

河南省医疗保障局 河南省财政厅 文件

豫医保办〔2019〕28号

河南省医疗保障局 河南省财政厅 关于做好 2019 年城乡居民基本医疗 保障工作的通知

各省辖市、省直管县（市）医疗保障局、财政局，济源市人力资源和社会保障局：

4月26日，国家医保局财政部联合下发《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（以下简称医保发〔2019〕30号文件）。为认真贯彻落实医保发〔2019〕30号文件精神，结合我省实际，将全省城乡居民基本医疗保险筹资补助标准和大病保险筹资标准、保障水平和支付范围做了进一步明确，经省政府

同意，现通知如下，请抓好贯彻落实。

一、提高基本医疗保险筹资补助标准

2019年，各级财政对城乡居民医保的人均补助标准增加30元，达到每人每年520元；个人缴费标准人均同步增加30元，达到年人均250元。自2020年1月1日起，不再向个人（家庭）账户分配资金，全面开展门诊统筹，具体办法另行制定。

中央财政对我省54个比照西部开发政策县补助80%，对剩余县（市、区）补助60%，地方财政负担部分由省、市、县（市、区）分担，其中省财政对各市县城城乡居民基本医疗保险实行分档补助，具体按《河南省人民政府办公厅关于印发河南省基本公共服务领域省与市县共同财政事权和支出责任划分改革方案的通知》（豫政办〔2018〕89号）有关规定执行。

二、增强大病保险保障功能

（一）确定2019年大病保险筹资标准。2019年，大病保险继续实行差异化筹资。根据上年度全省大病保险资金使用、医疗费用增长、政策调整以及各统筹地区资金支出情况等确定分档筹资标准。大病保险筹资标准分为85元、70元、65元、60元四个档次（具体见附件1）。

（二）提高大病保险保障水平。将大病保险起付线降为1.1万元，个人负担的政策范围内医疗费用报销比例分别为：1.1万元—10万元（含10万元）部分，按60%的比例报销；10万元以上部分，按70%的比例报销。年度内报销封顶线为40万元。大

病保险继续对农村贫困人口（包括建档立卡贫困人口、农村低保对象、农村特困人员救助供养对象）实行政策倾斜，农村贫困人口大病保险起付线降为 0.55 万元，个人负担的政策范围内医疗费用报销比例分别为：0.55 万元—10 万元（含 10 万元）部分，按 85% 的比例报销；10 万元以上部分按 95% 的比例报销。取消农村贫困人口大病保险年度内报销封顶线。

（三）规范大病保险支付范围。按照国家规定，大病保险的支付范围与城乡居民基本医疗保险一致，为政策范围内住院（含规定的门诊重特大疾病，下同）医疗费用，不包含乙类药品、诊疗项目（含一次性医用材料）个人首先自付部分。困难群众大病补充医疗保险与大病保险的支付范围一致。

（四）做好大病保险待遇衔接。规范后的大病保险待遇政策自 2019 年 9 月 30 日起开始执行。参保城乡居民 2019 年 9 月 30 日（含 30 日当日）以后出院的，本次发生的医疗费用按照规范后的大病保险待遇政策执行，以往发生的医疗费用不再追溯报销。

三、其他事项

有关医保发〔2019〕30 号文件（见附件 2）的其他内容，请各地一并贯彻落实。

附件：1. 2019 年度各省辖市和省直管县（市）大病保险筹资标准

2. 国家医保局财政部关于做好 2019 年城乡居民基本

医疗保障工作的通知

2019年8月9日

附件 1

2019 年度各省辖市和省直管县（市）
大病保险筹资标准

一、筹资标准为 85 元的省辖市和省直管县（市）

郑州市

二、筹资标准为 70 元的省辖市和省直管县（市）

鹤壁市、焦作市、商丘市、驻马店市、巩义市、固始县、新蔡县

三、筹资标准为 65 元的省辖市和省直管县（市）

开封市、平顶山市、新乡市、濮阳市、许昌市、漯河市、信阳市、周口市、济源市、滑县、长垣县、鹿邑县

四、筹资标准为 60 元的省辖市和省直管县（市）

洛阳市、安阳市、三门峡市、南阳市、兰考县、汝州市、邓州市、永城市

国家医保局 文件 财 政 部

医保发〔2019〕30号

国家医保局 财政部 关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保险工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局、财政厅（局）：

为贯彻党的十九大关于“完善统一的城乡居民基本医疗保险制度（以下简称“城乡居民医保”）和大病保险制度”的决策部署，落实 2019 年《政府工作报告》任务要求，进一步做好城乡居民基本医疗保险工作，现就有关工作通知如下：

一、提高城乡居民医保和大病保险筹资标准

2019 年城乡居民医保人均财政补助标准新增 30 元，达到每人每年不低于 520 元，新增财政补助一半用于提高大病保险保障能力（在 2018 年人均筹资标准上增加 15 元）；个人缴费同步新

增 30 元，达到每人每年 250 元。中央财政按《国务院办公厅关于印发医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案的通知》（国办发〔2018〕67 号）规定，对各省、自治区、直辖市、计划单列市实行分档补助。省级财政要加大对深度贫困地区倾斜力度，完善省级及以下财政分担办法。地方各级财政要按规定足额安排财政补助资金，按规定及时拨付到位。按照《国务院关于实施支持农业转移人口市民化若干财政政策的通知》（国发〔2016〕44 号）要求，对持居住证参保的，个人按当地居民相同标准缴费，各级财政按当地居民相同标准给予补助。各级医疗保障部门要有序推进城乡居民医疗保险费征管职责划转前后的工作衔接，确保年度筹资量化指标落实到位。

二、稳步提升待遇保障水平

各地要用好城乡居民医保年度筹资新增资金，确保基本医保待遇保障到位。巩固提高政策范围内住院费用报销比例，建立健全城乡居民医保门诊费用统筹及支付机制，重点保障群众负担较重的多发病、慢性病。把高血压、糖尿病等门诊用药纳入医保报销，具体方案另行制定。实行个人（家庭）账户的，应于 2020 年底前取消，向门诊统筹平稳过渡；已取消个人（家庭）账户的，不得恢复或变相设置。

提高大病保险保障功能。降低并统一大病保险起付线，原则上按上一年度居民人均可支配收入的 50% 确定，低于该比例的，可不作调整；政策范围内报销比例由 50% 提高至 60%；加大大

病保险对贫困人口的支付倾斜力度，贫困人口起付线降低 50%，支付比例提高 5 个百分点，全面取消建档立卡贫困人口大病保险封顶线，进一步减轻大病患者、困难群众医疗负担。

三、全面建立统一的城乡居民医保制度

城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度尚未完全整合统一的地区，要按照党中央、国务院部署要求，于 2019 年底前实现两项制度并轨运行向统一的城乡居民医保制度过渡。制度统一过程中，要巩固城乡居民医保覆盖面，确保参保率不低于现有水平，参保连续稳定，做到应保尽保；完善新生儿、儿童、学生以及农民工等人群参保登记及缴费办法，避免重复参保；已有其他医疗保障制度安排的，不纳入城乡居民医保覆盖范围；妥善处理特殊问题、特殊政策，做好制度统一前后政策衔接，稳定待遇预期，防止泛福利化倾向。

各地要聚焦城乡居民医疗保障发展不协调不充分问题，结合医疗保障相关职能整合，在确保覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”的基础上，统一经办服务和信息系统，进一步提高运行质量和效率，确保统一的城乡居民医保制度全面建立，实现制度更加完善、保障更加公平、基金更可持续、管理更加规范、服务更加高效的基本目标。

四、完善规范大病保险政策和管理

各省、自治区、直辖市要结合全面建立统一的城乡居民医保制度，统一规范大病保险筹资及待遇保障政策，推动统筹地区之

间待遇保障标准和支付水平衔接平衡、大体一致。要根据《政府工作报告》及本通知提出的大病保险筹资和待遇政策调整任务，于2019年8月底前协商调整大病保险承办委托合同，于2019年底按最新筹资标准完成拨付，确保政策、资金、服务落实到位。

要优化大病保险经办管理服务。大病保险原则上委托商业保险机构承办，各级医疗保障部门要完善对商业保险机构的考核机制，建立健全以保障水平和参保人满意度为核心的考核评估体系，督促商业保险机构提高服务管理效能，在规范诊疗行为、控制医疗费用、引导合理就医等方面发挥应有作用。通过平等协商完善风险分担机制，因医保政策调整导致商业保险机构亏损的，由医保基金和商业保险机构合理分担，具体比例在合同中约定。加强医保经办机构与商业保险机构之间的信息共享，明确数据使用权限，规范运行数据统计，商业保险机构定期向医疗保障部门报送大病保险数据，配合开展运行监测分析。

五、切实落实医疗保障精准扶贫硬任务

2019年是打赢脱贫攻坚战的关键之年。各地要切实肩负起医保扶贫重大政治任务，组织再动员再部署，按照《医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018—2020年）》要求，狠抓政策落地见效。要确保贫困人口应保尽保，强化部门信息共享，加强动态管理，着力解决流动贫困人口断保、漏保问题。要聚焦深度贫困地区、特殊贫困群体和“两不愁、三保障”中医疗保障薄弱环节，充分

发挥基本医保、大病保险、医疗救助三重保障功能，用好中央财政提高深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平补助资金，提升资金使用效益，增强医疗救助托底保障功能。要健全医保扶贫管理机制，统筹推进医保扶贫数据归口管理，加强医保扶贫运行分析。要严格按照现有支付范围和既定标准保障到位，不盲目提高标准、吊高胃口，准确掌握各类兜底保障形式，结合待遇调整和新增资金投入，平稳纳入现行制度框架，防止“福利陷阱”和“待遇悬崖”问题。同时，要着眼促进乡村振兴战略实施，建立防范和化解因病致贫、因病返贫的长效机制。

六、全面做实地市级统筹

各地要巩固提升统筹层次，做实城乡居民医保地市级统筹。实现地市级基金统收统支，全面推动地市级统筹调剂向基金统收统支过渡，提高运行效率和抗风险能力；实行“省管县”财政体制的地区，医疗保障部门和财政部门要加强协同配合，完善拨付办法。实现政策制度统一，提升筹资、待遇等政策制度决策层级，确保地市级统筹区内保障范围统一、缴费政策统一、待遇水平统一；推进医疗救助管理层次与城乡居民医保统筹层次衔接，增强各类人群待遇公平性协调性。实现医疗服务协议管理统一，地市级统筹区内统一确定定点医疗机构和定点零售药店，促进医药卫生资源互补共享，推动定点医药机构加强管理、提高质量和改善服务。实现经办服务统一，规范统筹区内经办管理服务流程，健全市、县、街道经办管理服务网络，鼓励有条件的地区探

索统筹区内经办机构垂直管理体制。实现信息系统统一，按照全国统一医保信息平台和业务标准的要求，高标准推进地市级统筹区内统一联网、直接结算，确保数据可交换、可监控。鼓励有条件的省、自治区、直辖市按照“分级管理、责任分担、统筹调剂、预算考核”的总体思路探索制定省级统筹方案，报国家医疗保障局和财政部备案后实施。

七、持续改进医保管理服务

各地要严格落实医保基金监管责任，通过督查全覆盖、专项治理、飞行检查等方式，保持打击欺诈骗保高压态势。健全监督举报、智能监控、诚信管理、责任追究等监管机制，提升行政监督和经办管理能力，构建基金监管长效机制。加强医保基础管理工作，完善制度和基金运行统计分析，健全风险预警与化解机制，确保基金安全平稳运行。

要便民利民为第一原则优化医疗保障公共服务。整合城乡医保经办资源，大力推进基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。着力深化“放管服”改革，简化定点医药机构协议签订程序，加强事中事后监督，切实做好基金结算、清算工作，确保资金及时足额拨付。

要巩固完善异地就医直接结算和医保关系转移接续工作。以流动人口和随迁老人为重点，优化异地就医备案流程，加快推广电话、网络备案方式，使异地就医患者在更多定点医院持卡看病、即时结算。加强就医地管理，将跨省异地就医全面纳入就医

地协议管理和智能监控范围。

八、加强组织保障

城乡居民基本医疗保障制度健全完善、治理水平稳步提升，关系亿万参保群众的切身利益和健康福祉。各地要高度重视，切实加强领导，健全工作机制，严格按照统一部署，将城乡居民医疗保障工作纳入改善民生重点任务，压茬推进落实落细，确保有关政策调整、待遇支付、管理服务于2019年9月底前落地见效。各级医疗保障部门要会同财政部门，加强统筹协调，建立部门之间信息沟通和协同推进机制，增强工作的系统性、整体性、协同性。要做好城乡居民医疗保障特别是财政补助政策解读和服务宣传，及时回应社会关切，合理引导社会预期；要提前做好重要事项风险评估，制定舆论引导和应对预案；遇到重大情况，及时逐级报告国家医疗保障局、财政部。



信息公开选项：主动公开

抄送：大连市、青岛市、宁波市、厦门市、深圳市财政局。

国家医疗保障局办公室

2019年4月28日印发
