

河南省人力资源和社会保障厅
河南省财政厅
河南省卫生和计划生育委员会
国家税务总局河南省税务局
河南省中医管理局

文件

豫人社〔2018〕36号

河南省人力资源和社会保障厅 河南省财政厅
河南省卫生和计划生育委员会 国家税务总局河南省税务局
河南省中医管理局关于做好 2018 年城乡居民
基本医疗保险工作的通知

各省辖市、省直管县（市）人力资源社会保障局、财政局、卫生计生委（中医药管理局）、税务局：

根据《国家医保局财政部人力资源社会保障部国家卫生健康

委关于做好 2018 年城乡居民基本医疗保险工作的通知》（医保发〔2018〕2 号）精神，为促进我省城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）制度健康运行，提升服务效能，现就做好我省 2018 年城乡居民医保工作通知如下：

一、切实做好参保缴费工作

（一）提高筹资缴费标准。

1. 个人缴费标准。2018 年我省城乡居民医保人均个人缴费标准在 2017 年的基础上提高 40 元，达到每人每年 220 元。

2. 财政补助标准。2018 年各级财政对城乡居民医保的人均补助标准在 2017 年的基础上提高 40 元，达到每人每年 490 元。对一般县，中央、省、省辖市、县（市、区）级财政分别负担 282 元、104 元、42 元、62 元，对其中的省直管县和财政直管县省财政再负担 42 元；对 54 个比照西部开发政策县，中央、省、省辖市、县（市、区）级财政分别负担 356 元、104 元、12 元、18 元，对其中的省直管县和财政直管县省财政再负担 12 元。对济源市，中央、省、市财政分别负担 282 元、125 元、83 元。

各省辖市、县（市、区）财政部门要按照规定标准足额安排预算，并及时拨付补助资金。市县配套资金务必于 8 月底前拨付至县级财政社保专户。省财政厅、省人力资源和社会保障厅将适时组织对各地 2018 年参保人数、个人缴费、资金配套以及城乡医疗救助资助缴费等情况进行审核检查。

（二）做好医疗保险费征缴工作。在各级政府的组织领导下，

税务机关会同人力资源社会保障、财政等部门做好 2018 年度城乡居民医保个人缴费的征收工作，实现应保尽保，避免重复参保。人力资源社会保障部门做好城乡居民医保的参保登记工作，及时将参保登记的人员信息推送到同级税务机关，由税务机关或委托相关机构根据参保登记信息组织征收。全日制在校大中专院校学生可按学制一次性缴纳基本医疗保险费。

二、完善门诊统筹保障机制

(一) 建立健全门诊统筹制度。全面推进和完善城乡居民医保门诊统筹，通过互助共济增强门诊保障能力。仍实行门诊统筹和家庭账户（个人账户）并行的地区，要进一步降低家庭账户（个人账户）计入额度，逐步向门诊统筹过渡。各地要根据基金承受能力，综合考虑当地次均门诊费用、居民就诊次数、住院率等因素，合理确定门诊统筹报销比例和最高支付限额，在总额预算管理基础上，积极探索开展门诊统筹按人头等付费方式，并做好与住院支付政策的衔接，提高基金使用效率。

(二) 积极支持家庭医生签约服务。完善协议管理，将医保定点协议管理和家庭医生签约服务有机结合，依托基层医疗机构，发挥“守门人”作用。加强医保引导作用，将签约对象纳入医保按人头付费管理，根据家庭医生服务团队的服务水平和医保基金承受能力，明确按人头付费的基本医疗服务包范围，将一般诊疗费纳入服务包，签约居民不再收取一般诊疗费。通过与医疗机构平等协商谈判确定按人头付费标准。在服务包设置、付费标

准确定和医保基金支付方面，要做好家庭医生签约服务与门诊统筹、门诊慢性病管理和门诊重特大疾病医疗保障制度的衔接。逐步完善考核评价指标体系，将考核结果与费用结算挂钩，确保服务质量。

三、规范住院医疗待遇

(一) 调整住院起付标准。为进一步推动分级诊疗制度落实，引导病人合理就医，2018年10月1日起在以下医疗机构入院的参保居民，对其住院起付标准进行如下调整：乡级（乡镇卫生院或社区医疗机构）由200元调整为150元；市级三级医院由900元提高到1200元；省级三级医院由1500元提高到2000元；省外医疗机构由1500元提高到2000元。到其他级别医疗机构的住院起付标准仍按《河南省人民政府办公厅关于印发河南省城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）的通知》（豫政办〔2016〕194号）有关规定执行。

(二) 鼓励和引导参保居民利用中医药服务。参保居民在县级及以上中医医院住院的，其住院报销起付标准在同级医疗机构规定标准基础上降低100元。参保居民使用中医药服务的住院医疗费用，报销比例提高5%。中医药服务项目指纳入基本医疗保险报销范围的中药饮片、中成药、中药制剂和中医诊疗项目。

(三) 规范异地就医住院待遇政策。跨省和省内异地就医直接结算的参保人员，执行就医地医保目录及有关规定（基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准以及支付方式改革

按病种、按床日、按疾病诊断相关分组等定额标准)。驻郑省管公立医院执行省直医保目录及有关规定,其他医疗机构执行所在省辖市、省直管县(市)医保目录及有关规定。基本医疗保险统筹基金的起付标准、支付比例和最高支付限额执行参保地政策。

四、落实贫困人口医保倾斜政策

各地要按照《河南省人民政府办公厅关于进一步提高农村贫困人口医疗保障水平的实施意见(试行)》(豫政办〔2018〕12号)等文件规定,立足现有制度,采取综合措施,提高贫困人口医疗保障水平。全面落实资助困难人员参保政策,确保将特困人员、低保对象、重度残疾人、建档立卡贫困人口等困难人员纳入城乡居民医保和城乡居民大病保险、困难群众大病补充医疗保险,确保应保尽保。扩大门诊慢性病和门诊重特大疾病病种,将农村贫困人口门诊慢性病和门诊重特大疾病政策范围内报销比例提高到85%。同时,简化慢性病鉴定程序,实行按月申报、及时鉴定,确保农村贫困人口及时享受门诊慢性病待遇。抓紧落实大病保险对农村贫困人口“一降一提高”的倾斜政策,继续实施困难群众大病补充医疗保险,让惠民政策落地生根。

五、加强基金管理

(一)加强基金预算管理。各统筹地区要严格按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则编制收支预算。根据缴费基数(或缴费标准)、缴费率、参保人数等因素,全面、准确、完整编制基本医疗保险基金收入预算。综合考虑以前年度支出规模、本

地医疗费用水平、医疗费用控制目标、参保人员年龄结构、享受待遇人数、待遇政策调整等因素编制年度支出预算。

(二) 建立和完善市级统筹风险调剂金制度。各省辖市要严格执行豫政办〔2016〕194号等文件规定，全面建立风险调剂金制度，每年从市本级、所辖县（市）城乡居民医保基金中提取风险调剂金，规模保持在当年住院统筹基金总额的10%。风险调剂金在市本级及所辖县（市）当期基金支付不足、使用累计结余后仍出现缺口时调剂使用。风险调剂金实行专户储存、专账管理、单独核算。要建立完善市级调剂金内部控制机制，实现财务信息公开，定期公布市级调剂金收支情况。

(三) 加强基金运行分析。各统筹地区要建立健全基本医疗保险基金精算制度，全面开展基本医疗保险基金年度精算，依据精算结果及时完善基本医疗保险政策，确保基金安全平稳可持续运行。同时，各级人力资源社会保障部门和商业保险机构要密切关注城乡居民医保基金、城乡居民大病保险资金和困难群众大病补充医疗保险资金的运行情况，建立健全风险预警、评估、化解机制及预案，确保基金安全，不出现系统性风险。

六、强化医疗服务监管

完善医保服务协议管理，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗质量双控制。根据各级、各类医疗机构的功能定位和服务特点，分类完善科学合理的考核评价体系，将考核结果与医保基金支付挂钩。不断完善医保信息系统，全面推开医保智能

监控工作，重点加强对使用频次、价格高以及超医保目录限制范围报销的药品和医用耗材的监管监测。要严格控制目录外药品和诊疗项目费用所占的比例，原则上，基层医疗机构（包括一级医院、乡镇卫生院和城市社区卫生服务机构）、二级医院、三级医院每年使用医保目录外药品和丙类医疗服务项目的费用，分别不得超过住院医疗总费用的 2.5%、5%、10%，超出部分由医疗机构承担。

各级医保经办机构要进一步简化资金拨付流程，按月及时清算医疗机构垫付资金。在医保资金结算方式上，各地可积极探索由后付制向预付制转变，按协议约定向医疗机构预付一部分医保资金，缓解其资金运行压力。要严格执行豫政办〔2016〕194号有关规定，按时足额上解异地就医直接结算预付金，确保按月清算异地就医定点医疗机构垫付资金。

七、深化医保支付方式改革

（一）全面改革支付方式。各统筹地区要按国家和省统一部署，制定出台全面推进基本医疗保险支付方式改革实施方案，在强化医保基金预算管理、完善总额控制办法的基础上，针对不同医疗服务特点，全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，并做好重特大疾病医疗保障等政策和支付方式改革的衔接。探索对纵向合作的医联体（含县域医共体）等分工协作模式实行医保总额付费，合理引导双向转诊。探索符合中医药服务特点的支付方式，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。2018年，

要重点完成按病种付费开展病种不少于 100 个的任务。在开展按病种付费的基础上，各地可参照《河南省卫生和计划生育委员会关于开展常见病新农合定额补偿工作的通知》（豫卫基层〔2014〕5 号）做法，对部分常见病采取定额报销政策，引导参保患者到基层医疗机构就医。同时，完善按人头、按床日等多种付费方式。确定为全省按病种分组付费、按疾病诊断相关分组（DRGs）付费、日间手术按病种付费、点数法付费试点的地方，要根据省统一要求，结合当地实际，制定完善工作方案，按时间节点，稳步推进试点工作。要对支付方式改革效果进行定期评估，并及时改进完善。

（二）建立考核评价体系和动态调整机制。在全面改革支付方式的同时，完善服务协议管理和定点医疗机构考核办法，建立健全对医疗机构服务数量及质量的考核评价机制。中医机构考核评价应包含中医药服务提供的数量、质量等情况。根据不同支付方式的特点，完善考核办法，并将考核结果与基金支付挂钩，避免医疗机构为控制成本推诿病人、减少必要服务或降低服务质量。

（三）建立谈判协商机制。统筹地区医保经办机构要建立与医疗机构的谈判协商机制，确保医疗机构参与支付方式改革方案制定及实施全过程。在确保医疗保险基金可承受、群众负担总体不增加、医疗机构有激励的前提下约定各项支付方式改革工作方案、总额控制指标和按病种、按床日、按人头付费的定额标准。

对异地就医定点医疗机构，就医地医保经办机构要将异地就医费用统一纳入总额控制范围。

（四）建立激励约束机制。建立健全“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制，提高医疗机构自我管理的积极性。实行按病种、按人头、按床日付费等支付方式的地区，医疗机构实际发生费用低于约定的定额标准的，结余部分由医疗机构留用；实际费用超过约定的定额标准的，超出部分由医疗机构承担。实行按病种、按床日付费的病种，可通过科学测算规定临床路径管理率控制指标。第一诊断符合条件患者不纳入或中途退出临床路径的比例在控制指标以内的病例，不再实行按病种、按床日付费，按基本医疗保险政策规定报销，超出控制指标的病例，其超出定额标准的费用由医疗机构承担。同时，实行按病种、按床日付费的病例，医疗机构不再向患者出具一日清单和费用汇总清单。健全与总额控制相适应的动态调整机制，对超总额控制指标的医疗机构合理增加的工作量，可根据考核情况按协议约定给予补偿，保证医疗机构正常运行。



河南省人力资源和社会保障厅



河南省财政厅



河南省卫生和计划生育委员会



国家税务总局河南省税务局



河南省中医管理局

2018年8月15日

(此件主动公开)

(联系单位：医疗保险处)

河南省人力资源和社会保障厅办公室

2018年8月16日印发

