衢州市医疗保障暂行办法实施细则

（征求意见稿）

为贯彻落实《衢州市医疗保障暂行办法》（衢政发〔2020〕X号）文件精神（以下简称暂行办法），结合国家、省有关医疗保障经办管理要求和我市运行实际，制定本实施细则。

第一章 参保征缴

第一条 用人单位和职工、城镇个体工商户和雇工按规定向单位、就业所在地医保经办机构办理职工医保参保登记手续。领取失业保险金期间的失业人员由参保地失业保险经办机构按规定在当地参保。灵活就业人员在户籍所在地（或本市居住证所在地）或原参保地参加职工医保。

第二条 本市户籍居民和持有本市居住证的人员在户籍所在地（或居住地）参加居民医保。在校学生在学籍地（或户籍所在地）参加居民医保。未办理居住证的学龄前儿童可凭第一监护人本市居住证参加所在地居民医保。

需要参加当年居民医保的，个人缴费按当年个人缴费标准全额缴纳；大中专院校中非本市户籍的当年新生和毕业生可按50%缴纳，新生的参保时间为9月1日，毕业生的停保时间为8月31日。

第三条 新成立的用人单位应当在设立之日起30日内参保。

用人单位名称、住所、单位类型、法人代表（或负责人）等发生变化或单位依法终止时，应在30日内办理变更或注销登记手续。

用人单位发生人员新增、调动、解除劳动合同、辞退、辞职、退休、死亡等变动时，应按规定及时申报，办理核销或变动登记手续。

第四条 用人单位在办理企业登记时办理医疗保险缴费登记。

第五条 职工和灵活就业人员缴费基数按国家规定的职工工资统计口径计算。高于全省上年度职工月平均工资300%的，按全省上年度职工月平均工资300%确定；低于全省上年度职工月平均工资60%的，按全省上年度职工月平均工资60%确定。缴费基数保留到元。

第六条 新参加工作、重新就业人员，从进入用人单位之月起，可按用人单位确定的月工资收入作为当年缴费基数。

用人单位和灵活就业人员未按规定时间申报调整下年度缴费基数的，医保经办机构按规定核定下年度缴费基数。

第七条 用人单位和个体工商户应于每月10日前向主管税务部门如实申报当月单位缴费基数和应缴社会保险费数额并足额缴纳医疗保险费

第八条 暂行办法实施前未建立医保个人账户的用人单位和灵活就业人员，设立五年的缴费过渡期。缴费过渡期内允许按原职工医保政策规定的缴费比例缴纳职工医保费，不建医保个人账户，生育保险费按0.5%缴纳。

缴费过渡期内新成立的用人单位和新增的灵活就业人员也可以按原政策规定的缴费比例缴纳职工医保费，不建医保个人账户，生育保险费按0.5%缴纳。

　　第九条 新增资助参保对象当年未参保的，从确定资格之月起资助参保；当年已参保的，不退保费，次年资助参保。对退出对象，当年资助参保资格继续有效，次年不再资助。

第二章 医保待遇

第十条 职工医保计算享受个账待遇的建账实缴年限包括异地转入人员在异地统账结合的实际缴费年限。

第十一条 按照我市各级政府改制（破产）政策并按规定计提过社会保险费的机关事业、企业单位及改制（破产）时在职职工，2014年12月31日（含2014年12月31日）前已退休的，可以享受医保个账待遇；2015年1月1日起退休的，其在当地城镇职工基本医保制度实施后至医保个人账户制度实施前的实际医保缴费年限，可计算为建账实缴年限，退休后符合个账待遇条件方可享受。

第十二条 军人服役期间的职工基本医疗保险缴费年限及个人账户缴费年限，按照《中华人民共和国军人保险法》等规定执行。

第十三条 暂行办法实施前已经退休人员，其门诊待遇和住院待遇可继续享受；退休前的建账实缴年限加上退休后其所在用人单位继续缴费的建账实缴年限，仍不符合退休时政策规定最低缴费年限的人员，允许补缴不足年限，不足年限的补缴由其个人申请并承担，未补足年限的人员将停止个账待遇。

第十四条 连续足额缴费6个月以上（不含补缴）的在职职工可享受生育津贴。参加职工医保的灵活就业人员享受与其他参保职工同等的生育医疗待遇，不享受生育津贴。

第十五条 将恶性肿瘤，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（含丙型肝炎抗病毒治疗），糖尿病，血友病，肺结核，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。

对申请特殊门诊的人员，允许定点在市内所有开展住院业务的定点医疗机构和市外省内三级定点医疗机构。

第十六条 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。

慢性病门诊病种申请确认工作由二级及以上医疗机构或医共体牵头医院认定。

第十七条 同一种疾病享受特殊病种门诊待遇或慢性病门诊待遇，由参保人员自行选择，不得重复享受。已选择特殊病种门诊和慢性病门诊其中一项待遇的慢性病人员，首次申请更改待遇类型，自申请之日起执行，再申请更改的，自申请之日下一年度起执行。

第三章 参保关系接续

第十八条 欠费或中断缴费的医保参保人员，续保、欠费交清后，其待遇按以下规定执行：

1、年内中途要求参加居民医保的人员，其门诊待遇从参保缴费后次月享受，住院待遇、大病保险待遇从缴费满3个月后享受。

2、职工医保参保单位或个人欠费3个月内（含第3个月）的，补缴到账后即可享受职工待遇，欠费期间职工的医保待遇可由用人单位垫付，清欠后按规定报销，同时职工应退还单位为其垫付的费用；欠费3个月以上的，视同中断缴费，其门诊待遇从补缴后次月享受，住院待遇、大病保险待遇从缴费满3个月后享受。连续欠费满6个月的做中断参保关系处理。

3、中断缴费3个月内（含第三个月）重新参保且补缴中断年限的，次月可享受医保待遇。中断缴费未超过3个月且不补缴中断年限或者超过3个月的，重新参保缴费后用人单位职工的门诊待遇从次月起享受，住院待遇、大病保险待遇从重新参保缴费满3个月后享受；灵活就业人员重新参保缴费并补清原欠费后，门诊待遇从次月起享受，住院待遇、大病保险待遇从重新参保缴费满3个月后享受。

4、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。

第十九条 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）居民医保待遇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，参保缴费后享受职工医保待遇；其他对象转为职工医保的，按中断缴费人员重新参保享受职工医保待遇。

（二）职工医保待遇享受期内转为居民医保的，从职工医保停保次月起享受居民医保待遇；职工医保人员停保次月转为居民医保的，从参保缴费次月起享受居民医保待遇；其他对象转为居民医保的，按中断缴费人员重新参保享受居民医保待遇。

（三）转换险种后新产生的医疗费用按照转换后险种对应的标准执行，起付线、封顶线在一个结算年度内已承担（享受）的额度累计计算。已结算的额度超过转换后险种标准的，不予清算。

（四）转换险种后，原异地备案、特殊病种门诊、慢性病门诊、转院转诊等资格继续有效。

第二十条 参加职工医保的人员跨统筹区流动就业时，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就业的，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）参保人员跨衢州市范围流动就业的，原参保地医保经办机构应按规定在其办理停保手续时为其出具参保凭证，并在收到新就业参保地医保经办机构转移函后按规定办理转移手续。

（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，应终止我市医保参保并补足欠费。

第二十一条 跨统筹区调动的参保人员个人账户按规定进行转移。

第二十二条 因未参加职工基本养老保险而无需办理退休手续的我市户籍人员，其缴费和享受职工医保退休待遇的时间按法定退休年龄执行。

第二十三条 已享有职工医保退休待遇的人员，医保关系不予转移。

第二十四条 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。

第二十五条 参加居民医保的人员补足与职工医保缴费差额后，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。具体补缴标准：对应当年灵活就业人员参加职工医保最低缴费标准与居民医保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医保的，其所补缴的费用不予退还。

第四章　定点协议管理

第二十六条 我市范围内的医疗机构或零售药店申请医保定点服务资格时，应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），对审核符合申报条件的进行公示，公示期间无举报或举报经查不属实，为新增定点医药机构。结算和监管平台验收合格后，双方签订协议、开通刷卡结算功能，并向社会公告。

第二十七条 各统筹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。

第二十八条 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，并纳入医保医师库管理。对违反相关规定的医保医师，可暂停或终止其提供的医保服务。

第五章 医疗保障管理

第二十九条 参保人员凭社会保障卡或其他相应电子凭证（以下简称保障卡）就医、购药时，定点医药机构应当予以身份校验。

第三十条 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自付费用，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。

第三十一条 二级及以下医疗机构（含民营医疗机构）在药品招采平台采购金额占总采购金额70%以上的，可实行基金支付比例增加政策。

第三十二条 退休异地安置、长期异地居住和常驻异地工作人员，可将工作或居住区域所在的设区市设置为异地定点。异地定点办理经核准后生效，允许参保人员在定点地医疗保障的定点医疗机构就医并报销。异地定点确定后原则上一年内不得变更或取消，期间医疗待遇按以下规定执行：

1、住院待遇。参保人员在定点地的住院医疗费用，报销标准与衢州市内定点医疗机构等同；参保人员在非定点地的住院医疗费用，视同转院规定结算。

2、普通门诊待遇。参保人员在定点地的普通门诊医疗费用，联网结算的当即报销，未联网结算的原则上不予报销。原门诊包干费政策不再执行。

3、异地定点人员的慢性病门诊、特殊病种门诊、家庭病床仍按原规定执行。

第三十三条 以下几类特殊情形可按转诊处理： 一是同类疾病后续治疗人员因同类疾病再次入院治疗的，凭当年第一次转诊记录直接选择原诊治的定点医疗机构进行住院治疗（如癌症放化疗、骨折手术后需拆除钢板等）；二是有居住证等有效证明长期居住在外地人员；三是临时外出急性起病人员，在出差、旅游、探亲等临时外出时突发急、危、重症患者可以先按“就近、就急”的原则进行抢救和住院治疗。

第三十四条 办法中精神科、儿科、中医科三类专科疾病基金支付提高的范围为：衢州市范围内各精神专科医院，二级及以上综合性医院、中医院（中西医结合医院）、其他专科医院中依法设置的精神科开展各类精神疾病治疗的相关费用； 衢州市范围内各类二级及以上医院中依法设置的儿科对年龄在14周岁（含）以下儿童开展治疗的相关费用；衢州市范围内各二级及以上中医院（中西医结合医院）、综合性医院及其他专科医院依法设置的中医科在开展中医骨伤、针刺和灸法项目的相关费用。

第三十五条 对慢性病患者配药取药，允许实行慢性病种连续处方制度。暂将高血压、糖尿病、阿尔茨海默病、帕金森病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性肾脏病、支气管哮喘、肺结核、腹透、慢性阻塞性肺疾病、精神分裂症、情感性精神病、慢性前列腺增生、高脂血症、骨质疏松症、慢性肝炎等16种疾病纳入我市慢性病连续处方管理范围。一次处方用药量可根据病情需要最长放宽至12周。

第三十六条 实施签约服务医保差别化支付政策。卫健、医保要实现家庭签约医生信息的互联互通，对在基层医疗机构签约医生处就诊的参保人员，其符合规定的门诊医疗费用在原有报销比例基础上提高3个百分点。同时卫健部门每年应对签约医生进行考核，考核结果与医保差别化支付挂钩。

第三十七条 参保人员持本人保障卡在联网结算定点医药机构住院的医疗费用，属个人负担的由参保人员与定点医药机构直接结算；属医保基金支付的，由医疗保障经办机构与定点医药机构统一结算。

在未联网结算定点医药机构住院的医疗费用，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。

第三十八条 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依据，根据参保人自行承担的责任比例，剔除自行承担以外的费用进行报销结算。

第三十九条 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、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。

第六章 其他

第四十条 本细则中所称的统筹区是指医保基金单独核算的县（市、区）。市本级、柯城区、衢江区参保人员在市区定点医疗机构就诊的，视同本地就诊，市区内医疗机构的监督、结算和管理仍与统筹内医保经办机构按规定执行。

第四十一条 本细则与《衢州市医疗保障暂行办法》（衢政发〔2020〕X号）同步实施。