

永嘉县人民政府文件

永政发〔2019〕90号

永嘉县人民政府 关于印发永嘉县全民基本医疗保险办法的 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：

《永嘉县全民基本医疗保险办法》已经县政府第32次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真遵照执行。

永嘉县人民政府

2019年6月28日

（此件公开发布）

永嘉县全民基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为建立和完善本县基本医疗保险制度，保障参加基本医疗保险人员（以下简称参保人员）的基本医疗保险权益，根据《中华人民共和国社会保险法》、《温州市人民政府关于印发温州市全民基本医疗保险办法的通知》（温政发〔2018〕1号）等法律法规和政策规定，结合本县实际，制定本办法。

第二条 基本医疗保险坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，医疗保障水平应与经济发展水平相适应，并遵循下列原则：

（一）城乡统筹、全民覆盖。对本县全体居民作出基本医疗保障制度安排，实现人群基本全覆盖。

（二）制度贯通、分类享受。保障参保人员不同的基本医疗需求，符合参保条件的人员可按规定选择和转换不同的医疗保险。

（三）多方筹资、合理分担。建立单位、个人缴费和政府补助相结合的筹资机制，鼓励社会捐赠。

（四）分级负责、市级统筹。本县作为独立的统筹区，按照属地管理的原则，实施医疗保险基金的筹集、使用和管理，积极参与温州市建立市级统筹风险调剂金。待条件成熟时，实现温州市基本医疗保险基金统收统支。

第三条 构建以基本医疗保险为主体、大病保险为延伸、医

疗救助为托底、社会慈善和商业保险为补充的多层次医疗保障体系。

第四条 医疗保障行政部门主管本辖区医疗保险工作，负责本办法的组织实施以及基本医疗保险统筹规划、政策制定、监督管理。

发改、经信、教育、公安、民政、财政、人力社保、卫生健康、审计、市场监管、总工会、残联以及税务等部门按照各自职责，协同做好医疗保险工作。

乡镇（街道）政府负责本辖区城乡居民基本医疗保险组织实施工作。乡镇（街道）成立城乡居民基本医疗保险管理办公室，负责城乡居民医保政策宣传与贯彻执行、组织发动参保、参保资金复核与缴入国库、报销材料收件与初审等工作。社区（村）成立城乡居民医保管理小组，负责做好城乡居民参保的宣传、参保资金的收缴、政策咨询、信息录入等工作。

第二章 职工基本医疗保险

第五条 本县行政区域内的下列人员应参加职工基本医疗保险（以下简称职工医保）：

（一）国家机关、事业单位、社会团体、企业、个体经济组织、民办非企业单位及其职工（含退休、退职人员）；

（二）已在本县参加职工基本养老保险的劳动年龄段内的灵活就业人员；

(三) 国家、省、市规定的其他人员。

第六条 本县职工医保基金由统筹基金和个人账户基金构成，职工医保费以上一年度全省在岗职工月平均工资为缴费基数，用于建立统筹基金和个人账户基金。

第七条 职工应当参加职工医保，由用人单位和职工按照本办法规定共同缴纳职工医保费。

第八条 本县职工医保（含住院统筹和门诊统筹）缴费比例按当年医疗保险缴费基数的 3%—11%之间确定。

职工医保门诊统筹政策实施前已办理退休手续并享受住院统筹待遇的灵活就业人员，门诊医疗保险费由本人按缴费当年医疗保险缴费基数和费率一次性缴纳（其中财政补助 50%）；门诊统筹政策实施前用人单位已退休、退职并终身享受职工医保住院统筹待遇的人员，不再缴纳门诊医疗保险费，按规定到辖区社（医）保经办机构办理参保手续后，可终身享受门诊统筹待遇。一次性缴费年限计算标准为：不满 70 周岁的，按实际年龄计算至 75 周岁；70 周岁以上的，按 5 年计算。缴费年限超过 20 年的，按 20 年计算。

目前，本县用人单位及参保人员（含职工和灵活就业人员）暂按下列标准和方式缴纳职工医保费：

（一）用人单位应按当月在职人员工资总额的 6.3%（其中住院统筹 4%、门诊统筹 2.3%），按月缴纳职工医保费。职工本人按本年度医疗保险缴费基数的 1.2%，由参保单位在其工资中按月代扣代缴；

(二)灵活就业人员应按本年度医疗保险缴费基数^{7.5%}，按月缴纳职工医保费。

第九条 参保人员应同时参加职工大病医疗救助统筹。大病医疗救助统筹月缴费标准不高于上年度全省在岗职工月平均工资的^{0.2%}。目前，本县暂按下列标准和方式缴纳：

(一)在职人员每人每月^{2元}，由参保单位在其工资中代扣代缴，按月缴纳；

(二)灵活就业人员每人每月^{2元}，按月缴纳；

(三)退休、退职人员每人每月^{2元}，由养老保险金(退职金)发放单位代扣代缴，按月缴纳。

第十条 参加职工医保的参保人员(机关、财政全额拨款事业单位人员除外)达到法定退休年龄，在办理退休手续时，其参加职工医保累计最低缴费年限应届满^{20年}，其中在本县实际缴费年限应届满^{10年}，退休后不再缴纳职工医保费，终身享受医疗保险待遇。用人单位应按职工在本单位实际工作年限，缴纳相应年限的职工医保费。

参保职工未达到规定缴费年限的，在办理退休手续时，应按缴费当年医疗保险缴费基数和用人单位的费率标准一次性缴费至规定年限。引进人才、公职人员异地调入、转业军官等人员参加本县基本医疗保险按上级有关规定执行。

第十一条 职工医保个人账户按照下列标准和方式划建：

(一)在职人员、法定劳动年龄段的灵活就业人员，按缴费基数^{1.2%}缴纳的门诊医疗保险费全部按实计入个人账户；

(二)根据不同年龄段,按缴费基数的一定比例,从参保单位(灵活就业人员本人)缴纳的门诊医疗保险费中划入个人账户:

1. 不满 45 周岁的,按 1%划入;
2. 45 周岁以上至退休(退职)前的,按 1.3%划入;
3. 退休(退职)后不满 70 周岁的,按 2%划入;
4. 70 周岁以上的,按 2.3%划入。

第十二条 参保单位、参保人员应按规定及时足额缴纳医疗保险费。未按规定缴纳的,由税务部门按《社会保险费征缴暂行条例》的规定责令限期缴纳;逾期仍不缴纳的,除补缴欠缴数额外,从欠缴之日起,按日加收万分之五滞纳金。滞纳金并入统筹基金。

基本医疗保险费不得减免,基本医疗保险基金不计征税、费。

第十三条 职工医保费按月缴纳的人员,中断 3 个月以内的,按规定补缴职工医保费后,视为连续参保;中断超过 3 个月的,视为新参保,按当年医疗保险缴费基数补足中断期间的职工医保费后,承认中断期间的缴费年限,但不享受中断期间及重新缴费开始 6 个月以内的职工医保住院统筹待遇,其门诊统筹待遇从缴费当月开始享受。

职工医保费按年缴纳的人员,一个医保年度内未缴费的,按规定补缴职工医保费后,承认缴费年限,但不享受中断期间及重新缴费开始 6 个月以内的职工医保住院统筹待遇,其门诊统筹待遇从缴费当月开始享受。

首次参保的单位和参保人员,不能补缴参保前的职工医保

费。

第十四条 用人单位和参保人员在参保并产生缴费台账后，未按规定缴费的，视为欠缴职工医保费，参保人员在欠缴期间发生的医疗费由所在单位承担，基本医疗保险基金不予支付。

参保单位和参保人员重新开始缴纳并补缴欠缴期间的医疗保险费和滞纳金后，参保人员可继续享受欠缴期间的职工医保待遇。

第十五条 参保单位首次参加职工医保并缴纳医保费的，其职工在缴费当月即享受职工医保住院统筹和门诊统筹待遇。

已整体参保的单位（机关、财政全额拨款事业单位人员除外），其新增的职工医保参保人员在缴费当月享受门诊统筹待遇，其新增的职工医保参保人员住院统筹待遇在连续缴费满 6 个月后的第 7 个月开始享受。

第十六条 首次参加职工医保的灵活就业人员，按年度缴费的，在首次缴费后的第 7 个月开始享受住院统筹待遇；按月缴费的，在连续缴费满 6 个月后的第 7 个月开始享受住院统筹待遇。门诊统筹待遇在缴费当月即可享受。

第十七条 参保人员符合基本医疗保险规定范围的住院医疗费按医疗机构等级设立统筹基金起付标准：一级及其他医疗机构 200 元，二级及相应医疗机构 300 元，三级及相应医疗机构 600 元。

一个医疗保险年度（简称医保年度）内设一次住院起付标准。参保人员年度内多次住院且所住医院级别高低不同的，按其各次

住院中所住医院级别最高的一次计算起付标准。

第十八条 一个医保年度内，参保人员发生的符合基本医疗保险规定范围的住院医疗费用（含特殊病种门诊，下同）年度最高限额为上年度全省在岗职工年平均工资的 6 倍。

第十九条 一个医保年度内，参保人员发生的符合基本医疗保险规定范围的住院医疗费用，累计在起付标准以下部分由个人自负；超过起付标准至最高限额以下部分，在职人员和退休人员住院统筹基金分别支付 90%和 95%，个人分别自负 10%和 5%；超过最高限额的住院医疗费用，住院统筹基金不予支付。

第二十条 一个医保年度内，参保人员发生的符合基本医疗保险规定范围的住院医疗费用在职工医保住院统筹基金最高限额以上、不超过大病医疗救助最高限额的部分，大病医疗救助金支付 90%。

大病医疗救助最高限额为 15 万元，超过大病医疗救助最高限额的住院医疗费用，大病医疗救助金不予支付。

第二十一条 一个医保年度内，职工医保参保人员符合基本医疗保险规定范围的门诊费用先由个人账户当年资金支付，个人账户当年资金支付完毕后，按以下规定支付：

（一）门诊医疗费用在最高限额 10000 元以下的部分，由门诊统筹基金按照下列比例负担：

1. 在三级及相应医疗机构就医的，门诊统筹基金支付 50%，个人自负 50%；

2. 在二级及相应医疗机构就医、零售药店购药或者在急救

车内抢救的，门诊统筹基金支付 70%，个人自负 30%；

3. 在一级及其他医疗机构、社区卫生服务机构就医的，门诊统筹基金支付 80%，个人自负 20%。

（二）超过最高限额的门诊医疗费用，门诊统筹基金不予支付。

第三章 城乡居民基本医疗保险

第二十二条 本县行政区内的下列人员应参加城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）：

- （一）具有本县户籍的非从业人员；
- （二）本县大中专院校在册学生（以下简称大学生）；
- （三）本县中小学、幼儿园的在册学生儿童（以下简称学生儿童）；
- （四）国家、省、市规定的其他人员。

第二十三条 城乡居民医保费由参保人员个人缴费和政府财政补助组成，用于建立城乡居民医保统筹基金。其中，个人缴费额应达到当地城乡居民医保年筹资标准的 30%左右，并随基金收支和待遇调整情况，适当提高个人缴费水平；财政补助部分，按照现行财政体制分别承担。

第二十四条 城乡居民以户为单位按年度缴纳医保费，一个年度内城乡居民医保缴费额不变，城乡居民在规定时间内缴费后，从次年的 1 月 1 日至 12 月 31 日按照本办法规定享受城乡居

民医保待遇。

第二十五条 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、孤儿、困境儿童、抚恤优待对象、现役军人父母，个人不缴费，其城乡居民医保费由财政全额补助。

第二十六条 在本县学校、幼儿园就读、就托的非本县户籍的大学生及学生儿童参加城乡居民医保，享受与本县户籍学生儿童同等财政补助政策。

在校学生儿童以学校、幼儿园为单位整体参保，具体办法另行规定。

第二十七条 符合参保条件的复员军人、婚嫁迁入、归正人员、大学毕业生等人员可以在3个月内办理参保缴费手续，缴纳当年度城乡居民医保费后，从缴费次月起享受剩余月份的城乡居民医保待遇。

未能按本办法第十条规定一次性补足规定年限职工医保费的退休参保人员，符合城乡居民医保参保条件的，可在3个月内办理城乡居民医保参保手续，缴纳当年度城乡居民医保费后，从缴费次月起享受剩余月份的城乡居民医保待遇。

第二十八条 新生儿父母一方参加城乡居民医保的，新生儿不需缴纳当年度城乡居民医保费，从第二年起按规定缴纳城乡居民医保费，出生当年按以下规定享受城乡居民医保待遇：

（一）出生3个月内办理参保手续的，即可享受当年度城乡居民医保待遇；

（二）出生3个月之后办理参保手续的，从参保次月起享受

当年度剩余月份的城乡居民医保待遇。

第二十九条 城乡居民应当在规定时间内持本人身份证、户口簿及其他有效证件到社区（村）办理城乡居民医保登记、缴费手续。

学校、幼儿园应协同做好在校（园）学生儿童参保的资格确认、信息录入和保费代收工作，到辖区医保经办机构办理参保登记、核定缴费标准后，将保费缴入国库。

第三十条 参加城乡居民医保的本县户籍非从业人员，可转为参加职工医保，相关缴费标准、待遇享受等按本办法第二章规定执行。参保人员达到国家法定退休年龄时，其原城乡居民医保缴费年限按5年折算为1年的标准折算为职工医保缴费年限。其中，学生儿童参加城乡居民医保，其城乡居民缴费年限不能折算为职工医保缴费年限。

第三十一条 城乡居民医保参保人员的筹资标准和医疗费用支付标准，根据本县城乡居民医保基金运行情况，在年度城乡居民医保筹资文件中另行规定。

第三十二条 儿童白血病和先天性心脏病按照《浙江省提高儿童白血病和先天性心脏病医疗保障水平实施方案》执行。

第四章 补充医疗保险

第三十三条 建立大病保险制度，参加职工医保和城乡居民医保的参保人员统一纳入大病医疗保障制度范围。按照公平、可

持续的原则，建立政府、单位、个人合理分担的多渠道筹资机制。大病保险实行温州市级统筹，具体筹资标准、起付标准、待遇支付标准等按温州市大病保险政策执行。

第三十四条 鼓励用人单位为本单位职工建立补充医疗保险，用于补助本单位职工个人负担过重的医疗费用，所需补充医疗保险费在工资总额 4% 以内的部分，在劳动保险费中列支。

鼓励商业保险公司开发适销对路的保险产品和服务，发展与基本医疗保险相衔接的商业保险，满足多样化、多层次的医疗保障需求。

第三十五条 国家公务员在参加职工医保的基础上，按现行政策参加国家公务员医疗补助，享受相应医疗补助待遇。公务员医疗补助办法由医疗保障行政部门会同财政部门制定，报县人民政府批准后公布实施。

第五章 其他人群参保

第三十六条 本县职工医保制度实施前已退休、退职人员，用人单位按照参保当年医疗保险缴费基数和费率及退休退职人员应缴年限一次性缴纳职工医保费。一次性缴纳有困难的可申请分期缴纳，分期缴纳期限为 3 至 10 年。退休、退职人员应缴年限计算标准为：不满 70 周岁的，计算至 75 周岁；70 周岁以上的，按 5 年计算。

第三十七条 离休干部（老红军）、二等乙级以上革命伤残

军人医疗待遇不变，医疗经费由原渠道解决。

第三十八条 建国前参加革命的老工人在参加基本医疗保险的基础上，用人单位应给予建立补充医疗保险。其符合基本医疗保险规定范围的应由个人自负的住院医疗费，用人单位予以全额补助；其符合范围的门诊医疗费个人账户支付后的自负部分，由用人单位予以补助 50%。

改制企（事）业单位的建国前参加革命的老工人，门诊医疗费已按温政办发〔2001〕30 号文件规定给予补助的，其自负部分不再予以补助。

第三十九条 市级以上劳动模范和 1956 年至 1964 年期间的省先进生产（工作）者，符合基本医疗保险规定范围的医疗费，按有关规定支付。

企（事）业单位的市级以上劳动模范，其符合范围的门诊医疗费个人账户支付后的自负部分，由用人单位按温政发〔2004〕49 号文件规定给予补助；但改制企（事）业单位的市级以上劳动模范，门诊医疗费已按温政发〔2004〕49 号文件规定给予补助的，其自负部分不再予以补助。

第四十条 职工医保门诊统筹政策实施前改制企（事）业单位改制时已退休（退职）并享受住院统筹待遇的人员，不再缴纳门诊医疗保险费，享受门诊统筹和住院统筹待遇。门诊医疗包干费不再发放。

职工医保门诊统筹政策实施后改制的企（事）业单位职工，在职工医保门诊统筹政策实施前已退休、退职并已终身享受住院

统筹待遇的，按照前款规定执行。

第四十一条 职工医保门诊统筹政策实施后改制的企（事）业单位职工，在职工医保门诊统筹政策实施后且在改制时已退休（退职）的，以上一年度全省在岗职工月平均工资为缴费基数，由用人单位按缴费当年的费率标准一次性缴纳职工医保费后，方可终身享受门诊统筹和住院统筹待遇。缴费年限不足 20 年的，一次性补足 20 年。门诊医疗包干费不再计提发放。

第四十二条 职工医保门诊统筹政策实施后企（事）业单位改制时解除劳动关系的人员，由用人单位根据本人相应工龄，以上一年度全省在岗职工月平均工资为缴费基数，按缴费当年的费率标准一次性缴纳住院医疗保险费和门诊医疗保险费，享受相应年限的住院统筹和门诊统筹待遇。门诊医疗费不再计提发放。

享受待遇期满后，应按规定继续缴纳住院医疗保险费和门诊医疗保险费，方可继续享受住院统筹和门诊统筹待遇。至法定退休年龄，缴费年限不足 20 年的，一次性补足 20 年，终身享受住院统筹和门诊统筹待遇。

第四十三条 职工医保门诊统筹政策实施后改制的企（事）业单位退休人员补充医疗保险费的提取发放、离休人员医疗保险费的提取，按照原政策规定执行。

第四十四条 用人单位破产的，应为一至四级工伤职工缴纳职工医保费，以当年医保缴费基数按每年递增 3% 计算一次性缴纳职工医保费至退休，退休时缴费年限不满 20 年的，由用人单位一次性补足后，终身享受职工医保待遇。

第六章 基本医疗保险基金管理

第四十五条 本县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，基本医疗保险基金的来源为：

- （一）单位和个人缴纳；
- （二）财政补贴；
- （三）集体扶持；
- （四）基本医疗保险基金的存款利息；
- （五）公民、法人及其他组织的捐赠和其他收入。

职工医保基金、职工大病医疗救助金和城乡居民医保基金实行财政专户管理，专款专用，分档核算。任何单位和个人不得挤占挪用，已缴纳的医疗保险费不予退还。职工医保统筹基金和个人账户基金实行分别管理，分开核算。

第四十六条 医疗保障行政部门应建立健全医疗保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。医疗保险工作经费列入财政预算，不得从基金中提取。

基本医疗保险费纳入财政专户管理，由财政部门依法进行监督。审计部门应定期对基本医疗保险基金的收支情况进行审计。

第四十七条 基本医疗保险基金实行收支预算管理，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。不足支付时，由财政按照现行财政体制保障解决，统一划入基本

医疗保险基金财政专户。

第四十八条 统筹基金用于支付符合基本医疗保险规定的超过起付标准至最高限额以下、个人自负部分以外的医疗费用和部分特殊病种门诊医疗费用。

第四十九条 职工个人账户主要用于下列医疗费用：

（一）个人账户当年资金用于支付符合基本医疗保险规定范围的在定点医疗机构就医的门（急）诊费用和在定点零售药店购买药品的费用；

（二）个人账户历年结余资金可用于支付基本医疗保险按规定由个人承担的自理、自付、自费医疗费用；可用于支付使用除国家扩大免疫规划以外的预防性免疫疫苗费用；可用于支付职工医保参保人员配偶、子女、父母的医疗保障费用，实现家庭成员之间共济互助；

（三）个人账户历年结余资金可用于支付参保人员本人、近亲属购买商业健康保险。

第五十条 职工个人账户按照下列规定管理：

（一）个人账户年初预划，当年全部资金可以在本年度内调剂使用；

（二）一个年度内，参保人员年龄段发生变化的，当年个人账户划入比例不变，从下一年度起予以调整；

（三）参保人员不再参加职工医保的，经本人申请后，个人账户历年结余可转入社会保障·市民卡个人账户；

（四）参保人员死亡后，个人账户余额可由其法定继承人依

法继承;

(五) 参保人员出国(境)定居的,个人账户余额一次性发还本人;

(六) 参保人员工作调动的,个人账户余额可予以转移到调入地;调入地未实行门诊统筹的,其个人账户余额可一次性发还本人;当年度个人账户有透支的,应当结清透支的医疗费;

(七) 异地转入的参保人员,根据转入当月的年龄,预划当年剩余月份的个人账户;

(八) 参保人员个人账户中当年划入额不计息,上年末个人账户余额按银行同期居民储蓄活期存款利率计息,每年度计息一次。

第五十一条 基本医疗保险基金的银行计息办法:

(一) 当年筹集的部分,按同期银行活期存款利率计息;

(二) 上年结转的基金本息,按3个月期整存整取银行存款利率计息;

(三) 存入社会保障财政专户的沉淀资金,比照3年零存整取储蓄利率计息,并不低于该档次利率水平。

第五十二条 职工医保费的列支渠道:

(一) 国家机关和财政全额拨款的事业单位,在社会保障费中列支;

(二) 其他事业单位,在医疗费中列支;

(三) 企业在劳动保险费中列支。

第七章 基本医疗保险服务管理

第五十三条 基本医疗保险的医疗服务由定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点医药机构）承担。本县医保经办机构与通过审查的医药机构签订定点服务协议，实行协议管理，明确双方的权利和义务。定点服务协议管理办法由医疗保障行政部门另行制定。

第五十四条 医疗保障行政部门可探索向非定点医疗机构购买专项医疗服务的形式，为参保人员提供指定医疗服务。

第五十五条 纳入统筹基金支付的医疗费用应符合《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》。

参保人员需要使用乙类药品、乙类服务项目发生的医疗费，先由个人自理部分医疗费后，再按规定支付。

参保人员在定点医疗机构留观并住院发生的医疗费用，纳入住院统筹基金支付。

第五十六条 建立健全特殊病种门诊管理制度和慢性病门诊管理制度。其中，职工医保和城乡居民医保特殊病种门诊范围按以下规定执行，待遇标准视同住院，其医疗费用列入统筹基金支付范围，具体病种为：

- （一）各类恶性肿瘤的治疗；
- （二）器官移植后的抗排异治疗；
- （三）肾功能衰竭的腹膜透析、血液透析；

- (四) 系统性红斑狼疮的治疗;
- (五) 再生障碍性贫血的治疗;
- (六) 血友病的治疗;
- (七) 精神分裂症治疗;
- (八) 重症情感性精神障碍治疗;
- (九) 肺结核病辅助治疗(国家免费抗结核病药物治疗除外);
- (十) 儿童孤独症治疗;
- (十一) 失代偿期肝硬化;
- (十二) 癫痫。

基本医疗保险特殊病种范围由医疗保障行政部门会同财政等相关部门根据基金收支情况制定调整方案,报县人民政府批准后执行。慢性病门诊管理制度根据上级文件和基金承受能力另行制定。

第五十七条 参保人员就医购药,应当出示社会保障·市民卡,定点医药机构应校验核实参保人信息后,方可刷卡就诊、购药。

第五十八条 参保人员在定点医疗机构住院时,应向医疗机构缴纳一定额度的预付款,用于个人负担的医疗费用。

参保人员住院治疗终结时,定点医疗机构应通知出院,及时办理出院手续。参保人员无正当理由拒绝出院的,自通知之日起一切费用由参保人员个人承担。

第五十九条 参保人员在定点医药机构发生的医疗费中属

个人负担的部分，定点医药机构应向参保人员收取；医疗保险基金支付的部分，定点医药机构应当如实记账。

第六十条 定点医药机构应将医疗费用结算单、费用明细清单等数据及时传送医保经办机构。

医保经办机构应根据基本医疗保险规定的支付范围和支付标准对医疗费进行审核，扣除不符合规定的医疗费后，将其余医疗费按协议约定拨付给定点医药机构。

第六十一条 本县基本医疗保险付费实行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，探索实施按病种（按疾病组）、按人头、按服务单元付费等付费方式，具体结算办法另行制定。

第六十二条 参保人员因病情需要转温州市外（省内“一卡通”医疗机构除外）就诊的，需辖区内二甲或以上医疗机构出具转诊证明书。

职工医保参保人员，已办理转诊手续或因紧急情况就医的，其发生的符合基本医疗保险规定范围的住院和特殊病种门诊医疗费用，先由个人按 5%自理，再按基本医疗保险住院统筹待遇支付；未办理转诊手续（紧急就医除外）的参保人员，自行到温州市外医疗机构就诊的，其医疗费用报销比例进一步下降，先由个人按 10%自理，再按基本医疗保险住院统筹待遇支付。

城乡居民医保参保人员转外就医规定按年度筹资文件执行。

第六十三条 职工医保参保人员市内跨参保地就医发生的医疗费用和按规定转市外就诊发生的门诊医疗费用，个人不再自理，直接按参保地基本医疗保障待遇报销。城乡居民医保参保人

员转永嘉县外就医发生的门诊医疗费用，城乡居民医保基金不予支付。

第六十四条 参保人员因紧急情况需在本县非定点医疗机构就医发生的医疗费用，先由个人垫付后，由用人单位或者个人按有关规定到医保经办机构审核结算，待病情稳定后转入定点医疗机构就医，按规定报销医疗费用。

第六十五条 异地长期居住、常驻异地工作（一年以上）的职工医保参保人员，办理异地安置手续后，可在当地指定医疗机构就医，所发生的医疗费用，回本县零星报销的按本县医保待遇执行；异地长期居住的城乡居民医保参保人员办理异地安置手续后，在就医地发生的住院医疗费用，按城乡居民医保年度筹资文件规定执行。

第六十六条 已按规定办理转诊与异地安置备案手续的人员，在全国联网跨省异地定点医药机构刷卡结算的，原则上按就医地医保政策确定符合基本医疗保险规定范围的医疗费用，起付标准、支付比例、最高限额按本县政策执行。

第六十七条 参保人员不得重复享受基本医疗保险待遇，已享受本县范围外的其他地区基本医疗保险待遇的，其医疗费用本县医保基金不予支付。

第六十八条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

（一）在基本医疗保险药品目录、医疗服务项目目录和省市有关规定以外的医疗费用；

(二)在非医疗保险定点医疗机构、定点药店就医、购药(紧急情况除外)发生的医疗费用;

(三)应当从工伤保险基金等其他险种基金中支付的医疗费用;

(四)应当由第三人负担的医疗费用;

(五)应当由公共卫生负担的医疗费用;

(六)在境外就医的医疗费用;

(七)法律、法规、规章及政策规定不纳入基本医疗保险基金支付范围的医疗费用。

第六十九条 城乡居民医保参保人员缴费当年转为参加职工医保的,在缴费当月享受职工医保门诊统筹待遇,在连续缴满职工医保费6个月后的第7个月起享受职工医保住院统筹待遇,参加职工医保缴费6个月内发生的住院医疗费用按城乡居民医保待遇执行。

第七十条 一个医保年度内,参保人员发生的符合基本医疗保险规定范围的住院医疗费用最高限额,在不同险种间转换时,按就高不就低的原则确定,对转换前发生的符合基本医疗保险规定范围的医疗费用,在转换险种后予以累计。

第七十一条 本县基本医保运行机制可探索委托管理、购买服务等方式,降低管理成本,提高工作效率,方便群众就医。

第八章 监督检查

第七十二条 医疗保障行政部门根据社会保险法等相关法律法规的规定，应当加强对用人单位、定点医药机构、个人遵守社会保险法律、法规情况的监督检查。可以通过日常巡查、随机抽查等多种方式对医保经办机构和医药机构的协议管理工作程序、执行医疗保险政策法规、履行服务协议情况以及各项监管制度落实情况进行监督检查。探索通过参保人员满意度调查、引入第三方评价、聘请社会监督员等方式，拓宽监督途径、创新监督方式，畅通举报投诉渠道。

医疗保障行政部门实施监督检查时，被检查的用人单位、定点医药机构、个人应当如实提供与医疗保险有关的资料，不得拒绝检查或者谎报、瞒报。

医保经办机构负责医疗保险稽核工作，由稽核部门具体承办医疗保险稽核工作。

第七十三条 财政部门、审计机关按照各自职责，对医保基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

第七十四条 医疗保障行政部门对医保基金的收支、管理和投资运营情况进行监督检查，发现存在问题的，应当提出整改建议，依法作出处理决定或者向有关行政部门提出处理建议。医保基金检查结果应当定期向社会公布。

医疗保障行政部门对医保基金实施监督检查，有权采取下列措施：

（一）查阅、记录、复制与医保基金收支、管理和投资运营相关的资料，对可能被转移、隐匿或者灭失的资料予以封存；

(二)询问与调查事项有关的单位和个人,要求其对与调查事项有关的问题作出说明、提供有关证明材料;

(三)对隐匿、转移、侵占、挪用医保基金的行为予以制止并责令改正。

第七十五条 医疗保障行政部门和其他有关行政部门、医保经办机构、社会保险费征收机构及其工作人员,应当依法为用人单位和个人的信息保密,不得以任何形式泄露。

第七十六条 任何组织或者个人有权对违反社会保险法律、法规的行为进行举报、投诉。

医疗保障行政部门、卫生健康行政部门、医保经办机构、社会保险费征收机构和财政部门、审计机关对属于本部门、本机构职责范围的举报、投诉,应当依法处理;对不属于本部门、本机构职责范围的,应当书面通知并移交有权处理的部门、机构处理。有权处理的部门、机构应当及时处理,不得推诿。

第七十七条 用人单位或者个人认为社会保险费征收机构的行为侵害自己合法权益的,可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

用人单位或者个人对医保经办机构不依法核定医疗保险费、支付医保待遇、办理医保关系转移接续手续或者侵害其他社会保险权益的行为,可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

个人与所在用人单位发生医保争议的,可以依法申请调解、仲裁,提起诉讼。用人单位侵害个人医保权益的,个人也可以要求医疗保障行政部门或者社会保险费征收机构依法处理。

第七十八条 医疗保障行政部门应加强内部管理，建立报销支付审核监管制度。医保经办机构应建立报销审核责任制，确保基本医疗保险基金安全。

第七十九条 医疗保障行政部门应成立基本医疗保险专家库，履行以下职能：

- （一）为医疗保险配套政策的制定提供专业咨询；
- （二）为医疗保险的管理工作提供专业技术指导；
- （三）对有争议的医疗行为进行技术鉴定；
- （四）其他相关职能。

第九章 法律责任

第八十条 用人单位未按规定办理社会保险登记、未按时足额缴纳基本医疗保险费的，按《中华人民共和国社会保险法》有关规定执行。

第八十一条 参保人员以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险待遇的，由医疗保障行政部门责令退回骗取的医疗保险基金，并按《中华人民共和国社会保险法》有关规定予以处罚，同时抄告相关部门，将其不诚信行为纳入本县信用评价体系；情节严重的，医保经办机构可以改变其基本医疗保险费用结算方式。

第八十二条 医保经办机构和医药机构要严格遵循服务协议的约定，认真履行协议。对违反服务协议约定的，应当按照协

议约定追究违约方责任。暂停或解除定点医药机构服务协议，应提交医疗保障行政部门备案。

医保经办机构、定点医药机构等社会保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回骗取的医疗保险基金，并按《中华人民共和国社会保险法》有关规定予以处罚。

第八十三条 医保经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由医疗保障行政部门责令其限期改正，追回医疗保险基金损失，并给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（一）工作严重失职或者违反财经纪律造成医疗保险基金损失的；

（二）利用职权和工作之便徇私舞弊、索贿受贿、牟取私利的；

（三）擅自更改医疗保险待遇或者放宽医疗保险支付标准的；

（四）其他违反医疗保险有关规定的行为。

第八十四条 违反本办法规定，隐匿、转移、侵占、挪用社会保险基金或者违规投资运营的，由医疗保障行政部门、财政部门、审计机关责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第八十五条 医疗保障行政部门和其他有关行政部门、医保经办机构、社会保险费征收机构及其工作人员泄露用人单位和个人信息的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予

处分；给用人单位或者个人造成损失的，应当承担赔偿责任。

第八十六条 国家工作人员在医保管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第八十七条 违反本办法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十章 附 则

第八十八条 本县职工医保年度为当年7月1日至次年6月30日，本县城乡居民医保年度为当年1月1日至12月31日。

第八十九条 基本医疗保险、大病医疗救助等险种的政策，根据经济发展和基金收支平衡情况需要调整的，由医疗保障行政部门会同财政部门提出调整方案，报县人民政府批准后公布执行。

第九十条 探索建立长期护理保险制度，重点解决长期失能人员基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理等所需费用。筹资标准根据本县经济发展水平、护理需求、护理服务成本以及保障范围和水平等因素，按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则合理确定。

第九十一条 因自然灾害等因素造成的大范围急、危、重病入抢救发生的医疗费用，由县人民政府协调解决。

第九十二条 本办法所称的“以上”“以下”“以内”“届满”，包括本数；所称的“不满”“超过”，不包括本数。

本办法所称退职人员是指按国务院国发〔1978〕104号文件

办理退职手续的人员。

第九十三条 本办法自 2019 年 7 月 1 日起施行，其中涉及城乡居民基本医疗保险的相关政策，自 2020 年 1 月 1 日起施行。永嘉县人民政府颁布的《永嘉县城镇职工基本医疗保险暂行规定》（县政府 2001 年第 17 号令）《永嘉县职工基本医疗保险门诊医疗统筹办法》（永政发〔2011〕39 号）《永嘉县灵活就业人员基本医疗保险暂行办法》（永政办发〔2004〕84 号）同时废止。

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

2019 年 7 月 5 日印发
