ZJHC00－2020－0006

衢州市人民政府文件

衢政发〔2020〕26号

衢州市人民政府关于印发
衢州市医疗保障暂行办法的通知

各县（市、区）人民政府，市政府各部门、直属各单位:

现将《衢州市医疗保障暂行办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

衢州市人民政府

2020年12月28日

（此件公开发布）

衢州市医疗保障暂行办法

为进一步健全和完善全市医疗保障制度，维护参保人员的医疗保障权益，推进健康衢州建设，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和国家、省有关医疗保障制度建设的相关规定，结合衢州实际，制定本办法。

一、总体工作要求

（一）医疗保障制度按照建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系的要求，坚持公平与效率相结合、权利与义务相对等、保障与发展相适应的原则。通过统一制度、完善政策、健全机制、提升服务，增强医疗保障的公平性、协调性，发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，促进健康中国战略实施，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

（二）建立以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。主要包括城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）、大病保险、生育保险、医疗救助制度。

（三）本办法适用于衢州市行政区域内的所有用人单位及其职工，城乡居民，基本医疗保险定点医疗机构、定点零售药

店及其监督管理服务机构等。

（四）我市基本医疗保险实行统一政策、分级管理，统一标准、分级经办，统一预算、分级负责的模式，逐步实现制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的市级统筹。

（五）成立由分管副市长为主任，医保、卫健、财政、税务、民政、人力社保、市场监管、农业农村、审计、公安、工会、残联等部门负责人，及定点医疗机构、参保人员代表为成员的衢州市医疗保障委员会（以下简称委员会）。委员会负责协调推进医疗保障制度实施、加强医疗保障工作监督，委员会办公室设在市医保局。各职能单位在职责范围内负责有关医疗保障服务和监督管理工作。

（六）市医疗保障行政部门负责全市医疗保障管理工作；各县（市、区）医疗保障行政部门负责组织本区域医疗保障实施工作；各医疗保障经办机构负责本区域的相关经办工作。

二、明确参保范围

我市医疗保障参保范围和对象如下：

（一）下列单位和个人应当参加职工医保：

1. 各类所有制企业、机关事业单位、社会团体和民办非企业单位、有雇工的个体工商户等用人单位（以下简称用人单位）的全部职工（以下统称在职职工）；

2. 领取失业保险金期间的人员；

3. 其他按规定参保的人员。

（二）下列人员按灵活就业人员身份参加职工医保:

1. 无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的衢州市户籍（含持有本市居住证）灵活就业人员;

2. 国家、省、市规定的其他人员。

（三）未参加职工医保的下列人员依照本办法规定参加居民医保:

1. 具有衢州市户籍（含持有本市居住证）的城乡居民;

2. 非衢州市户籍在本市区域内就读的全日制中小学（幼儿园）和各类大中专院校的学生。

（四）我市参加职工医保和居民医保的人员，同时参加大病保险；参加职工医保的在职职工，同时参加生育保险。

三、强化费用征缴

合理筹资、稳健运行是医疗保障制度可持续的基本保证，要进一步健全稳健可持续的筹资运行机制，具体规定如下:

（一）医疗保险费包括职工医保费、居民医保费、大病保险费、生育保险费。

（二）医疗保险费由税务部门负责征收，其中在职职工的个人缴费部分由用人单位代扣代缴。

按规定由政府补助的医疗保险费、医疗救助资金，列入当年财政预算，由财政部门按规定划拨。

（三）用人单位按以下规定缴纳医疗保险费:

1. 用人单位以全部在职职工工资总额作为职工医保费的缴

费基数；缴费基数不得低于本单位在职职工个人缴费基数之和。

2. 非机关事业单位每月按缴费基数的 8.5%缴纳；机关事业单位每月按缴费基数的 11%缴纳。其中：生育保险 0.5%。

（四）在职职工每月按缴费基数的 2%缴纳职工医保费。

（五）灵活就业人员每月按缴费基数的 10%缴纳职工医保费。

（六）原按缴费基数 5%缴纳职工医保费的用人单位、按缴费基数 6%缴纳职工医保费的灵活就业人员，设立缴费过渡期。缴费过渡期内单位及个人的缴费比例允许按原标准执行（其中机关事业单位按 7.5%执行），不建立医保个人账户。过渡期限由市医保局会同市财政局另文确定。

（七）失业人员在领取失业保险金期间，按在职职工缴费费率和最低缴费基数标准缴费，所需资金从失业保险基金中列支。

（八）职工医保基金实行统筹基金与个人账户相结合，个人账户由经办机构统一建立和管理。个人账户分当年个人账户和历年个人账户。当年个人账户有结余的，结转为历年个人账户。个人账户每年度计息一次，计息标准按规定执行，其本金和利息归个人所有，可转移接续和依法继承。

（九）个人账户月划入标准：

1. 在职职工：本人月缴费基数的 3%；

2. 70 周岁以下退休人员为本人每年 6 月份养老金的 3.5%；

70周岁及以上退休人员为本人每年6月份养老金的4%;

3．当年退休人员，首次核定的月养老金为个人账户的划入基数。

（十）个人账户主要用于支付符合职工医保规定的自费、自理、自付医疗费；历年个人账户可按规定用于配偶、子女、父母的医疗共济。

（十一）居民医保按以下规定缴纳居民医保费:

1．缴费标准。居民医保实行个人缴费和政府补助相结合的筹资模式，个人缴费与居民人均可支配收入相衔接。按照收支平衡的原则，根据基金支出情况，确定筹资标准和调整机制。个人缴费与政府补助比例不低于1:2，具体标准由市医保局会同市财政局确定并公布。

特困人员、最低生活保障家庭成员、最低生活保障边缘家庭成员、重点优抚对象、重度残疾人（一级、二级）、衢州市人民政府规定的其他特殊困难人员，个人缴费部分按规定给予补贴。

2．缴费时间。居民医保个人缴费按年度缴纳，每年10月至12月中旬为次年参加居民医保的集中缴费期。办理当年参保的人员个人缴费按年度标准全额缴费。

（十二）大病保险费的筹集由市医保局会同市财政局根据上年度大病保险收支情况确定，暂从基本医保基金中支出，逐步过渡到由政府、用人单位、个人共同负担。

本办法出台前各地历年的大病（补充）保险结余基金并入职工医保基金。

（十三）医疗保障经办机构和税务部门应做好应征数据和实征数据的实时交换，通过系统实现自动交换、自动比对、自动分摊、自动记账。

四、职工医保待遇

（一）医保缴费年限规定。本办法实施后，下列情形可计算为职工医保累计缴费年限:

1. 职工医保实际缴费年限;

2. 城镇职工基本医疗保险制度实施前，且退休时按国家和省有关规定可以计算为连续工龄的年限，作为职工医保视同缴费年限；城镇职工基本医疗保险制度实施后，职工医保视同缴费年限按国家、省、市有关规定执行。

城镇职工基本医疗保险制度实施后，补缴医疗保险制度实施前的基本养老保险年限，以及参加被征地人员基本生活保障折算成的基本养老保险年限，不能作为职工医保视同缴费年限。之前已按规定补缴医疗保险不足年限的，不予清算。

（二）新参保人员参保缴费后，从次月起享受门诊待遇（含普通门诊和慢性病门诊）、个账待遇、住院待遇（含特殊病种门诊）、大病保险待遇。

（三）参加职工医保的人员，到达法定退休年龄时符合缴费年限条件的，退休后不再缴费，按规定享受待遇:

1．门诊待遇和住院待遇。县（市、区）在实施衢州市城镇职工基本医疗保险市级统筹政策之前参加职工医保并缴费的，累计缴费年限（含视同缴费年限，下同）须满20年；之后参加职工医保并缴费的，累计缴费年限须满25年。

2．个账待遇。县（市、区）在实施衢州市城镇职工基本医疗保险市级统筹政策之前参加职工医保并由医保机构建立个人账户的，其按建账比例实际缴费的年限（以下简称“建账实缴年限”）累计须满15年；县（市、区）在实施衢州市城镇职工基本医疗保险市级统筹政策之后参加职工医保并由医保机构建立个人账户的，建账实缴年限累计须满20年。

3．本办法实施前已经参保，在2025年12月31日前到达法定退休年龄的，可以按2020年12月政策规定的缴费年限条件享受医保待遇。2026年1月1日起，统一按本办法规定执行。

（四）本办法实施后职工医保的参保人员办理领取养老金手续时，不符合退休后享受职工医保待遇条件的，本人可以申请一次性补缴。本办法实施前已退休，因取消用人单位退休人员继续缴费政策而造成不符合退休后享受个账待遇条件的，本人可以申请一次性补缴。

五、居民医保待遇

居民医保每年集中缴费期参保缴费的人员，次年享受医保待遇；出生后3个月内办理参保缴费手续的新生儿，出生之日起享受医保待遇；新参保人员从次月起享受医保待遇；其他人

员参保缴费后，从次月起享受门诊待遇（含普通门诊和慢性病门诊）。

六、大病保险待遇

符合基本医疗保险待遇享受条件的人员，按规定享受大病保险待遇。

参保人员自负的住院和特殊病种门诊所发生医疗费用的自付费用、浙江省大病保险特殊用药费用、住院参保人员的专家远程医疗会诊补助费用，纳入大病保险支付范围；其他超出规定发生的费用，不纳入支付范围。

参保人员累计自负超过起付标准以上部分，由大病保险予以补助。大病保险起付标准为2万元，按60%补助，基金最高支付25万元。

七、生育保险待遇

生育保险待遇分生育医疗待遇（包括计划生育医疗费）和生育津贴。

参保人员因生育产生的医疗费用按照基本医疗保险报销政策执行，纳入基本医疗保险支付方式改革范围。

参加生育保险并符合生育政策的在职职工，连续足额缴费满6个月可享受生育津贴。

生育津贴以参保人员生育时所在用人单位上年度职工月平均工资（缴费基数）为计发基数，按照享受产假或享受计划生育休假天数计发。

八、医疗救助待遇

建立健全全市统一规范的医疗救助制度，具体规定如下:

（一）医疗救助对象主要包括：特困人员，最低生活保障家庭成员，最低生活保障边缘家庭成员，纳入低保、低边的因病致贫等本地户籍且参加基本医疗保险人员，和国家及省、市人民政府规定的其他特殊困难人员。

（二）医疗救助对象在定点医疗机构发生的符合规定范围内的医疗费用，扣除基本医保、大病保险和其他补充医疗保险补偿后的个人负担部分，纳入医疗救助范围。救助医疗类型，包括门诊（含普通门诊、慢性病门诊）、住院（含特殊病种门诊）。

（三）特困人员，最低生活保障家庭成员，最低生活保障边缘家庭成员由民政部门认定。

九、附则

职工医保待遇标准、居民医保待遇标准、医疗救助待遇标准、医疗保障管理和监督相关具体规定详见附件。

本办法所称的新参保人员是指首次在我市参保的人员；医疗费用是指参加我市医疗保障的参保人员，在基本医疗保险定点医疗机构、定点零售药店产生的符合国家、省、市规定的药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准的医疗费用。

本办法所称的自费费用是指不列入基本医疗保险规定支付范围的费用；自理费用是指属于医保支付范围，但在按医保规定结算之前，须先由参保人员承担一定比例的医疗费用；自付

费用是指列入基本医疗保险规定支付范围，按规定应由参保人员个人承担的起付标准及按比例承担的费用；最高支付限额是指符合基本医疗保险支付范围的最高医疗费用，而非实际支付基金。

依法获得相关就业证件和外国人居留证件并在市区合法就业的外国人，应当按照本办法参加职工医保，享受职工医保待遇。在市内合法就业的港、澳、台同胞参照执行。

为满足参保人员不同层次的医疗保障需求，根据省、市相关规定，符合条件的用人单位在参加职工医保和大病保险的基础上，可按规定建立企业补充医疗保险。

在我市基本医疗保险实行基金统收统支前，各县（市、区）医共体牵头单位若遇医院等级提升，允许医保报销和医保费用结算按原标准执行。

公务员、离休干部、六级及以上伤残军人、建国前老工人等群体的其他医疗保障待遇按原规定执行。

原县（市、区）自行确定的其他医疗救助对象，当地政府可通过其他救助渠道解决。

因自然灾害、重大疫情等因素造成的大范围急、危、重病人抢救发生的医疗费用，由各县（市、区）政府协调解决。

除本办法有明确规定外，其他相应的配套政策，由市医疗保障行政部门会同有关部门另行制定。本办法实施后，根据医疗保障运行情况，需明确和完善相关政策的，由市医保局会同

有关部门提出意见，报委员会批准后执行。

本办法自2021年1月1日起施行。我市原有医疗保障政策与本办法不一致的，以本办法为准。本办法实施后，法律、法规、规章和上级政策有新规定的，从其规定。

附件：1. 职工医保待遇标准

2. 居民医保待遇标准

3. 医疗救助待遇标准

4. 医疗保障管理和监督相关规定

附件 1

职工医保待遇标准

职工医保待遇规定如下:

一、符合职工医保待遇享受条件人员的住院（含特殊病种门诊），医保待遇按以下标准执行:

（一）起付标准和最高支付限额。参保人员住院医疗费用的起付标准在二级以下医疗机构为400元，在二级及以上医疗机构为800元，年度内住院起付标准累计不超过1400元；最高支付限额为35万元。

（二）报销比例。起付标准以上至最高支付限额以下部分，二级以下定点医疗机构住院的，基金支付87%；二级定点医疗机构住院的，基金支付84%；三级定点医疗机构住院的，基金支付84%；退休人员基金支付相应增加5个百分点。

（三）特殊病种门诊待遇。将恶性肿瘤等确需进行门诊治疗的疾病纳入特殊病种门诊管理，其诊断标准和治疗范围按规定执行。特殊病种门诊对象发生符合其病种支付范围内的门诊医疗费用，报销比例按照职工医保住院标准执行。特殊病种门诊对象在年度内无住院的，只设一次起付标准800元。

二、符合职工医保待遇享受条件人员在定点医疗机构的普通门诊，医保待遇按以下标准执行:

（一）起付标准和最高支付限额。参保人员非慢性病门诊的医疗费用与慢性病门诊最高支付限额以上的医疗费用之和，起付标准为 300 元；最高支付限额为 3000 元。

（二）报销比例。起付标准以上至最高支付限额以下部分，二级以下定点医疗机构的，基金支付70%；二级定点医疗机构的，基金支付60%；三级定点医疗机构的，基金支付50%。退休人员基金支付相应增加5个百分点。对精神科、中医科二类专科疾病统筹区内普通门诊就诊的，二级定点医疗机构基金支付增加5个百分点，三级定点医疗机构基金支付增加10个百分点。

三、符合职工医保待遇享受条件人员，同时享受慢性病门诊待遇。纳入慢性病门诊医疗保障范围的常见慢性病，其医疗费用不设起付标准，最高支付限额为 3000 元，基金支付 60%（其中，肺结核门诊基金支付 70%）。

附件 2

居民医保待遇标准

居民医保待遇规定如下:

一、符合居民医保待遇享受条件人员的住院（含特殊病种门诊），医保待遇按以下标准执行:

（一）起付标准和最高支付限额。参保人员住院医疗费用的起付标准在二级以下医疗机构为400元，在二级及以上医疗机构为800元，年度内住院起付标准累计不超过1400元；最高支付限额为15万元。

（二）报销比例。起付标准以上至最高支付限额以下部分，二级以下医疗机构住院的，基金支付75%；二级医疗机构住院的，基金支付65%；三级医疗机构住院的，基金支付65%。

（三）在药品招采平台采购，并实施药品零差率销售的我市二级及以下医疗机构（含民营医疗机构）住院的，基金支付比例增加10个百分点。

（四）特殊病种门诊待遇。居民医保特殊病种门诊符合其病种支付范围内的门诊医疗费用，报销比例按照居民医保住院标准执行；年度内无住院的，只设一次起付标准800元。

二、符合居民医保待遇享受条件人员在定点医疗机构的普通门诊，医保待遇按以下标准执行:

（一）起付标准和最高支付限额。参保人员非慢性病门诊的医疗费用与慢性病门诊最高支付限额以上的医疗费用之和，起付标准为 100 元；最高支付限额为 1800 元。

（二）报销比例。起付标准以上至最高支付限额以下部分，二级以下定点医疗机构的，基金支付40%；二级定点医疗机构的，基金支付20%；三级定点医疗机构的，基金支付20%。对精神科、儿科、中医科三类专科疾病统筹区内普通门诊就诊的，二级定点医疗机构基金支付增加5个百分点，三级定点医疗机构基金支付增加10个百分点。

（三）在药品招采平台采购，并实施药品零差率销售的我市二级及以下医疗机构（含民营医疗机构）门诊的，基金支付比例增加10个百分点。

三、居民医保慢性病门诊不设起付标准，最高支付限额为2000元，基金支付按照职工医保慢性病门诊的支付标准执行。

附件 3

医疗救助待遇标准

医疗救助待遇规定如下:

一、住院救助标准。特困供养人员基本医疗费用给予全额解决；最低生活保障家庭成员住院自负合规医疗费用救助比例为 75%；最低生活保障边缘家庭成员住院自负合规医疗费用救助比例为 65%；纳入低保、低边因病致贫人员前 6 个月的住院自负合规医疗费用和政府规定的其他救助对象住院自负合规医疗费用救助比例为 55%。特困供养人员、最低生活保障家庭成员、最低生活保障边缘家庭成员、因病致贫人员不设医疗救助起付线；救助对象年度住院救助封顶线为 10 万元。

二、门诊救助标准。医疗救助对象门诊救助不设起付线，救助比例按照住院救助比例执行，年度救助封顶线为 1000 元。

三、倾斜支付政策。符合医疗救助条件医保参保人员，累计自负合规医疗费用 5 万元以上的部分，救助比例提高 5 个百分点。落实大病保险倾斜支付政策，医疗救助对象大病起付标准降低 50%，补助标准提高 5 个百分点。

四、罕见病专项救助。纳入我省罕见病保障政策范围的对象，符合医疗救助条件的，按规定予以救助。

五、“一事一议”救助。对特殊困难人员，可实行“一事一

议”予以救助。

六、符合医疗救助条件的人员，从医疗救助资格生效之月起享受基本医疗保险、大病保险和医疗救助待遇。住院期间为医疗救助对象，期间的住院费用均可享受医疗救助。

附件 4

医疗保障管理和监督相关规定

我市医疗保障结算年度统一为每年的 1 月 1 日至 12 月 31 日，起付标准、报销比例、最高支付限额等按结算年度执行。住院期间跨结算年度的，相关结算以出院日为准。具体管理规定如下:

（一）职工医保参保人员中断缴费3个月内的，自缴费次月起享受待遇，中断缴费3个月以上的，视作中断参保。职工医保重新参保或者居民医保超过规定缴费时间后参保的，须缴费满3个月后，方可享受基本医疗保险住院待遇和大病保险待遇。

（二）我市基本医疗保险报销政策根据分级诊疗制度实行差别化支付。对经转诊到市外三级定点医疗机构住院的，个人先自付5%；到市外三级以下定点医疗机构住院的，个人先自付20%。对未经转诊到市外三级定点医疗机构住院的，个人先自付20%；到市外三级以下定点医疗机构住院的，个人先自付35%。自付后再按本办法规定的住院报销比例报销。

（三）对与家庭医生签约并在基层医疗机构门诊就诊的，可适当提高报销比例。提高基层就诊报销的标准由市医保局会同市财政局、市卫健委另文确定。

（四）对在我市医共体、城市医联体试点单位内实现基层

首诊、双向转诊的住院参保人员，视为一次住院，不再重复计算起付标准，起付标准按较高等级医疗机构标准确定。

（五）对于诊断明确、病情稳定的非危、重症病人，确需由医护人员进行继续观察治疗的，可以申请建立家庭病床。具体情形包括患恶性肿瘤晚期，慢性肺功能不全合并肺性心脏病、肺性脑病，各种原因引起的截瘫、偏瘫。申报条件、相关待遇等按规定执行。

（六）异地联网结算的医疗费用按就医地支付范围执行；异地就医医疗费用的起付线、支付比例和最高支付限额等按参保地支付政策执行；异地就医的服务和管理由就医地经办机构负责；所有的零星报销的医疗费用按参保地标准执行。

（七）参保人员产生下列医疗费用，不列入基本医疗保险基金支付范围：

1. 应当由第三人负担的；

2. 应当由工伤保险、公共卫生负担的；

3. 在境外就医的；

4. 其他按规定不予支付的费用。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

（八）医疗机构和医务人员应规范治疗行为，严格执行患者出入院标准，合理使用医疗资源。

（九）我市大病保险实行全市基金统收统支。市医疗保障行政部门负责全市大病保险监督工作，各级医疗保障经办机构负责统筹区内大病保险的业务经办，中标的商业保险公司负责大病保险具体业务。

市医疗保障经办机构作为全市参加大病保险的团体投保人，向商业保险公司投保，并签订协议，明确双方的权利、义务、责任和委托时限。

（十）大病保险商保承办模式可选择商业保险公司与政府盈亏合理分担的购买大病保险产品模式，也可选择政府购买经办服务与激励考核相结合模式。具体执行由市医保局、市财政局确定。

（十一）参加居民医保的人员参加职工医保后，并按规定补足费用缴费，其劳动年龄段内参加居民医保的缴费年限可相应计算为职工医保的缴费年限。

（十二）医疗保障经办机构根据医疗资源和服务能力的实际，合理布局定点医疗机构和定点零售药店。对定点医疗机构和定点零售药店进行协议管理，要加强行为规范、服务质量和费用控制的管控。要建立健全医保医师管理办法，强化其医保基金“守门人”责任。

（十三）医疗保障行政部门要贯彻落实药品、医用耗材招标采购政策，推进构建竞争充分、价格合理、规范有序的供应保障体系。

（十四）医疗保障经办机构与定点医疗机构和定点零售药店之间的费用结算，按照医保支付方式改革的规定执行。

（十五）我市医疗保障基金实行收支两条线管理，统一纳入社会保障基金财政专户。任何组织和个人不得侵占挪用。各类医保基金实行分账核算，专款专用。医保基金当期收不抵支时，可动用结余基金、调整筹资标准等办法解决。基金出现支付不足时，由财政补贴。

（十六）医保经办机构须与定点医疗机构和定点零售药店签订服务协议，明确双方的职责和权利。

（十七）公民、法人或其他社会组织对涉嫌欺诈骗取医保资金行为进行举报，提供相关证据、线索，经查证属实的，应予奖励。

（十八）医保、卫健、市场监管等部门要共享医药监督管理方面的执法信息，及时通报违法违规和行政处罚情况，做到案件信息共享互通。医保等部门要加强与公安、检察院、法院就涉嫌欺诈骗取医疗保障基金案件的行政执法与刑事司法工作的衔接，建立信息互通机制，为掌握证据、认定犯罪事实提供支撑。

抄送：市委各部门，市人大常委会、市政协办公室，衢州军分区，市监委，市法院，市检察院，巨化集团公司，各群众团体。

衢州市人民政府办公室　　2020 年 12 月 28 日印发