

永嘉县人民政府文件

永政发〔2018〕205号

永嘉县人民政府 关于做好2019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（以下简称城乡居民医保）制度，根据《温州市人民政府关于印发温州市全民基本医疗保险办法》（温政发〔2018〕1号）等文件精神，结合我县实际，现就做好2019年度城乡居民基本医疗保险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

加城乡居民医保（以户口簿为准，户内已参加城镇职工基本医疗保险、县外城镇居民基本医疗保险、县外未成年人基本医疗保险和县外城乡居民医保的人员除外）。

（二）新生儿父母已参加职工医保或城乡居民医保的，新生儿不需缴纳当年度城乡居民医保费，在办理我县的户籍登记后，到县社会保险事业管理中心（以下简称社保中心）办理参保手续，即可享受当年度城乡居民医保待遇。第二年起，需按规定到户籍所辖村居（社区）缴纳城乡居民医保个人筹资费用，方可享受城乡居民医保待遇。

（三）符合参保条件的复员军人、县外婚嫁迁入、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，到县社保中心办理中途参保缴费手续，缴纳当年度的城乡居民医保个人筹资费用后，从缴费次月起享受剩余月份的城乡居民医保待遇。

二、筹资标准

2019年度城乡居民医保总筹资标准为1000元/人（含大病保险），其中个人自筹300元/人，各级财政补助700元/人。

农村五保户、城镇“三无”对象、低保户、低保边缘户、其他经济困难农户、困境儿童、孤儿、抚恤优待对象、现役军人父母的个人筹资费用部分由县财政负责解决。

三、筹资要求

（一）医保年度。2019年1月1日至2019年12月31日为我县2019年城乡居民医保和大病保险实施年度。

（二）筹资期限。2019年城乡居民医保筹资参保的个人缴费

期限为发文之日起至 2018 年 12 月 31 日。各城乡居民需在规定时间内到户籍所在村居（社区）办理参保缴费，逾期原则上不予办理。

（三）登记录入。各乡镇（街道）城乡居民医保管理办公室要统筹做好辖区参保人员的汇总，并在 2018 年 12 月 31 日前完成数据的录入和校对工作，确保在 2019 年 1 月 1 日按时开通新年度的报销工作。

（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 2019 年度参保人员名册，在村（居）公示栏内公示 7 天，并督促村民及时核对。

四、医保待遇

2019 年度城乡居民医保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。药品与诊疗项目的报销范围，按浙江省基本医疗保险药品和医疗服务项目目录有关规定执行。

（一）普通门诊医疗费用报销

2019 年度城乡居民医保普通门诊医疗费用实行总额控制，报销仅限于永嘉县内的医保定点医疗机构，本年度不设起付标准，最高报销 600 元封顶。符合规定的门诊医疗费用，在县级定点医院（县人民医院、县中医医院和县内民营医院）报销比例为 20%；在县内基层定点医疗机构报销比例为 50%。参保人员门诊就诊费用实行当场刷卡实时结算报销，事后无效。

（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费用按以下标准报销：

1. 设置住院起付标准和年度最高报销限额。2019 年起付标准：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；年度最高报销限额设为 160000 元。

2. 2019 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）起付标准以上—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

特殊病种包括各类恶性肿瘤放化疗、器官移植后的抗排异治疗、尿毒症透析、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、血友病、蛇伤、肺结核辅助治疗（国家免费抗结核病药物治疗除外）、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，经县社保中心登记备案后，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

2019 年度大病保险起付标准确定为 32600 元，报销实行分段支付：起付标准以上至起付标准 5 倍以下的部分，大病保险基金支付比例 60%；超过起付标准 5 倍至起付标准 10 倍以下的部分，大病保险基金支付比例为 70%。最高补偿限额为 326000 元（起付标准的 10 倍）。

（五）其他医保待遇规定

1. 转诊转院规定。参保人在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，经备案登记后，参保人在全国联网的定点医院住院治疗可直接使用市民卡刷卡实时结算。

2. 我县 0 至 14 周岁参保儿童所患急性白血病和先天性心脏病的，治疗前经县社保中心事先审核备案后，在项目定点医院住院的：先天性心脏病 4 个病种，在限价范围内按总医疗费用的 80% 报销；急性白血病 2 个病种，其医疗费用按符合医保范围的 80% 报销。

3. 使用中医药和中医诊疗项目在原设定的报销比例基础上再提高 20%。

4. 取消“使用国家基本药物报销比例比其他药品提高 5 个百分点”的待遇规定。

5. 2019 年度医疗费用报销受理截止时间。参保人 2019 年度

的住院与特殊病种门诊医疗费用，报销申请受理时间截止到次年度3月31日，逾期原则上不予受理。

五、注意事项

（一）各乡镇（街道）、村（居）务必把握好参保筹资时间，周密部署落实城乡居民医保宣传、登记、筹资、数据录入与核对等各项工作，做到参保名册、城乡居民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居民医保四类人员；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居民医保报销待遇；但户内有人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居民医保的除外。该四类人员，不得重复参加我县城乡居民医保，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，要先办理城乡居民医保报销手续，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，深入开展城乡居民医保宣传动员、

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 2019 年度乡镇（街道）工作目标管理责任制考核，各乡镇（街道）主要负责人要对城乡居民医保工作负总责，明确具体责任人，并列入驻片驻村（居）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，县财政按参加城乡居民医保的人数，按每人补助 3 元标准安排工作经费；达到 95%-98% 的，按每人补助 2 元标准安排工作经费。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）负责城乡居民医保参保缴费的复核和将辖区各村（居）收缴的参保资金按规定缴入财政专户。各村（居）负责把收缴的城乡居民个人缴费资金及时缴入乡镇（街道）财政专户，务必做到一周一清，严禁筹资款滞留在个人账户。县人社保局、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。县委农办（农业局）负责

确定并提供符合补助条件的其他经济困难农户名单，县民政局负责确定并提供符合补助条件的农村五保户、城镇“三无”对象、低保户、低保边缘户、困境儿童、孤儿、抚恤优待对象名单。县委农办（农业局）和县民政局要相互配合、建立信息共享机制，要切实完善低保对象、低保边缘对象、其他经济困难农户的审核和公示机制，确保应保尽保，杜绝人情保，避免重复保。县兵役机关负责确定并提供符合补助条件的现役军人父母名单。县教育局协助做好在校学生和幼儿园在托儿童的参保动员和宣传工作。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，并负责解决城乡居民医保的亏损资金。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。积极探索建立城乡居民医保协议医生制度，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。

七、其他

本通知自发文之日起实施。

附件：2019年度各乡镇（街道）城乡居民基本医疗保险参保任务数

永嘉县人民政府

2018年11月13日

（此件公开发布）

附件

2019 年度各乡镇（街道）城乡居民基本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	72803	71347
桥下镇	71784	70348
岩头镇	86486	84756
沙头镇	75621	74109
枫林镇	44083	43201
岩坦镇	62895	61637
大若岩镇	30623	30011
碧莲镇	45945	45026
巽宅镇	34867	34170
鹤盛镇	43323	42457
金溪镇	41037	40216
东城街道	44677	43783
南城街道	56228	55103
北城街道	30977	30357
瓯北街道	85641	83928
乌牛街道	43101	42239
三江街道	29782	29186
黄田街道	28833	28256
云岭乡	14170	13887
茗岙乡	16615	16283
溪下乡	8708	8534
界坑乡	10255	10050
合计	978454	958885

说明：1. 户籍人口数依据为县统计局 2018 年 10 月份提供的全县人口数；2. “总参保任务数 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

2018 年 11 月 15 日印发