

嘉兴市人民政府文件

嘉政发〔2024〕22号

嘉兴市人民政府关于 印发嘉兴市基本医疗保障办法的通知

各县（市、区）人民政府，市政府各部门、直属各单位：

《嘉兴市基本医疗保障办法》已经九届市人民政府第56次常务会议审议通过，现印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

嘉兴市人民政府

2024年11月22日

（此件公开发布）

嘉兴市基本医疗保险办法

为进一步健全和完善我市基本医疗保险制度，维护参保人员基本医疗保险权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《浙江省医疗保障条例》等法律法规，按照国家、省深化医疗保障制度改革和门诊共济改革有关要求，结合我市实际，制定本办法。

一、总体要求

（一）基本医疗保险制度应当坚持覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续，遵循保障水平与经济社会发展水平相适应、权利与义务相对应、公平与效率相结合原则，促进医疗、医保、医药协同发展和治理。

（二）建立健全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。

二、适用范围和职责

（三）本办法适用于嘉兴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（以下统称定点医药机构）及其监督管理服务机构等。

（四）市、县（市、区）人民政府应当将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划，建立健全医疗保障工作协调机制，将医疗保障工作所需经费列入财政预算。

镇人民政府、街道办事处应当按照上级人民政府要求做好医疗保障工作，村（居）民委员会应当协助做好医疗保障相关工作。

（五）市医疗保障主管部门负责全市基本医疗保障工作，县（市、区）医疗保障主管部门负责本行政区域内的基本医疗保障管理工作。各级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责具体医疗保障实施工作。

教育、公安、民政、司法行政、财政、人力社保、农业农村、卫生健康、退役军人事务、审计、市场监管、数据、工会、残联、税务等部门和单位在各自职责范围内做好医疗保障相关工作。

三、职工基本医疗保险

（六）本市行政区域内的下列单位和个人，按规定参加职工基本医疗保险（以下简称职工医保）：

- 1.国家机关、企事业单位、社会团体、社会服务机构、有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）及其职工（含雇工，下同）；
- 2.无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员）；
- 3.符合本办法规定的退休（职）人员；
- 4.国家、省、市规定的其他人员。

（七）用人单位应当自用工之日起30日内，为其职工申请办理职工基本医疗保险参保手续。

（八）职工医保费按月缴纳，缴费标准如下：

- 1.在职职工以本人上年度月平均工资作为缴费基数，按2%的比例缴纳，由用人单位按月代扣代缴。缴费基数下限按省人力社

保等部门每年公布的全省社会保险有关基数的规定确定，上限按省人力社保等部门每年公布的全省社会保险缴费基数 300% 确定。

2. 用人单位以本单位职工个人缴费基数之和作为缴费基数，按 9%（其中生育保险费 0.5%）的比例缴纳。

3. 灵活就业人员以省人力社保等部门每年公布的全省社会保险缴费基数下限作为缴费基数，由个人按 8%（其中生育保险费 0.5%）的比例缴纳。

4. 失业人员在领取失业保险金期间参加职工医保的，以灵活就业人员缴费标准缴纳，按规定由失业保险基金支付。

5. 缴费年限符合本办法规定的退休（职）人员不缴费。

（九）用人单位职工依法办理退休（职）手续或灵活就业人员达到法定退休年龄时的下列人员，可办理医保退休（职）手续：

1. 有职工医保缴费记录的本市户籍人员；
2. 正在本市职工医保参保缴费的非本市户籍人员。

（十）本市户籍职工依法办理退休（职）手续或灵活就业人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限合计满 20 年的，可依法办理医保退休（职）手续，按规定享受退休职工医保待遇。未达到上述缴费年限要求的，可由本人在户籍地或参保地选择按月延缴或一次性补缴职工医保费至规定年限，按月延缴期间其门诊、住院及个账划入等均按在职职工标准待遇规定执行（不享受生育津贴待遇）。按月延缴或一次性补缴标准如下：

1. 按月延缴：以省人力社保等部门每年公布的全省社会保险缴

缴费基数下限作为缴费基数，按 7.5% 的比例按月缴纳。

2. 一次性补缴：以省人力社保等部门每年公布的全省社会保险缴费基数下限作为缴费基数，按 6% 的比例一次性缴纳。

3. 一次性补缴的职工医保费全部划入统筹基金，计入职工医保缴费年限，不享受补缴期间职工医保待遇；进入待遇享受期后，补缴的职工医保费不予退回。

（十一）非本市户籍职工依法办理退休（职）手续或灵活就业人员达到法定退休年龄时，符合本省缴费年限要求且累计缴费年限满 20 年的，可依法办理医保退休（职）手续，按规定享受退休职工医保待遇。

未达到上述缴费年限要求的，可由本人在参保地选择按月延缴或一次性补缴职工医保费至规定年限，按月延缴期间其门诊、住院及个账划入等均按在职职工标准待遇规定执行（不享受生育津贴待遇）。按月延缴或一次性补缴标准规定如下：

1. 符合本省缴费年限要求、累计缴费年限不满 20 年的，以省人力社保等部门每年公布的全省社会保险缴费基数下限作为缴费基数，按 7.5% 的比例按月延缴、也可按 6% 的比例一次性补缴。

2. 不符合本省缴费年限要求的，以省人力社保等部门每年公布的全省社会保险缴费基数下限作为缴费基数，按 9.5% 的比例按月延缴至符合本省缴费年限要求，经本人向所属医保经办机构提出申请并经审核符合条件的，按符合本省缴费年限标准按月延缴或一次性补缴。

3. 一次性补缴的职工医保费全部划入统筹基金，计入职工医保

缴费年限，不享受补缴期间职工医保待遇；进入待遇享受期后，补缴的职工医保费不予退回。

（十二）用人单位应当按规定办理职工医保登记。参保人员自用人单位为其办理参保登记的第2个自然月起，享受职工医保待遇。

用人单位未按时足额缴纳职工医保费的，税务机关应当责令用人单位限期缴纳或补足，其参保人员自第2个自然月起暂时停止享受职工医保待遇；用人单位按时补缴保险费的，其参保人员在此期间发生的医疗费用由基本医疗保险基金报销。税务机关责令用人单位限期缴纳的期限，一般自作出决定之日起不超过60日。

用人单位逾期仍未缴纳或未补足职工医保费的，自欠缴职工医保费的第2个自然月起，其参保人员应当享受的职工医保待遇由用人单位承担；用人单位一次性足额补缴职工医保费的，其参保人员自补缴的第2个自然月起恢复享受职工医保待遇。

灵活就业人员达到法定退休年龄和退休（职）人员退休审批后3个月（含）内办理医保退休手续的，职工医保待遇享受不中断；超过3个月的，职工医保待遇自办理次月起享受。中断缴费的灵活就业人员达到法定退休年龄办理医保退休手续的，职工医保待遇自办理次月起享受。

（十三）职工医保基金实行统筹基金与个人账户相结合，个人账户由医保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，次年结转为历年个人账户。个人账户按规定计息，计息

标准按有关规定执行，其本金和利息归个人所有，可转移接续和依法继承。

(十四) 当年个人账户月划入标准规定如下：

1. 在职职工：按本人参保缴费基数 2% 的比例划入。

2. 退休（职）人员：按 195 元定额划入，适时根据全社会养老金水平和区域个账水平进行调整。

在职职工个人账户划入标准按用人单位上年度 12 月份申报的职工个人缴费基数和灵活就业人员的个人缴费基数确定，在次年 1 月 1 日调整；年中参保的次月调整，年中关系转出的当月调整。退休（职）人员个人账户划入标准，在办理医保退休（职）后的次月调整。

(十五) 个人账户使用规定如下：

1. 当年个人账户：主要用于支付在定点医药机构发生的符合医保支付范围的普通门（急）诊医疗费用和购药费用。

2. 历年个人账户：主要用于支付参保人员在定点医药机构发生的符合医保支付范围的自付费用和自费费用；可用于支付在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用；可用于支付近亲属参加本省居民医保、大病保险等个人缴费；可按规定共济给本人的近亲属使用。在职职工当年个人账户划入标准超过最低缴费基数 2% 以上部分，使用范围参照历年个人账户规定执行（除家庭共济外）。

个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费

等支出。

(十六) 一个结算年度内，职工医保参保人员在定点医药机构发生的符合医保支付范围的普通门（急）诊医疗费用和购药费用，先由当年个人账户支付，当年个人账户不足支付的，按下列规定执行：

1.起付标准及以下的费用由个人自付，起付标准在职职工为400元、退休（职）人员为200元，基层医疗机构就诊不设起付标准。

2.最高支付限额为10000元，超过的费用由个人自付。

3.起付标准以上至最高支付限额的费用，由统筹基金按基层医疗机构85%、二级医疗机构70%、其他医药机构60%的比例支付，其中退休（职）人员在上述比例基础上增加5个百分点；统筹基金支付后剩余的费用由个人自付。

(十七) 一个结算年度内，职工医保参保人员在定点医疗机构发生的符合医保支付范围的住院医疗费用，按下列规定给予保障：

1.起付标准及以下的费用由个人自付，起付标准基层医疗机构及其他一级（含）以下医疗机构为300元，二级医疗机构为500元，三级医疗机构为800元。

2.最高支付限额为100万元，超过的费用由个人自付。

3.起付标准以上至20万元的费用，由统筹基金按基层医疗机构及其他一级（含）以下医疗机构90%、二级医疗机构85%、三级医疗机构80%的比例支付，其中退休（职）人员在上述支付比

例基础上增加 5 个百分点；20 万元以上至最高支付限额的费用按 85% 的比例支付。

(十八) 职工医保慢性病门诊待遇规定如下：

1. 病种范围：高血压、糖尿病、冠心病、支气管哮喘、慢性肾脏病、慢性肝病、类风湿关节炎、精神分裂症（情感性精神病）。

2. 定点医药机构：慢性病病种参保人员可选择定点医疗机构和本省域内的定点零售药店作为慢性病门诊定点医药机构。

3. 医疗保障待遇：慢性病病种参保人员经慢性病门诊待遇备案，在慢性病门诊定点医药机构配取慢性病针对性药品的，在普通门（急）诊报销比例基础上提高 3 个百分点、定点零售药店报销比例为 83%；门诊最高支付限额提高 5000 元，提高额度限于慢性病针对性用药使用。

(十九) 职工医保特殊病种门诊待遇规定如下：

1. 病种范围：恶性肿瘤、系统性红斑狼疮、血友病、再生障碍性贫血、重性精神障碍、失代偿期肝硬化、儿童孤独症、癫痫、脑瘫、肺结核、慢性阻塞性肺疾病、阿尔茨海默病、帕金森病、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、糖尿病胰岛素治疗、艾滋病机会性感染（国家规定的免费抗病毒治疗除外）。

2. 定点医药机构：特殊病种参保人员可选择定点医疗机构和本省域内的定点零售药店作为特殊病种门诊定点医药机构。

3. 医疗保障待遇：在特殊病种门诊定点医药机构发生的针对性门诊医疗费用，可视作住院医疗费用（不设起付标准），由统筹基金按就诊或处方来源医疗机构住院支付比例支付。

(二十) 建国前参加革命工作的老工人在定点医药机构发生的符合医保支付范围的门诊(购药)费用,先由当年个人账户支付,当年个人账户不足支付的,起付标准以上的费用由统筹基金按95%的比例支付。发生的住院(含特殊病种门诊)医疗费用,按基本医疗保险规定报销后,对其自付的费用由统筹基金再按95%的比例支付。

四、城乡居民基本医疗保险

(二十一) 本市行政区域内的下列人员可参加城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保):

- 1.本市户籍、未参加职工医保的城乡居民;
- 2.非本市户籍,但持有浙江省居住证,在户籍地未参加职工医保、居民医保的新居民及其未成年子女;
- 3.全日制普通高等学校(含职业院校)中未参加户籍地居民医保的在校大学生(含研究生)。

(二十二) 居民医保参保人员应当在每年年底前,向税务机关缴纳下一年度的居民医保费,自下一年度的1月1日起开始享受年度居民医保待遇。未按时缴纳居民医保费的,可在年中按全年标准缴费,自缴费月起的第3个自然月开始享受居民医保待遇;国家和省对居民医保年中参保缴费的待遇享受时间另有规定的,从其规定。

居民医保参保人员缴纳的居民医保费,进入待遇享受期后,个人缴纳的居民医保费不予退回。

(二十三) 下列人员接续或中途参保的,自缴费的次月起享

受居民医保待遇：

1.本地户籍复退役军人、婚嫁迁入、归正人员、大学毕业生等人员；

2.职工医保转移或中断(终止)后3个月内接续参保缴费人员；

3.全日制普通高等学校(含职业院校)大学新入学学生(含研究生)；

4.3个月内新迁入的嘉兴户籍人员。

(二十四) 新生儿(含符合参保条件的新居民其新生儿)自出生之日起3个月内办理户籍登记和参保缴费的(跨年度的,须同时按全年标准缴纳上年度费用),可自出生之日起享受居民医保待遇。

(二十五) 建立个人缴费和财政补助相结合的居民医保筹资机制,筹资标准按上年度嘉兴市全体居民人均可支配收入的3%左右确定,个人缴费不低于筹资标准的三分之一,具体筹资标准由市医疗保障主管部门会同市财政部门确定,向社会公布后执行;筹资标准高于上年度嘉兴市全体居民人均可支配收入3%的,须报请市政府同意。

符合参保条件的新居民及其未成年子女,个人缴费和财政补助与本市户籍城乡居民筹资标准相同。

以学校为单位参保的在校大学生(含研究生)按城乡居民筹资标准的30%左右确定,具体标准由市医疗保障主管部门会同市财政部门确定,向社会公布后执行。

(二十六) 持证残疾人、计生特殊家庭等特殊人员,其居民

医保个人缴费部分由当地政府全额承担；年中参保的，自参保当月享受居民医保待遇。

（二十七）一个结算年度内，居民医保参保人员在定点医药机构发生的符合医保支付范围的普通门（急）诊医疗费用和购药费用，按下列规定给予保障：

1.最高支付限额为 2400 元，超过的费用由个人自付。

2.最高支付限额以下的费用由统筹基金按基层医疗机构 55%、二级医疗机构 45%、其他医药机构 35%的比例支付。

（二十八）一个结算年度内，居民医保参保人员在定点医疗机构发生的符合医保支付范围的住院医疗费用，按下列规定给予保障：

1.起付标准及以下的费用由个人自付，起付标准基层医疗机构及其他一级（含）以下医疗机构为 300 元，二级医疗机构为 500 元，三级医疗机构为 800 元。

2.最高支付限额为 20 万元，超过的费用由个人自付。

3.起付标准以上至最高支付限额的费用，由统筹基金按基层医疗机构 90%、其他一级（含）以下医疗机构 85%、二级医疗机构 75%、三级医疗机构 65%的比例支付；统筹基金支付后剩余的费用由个人自付。

（二十九）居民医保慢性病门诊待遇的病种和定点医药机构范围与职工医保相同，参保人员经慢性病门诊待遇备案，在慢性病门诊定点医药机构配取慢性病针对性药品的，由统筹基金按基层医疗机构 65%、二级医疗机构 50%、其他医疗机构 35%、定点

零售药店 53%的比例支付。门诊最高支付限额慢性病提高 1800 元，提高额度限于慢性病针对性用药使用。

（三十）居民医保特殊病种门诊待遇的病种和定点医药机构范围与职工医保相同，参保人员经特殊病种门诊待遇备案，在特殊病种定点医药机构发生的针对性门诊医疗费用，可视为住院医疗费用（不设起付标准），由统筹基金按就诊或处方来源医疗机构住院支付比例支付。

五、大病保险

（三十一）建立全市统一的大病保险制度，参加职工医保和居民医保的人员统一纳入大病保险保障范围，统一筹资标准、待遇水平、资金管理和基金核算，大病保险基金实行全市统收统支。大病保险经办业务采用委托商业保险公司承办或由医保经办机构统一经办的方式开展。

（三十二）大病保险基金主要通过医保统筹基金筹集，职工按省人社保等部门公布的全省社会保险缴费基数标准、城乡居民按省统计部门公布的上年度省农村居民人均可支配收入作为缴费基数的一定费率筹集；具体费率由市医疗保障主管部门会同市财政部门确定并公布执行。

（三十三）大病保险支付范围如下：

1.按本办法规定由医保统筹基金按比例支付后（含各类补助）的门诊慢特病和住院自付医疗费用。

2.职工医保、居民医保门诊和住院最高支付限额以上，符合医保支付范围的自付医疗费用。

以上费用包括上级规定明确由大病保险单独支付的特殊药品和诊疗服务项目费用。

(三十四) 职工医保和居民医保参保人员在一个结算年度内, 纳入大病保险支付范围的个人累计医疗费用 1.5 万元 (不含) 以上的费用, 由大病保险基金按 70% 的比例支付; 纳入大病保险支付范围的个人累计医疗费用最高支付限额为 60 万元, 超过的费用由个人自付。

六、医疗救助

(三十五) 落实和健全医疗救助资金财政主渠道保障机制。坚持属地管理原则, 实行市、县级人民政府负责制。民政部门负责医疗救助对象资格认定, 医疗保障主管部门负责落实医疗救助待遇, 财政部门负责医疗救助资金保障。

(三十六) 一个结算年度内, 医疗救助对象在基本医疗保险定点医药机构发生的符合医保支付范围的医疗费用和购药费用, 在扣除基本医疗保险、大病保险及其他补充医疗保障补助后个人自付的费用, 按以下标准给予医疗救助:

1. 特困供养人员给予全额补助;
2. 最低生活保障家庭成员给予 90% 的补助;
3. 最低生活保障边缘家庭成员给予 80% 的补助;
4. 支出型贫困家庭成员及未纳入低保和低边的困境儿童给予 70% 的补助, 支出型贫困对象纳入低保或低边的按相应比例给予补助;
5. 市、县 (市、区) 人民政府规定的其他特殊医疗救助对象,

给予不低于 50% 的补助。

本市 0-14 周岁（含 14 周岁）户籍参保儿童患先天性心脏病、白血病发生符合医保支付范围的针对性治疗自付费用，给予 80% 的补助。

（三十七）年最高医疗救助额为 12 万元；多重身份对象按就高原则救助，年累计医疗救助不超过 12 万元。

（三十八）医疗救助对象参加居民医保，其个人缴费部分由当地政府全额资助；年中参保的，自参保当月享受居民医保待遇。

（三十九）医疗救助对象纳入大病保险支付范围的个人累计 7500 元以上的医疗费用，由大病保险基金按 80% 的标准支付，不设最高支付限额。

七、生育保险

（四十）生育保险待遇享受起始时间与职工医保一致，在职工（含灵活就业人员）享受生育津贴和生育医疗费待遇，超过法定退休年龄或退休（职）职工享受生育医疗费待遇、不享受生育津贴待遇。

（四十一）生育或实施计划生育手术时享受本市生育保险（职工医保）待遇并连续足额缴费满 6 个月的，可享受生育津贴待遇；未在参保地连续缴满 6 个月的，待其连续足额缴费满 6 个月后，进行回溯支付。

（四十二）生育津贴待遇标准规定如下：

1. 在职职工：以职工所在用人单位上年度职工医保月平均缴费基数按每月 30 天折算日计发标准，按实际享受的产假或计划生育

休假天数计发；其中当年新成立的用人单位，按当年职工医保月平均缴费基数折算日计发标准。

2.灵活就业人员：以上年度灵活就业人员职工医保缴费基数按每月30天折算日计发标准，按实际享受的产假或计划生育休假天数计发。

（四十三）生育医疗费用待遇标准规定如下：

生育医疗费用支付范围按国家、省基本医疗保险有关规定执行，按省统一要求将辅助生殖相关诊疗项目纳入生育医疗费用保障范围。

职工（含灵活就业人员）生育医疗费用（含产前检查、计划生育等医疗费用）待遇按本市职工医保相应待遇标准执行。

（四十四）居民医保参保人员（包括未就业配偶）生育医疗费用（含产前检查、计划生育等医疗费用）待遇按本市居民医保相应待遇标准执行。

八、服务管理

（四十五）医疗保障服务机构实行定点管理。市、县（市、区）医疗保障主管部门及其经办机构应根据医疗医药资源配置、参保人员分布和医疗保障管理服务能力等实际情况，确定定点医药机构应当具备的基本条件，制定零售药店定点规划，做到数量合理、经营有序。

（四十六）定点医药机构按属地实行协议管理。符合条件的医药机构自愿申请，经医疗保障部门核实、评估，并与医保经办

机构签订定点服务协议。定点医药机构必须严格执行医疗保障法规和政策，遵守定点服务协议。

(四十七) 全市统一执行《国家基本医疗保险、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》和浙江省大病保险特殊药品目录以及国家、省、市有关规定。

(四十八) 下列医疗费用不纳入医疗保障基(资)金(以下简称医疗保障金)支付范围：

- 1.应当从工伤保险基金中支付的；
- 2.应当由第三人负担的；
- 3.应当由公共卫生负担的；
- 4.在境外就医的；
- 5.体育健身、养生保健消费、健康体检；
- 6.国家规定不予支付的其他费用。

遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

(四十九) 异地就医按以下规定支付：

1.前往本市外异地规范转诊人员，其在异地发生的符合医保支付范围的医疗费用，由个人自付10%后，统一按三级医院的起付标准、报销比例支付。

2.未经规范转诊前往本市外异地就诊人员，其在异地发生的符合医保支付范围的医疗费用，由个人自付20%后，统一按三级医院的起付标准、报销比例支付。

(五十) 起付标准按年度累计，多次就医的，累计达到最高

起付标准为限。

(五十一) 投靠近亲属、工作外派、异地就学等原因长期居住外地3个月以上的，可提供相关材料向参保地医保经办机构申请办理异地安置手续，其在居住地定点医疗机构发生的医疗费用视同我市定点医疗机构发生的医疗费用，按规定比例报销；期间临时回参保地就医发生的医药费用，按外地急诊处理。

(五十二) 家庭病床服务保障规定如下：

1.建床对象：参保人员因病情需要确需建立家庭病床的，可选择1家基层医疗机构申请作为建床单位。

2.建床申请：患者或其监护人向基层医疗机构提出建床申请，基层医疗机构评估通过后报医保经办机构审批。确定予以建床的，基层医疗机构应指定责任医生、护士。

3.建床周期：一个结算年度建床次数累计不超过3次，建床天数累计不超过180天；其中，一次建床周期不超过90天，确需继续建床的，需重新办理申请手续。

4.支付范围：包括家庭病床建床费、上门服务费，以及病情需要使用符合医保支付范围的医疗费用。上门服务费支付每周不超过3次。上述费用按住院医疗费用结算，不设起付标准。

家庭病床的建床病种和撤床条件按省有关规定执行。

(五十三) 基层医疗机构为非建床患者提供上门居家医疗服务发生的符合医保支付范围的医疗费用，以及非建床的上门服务费，按门诊医疗费用结算。

(五十四) 费用结算方式

1.参保人员须凭本人医保码或社会保障卡在定点医药机构就诊购药；应当个人负担的医疗费用由参保人员直接向定点医药机构支付，其余的医疗费用由定点医药机构按协议与医保经办机构按月结算。

2.因故未能直接结算的（定点零售药店除外），参保人员应凭医疗费发票原件、清单、出院小结等到医保经办机构及其网点办理医疗费用结算。

3.至结算年度末，参保人员连续住院满6个月以及家庭病床建床患者，应予结算。

（五十五）积极开展总额预算管理下的住院DRG点数法付费、长期慢性病住院及安宁疗护按床日付费、按人头管理门诊点数法付费等相结合的多元复合式医保支付方式改革，探索符合中医药服务特点的医保支付方式。

九、监督管理

（五十六）基本医疗保险基金统一纳入社会保障基金财政专户管理，任何组织和个人均不得侵占、挤占和挪用，各级医保经办机构应做好会计核算和财务统计分析工作，建立相应的财务管理制度，实行分账核算，专款专用。其他有关资金参照上述规定执行。

（五十七）医保经办机构应当加强对定点医药机构的协议管理，定点医药机构违反服务协议的，按协议约定处理。定点医药机构被解除服务协议的，医保经办机构应当将医药机构及其负有直接责任人员的信息报送同级医疗保障主管部门。

定点医药机构认为医保经办机构违反服务协议约定的，可要求医保经办机构纠正违约行为，或提请同级医疗保障主管部门督促整改。

（五十八）定点医药机构、参保人员违反《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《浙江省医疗保障条例》等规定使用医疗保障金的，由医疗保障主管部门责令退回违规使用的医疗保障金，依法给予行政处罚；以欺诈、伪造证明材料或其他手段涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

（五十九）医疗保障主管部门、征收机关、医保经办机构及其工作人员违反基本医疗保障规定的，按《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《浙江省医疗保障条例》等规定处理。

（六十）公民、定点医药机构和医疗救助管理服务机构及其工作人员违反医疗救助规定的，按《社会救助暂行办法》《浙江省社会救助条例》等规定处理。

（六十一）鼓励公民、法人或其他组织对涉嫌违规或欺诈骗取医疗保障金的行为进行举报，提供相关证据、线索，经查证属实的应予奖励，具体办法按国家及省有关规定执行。

各级人民政府对本行政区域内医保基金使用常态化监管工作负领导责任，统筹区域内各部门资源，形成监管合力。

医保、公安、财政、卫生健康、市场监管、审计等部门应建立医保基金使用常态化监管联合工作机制，落实常态化监管措施。未纳入医保协议管理、与医保基金使用密切相关的其他机构，按

照“谁审批、谁监管，谁主管、谁监管”的原则，落实监管责任。

（六十二）医疗保障主管部门要加强对医保经办机构医保协议签订、履行等情况的监督，促进医保经办机构提升业务规范化水平。医保经办机构要提高日常审核能力，强化对定点医药机构医保费用申报和参保人员医疗费用报销的审核。定点医药机构要建立健全内部管理制度，合理、规范使用医保基金，明确专门机构或专人负责医保工作，开展经常性业务培训和自查自纠，积极配合监督检查。

十、其他有关规定

（六十三）市医保局会同市财政局等部门根据基金运行和群众诉求，可对本办法相关政策和工作机制作出调整，报市政府同意后执行。

（六十四）基层医疗机构包括街道社区卫生服务中心及其卫生服务站，镇卫生院及其卫生室。

（六十五）建立基本医疗保险参保长效机制，具体按国家和我省有关意见执行。

（六十六）职工医保个人缴费基数下限和上限，在省人社保等部门每年公布全省社会保险缴费基数的次月起调整。

（六十七）一级至四级工伤人员的单位和个人补缴基数按《浙江省工伤保险条例》规定执行，补缴费率分别按用人单位和在职工工标准执行。

（六十八）本办法有关用语的含义如下：

1. 自付费用：属医保规定范围，由个人负担的医疗费用；主要

包括起付线以下、乙类先行自付、共付段按比例个人负担的费用，最高支付限额以上、目录范围内超限价的费用，按病种（病组）按床日等支付方式由患者支付的费用、按规定结算前由参保人员负担的费用，转外和异地就医按比例需自行负担的费用。

2.自费费用：不属于医保规定范围，全部由个人负担的费用；主要包括医保规定范围外的药品、医疗服务项目、医用材料和医疗器械费用。

3.起付标准：一个结算年度内发生的符合基本医疗保险目录范围，在统筹基金按比例支付前，应当由参保人员个人负担的额度。

4.最高支付限额：符合医保规定范围的最高医疗费，而非实际基金支付额。

5.一个结算年度：每年的1月1日至12月31日。

（六十九）本办法由市医疗保障主管部门负责解释。

（七十）本办法自2025年1月1日起施行。如遇上级政策调整，按上级政策执行，已有政策与本办法不一致的，以本办法为准。原《嘉兴市基本医疗保障暂行办法》（嘉政发〔2019〕20号）同时废止。

抄送：市委各部门，市人大常委会、市政协办公室，嘉兴军分区，
市监委，市法院，市检察院。

嘉兴市人民政府办公室

2024年11月27日印发
