

永嘉县人民政府文件

永政发〔2017〕232号

永嘉县人民政府 关于做好2018年度城乡居民基本医疗保险工作的 通知

各功能区管委会，各乡镇（街道）人民政府（办事处），县政府直属各单位：

为进一步完善我县城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡医保）制度，根据《温州市城乡居民基本医疗保障办法》（温政令第134号）、《温州市人民政府办公室关于进一步完善温州市大病保险制度的实施意见》（温政办〔2015〕81号）等文件精神，结合我县实际，现就做好2018年度城乡医保工作有关事项通知如下：

一、参保对象

(一)凡户籍在我县的广大城乡居民均可以户为单位全家参加城乡医保(以户口簿为准,户内已参加城镇职工基本医疗保险、县外城镇居民医疗保险、县外未成年人医疗保险和县外城乡医保的人员除外)。

(二)符合参保条件的复员军人、婚嫁迁入、归正人员、大中专毕业生等人员可以在迁入关系登记之日起3个月内,到县社会保险事业管理中心(以下简称县社保中心)城乡医保窗口办理参保缴费手续,缴纳当年度的城乡医保个人筹资费用后,从次月起享受剩余月份的待遇。

(三)2018年度新生儿在办理我县的户籍登记后,当年度即随父母(其父母需已参保或属于免缴对象)自动获取参保资格,到县社保中心城乡医保窗口办理中途参保手续,不需缴纳个人筹资费用即可享受当年度城乡医保待遇。自第二年起,按规定缴纳城乡医保个人筹资费用方可享受城乡医保待遇。

二、筹资标准

2018年度城乡医保总筹资标准为840元/人,其中个人自筹240元/人,各级财政补助600元/人。农村五保户、低保户、城镇“三无”对象、困境儿童、孤儿、在乡复员军人和抚恤优待对象的个人筹资费用由县财政负责解决。

三、筹资要求

(一)实施年度。2018年1月1日至2018年12月31日为我县2018年城乡医保实施年度。

（二）筹资时间。2018 年城乡医保筹资参保工作分为宣传培训、筹资登记、数据录入三个阶段。具体筹资参保时间为 2017 年 12 月 11 日至 12 月 31 日，并要在 12 月 31 日前完成数据录入校对工作，确保在 2018 年 1 月 1 日开通新年度的报销工作。

（三）登记录入。2018 年度参保对象需提供正确的身份证号码和手机号码，由乡镇（街道）城乡医保管理员录入城乡医保征缴报销管理系统。因特殊原因未办理户籍登记没有身份证号码的对象，需办理户籍登记后，在 2018 年 3 月 31 日前，到已与医保系统联网的社区或县社保中心城乡医保窗口补办参保手续后，可享受剩余月份的城乡医保待遇。

（四）参保公示。各乡镇（街道）完成数据录入后，要及时按村（居）打印 2018 年度参保人员名册，在村（居）公示栏内公示 7 天，并督促村民核对。公示期间发现有误的，可凭村（居）证明，由乡镇（街道）审核后于 2018 年 2 月 28 日前统一报到县社保中心城乡医保窗口修正错误，逾期不予受理。

四、报销待遇

2018 年度城乡医保的报销待遇继续按照门诊和住院统筹（包括特殊病种门诊）为主体，大病保险为延伸的模式运行。药物与诊疗项目的报销范围，参照国家、浙江省的基本医疗保险药品和医疗服务项目目录以及有关规定执行。

（一）普通门诊医疗费用报销

2018 年度城乡医保普通门诊医疗费用实行总额控制，不设

起报线，年度门诊每人累计最高报销 600 元。报销仅限于永嘉县内的城乡医保定点医疗机构，不包含基本医疗保险定点药店。在县级定点医院（县人民医院、县中医医院和县内民营医院）就医时，符合规定的门诊医疗费用凭社会保障·市民卡（以下简称：市民卡）刷卡得到 20% 的即时报销；在县内乡镇（街道）定点医院就医时，符合规定的门诊医疗费用，凭市民卡刷卡得到 50% 的即时报销。

（二）住院医疗费用报销

参保人员年度内发生的符合基本医疗保险规定支付范围的住院和特殊病种门诊按以下标准报销：

1. 设置住院起报标准和年度最高限额。2018 年起报线：县内乡镇（街道）定点医院为 500 元，县级定点医院（县人民医院、县中医医院和县内民营医院）为 700 元，县外市内定点医院、市外医院（当地医保定点的二级以上医疗机构）为 1200 元；年度最高限额设为 160000 元。

2. 2018 年住院医疗费用采用“当年累计、分段计算、累加支付”的方法报销。

（1）起报线以上—20000（含）元报销比例：乡镇（街道）医院 75%、县级医院 70%、县外市内医院 40%、市外医院 40%；

（2）20000 元以上—80000（含）元报销比例：乡镇（街道）医院 75%、县级医院 70%、县外市内医院 45%、市外医院 40%；

（3）80000 元以上—160000（含）元报销比例：乡镇（街

道)医院 80%、县级医院 75%、县外市内医院 50%、市外医院 40%。

(三) 特殊病种门诊医疗费用报销

特殊病种包括恶性肿瘤放化疗、规定项目组织器官移植后抗排异、尿毒症透析、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、血友病、蛇伤、肺结核、精神分裂症、重症情感性精神障碍、儿童先天性心脏病、儿童白血病、儿童孤独症、失代偿期肝硬化、艾滋病机会感染、骨髓增生异常综合征、地中海贫血、癫痫病等 18 种。此类参保患者，经县社保中心城乡医保窗口登记核实后，其用于特殊病种治疗的门诊医疗费用参照住院报销待遇给予报销。

(四) 大病保险医疗费用报销

参加大病保险人员，因住院和特殊病种门诊发生的医疗费用，按我县城乡医保报销后，参保人个人累计负担的合规医疗费用超过大病起付线以上的部分，纳入大病保险报销范围。2018 年度内大病保险起付金额设为 28000 元，报销比例为 62%，年度报销封顶线设为起付线的 12 倍，封顶金额 336000 元。

大病特殊药品和最新国家谈判药品纳入大病保险支付范围，药品的适用人群、适应症、用法用量、支付标准等，按规定严格执行。

(五) 转诊转院规定。参保人省内住院就医不需办理转诊备案，直接使用市民卡刷卡结算。转省外医院住院(或转院)治疗，或长期在省外工作、生活的参保人员，需要申请转诊备案或异地长期居住人员登记，在全国联网的定点医院住院治疗的，参保人

备案登记后可直接使用市民卡刷卡结算。

(六) 参保人因意外伤害住院的，其住院医疗费用需个人全额垫付后，将报销材料送到县社保中心城乡医保窗口或乡镇（街道）城乡医保办公室办理报销手续，经调查核实后，符合规定的费用给予支付。

(七) 因儿童先天性心脏病和儿童白血病住院（含特殊病种门诊）的医疗费用报销比例为 80%。

(八) 2018 年度医疗费用报销受理截止时间。参保人 2018 年度的住院与特殊病种门诊医疗费用，原则上要在 2019 年 2 月 28 日（遇到节假日顺延）前到县社保中心城乡医保窗口办理报销手续。因故逾期，在 2019 年 3 月 31 日前申请报销的，按应支付的报销款扣减 10% 予以报销；在 2019 年 4 月 1 日至 2019 年 6 月 30 日申请报销的，按应支付的报销款扣减 20% 予以报销。2019 年 7 月 1 日起，城乡医保窗口不再受理 2018 年度医疗费用报销手续。

五、注意事项

(一) 各乡镇（街道）、村（居）务必把握好参保筹资时间，周密部署落实城乡医保宣传、登记、筹资、数据录入与核对等各项工作，做到参保名册、城乡医保投保单与计算机数据录入名单一一对应，确保参保信息准确无误；要准确核减每户已参加城镇职工基本医疗保险、县外城镇居民医疗保险、县外未成年人医疗保险和县外城乡医保四类人员；要保管好各类资料和相关证明材料，以便核对。

(二) 漏保和重保。漏保户，即未整户参保的（以户口簿为准），整户人员都不能享受城乡医保报销待遇，但户内有人员参加城镇职工基本医疗保险、县外城镇居民医疗保险、县外未成年人医疗保险和县外城乡医保的除外。该四类人员，不得重复参加我县城乡医保，若有重复参保的，不得重复享受报销待遇。

(三) 同时享受商业保险公司报销待遇的参保人，先办理城乡医保报销手续，再办理商业保险公司的报销。报销时要提供医疗费用原始票据和费用明细清单，否则不予报销。

(四) 市民卡仅限参保人本人使用，不得出借、转让、盗用和伪造。

六、工作要求

(一) 加强领导，精心组织。各乡镇（街道）要根据县政府统一部署，及时召开动员大会，深入开展城乡医保宣传动员、政策解读与筹资工作培训，并将参保任务与要求层层分解，落实到片、到村（居）、到人，把握筹资参保登记和数据录入时间，确保按时完成全部工作。

(二) 强化责任，落实奖惩。筹资工作纳入 2018 年度乡镇（街道）工作目标管理责任制考核，各乡镇（街道）党政“一把手”要对城乡医保工作负总责，明确具体责任人，并列入驻片驻村干部工作绩效考核，制订相应的奖罚措施。各乡镇（街道）要实现户籍人数达到 98% 以上的参保目标（具体任务数见附件）。各乡镇（街道）参保率达到 98% 以上的，县财政按参加城乡医保的人数，每人补助 3 元；达到 95%-98% 的，每人补助 2 元。对未

完成 95%参保任务的村居，一年内各单位对其提供的资金、项目、技术支持及有关优惠政策将严格控制，原则上不予支持，并取消驻村干部当年各类先进、荣誉称号的评选资格，且当年年度考核不得评为优秀等次。因工作失误，参保人已缴纳保费而未将其信息录入报销系统造成严重后果的，将追究有关单位和人员的责任。

（三）分工合作，共同监管。各乡镇（街道）负责城乡医保参保缴费的复核和负责把辖区各村（居）收缴的参保资金缴入财政专户。各村（居）负责把收缴的城乡居民个人缴费部分资金及时缴入乡镇（街道）财政专户。县人力社保局、县卫计局等单位要发挥职能作用，严格控制医疗费用不合理增长；要积极采取有效措施，控制住院病人不合理流向县外医疗机构。县民政局、县残联负责核实并提供符合个人筹资费用由县财政解决的人员名单。县财政局要积极做好资金预算安排，定期及时拨付医保资金，要把基金全部纳入财政专户管理和核算，实行收支两条线管理，并负责解决城乡医保的亏损资金。县审计局要把基金的收支和管理情况纳入年度审计计划，提前介入、全程审计。

（四）防范骗保，建立诚信。县人力社保局要加强经办机构人员队伍和制度建设，完善报销流程，加强参保人住院信息真实性的稽核力度，防范骗保事件发生。完善定点医疗机构管理，建立健全准入和退出机制，规范和强化医保协议，实行动态管理，建立健全诚信体系。积极探索建立城乡医保协议医生制度，对违反制度造成不良后果的协议医生，要暂停或取消其协议资格，对

参与骗保的就诊医生及有关工作人员，按照有关规定从严处理。县检察、法院、公安等有关部门，要积极配合县人力社保局开展工作，建立多部门联合打击骗保事件的联动机制，加大对骗保事件的查处、追缴力度，保障医保基金安全。实施黑名单制度，对核查属实的出借、转让或冒用市民卡就医套取医保资金或伪造处方、病历、费用票据等骗取医保资金等违法行为的相关人员，予以列入诚信黑名单；构成犯罪的，移交县公安、司法部门，依法追究刑事责任。

（五）加大信息化建设力度。要加快推进“一卡通”工程，开发拓展市民卡的功能，实现一卡多用，一卡通用。要完善异地就医联网结算系统，在确保省内医疗费用刷卡直接结算的基础上，大力推进跨省住院医疗费用的直接联网结算，实现参保群众异地就医费用结算的及时性和便利性。

七、其他

本通知自发文之日起实施。

附件：2018年度各乡镇（街道）城乡居民医疗保险参保任务数

永嘉县人民政府
2017年12月6日

附件

2018 年度各乡镇（街道）城乡居民医疗保险 参保任务数

单位：人

乡镇（街道）	总人口数	总参保任务数（98%）
桥头镇	72177	70733
桥下镇	71706	70272
岩头镇	85784	84068
沙头镇	75179	73675
枫林镇	43621	42749
岩坦镇	62675	61422
大若岩镇	30436	29827
碧莲镇	45911	44993
巽宅镇	34654	33961
鹤盛镇	42937	42078
金溪镇	40691	39877
东城街道	44252	43367
南城街道	55521	54411
北城街道	30772	30157
瓯北街道	84482	82792
乌牛街道	42838	41981
三江街道	29698	29104
黄田街道	28731	28156
云岭乡	14173	13890
茗岙乡	16590	16258
溪下乡	8641	8468
界坑乡	10194	9990
合计	971663	952230

说明：1. 户籍人口数依据为 2016 年 12 月的全县人口数；2. “参保任务数 98%”是指我县户籍人口中，所有参加职工医保、我县的城乡医保、县外城镇居民医保、县外未成年人医保和县外城乡医保的总人数，要达到乡镇（街道）户籍人数的 98%以上。

抄送：县委各部门，县人大办、政协办，县人武部，县法院、检察院，
各民主党派、人民团体，新闻单位。

永嘉县人民政府办公室

2017 年 12 月 6 日印发
