行调整。

(二) 每年元月底前，各县区按规定编制当地上年度医保基金决算草案，经同级人民政府审定后，报市医保局、市财政局。

市医保局会同市财政局汇总编制上年度全市医疗保险市级统筹基金决算草案，报市政府审批。

## **第二十一条 基金收支管理**

(一) 从2021年7月1日起，全市医保基金收入全额上解至市级统筹基金财政专户，集中统一管理，实行收支两条线，市财政部门负责分险种记帐，市级医保经办机构负责分险种分市本级、县（区）记帐，专款专用。

1. 医保基金由各级税务部门征收并直接缴入当地国库，各县区财政局负责按月将征缴的医保基金全额上解至市级统筹基金财政专户。税务部门应定期向财政、医保等部门核对社会保险费征收情况。

2. 从2021年开始，市财政局负责对城乡居民医保的中央、省、市财政参保补助资金划入市级统筹基金财政专户。各县区财政部门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）按规定及时足额上解城乡居民医保市级统筹基金

财政专户。

(二) 各县区医保基金支出，以年度支出预算为依据，按月申请拨付。

## 第五章 经办和信息管理

**第二十二条** 各级政府应设立与做实基本医疗保险和生育保险市级统筹相适应的医疗保险经办机构，配齐专业人员和专用设备，完善基础设施建设。

**第二十三条** 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。

**第二十四条** 按照国家和省统一的建设规范和标准，构建市级集中的医疗保险业务信息系统，形成覆盖市、县、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。

**第二十五条** 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，满足基金统收统支管理要求。

**第二十六条** 推进医保、税务、受托代征银行信息平台建设，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、公安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

**第二十七条** 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。

**第二十八条** 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。

**第二十九条** 全面实行总额预算管理。按照“结余留用、合理超支分担”的原则，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。

**第三十条** 探索推进支付方式改革。统筹推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革；探索中医传统、常用通用诊疗项目打包付费；探索家庭医生签约服务打包付费等支付模式；探索对紧密型医联体（含县域紧密医共体）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**

**第三十一条** 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。

**第三十二条** 成立市、县（区）医保稽核机构，配备专业人

员，按照“属地管理、分级稽核”原则，对参保人员享受医保待遇、定点医药服务机构执行医保政策等情况实施稽核检查。

**第三十三条** 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。

**第三十四条** 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。

**第三十五条** 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

**第三十六条** 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。

**第三十七条** 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。

**第三十八条** 本实施细则由市医疗保障局负责解释。

**第三十九条** 本实施细则自2021年6月1日起施行。

---

主办：市医保局

督办：市政府办公室四科

---

南阳市人民政府办公室

2021年5月24日印发

---

