

新郑市人民政府文件

新政〔2007〕33号

新郑市人民政府 关于印发《新郑市城镇居民基本医疗保险 办法》的通知

各乡镇人民政府，各街道办事处，港区管委会，市人民政府各部门，各有关单位：

现将《新郑市城镇居民基本医疗保险办法》印发给你们，请遵照执行。

二〇〇七年九月十八日

新郑市城镇居民基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为进一步建立健全本市多层次医疗保障体系，保障城镇居民的基本医疗需求，根据国家有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 市人事劳动和社会保障部门是本市城镇居民基本医疗保险（以下简称居民医保）工作的行政主管部门，负责居民医保的组织实施和管理。市医疗保险经办机构具体负责资料审定、费用征缴、基金管理、医疗费用审核和支付、社会保障卡制作等相关工作。

市财政、公安、民政、教育体育、卫生、食品药品监管和物价等有关部门应当在各自职责范围内，共同做好居民医保的相关工作。

第三条 建立居民医保制度应当坚持下列原则：

（一）居民医保坚持“低费率、广覆盖、保基本”，筹资与保障水平与我市的经济和社会发展水平以及各方面承受能力相适应；

（二）居民医保基金以收定支，收支平衡；

（三）居民医保费以个人和家庭缴纳为主，财政补助、单位补贴为辅；

- (四) 参保居民权利与义务对等；
- (五) 居民医保与城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和社会医疗救助统筹兼顾、协调发展。

第四条 居民医保实行属地管理，统筹层次实行全市统筹。

第五条 居民医保财政补助资金由市财政部门每年列入预算。

第六条 参加居民医保的人员，可同时参加城镇居民补充医疗保险。

第二章 参保对象和条件

第七条 居民医保参保范围和对象：

(一) 具有新郑市城镇户籍、不在城镇职工基本医疗保险和新型农村合作医疗覆盖范围内的城镇居民。包括学龄前儿童、在校中小学生、职工家属、无业人员、转为城镇户籍的被征地农民、享受城市最低生活保障的人员、丧失劳动能力的残疾人、无收入的孤寡老人、孤儿等；

(二) 新郑市行政区域内的全日制在校大中专学生；

(三) 2007年1月1日后户籍迁入本市的男60周岁及以上、女55周岁及以上的老人，应当自户籍迁入本市后满两年，且其子女具有本市户籍（异地享受养老金或退休金待遇，退休后户籍迁入本市的人员不属于本办法的参保范围）。

在城镇职工基本医疗保险覆盖范围内的人员应参加城镇职工

基本医疗保险。

第八条 参加城镇居民医保的人员，不得同时参加城镇职工基本医疗保险或新型农村合作医疗。

转为本市城镇户籍的被征地农民，可以选择继续参加新型农村合作医疗，也可以选择参加居民医保（按自然年度转换）。

第九条 参加居民医保与参加城镇职工（个体劳动者）基本医疗保险相互不视同缴费年限。

第三章 基金筹集

第十条 居民医保基金的筹资渠道按照本办法第三条第（三）项确立的原则执行。

（一）18周岁以下城镇居民筹资数额为每人每年90元，其中个人缴纳50元，市财政补助40元。

（二）18周岁及以上城镇居民筹资数额为每人每年240元，其中个人缴纳180元，市财政补助60元。

（三）全日制在校大中专学生筹资数额为每人每年90元，其中个人缴纳50元，市财政补助40元。

（四）享受本市最低生活保障的人员，其基本医疗保险费由市财政全额负担。18周岁以下及全日制在校大中专学生，市财政补助90元；18周岁及以上的，市财政补助240元。

第十一条 鼓励有条件的用人单位对职工家属参保给予全额补贴或部分补贴。

第四章 参保程序和缴费办法

第十二条 参加居民医保按照下列程序办理：

(一) 每月 15 日前，居民持户口簿、身份证及其复印件、照片到乡镇（含街道、港区，下同）户籍登记地劳动保障工作机构申报登记，填写登记表。享受城市最低生活保障的人员办理申报登记，应当同时提供有效低保证件等相关证明文件。受理机构对申报资料核对无误后予以受理。全日制在校大中专学生参保的，由学校提供其学籍和学生身份证及其复印件，统一在市医疗保险经办机构申报登记。

(二) 乡镇劳动保障工作机构应及时将受理的基础信息录入微机，并于当月 25 日前将参保居民的申报资料报市人事劳动和社会保障部门。

(三) 市人事劳动和社会保障部门收到资料后，应当审核汇总，并将符合参保条件居民资料和审核意见于月底前报市医疗保险经办机构。

(四) 市医疗保险经办机构收到相关资料后，应当对参保居民的资料进行复查核对，并在 20 个工作日内审核完毕。对于不符合参保条件的，应当说明理由。

(五) 市医疗保险经办机构根据参保居民的申报，每半年或一年编制一次居民医保费征缴计划。

第十三条 经审核符合参加居民医保条件的人员，应当按照所在地劳动保障工作机构根据征缴计划开具的缴费通知单，按时足额缴纳医疗保险费。

市人事劳动和社会保障部门应当向参保人员制作社会保障卡，由乡镇劳动保障工作机构负责发放。

第十四条 全日制在校大中专学生基本医疗保险费以学校为单位缴纳；其他人员基本医疗保险费以家庭为单位缴纳。

第十五条 新参保居民每半年或一年缴费一次，缴费时间为每年5月20日前或11月20日前；已参保居民每一年缴费一次，缴费时间为每年11月20日前。缴费地点为市医疗保险经办机构委托的金融机构。

第十六条 市医疗保险经办机构应当将汇总的参保人数和市财政补助金额，于每年5月和11月底前上报市财政部门，由市财政部门于6月20日和12月20日前将市财政的补助金额拨付给市医疗保险经办机构。

第五章 统筹基金

第十七条 参保居民缴纳的基本医疗保险费和财政补助资金构成居民医保基金，居民医保基金设为统筹基金，不建立个人账户，由市医疗保险经办机构统一管理。

第十八条 统筹基金主要用于支付住院医疗费用和门诊规定病种费用。

第六章 基本医疗保险待遇

第十九条 参保居民凭新郑市社会保障卡在定点医疗机构就医。城镇居民社会保障卡管理参照《新郑市城镇职工基本医疗保

险 IC 卡使用及管理暂行办法》(新政办〔2000〕34号) 执行。

第二十条 按时足额缴纳基本医疗保险费的新参保居民，享受住院医疗保险待遇和门诊规定病种待遇的等待期为3个月，等待期从基本医疗保险生效的首月开始计算。等待期内发生的医疗费用由个人负担，统筹基金不予支付。

第二十一条 参保居民在门诊发生的恶性肿瘤放化疗、慢性肾功能不全（失代偿期）透析治疗、异体器官移植抗排异治疗的医疗费用，统筹基金给予一定补助，具体办法由市人事劳动和社会保障部门另行制定，报市人民政府备案。

第二十二条 参保居民在定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费用，起付标准以下的费用先由个人支付；起付标准以上最高支付限额以下的费用，由统筹基金和参保居民个人按比例承担。

居民医保住院统筹基金起付标准按照不同类别的定点医疗机构划分为：乡级定点医疗机构（含社区卫生服务部）200元；县级定点医疗机构300元；新郑市以外的医疗机构为500元。

参保居民在不同类别的定点医疗机构住院发生的符合规定的医疗费用，在起付标准以上最高支付限额以下的，按照以下比例承担：

乡级定点医疗机构（含社区卫生服务机构），统筹基金支付65%，个人承担35%；

县级定点医疗机构，统筹基金支付60%，个人承担40%；

新郑市以外的医疗机构，统筹基金支付 55%，个人承担 45%；

居民医保的保险年度按自然年度计算，在一个自然年度内，统筹基金累计最高支付限额为 25000 元（包括住院和门诊规定病种费用）。其中 18 周岁以下及全日制在校大中专学生在上述统筹基金支付基础上，分别提高 15%，最高支付限额为 30000 元。

第二十三条 超过统筹基金最高支付限额的医疗费用，通过城镇居民补充医疗保险途径解决，具体办法由市人民政府另行制定。

第二十四条 在外地医疗机构就医发生的住院医疗费用和除急诊外在本市非定点医疗机构发生的住院医疗费用，统筹基金不予支付。但在基本医疗保险有效期内，全日制在校大中专学生放假回原籍发生的住院费用，按本市县级定点医疗机构支付标准结算。

第二十五条 急诊是指危、急、重病人在门诊紧急治疗。参保居民经门诊紧急治疗后不需要住院的，其急诊费用由个人负担；经门诊紧急治疗后住院的，其符合规定的急诊费用可并入住院费用；经门诊紧急抢救无效死亡的，其符合规定的急诊费用从统筹基金中支付 55%。

在本市非定点医疗机构发生的急诊住院医疗费用按县级以外定点医疗机构支付标准结算，应提供原始发票、病历复印件、长

期医嘱和临时医嘱复印件、医疗费用汇总明细表。

第二十六条 凡跨年度住院的，应在当年 12 月 25 日结清医疗费用（中途结算）。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。

第二十七条 参保人员未按时足额缴纳基本医疗保险费的，停止基本医疗保险待遇；在 3 个月内补足欠费的，从补足欠费次月起恢复居民基本医疗保险待遇，欠费期间所发生的医疗费用由本人承担；逾期 3 个月仍未缴纳的，视为自动退出城镇居民基本医疗保险，再次参加城镇居民基本医疗保险的，按新参保人员重新办理手续。

第二十八条 有下列情形之一的，参保居民就医发生的医疗费用统筹基金不予支付：

- (一) 在国外或港、澳、台地区治疗的；
- (二) 自杀、自残的（精神病除外）；
- (三) 斗殴、酗酒、吸毒及其他因犯罪或违反《治安管理处罚法》所致伤病的；
- (四) 交通事故、意外伤害、医疗事故等由他方承担医疗费赔偿责任部分的；
- (五) 属于工伤保险（含职业病）或生育保险支付范围的；
- (六) 按有关规定不予支付的其他情形。

第七章 医疗服务管理和费用结算

第二十九条 居民医保实行定点医疗机构管理，其范围和类别由市人事劳动和社会保障部门另行公布。

第三十条 市医疗保险经办机构应与定点医疗机构签订协议，明确双方的责任、权利和义务。双方应认真履行协议，违反协议规定的，承担相应的违约责任。

第三十一条 居民医保的药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围和支付标准由市人事劳动和社会保障部门另行制定。超出目录范围的医疗费用，统筹基金不予支付。

第三十二条 参保居民在定点医疗机构发生的住院医疗费用，个人应负担的部分，由个人支付；统筹基金应支付的部分，由定点医疗机构记账。

第三十三条 市医疗保险经办机构每两个月与定点医疗机构结算一次医疗费用，实际拨付医疗费用为应拨付医疗费用的95%，预留5%的质量保证金，质量保证金根据年度考核结果返还。医疗服务监督考核办法参照《新郑市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》（新政办〔2000〕27号）执行。

第三十四条 市医疗保险经办机构与定点医疗机构结算住院医疗费用按照“总量控制，多种结算方式并用”的原则，采取项目结算、均值结算、单病种结算等方式。

第八章 基金管理

第三十五条 本《办法》第十条、第二十二条确定的居民医保筹资标准、统筹基金起付标准和最高支付限额，如果调整，根据上一年度在岗职工年平均工资，按照下列比例确定：

(一) 筹资标准的比例为：18周岁以下的城镇居民及全日制在校大中专学生，按0.5%左右筹资；18周岁及以上的城镇居民，按2%左右筹资；

(二) 统筹基金起付标准为：本市上一年度在岗职工年平均工资的4%左右；

(三) 最高支付限额为：本市上一年度在岗职工年平均工资的1.5倍左右。

第三十六条 居民医保的筹资标准、财政补助标准、统筹基金起付标准、最高支付限额和支付比例，由市人事劳动和社会保障部门根据上一年度在岗职工年平均工资和资金运行情况提出调整意见，报市人民政府批准后执行。

第三十七条 居民医保基金的银行计息办法按照《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）有关规定执行。基金利息收入分别并入统筹基金。

第三十八条 居民医保基金纳入财政专户管理，单独建账，专款专用，任何人不得挤占挪用。

财政、人事劳动和社会保障部门要加强对居民医保基金的监

督管理。审计部门要对居民医保基金的收支情况和管理情况进行审计。市医疗保险经办机构要严格执行预决算制度、财务会计制度。

第九章 监督与奖励

第三十九条 市医疗保险经办机构负责对定点医疗机构进行监督检查，定点医疗机构应当予以配合。

第四十条 定点医疗机构违反居民医保管理规定的，市医疗保险经办机构根据协议规定，追回违规资金；情节严重的，终止协议。

第四十一条 参保居民弄虚作假，采取隐瞒、欺诈等手段骗取基本医疗保险基金的，市医疗保险经办机构不予支付，已经支付的，予以追回，暂停其医疗保险待遇；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十二条 人事劳动和社会保障部门、医疗保险经办机构及其工作人员滥用职权、玩忽职守，损害参保人员合法权益，或者造成居民医保基金流失的，依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十三条 在居民医保工作中，成绩显著的部门、定点医疗机构和相关工作人员，由市人民政府给予表彰。

第十章 附 则

第四十四条 因重大疫情、灾情及突发事件发生的城镇居民医疗费用，由同级人民政府解决。

第四十五条 市人事劳动和社会保障部门可根据本办法制定居民医保实施细则，报市人民政府备案。

第四十六条 市人事劳动和社会保障部门、乡镇劳动保障工作机构开展居民医保所需人员和经费，由市人民政府解决。

第四十七条 本办法自发布之日起施行。

主题词：劳动 医疗 保险 办法 通知

抄送：市委各部门，市人民武装部。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

新郑市人民政府办公室

2007年9月18日印发