衢州市基本医疗保障办法

（公开征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为进一步健全和完善全市医疗保障制度，维护参保人员的基本医疗保障权益，根据《中华人民共和国社会保险法》和国家、省有关医疗保障制度建设的规定和经办管理要求，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 基本医疗保障制度按照覆盖全民、统筹城乡、权责清晰、保障适度、救助有力的方针，坚持公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与经济发展水平相适应的原则。

第三条 建立以基本医疗保险制度为主体，大病保险为延伸，医疗救助为托底，其他医疗保障制度为补充的多层次医疗保障体系。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。

第四条 我市医疗保障实行统一政策、分级管理，统一系统、分级负责的模式。

第五条 本办法所称的基本医疗保险包括职工医保和居民医保。职工医保统筹范围包括住院统筹、门诊统筹、个人账户统筹；居民医保统筹范围包括住院统筹、门诊统筹。

第六条 本办法所称的医疗费用是指参加我市基本医疗保障的参保人，其产生的符合国家、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。

第七条 市医疗保障行政部门负责主管本市基本医疗保障工作。各县（市、区）医疗保障行政部门负责本地基本医疗保障实施相关工作，各县（市、区）医疗保障经办机构负责相关经办工作。

卫生健康、财政、民政、人力社保、市场监管、税务、农业农村、教育、退役军人事务、审计、公安、检察院、法院、工会、残联等部门和单位在各自的职责范围内负责有关医疗保障服务和管理监督工作。

第二章 参保范围

第八条 下列单位和个人参加职工医保：

（一）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”）和退休人员。

（二）领取失业保险金待遇的人员。

（三）国家、省、市规定的其他人员。

第九条 下列人员可以灵活就业人员身份参加职工医保：

（一）劳动年龄段内的非在职职工，且尚未办理按月领取基本养老金手续的本地户籍人员（含持有居住证人员）。

（二）国家、省、市规定的其他人员。

第十条 未参加职工医保的下列人员可在户籍地（居住地）参加居民医保：

（一）具有衢州市户籍（含持有居住证）的城乡居民；

（二）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；

（三）衢州市户籍人员配偶及子女，且在本市长期居住的非衢州市户籍人员。

第十一条 参加职工医保的在职职工应当参加生育保险。参加职工医保和居民医保的人员，应当参加大病保险，同时纳入医疗救助范围。未参加基本医疗保险的人员不能单独参加大病保险和医疗救助。

第十二条 用人单位、灵活就业人员可以选择按相关政策规定建立个人帐户统筹，由医疗保障经办机构建立和管理个人账户。用人单位也可以选择按医保个人账户统筹规定自建或不建个人账户。

本办法实施前未由医疗保障经办机构统一建立和管理医保个人账户的县（市、区）用人单位，建立城镇职工基本医疗保险门诊统筹制度后，原则上不再由医疗保障经办机构建立和管理医保个人账户。

第三章　费用征缴

第十三条 用人单位和个人应按照医疗保险费征缴有关规定，及时办理参保登记、变更、注销和基数申报等手续。  
第十四条 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（以下统称医保费）。

（一）未享受养老金待遇人员的职工医保费由税务部门负责征收；

（二）享受养老金待遇人员的大病保险费由社保经办机构负责代扣代缴，按规定划拨；

（三）应由灵活就业人员个人缴纳、城乡居民个人缴纳医保费，由税务部门负责征收；

（四）应由政府补助的居民医保费、大病保险费和医疗救助资金，列入当年财政预算，由财政部门按规定划拨。

第十五条 用人单位按以下规定缴纳职工医保费：

（一）所有用人单位以全部在职职工工资总额作为职工医保费住院统筹和门诊统筹的缴费基数。由医疗保障经办机构建立个人账户的用人单位，以全部在职职工工资总额和退休人员上年度基本养老金总额作为职工医保费个帐统筹的缴费基数。

缴费基数以每年7月1日至次年6月30日为一使用年度。

（二）用人单位由医疗保障经办机构建立个人账户的，按缴费基数的8%缴纳基本医疗保险费，其中，3%划入个人账户统筹基金，0.5%划入医疗保险门诊统筹基金，4.5%划入医疗保险住院统筹基金。

用人单位选择不建立个人账户的，按缴费基数的5%缴纳门诊和医疗保险住院统筹费，其中，0.5%划入医疗保险门诊统筹基金，4.5%划入医疗保险住院统筹基金。

第十六条 在职职工按以下规定缴纳职工医保费：

（一）职工缴费基数按国家规定的职工工资统计口径计算。其中职工上年度月平均工资高于上年度全省在岗职工月平均工资（以下简称“省职平工资”）300%的，按300%核定缴费基数；低于60%的，按60%核定缴费基数。

（二）在职职工由医疗保障经办机构建立个人账户的，按缴费基数的2%缴纳职工基本医保费，其中，1%划入本人个人账户统筹基金，1%划入医疗保险门诊统筹基金；不建立个人账户的，按缴费基数的1%缴纳门诊统筹医疗保险费，全部划入医疗保险门诊统筹基金。

第十七条 灵活就业人员按以下规定缴纳职工医保费：

（一）灵活就业人员的缴费基数按国家规定的职工工资统计口径计算。其中上年度月平均工资高于上年度全省在岗职工月平均工资（以下简称“省职平工资”）300%的，按300%核定缴费基数；低于60%的，按60%核定缴费基数。

（二）选择由医疗保障经办机构建立个人账户的，按缴费基数的10%缴纳基本医疗保险费，其中，4.5%划入医疗保险住院统筹基金，1.5%划入医疗保险门诊统筹基金，4%划入个人账户统筹基金。

选择不建立个人账户的，按缴费基数的6%缴纳医疗保险统筹费，其中，4.5%划入医疗保险住院统筹基金，1.5%划入医疗保险门诊统筹基金。

第十八条 失业人员在领取失业保险金期间，按灵活就业人员缴费标准按月缴纳的职工医保费，由失业保险基金支付。

第十九条 退休人员基本医疗保险费、个人账户统筹费的缴费基数按本人每年6月份的月养老金确定；当年退休的人员，退休后的缴费基数按首次核定的月养老金确定。退休人员个人不缴纳职工基本医保费。

第二十条 各级政府按行政区划内无管理主体企事业单位退休人员年度缴费基数之和的4.5％（其中个人账户3％，门诊统筹1.5％）予以补贴。政府补贴部分可以先从企事业单位改制计提的医疗保险费中支付，计提的医疗保险费用完后列入财政预算。

第二十一条 居民医保按以下规定缴纳居民医保费：

（一）缴费标准

1、个人（家庭）缴费标准。居民医保按照“以收定支、略有结余”的原则，确定缴费标准。个人缴费标准原则上不低于居民医保人均筹资标准的三分之一。

2、政府补助标准。各县（市、区）财政按照基金收支平衡的原则确定补助标准，但不得低于省规定的标准。

3、特困人员、低保对象、低保边缘户、重点优抚对象、重度残疾人（一级、二级）、其他特殊困难人员的个人缴费部分由当地财政承担。

（二）缴费时间

1、正常情况参保缴费：居民医保年度统一为每年1月1日至12月31日。居民医保个人缴费按年度预缴，当年预缴次年度医疗保险费。参保缴费时间为每年10月1日至12月31日，参保人员应在规定时间内一次性足额缴纳保费。

2、特殊情况参保缴费：除预缴次年费用以外需要当年参保缴费的，个人缴费按当年个人缴费标准全额缴纳。特殊情况包括退役军人、大中专毕（结）业生、归正人员、婚嫁等其他迁入人员、新生儿、非衢州户籍来衢就读的大中专院校学生、已办理停保手续的职工医保参保人员等。

（三）缴费标准调整

个人缴费标准由市医疗保障行政部门会同市财政局根据基金收支情况、社会经济发展和城乡居民收入水平、医疗消费水平等因素，每2年进行测算，调整标准经市政府同意后实施。

）第二十二条 用人单位每月按全部在职职工工资总额的0.5%缴纳生育保险费。

第二十三条 市医疗保障行政部门会同市财政局根据上年度基金收支情况确定大病保险人均预筹资标准，年末可根据年度收支实际情况进行调整。参加职工医保的参保人员须另行缴纳每人每月5元。

每年3月底前一次性从职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险基金中整体划转至市大病保险基金财政专户。

第二十四条 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。

第四章 职工医保待遇

第二十五条 根据国家有关政策并结合各地实际，制定领取职工基本养老保险待遇的人员其享受医疗保险待遇的最低累计缴费年限标准，具体最低累计缴费年限标准按以下规定执行：

（一）住院统筹和门诊统筹。2009年12月31日前参加职工医保并缴费，累计缴费年限满20年的；2010年1月1日后参加职工医保并缴费，累计缴费年限满25年的。

（二）个人账户。用人单位缴纳个人账户统筹的；2010年6月30日前参加职工医保个人帐户统筹并缴费，累计实际缴费年限满15年的；2010年7月1日后参加职工医保个人账户统筹并缴费，累计实际缴费年限满20年。

（三）参保人员到达办理领取养老金手续时，职工医保累计缴费年限或个人账户统筹累计实际缴费年限不符合享受待遇最低年限的，可以在办理领取养老金手续前进行一次性补缴，补足规定的缴费年限。补缴的缴费基数和比例按办理补缴手续时的缴费标准确定。补缴的年限只计算缴费年限，不享受补缴年限时间段内的相关待遇。

本办法实施前已经参保、在2024年12月31日前到达法定退休年龄、没有视同缴费年限的人员，可以按原最低缴费年限办理享受医保待遇。2025年1月1日起，统一按本办法规定执行。

第二十六条 下列情形可计算为职工医保累计缴费年限。

（一）职工医保实际缴费年限（含市区城镇企业职工大病住院基本医疗保险缴费年限）。

（二）衢州市城镇职工基本医疗保险暂停规定出台前，按国家和省有关规定可以计算为连续工龄的，可以作为职工医保视同缴费年限。

（三）衢州市城镇职工基本医疗保险暂停规定出台后，职工医保视同缴费年限按国家、省、市规定执行。

（四）医疗保险制度出台后，补缴医疗保险制度出台前的基本养老保险年限，以及参加被征在人员基本生活保障折算成的基本养老保险年限，不能视同医保视同缴费年限。

第二十七条 2019年底前已退休的人员缴费年限等相关规定：

1、已符合医保最低年限的，待遇不作调整。有医保补缴年限又有视同缴费年限的，原补缴金额不清算；

2、未达到医保最低年限的，若加上职工医保视同缴费年限符合最低年限标准，待遇从认定后享受，之前待遇不追补；若加上职工医保视同缴费年限仍未满最低年限的，允许补缴不足年限，补缴后享受相关待遇。

第二十八条 职工医保参保人员住院（含特殊病种门诊）医疗费用按以下规定享受待遇：

（一）起付标准和最高支付限额。职工医保参保人员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。年度累计最高支付限额为21万元。

（二）报销比例。职工医保参保人员住院医疗费用，起付标准以下或最高支付限额以上的，由个人承担;起付标准以上最高支付限额以下的，由基金和参保人员共同承担。其中:三级定点医疗机构住院的，基金支付82％；二级及以下定点医疗机构住院的，基金支付87％; 县域医共体管理下的基层医疗机构住院的，基金支付增加5个百分点;退休人员住院统筹基金支付比例相应各增加5个百分点。按基本医疗保险政策规定支付后，政策范围内个人负担的医疗费用累计超过大病保险补偿起付标准的部分进入大病保险报销范围。

（三）特殊病种门诊待遇。

1、将恶性肿瘤的治疗，慢性肾功能衰竭的腹膜透析、血液透析，器官移植的抗排异治疗、心脏手术后抗凝治疗，系统性红斑狼疮（有心、肺、肾、肝及神经系统并发症之一者），再生障碍性贫血，重性精神疾病，慢性乙型肝炎（活动性乙型肝炎）、乙型肝炎肝硬化、慢性丙型肝炎，糖尿病，血友病，肺结核，丙型肝炎（抗病毒治疗）等纳入特殊病种门诊管理，诊断标准和治疗范围按规定执行。

2、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。

3、特殊病种门诊对象发生的符合其病种支付范围内的门诊医疗费用，按规定纳入住院统筹基金和大病补充保险基金支付，报销比例按照住院报销比例。

第二十九条 职工医保参保人员门诊医疗费用按以下规定享受待遇：

（一）起付标准和最高支付限额。一个医保年度内，参保人员在定点医药机构普通门诊（含急诊）的起付标准为300元，最高支付限额为3000元。

（二）报销比例。职工医保参保人员的门诊医疗费用，起付标准以下或最高支付限额以上的，由个人承担；起付标准以上最高支付限额以下的，由基金和参保人员共同承担。其中二级以下定点医疗机构的，基金支付 55%；二级定点医疗机构的，基金支付 50%；三级定点医疗机构的，基金支付 45%。退休人员门诊统筹基金支付比例相应各增加5 个百分点。

第三十条 职工医保参保人员按以下规定享受慢性病门诊报销待遇：

（一）病种范围。将高血压、糖尿病、冠心病、慢性肝炎、肺结核、支气管哮喘、慢性肾脏病、慢性阻塞性肺疾病、帕金森病、类风湿性关节炎、阿尔茨海默病、精神分裂症（情感性精神病）等12种常见的慢性病纳入慢性病门诊医疗保障范围。

（二）报销比例。门诊慢性病医疗费用报销比例为60%（其中，肺结核门诊报销比例为70%），不设起付标准，全年最高支付限额为3000元。

第三十一条 由医疗保障经办机构建立和管理的医保个人账户建账标准统一为：在职人员3％，退休人员3.5％，70岁以上退休人员4％，全部从个人账户统筹基金中划入。

第五章　居民医保待遇

第三十二条 居民医保正常情况参保缴费人员，缴费成功即可在次年享受医保待遇。

第三十三条 居民医保特殊情况参保缴费人员，待遇享受时间按下列规定执行：

1．退役军人、大中专毕（结）业生、归正人员、婚嫁等其他迁入人员可在当年落户3个月内办理参保缴费，自参保缴费次月起享受医保待遇。

2．新生儿出生后3个月内办理参保缴费，自出生之日起享受医保待遇。

第三十四条 居民医保参保人员住院（含特殊病种门诊）医疗费用按以下规定享受待遇：

（一）起付标准和最高支付限额。居民医保参保人员在二级以下医疗机构起付标准为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。年度累计最高支付限额为15万元。

（二）报销比例。居民医保参保人员的住院医疗费用，在起付标准以下或最高支付限额以上的，由个人承担；起付标准以上最高支付限额以下的，由基金和参保人员共同承担，其中三级医疗机构住院的，基金支付60%；二级及以下医疗机构住院的，基金支付73%；县域医共体管理下的基层医疗机构住院的，基金支付87%。

（三）特殊病种门诊待遇。居民医保特殊病种门诊病种、起付标准按照职工医保相关规定执行、报销比例按照居民医保住院报销比例执行。

第三十五条 居民医保参保人员门诊医疗费用按以下规定享受待遇：

（一）起付标准和最高支付限额。普通门诊医疗费用，起付标准为200元，一个年度内累计最高支付限额为2000元。

（二）报销比例。居民医保参保人员的门诊医疗费用，在起付标准以下或最高支付限额以上的，由个人承担；在最高支付限额以下的，由基金和参保人员共同承担，其中二级及以上定点医疗机构的，基金支付 20%；二级以下定点医疗机构的，基金支付 50%。

第三十六条 居民医保慢性病门诊不设起付标准，最高支付限额为2000元，病种范围、病种认定、报销比例按照职工医保相关规定执行。

第六章 大病保险

第三十七条 大病保险实现全市政策、基金、经办的统一。

第三十八条 符合基本医疗保险支付范围的自付费用、浙江省大病保险特殊用药的费用和住院参保人员的专家远程医疗会诊补助纳入大病保险基金支付范围；统筹区外就医产生的自负费用按90%比例纳入大病保险基金支付范围；因未经转诊至市外定点医疗机构住院下降报销比例产生的自负费用按70%比例纳入大病保险基金支付范围。其他超出规定发生的医疗和其他费用，大病保险基金不予支付。

第三十九条 参保人员在一个结算年度内住院和特殊病种门诊发生的符合大病保险基金支付范围内的费用，累计自负超过起付标准以上部分，由大病保险基金给予补助，起付标准为2万元，起付标准以上医疗费用部分按60%补助。大病保险基金最高支付额为18万元。最高支付额以上部分由个人承担。结算年度同基本医疗保险结算年度一致。

参加职工医保的人员个人另缴大病保险费后。按以下标准待遇：起付标准以上部分统一按90%补助，大病保险基金最高支付额增加到38万元。

第四十条 大病保险商保承办模式可选择商业保险公司与政府盈亏共同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，由市医疗保障行政部门会同市财政局根据全市大病保险实际运行情况自行选择。

第四十一条 若选择购买大病保险产品承办模式，按照收支平衡、保本微利的原则，以盈余额5%和亏损额15%为限，大病保险盈亏额在中标价5%（含5%）以内的部分，由商业保险公司全额承担（享受）；亏损额在中标价5%-15%（含15%）的部分，由大病保险基金和商业保险公司各分担50%；限额以上部分，由大病保险基金全额承担（享受）。大病保险基金不足部分按原筹资模式筹集。

第四十二条 市医疗保障行政部门负责全市大病保险的监督工作，各级医疗保障经办机构负责全市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的承办。

由市医疗保障行政部门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。

第七章 生育保险

第四十三条 用人单位及其职工必须按照规定参加生育保险并履行连续缴费义务满6个月，职工个人不需要缴纳生育保险费，在享受待遇期间必须连续缴费；职工未就业配偶按照国家规定享受生育医疗费用待遇。所需资金从生育保险基金中支付；生育保险待遇对象，必须符合国家计划生育政策。

第四十四条 生育保险待遇包括：产假期间的生育津贴；因生育发生的医疗费用；实施计划生育避孕节育手术以及符合生育政策实施复通手术所需的医疗费用；国家规定的与生育保险有关的其他费用。其中因生育发生的医疗费用包括：生育的医疗费用；计划生育的医疗费用；法律、法规规定的其他项目费用。享受生育津贴的情形主要有：女职工生育享受产假；享受计划生育手术休假；法律、法规规定的其他情形。生育津贴按照职工生育时所在用人单位上年度职工月平均工资计发。

第四十五条 女职工因怀孕、分娩发生医疗费用，按职工医保的规定进行报销。

第四十六条 生育津贴补偿标准按照职工所在用人单位上年度月平均工资（缴费基数）计发，主要情形包括：妊娠7个月（含7个月）以上生产、早产、或引产的，享受128 天的产假及生育津贴；在此基础上，分娩时遇有难产实施助产手术的，产后假及生育津贴增加7天;分娩时遇有难产实施剖宫产手术的，产后假及生育津贴增加15天;生育多胞胎的，每多生育一个婴儿产后假及生育津贴增加15天;妊娠满4个月以上、7个月以下流产、引产的，享受42天的长假及生育津贴。妊娠4个月以下流产、引产的（含自然流产、人工流产）或者患子宫外怀孕实施手术的，享受15天的产假及生育津贴。

第八章 医疗救助

第四十七条 医疗救助实行属地管理。凡户籍在本区范围，并参加职工医保或居民医保，符合救助对象条件的居民，均可申请医疗救助。

第四十八条 医疗救助对象主要包括：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；纳入低保、低边的因病致贫等市本地户籍且参加基本医疗保险人员和县级以上人民政府已规定的其他特殊困难人员。 对纳入我省罕见病保障政策范围的对象，实行专项救助政策。

第四十九条 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。

1.救助医疗类型，包括门诊（含普通门诊、慢性病门诊）、住院（含特殊病门诊）。

2.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12个月的住院自负合规医疗费用和当地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。

3.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3000元，对困难群众进行医疗救助。

4.倾斜支付政策。符合条件的各类医疗救助对象，年度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。落实大病保险倾斜性支付政策，医疗救助对象大病起付线降低50%，支付比例提高5个百分点。

5.罕见病专项救助。由基本医保、大病保险、医疗救助逐层分担化解其合规医疗费用（包括基本医保政策范围内维持诊疗必须的医疗费用、罕见病特殊药品费用），在报销基本医保和大病保险后的剩余合规医疗费用，符合医疗救助条件的，予以医疗救助和专项救助。

6.相关待遇。符合医疗救助条件的人员，参保后其住院自负合规费用（含等待期内的自负合规医疗费用）从次月起享受医疗救助待遇。住院期间为医疗救助对象，可按规定享受医疗救助待遇。

第五十条 各级医疗保障部门要加强与民政等部门沟通配合，对医疗救助对象，要建立数据动态交换机制，精准维护医疗救助对象信息，及时落实医疗救助。要在医保结算信息系统中设置大额医疗费用预警提示，协助民政部门主动发现医疗支出过大的人员。

第五十一条 医疗保障经办机构通过技术手段从民政、残联等医疗救助对象认定部门，实时获取资助参保和医疗救助对象数据，并维护到医保系统中，实现资助参保对象自动参保和救助待遇的自动识别，确保待遇足额兑现。

第九章 参保关系接续

第五十二条 符合参加职工基本医疗保险条件的参保人员今后若选择参加职工基本医疗保险的，按规定补足费用后，其劳动年龄段内参加城乡居民基本医疗保险的缴费年限可相应计算为城镇职工基本医疗保险的缴费年限。具体补缴标准：对应当年灵活就业人员参加职工基本医疗保险最低缴费标准与城乡居民基本医疗保险的个人缴费标准之间的差额，每补足1年计算1年，医疗待遇不重新结算。参保人员补足费用后因故终止职工基本医疗保险的，其所补缴的费用不予退还。

第五十三条 参保人员在同一时期内只能参加一种基本医疗保险，但可按规定转换不同的险种，转换前已缴纳的医保费不予清算。具体按以下规定办理:

（一）居民医保参保期内人员转为职工医保、或者参保期结束连续参加职工医保的，其各项职工医保待遇均从办理缴费（补缴）手续后的次月起按规定享受。

（二）职工医保待遇享受期内的参保人员办理停保手续的3个月内可办理居民医保参保缴费，从参保缴费次月起享受医保待遇。

第五十四条 职工医保新参保人员参保后，门诊保险从参保次月起享受报销待遇，住院保险和大病保险从参保6个月后享受报销待遇；居民医保不符合相关条款规定期限以及按规定应该正常参保而未参保的人员，要求年度内中途参保的，从办理参保手续后第4个月起享受医保待遇。

第五十五条 职工医保参保人员中断参保的，按以下标准执行：

（一）参保人员因各种原因中断缴费6个月以上，以及参保人员连续欠费超过6个月视同中断参保缴费关系的，续保缴费后过了待遇等待期方可重新按规定享受住院统筹待遇；无论补缴与否，均不享受中断和欠费期间的医疗待遇，补缴的医疗保险费只计算缴费年限。

（二）参保人员中断缴费后6个月内续保缴费的，按不同情况处理：

1、在办理中断手续月份的次月续保缴费的，各项医保待遇从办理续保手续的当月起享受。

2、中断缴费1个月以上3个月内续保缴费并补缴中断期间医疗保险费的，补缴后不设待遇等待期，中断期间的住院保险待遇正常享受。

3、中断缴费3个月以上6个月内续保缴费并补缴中断期间医疗保险费的，补缴后不设待遇等待期；补缴的医疗保险费只计算缴费年限，不享受中断期间的医疗待遇。

4、中断缴费后6个月内续保缴费但选择不补缴中断年限（月份）医疗保险费的，续保缴费后设待遇等待期。

（三）参保人员中断缴费后无论续保或补缴与否，医保个人账户余额均可继续使用。

第五十六条 转换险种后的参保人员，新产生的医疗费用按照新险种对应的标准报销，起付线或封顶线在一个结算年度内已承担（享受）的额度累计计算。已承担（享受）的额度超过转换后险种标准的，不予清算。

第五十七条 参保人员跨统筹区流动的，可按以下规定办理转移接续手续。

（一）参保人员在衢州市内流动的，无需办理转移手续，参保关系自动接续，基金转移由各级医疗保障经办机构自行结算。

（二）符合下列条件之一的人员可在我市参加职工医保时，向医疗保障经办机构提出医保关系转入申请，并按规定将原参保地转入的参保关系合并计算实际缴费年限：

1.我省户籍人员；

2.外省户籍人员，男性不满50周岁，女性不满40周岁；

3. 外省区户籍人员，在统筹区内参加职工医保实际缴费年限累计满10年；

4.政府另有规定或经县级以上组织部门批准正常调动的人员。

（三）原参保地职工医保缴费年限可累计计算至办理转移手续的当月，但与我市职工医保实际缴费年限不重复计算。

（四）参保人员流动至衢州市以外参保的，应中止我市医保参保并补足欠费，按规定办理职工医保缴费年限转移。

第五十八条 跨统筹区调动的参保人员的个人账户按规定进行转移。

第五十九条 已享有职工医保退休待遇的人员，医保关系不予转移。

第六十条 未在我市用人单位就业，也不符合灵活就业人员参保条件的非我市户籍人员，应及时办理医保转出手续。

第十章　定点协议管理

第六十一条 各级医疗保障经办机构对符合条件的医药机构进行协议管理，协议包括双方的权利和义务、医药机构应当遵守的约定、以及违约相关处罚等内容。医疗保障行政主管部门负责对经办机构和定点医药机构双方履行协议情况以及有关政策法规制度落实情况的监督，经办机构负责对定点医药机构协议管理工作的组织实施。

第六十二条 医疗保障经办机构对定点医药机构协议管理要坚持公平公开、优化服务、优胜劣汰、动态管理的原则。

第六十三条 医药机构准备齐全相关申请资料后到统筹地医疗保障经办机构提交申请。由医疗保障经办机构进行统一审核（包括申请资料审核、现场审核）。经审核符合申报条件的单位，进入公示环节。公示期间无人举报或举报经查不属实，于公示期满后确定为新增定点医疗机构。经验收合格后，通过相关流程签订协议及开通刷卡，并向社会公告。

第六十四条 市本级及各县（市、区）医疗保障经办机构签订协议的衢州市范围内的定点医药机构，实行协议互认。职工医保定点医药机构和居民医保定点医药机构实行协议互认。

第六十五条 规范医保医师管理，符合条件的执业医师或执业助理医师，应按规定申报医保医师信息，并纳入全省医保医师库管理。对违反相关规定的医保医师暂停医保处方权，具体办法由市医疗保障行政部门会同市卫健委联合范文制定。

第十一章 就医管理

第六十六条 参保对象凭社会保障卡就医、购药时，定点医疗机构和定点零售药店应当予以身份校验。

第六十七条 省内定点医药机构联网结算及所有的零星报销的医疗费用按浙江省标准执行；省外医药机构联网结算的医疗费用按就医地的标准执行。

第六十八条 参保人员因病需使用医保药品目录中的乙类药品和医疗服务项目目录中的乙类项目的，应先由个人承担一定比例费用，再纳入医保开支范围。具体个人承担比例按浙江省医疗保障行政部门的规定执行。

第六十九条 对在医共体内实现基层首诊、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。

第七十条 参保人员经转诊到参保统筹区外定点医疗机构住院的，列入基本医疗保险支付范围的医疗费用先由个人适当负担再按规定结算。其中转市内其他统筹区定点医疗机构的，个人先自负5％;转市外三级定点医疗机构住院的，个人先自负10％；转市外二级及以下定点医疗机构住院的，个人先自负30％。市本级、柯城区、衢江区作为一个就诊统筹区。

所有参保人员未经转诊，自行到衢州市外定点医疗机构住院的，其列入基本医疗保险支付范围的医疗费用，基金支付比例在规定标准的基础上下降 10 个百分点。

第七十一条 长期在衢州市外工作或居住的职工医保参保人员，实行异地定点就医管理，可将工作或居住区域所在的设区市设置为异地定点。当地与我市实行联网结算的医疗保障定点医疗机构均可视作异地定点人员的定点就医机构。（该类对象以下简称“异地定点人员”）。异地定点期间医疗待遇按以下规定执行：

1、住院待遇。异地定点人员在异地定点就医医疗机构住院治疗发生的医疗费用，报销标准与衢州市内定点医疗机构等同。异地定点人员回衢住院治疗发生的符合医保基金支付范围的医疗费用，先由个人自理5%后再按规定结算。到其他医疗机构住院治疗发生的医疗费用，按转院规定结算。

2、门诊待遇。异地定点人员在衢州市内定点医疗机构及定点地的定点医疗机构门诊就医，按规定享受门诊统筹待遇。联网结算的当即报销。取消职工医保异地定点人员门诊包干费制度。

3、异地定点人员特殊病种门诊、家庭病床仍按原办法管理。

第七十二条 参保人员不得强行要求住院或拒绝出院。不符合住院条件而强行要求住院的，其发生的医疗费不列入医保开支范围；符合出院条件而拒绝出院的，在定点医疗机构开具出院通知单后停止记账，发生的医疗费不列入医疗保障开支范围。

第七十三条 实施签约服务医保差别化支付政策，对与家庭医生签约并在基层医疗机构就诊的参保对象，在原有待遇基础上可适当提高报销比例，具体提高标准由市医疗保障局会同市财政局、市卫健委联合发文确定。

第七十四条 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、相关待遇等按原文件执行。

第十二章 费用结算

第七十五条 基本医疗保障结算年度，统一为每年的1月1日至12月31日。住院期间跨医保年度的，起付标准、报销比例等均以出院结算日为准。

第七十六条 参保人员持本人社会保障卡在联网结算定点医药机构就医购药发生的费用，属个人负担的医疗费用由本人和定点医药机构直接结算；属基本医疗保险基金支付的，由医疗保障经办机构与定点医药机构按医疗保险规定统一结算。

在非直接联网结算的定点医药机构发生的，符合医疗保险支付范围的医疗费用，由参保人员全额支付后再与统筹区医疗保障经办机构按规定结算。

医保报销基金、医疗救助补助、生育报销金额、生育津贴原则上应该按规定划入待遇享受人员社会保障卡绑定银行卡账户。

第七十七条 税务部门和医疗保障经办机构要加强医保费的征收，对欠费要多渠道告知和催缴，因欠费造成职工医保待遇不能享受的，应由欠费单位垫付应报销待遇。

第七十八条 参保人员产生下列医疗费用，不列入基本医疗保障基金支付范围：

（一）在省规定的基本医疗保险药品目录、基本医疗保险诊疗服务项目、基本医疗保险医疗服务设施范围及标准以外的；

（二）在非医疗保险定点医疗机构、定点零售药店就医、购药发生的医疗费用；

（三）应当由第三人负担的。

（四）由于自杀、自残、打架斗殴、酗酒、违法犯罪等行为发生的医疗费用；

（五）应当由工伤保险、公共卫生负担的。

（六）在境外就医的。

（七）在医保待遇等待期内的。

（八）有法律、法规及规章规定的按规定执行的。

第七十九条 存在第三方责任负担的住院医疗费用，不能实行联网刷卡结算，由参保人员全额支付后再与统筹区医疗保障经办机构按规定结算。参保人提供交警部门事故认定书、法院判决书、司法部门出具的司法调解书等，经办机构根据参保人自行承担的责任比例，按医保费用进行折算，剔除自行承担以外的医保费用进行报销结算。

第八十条 个人账户的使用、计息、提现等按照以下规定执行：

（一）个人账户主要用于支付门诊、特殊病种和住院治疗等发生的个人自负的医疗费用，也可用于支付在定点零售药店购买药品时按规定个人自负的费用。个人账户历年累计结余可用于直系亲属之间的个人账户家庭共济，也可用于购买个人账户商业健康保险产品。

（二）医疗保障经办机构对个人账户余额按国家有关规定计息。

（三）有以下情形之一的，参保人员或其亲属可以到医疗保障经办机构办理个人账户清算和余额领取手续：

1、出国（出境）定居且注销户籍的；

2、死亡的；

3、跨地区转出，在转入地统筹区未建立个人账户，可以申请放弃个人账户转移的；

4、已建立个人账户的参保人员，退休时不符合享受医保个人账户待遇的，可以办理个人账户清算和余额领取手续。

个人账户资金清算后，医疗保障经办机构应注销其个人账户。

第八十一条 医疗保障经办机构与定点医药机构之间的费用结算，应按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则, 采用医保基金总额预算管理下的按疾病分组（DRGs）、按病种、按人头、按床日和按项目付费等多种付费相结合的多元复合式医保支付方式，具体按照衢州市基本医疗保险医疗费用结算有关规定执行。

第十三章 药品招采

第八十二条 医疗保障行政部门要贯彻落实药品、医用耗材价格和招标采购，以及医疗服务项目、收费等 政策；要充分发挥市场在资源配置中的决定性作用，加强引导和监管，充分体现医疗机构在药品采购活动中的主体地位；要加强药品采购及供应的全过程综合监管，维护公平竞争的市场环境和购销双方利益，强化履约行为管理。

第八十三条 药品招采按 “公开透明、公平公正”的要求，以保障临床诊疗和病患人群用药需求，坚持质量优先、安全有效、价格合理、性价比适宜的原则，积极探索药品采购及监督管理新机制。

第八十四条 价格谈判主体和组织形式：

（一）价格谈判主体：全市公立医疗机构，可以根据相关规定，与药品生产企业按照“带量采购、以量换价、成交确认”的原则，通过谈判产生药品采购价格，在省药械采购平台完成自主采购。

鼓励公立医院以医联体、医疗集团等组成采购共同体，可跨区域联合采购。

市本级及县（市、区）公立医院可以独立的个体，或与其它医疗机构组成采购共同体，进行采购价格谈判。

政府办基层医疗卫生机构原则上以县（市、区）组成采购共同体进行价格谈判。

（二）组织形式：药品耗材采购经办部门监督管理各采购主体的价格谈判工作。

第八十五条 价格谈判范围在省药械采购平台网上交易的所有药品均可纳入价格谈判范围。麻醉药品、精神药品、防治传染病和寄生虫病的免费治疗药品、国家免疫规划疫苗、计划生育药品、中药饮片、国家谈判及国家定点生产药品，按国家有关规定采购。

第八十六条 公立医疗机构药品销售价格按上级有关规定执行，实际销售价格高于实际采购价格的差额部分上缴同级财政，经考核后奖励医疗机构。考核办法由卫健、财政、人力社保、医保四部门联合发文制定。

第八十七条 加强对药品招采、谈判监督。各采购主体要建立有效机制防止药品生产经营企业弄虚作假、围标串标、哄抬价格等行为，严格执行诚信记录和市场清退制度。严肃查处医院违反采购合同、违规网下采购等行为。对直接挂网采购药品的价格，要加强市场监测和跟踪，维护公平竞争的市场环境和秩序。要加强谈判各单位廉政制度建设，加强对药品遴选、采购清单制定、价格谈判过程的监管，坚决遏制药品购销领域腐败行为、抵制商业贿赂，防范和杜绝各种廉政风险。

第八十八条 各采购主体每次完成药品采购价格谈判后20个工作日内，必须及时向市药品耗材采购经办机构上报价格谈判结果（包括相关药品价格及采购数据等）。并将实际发生的交易相关信息数据如实在省药械采购平台上反映。

第八十九条 各采购主体必须严格执行成交结果，通过省药械采购平台采购。禁止公立医疗机构网下采购和目录外采购。

第十四章 医保基金管理

第九十条 医保基金包括城镇职工基本医疗保险基金、城乡居民基本医疗保险基金、大病保险基金。基本医疗保险基金按照“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则筹集和使用。

医保基金的来源包括用人单位和个人缴纳，政府补贴，基金的存款利息，及通过其他合法方式筹集的专项资金。

第九十一条 基本医疗保险基金实行收支预算管理，由各级医疗保障经办机构会同当地财政、地方税务部门统一编制年度基金收支预算，征收的各类医保资金（费）全额缴入医保基金财政专户。

第九十二条 医保基金当期收不抵支时，采取动用结余基金、调整筹资标准等办法解决。基金出现支付不足时，由当地财政补贴。

第九十三条 医保基金纳入社会保障基金财政专户管理，单独核算，任何组织和个人不得侵占挪用。医疗保障经办机构应做好医保基金会计核算和财务统计分析工作，建立相应的财务管理制度，对各类医保基金实行分账核算，专款专用。

第九十四条 医保基金的银行计息按照国家有关规定执行，医保基金免征税、费。

第十五章 监督检查

第九十五条 医疗保障行政部门会同卫健、财政等部门对医疗保险基金的收支、管理等情况进行监督检查，发现存在问题的，应当提出整改意见，依法做出处理决定或者向有关行政部门提出处理建议。

第九十六条 医保、卫健、市场监管部门要第一时间共享医药方面的执法信息，及时通报医药方面的违法违规和行政处罚情况，做到案件信息共享互通。医保、公安、检察院、法院部门要加强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。

第九十七条 定点医药机构及其工作人员、参保人员违反基本医疗保障有关规定的，按照《中华人民共和国社会保险法》《衢州市基本医疗保险定点医疗机构服务协议》《衢州市基本医疗保险定点零售药店服务协议》等相关规定处理。（监管处）

用人单位未按规定办理基本医疗保险参保手续，不如实申报基本医疗保险缴费基数，无故不缴纳基本医疗保险费的，按《中华人民共和国社会保险法》《社会保险费征缴暂行条例》等相关规定处理。

第九十八条 医疗保障经办机构可会同卫健、市场监管等部门，定期或不定期对定点医药机构的医保服务管理情况进行监督检查。

第九十九条 任何组织或者个人有权对违反医疗保险法律、法规的行为进行举报、投诉。

第一百条 公民、法人或其他社会组织（以下简称举报人）对医疗保障经办机构工作人员、定点医疗机构、定点零售药店及其工作人员，以及参保人员等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，应予奖励。

医疗保障行政部门负责本辖区医保基金欺诈骗取行为的举报奖励工作。

第一百零一条 用人单位、参保人员、定点医药机构等认为各级医疗保障行政部门的具体行政行为侵犯其合法权益的，可以向医疗保障行政部门申请复核，也可依法提起行政复议或行政诉讼。

第十六章 附则

第一百零二条 除另有规定外，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，应当按照本实施办法参加职工医保，享受职工医保待遇。

在市内合法就业的港、澳、台同胞参照前款规定执行。

第一百零三条 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，企业或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，结合本市实际，可按规定建立的企业补充医疗保险。

第一百零四条 公务员、离休干部、二等乙级伤残军人、建国前老工人等群体的医疗保障待遇按原规定执行。

第一百零五条 参保人员的医保待遇启动后，已缴纳的医保费不予退回。

第一百零六条 因自然灾害等因素造成的大范围急、危、重病人抢救发生的医疗费用，由各区、县（市）政府协调解决。

第一百零七条 市医疗保障行政部门可会同市财政局和市卫健委可以根据当地疾病实际情况、基金支出水平等适时调整纳入慢性病门诊和特殊病种门诊的病种。

第一百零八条 除本实施办法有明确规定外，其他相应的配套政策，由市医疗保险行政部门会同有关部门另行制定。

第一百九条 本办法自2020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，以本实施办法为准。今后上级政府或医疗保障行政机关有新要求的，按新要求执行。