ZJFC73-2019-0003

|  |  |
| --- | --- |
| 嘉兴市医疗保障局  嘉兴市财政局 | 文件 |

嘉医保〔2019〕74号

嘉兴市医疗保障局 嘉兴市财政局

关于印发《嘉兴市基本医疗保障暂行办法

实施细则》的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局，嘉兴经济技术开发区（国际商务区）财政局，市财政局港区分局，市各有关单位：

为贯彻实施《嘉兴市基本医疗保障暂行办法》（嘉政发〔2019〕20号），特制定《嘉兴市基本医疗保障暂行办法实施细则》，现印发给你们，请遵照执行。

嘉兴市医疗保障局 嘉兴市财政局

2019年12月31日

嘉兴市基本医疗保障暂行办法实施细则

为贯彻落实《嘉兴市基本医疗保障暂行办法》（嘉政发〔2019〕20号）（以下简称“《办法》”），结合国家、省有关医疗保障经办管理规定，制定本实施细则。

第一章 职工基本医疗保险

第一条 用人单位在职职工参加职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”），个人缴费部分由单位按规定按月代扣代缴。

领取失业保险金期间的失业人员按规定参加职工医保，应缴纳的医疗保险费执行灵活就业人员标准，所缴费用由失业保险基金承担。

第二条 职工个人缴费基数调整时间为每年的1月1日。

第三条 职工医保以参保登记与缴费时间一致为原则，即参保人员在当月参保登记期内（即缴费信息结算截止日前）完成有效参保登记，次月按规定享受医保待遇。未按规定足额缴纳的，次月起停止享受医保待遇。

第四条 参保人员办理退休（职）手续时，其缴费不足规定缴费年限的，按履行补足年限时的年度缴费标准和年限计算。

办理退休（职）手续时，其缴费不足规定缴费年限，原规定一次性补足的补缴比例低于5%的统筹地，可分五年过渡到位。

第五条 个人账户余额符合以下条件的，可以依法继承、转移或退还本人：

（一）参保人员死亡，其个人账户余额可依法继承。

（二）参保人员办理医保关系转移手续，其个人账户余额转移至接续参保地。

（三）参保人员按国家规定办理退休（职）手续时，其缴费年限未达规定年限，参保人员不愿按规定补足的，经本人申请，终止医疗保险关系，个人账户余额退还本人。

（四）参保人员丧失中华人民共和国国籍的，可书面申请终止基本医疗保险关系，个人账户余额退还本人。

（五）参保人员由职工医保转为城乡居民基本医疗保险的，其个人账户余额可继续使用。

（六）参保人员医保关系从异地转入时，转出地医保经办机构提供的个人账户余额无法区分当年、历年结余的，其转入的个人账户余额视作历年个人账户。

第六条 实行药品零差价的公立医疗机构或者参照公立医疗机构收费价格改革、实行药品零差价的民营医疗机构收取的门诊诊查费（一般诊察费），由统筹基金按80%支付，不计入最高支付限额。

第七条 参保人员符合家庭病床建床条件的，可向所在地社区卫生服务机构申请，由医师依据病情开具职工医保家庭病床备案表，经定点医疗机构上传备案表至经办机构，由经办机构审核同意后，原则上由所在社区卫生服务机构负责建床。

第八条 职工生育保险待遇

（一）职工生育待遇享受，以生育或实施计划生育手术时的参保身份为准。

（二）参保职工或未就业配偶已享受城乡居民基本医疗保险（新型农村合作医疗或城镇居民基本医疗保险）生育医疗费用报销的，差额享受职工或未就业配偶的生育医疗费用。

（三）宫外怀孕的非手术针对性治疗，符合生育保险支付范围的医疗费用，按不高于手术治疗生育补偿标准按实由生育保险支付。

（四）采取避孕措施失败的已婚已育、无生育服务登记证的女职工，其流产（引产）、宫外孕手术医疗费用按生育医疗费定额补偿标准由生育保险基金支付，但不享受其他生育保险待遇。

（五）未符合连续足额缴费满12个月的女职工生育，但配偶已连续足额缴纳生育保险费满12个月的，参照未就业配偶有关规定，享受生育医疗费。

（六）新成立单位按当年度职工月平均工资计发生育津贴。

第二章 城乡居民基本医疗保险

第九条 城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）实行按年缴费，参保缴费期为上一年度12月31日前。在此缴费期前参保缴费的，即可在医保年度内按规定享受居民医保待遇。

第十条 居民医保参保工作由镇（街道）统一组织实施，户籍所在地村（社区）提供有关服务工作。

持浙江省居住证的新居民参保工作由所在镇（街道）新居民管理部门负责统一组织实施，并应加强审核，避免重复参保。

全日制高等学校在校学生以学校为单位参保，由所在学校统一组织实施，并做好参保、缴费等工作。

第十一条 超过规定缴费期需中途或接续参保的，参保人可持身份证等有效证明到镇（街道）居民医保经办机构办理参保缴费手续。

符合《办法》第二十六条规定人员需中途或接续参保的，持相关证明材料和身份证等有效证明到镇（街道）居民医保经办机构办理参保缴费手续。

第十二条 符合《办法》第二十八条规定的持证残疾人、计生特殊家庭、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和县级以上人民政府确定的其他困难人员，由区、镇（街道）民政、计生、残联等部门审核确认后，其信息通过相关信息系统录入居民医保参保系统。

年度内新增资助参保对象，经审批通过后当月资助参保，次月生效。个人当年已参保的，不退保费，次年资助参保。对退出对象，当年参保继续有效，次年不再资助。

第十三条 参保人员缴纳的居民医保费，待遇期一经生效，其个人缴纳的医保费不予退回。

第十四条 实行药品零差价的公立医疗机构或者参照公立医疗机构收费价格改革、实行药品零差价的民营医疗机构收取的 门诊诊查费（一般诊察费），统筹基金按70%的比例报销，不计入居民医保基金最高支付额。

第十五条 在校大学生参保的,各地财政按个人缴费标准同等比例予以补助。财政补助部分按学校或校区地址归属地原则，由当地政府承担。

第十六条 当年新入学大学生参加居民医保，待遇自参保缴费次月起享受；当年毕业大学生参加居民医保待遇自毕业次月起停止享受。

第三章 其他医疗保障

第十七条 大病保险待遇起止时间与基本医疗保险待遇一致。一个医保年度内，同一统筹地职工医保和居民医保待遇转换的，纳入大病保险支付范围的医疗费合并计算，起付线按一次计算。

第十八条 医疗救助资金筹集标准根据收支结余情况定期清算调整。

第十九条 本市户籍0—14周岁（含）患先天性心脏病、白血病病种救助由救助对象（或委托人）持身份证或户口本、社会保障市民卡和相关医院诊断证明，向所在镇（街道）提出书面申请，填写医疗救助申请表，经镇（街道）初审，由县（市、区）医保部门审批。

当地政府规定的其他救助对象按其规定申请和认定。

第四章 医疗保障管理

第二十条 参保人员治疗因生育引起的并发症，其医疗费用按基本医疗保险规定支付。

第二十一条 定点医疗机构应为参保人员选择安全有效、价格合理的药品，须严格执行国家、省、市有关处方管理规定。规定病种门诊中草药不超过14帖。因特殊原因需转市域外中草药治疗的，最高不超过30帖。

第二十二条 参保人员住院前的门（急）诊费用不列入住院费用。

第二十三条 参保人员在住院期间发生的普通门诊费用原则上不予支付。但确因病情需要，经病区医生批准并出具外配处方或者转外检查医嘱单等相关材料，可列入住院医疗费用结算。

经病区医生批准并出具外配处方或者转外检查医嘱单等到嘉兴市域外定点医药机构检查或购药等，按住院转外就医规定进行结算。

第二十四条 办理规定病种备案时，须凭二级及以上定点医疗机构（重性精神病由精神专科医疗机构）开具的基本医疗保险规定病种备案表及相关病史信息，由定点医疗机构上传至经办机构备案确认，或由参保人员凭基本医疗保险规定病种备案表、出院小结等向经办机构申请备案确认。

需变更门诊规定病种指定药店的，参保人员须凭社会保障市民卡到经办机构办理。

第二十五条 转外就医

（一）参保人员因病情需要，转往嘉兴市域外定点医疗机构治疗的，按卫生健康部门规范转诊要求，由定点医疗机构上传转外就医备案信息至经办机构备案。因特殊原因，定点医疗机构无法将转外就医备案信息上传至经办机构的，参保人员可凭社会保障市民卡和定点医疗机构开具的转诊单，到参保地经办机构办理备案。转外就医备案有效期为两年。

（二）转外住院期间确因治疗需要，凭医生外配处方或医嘱到嘉兴市外的定点药店购药等医疗费可列入住院费用。

　　（三）转外就医起付标准统一按三级医疗机构规定执行。

第二十六条 在市域外未直接刷卡结算就医的，使用药品确属就医地医保支付范围的，可参照乙类药品规定支付。诊疗项目按我省规定执行。

第二十七条 异地安置（暂居外地）就医

（一）参保人员异地安置、暂居外地3个月以上，可持社会保障市民卡或身份证至参保地经办机构办理备案申请 ；备案生效后，须在3个月后方可撤销异地就医备案或修改备案地。

（二）已办理异地安置、暂居外地就医备案手续的参保人员，需转院至备案地外定点医疗机构就医，办理转院手续的，其医疗费用先由个人自费10%后统一按三级医疗机构支付。未办理转院手续，其医疗费用先由个人自费20%后，再统一按三级医院比例支付。

第二十八条 出国带药

（一）参保人员出国（境）期间确需携药品持续治疗的，由定点医疗机构经治医生依据病情及出国（境）时间长短，出具的基本医疗保险出国（境）携带药品备案表，由定点医疗机构上传至经办机构备案或参保人凭本人社会保障（市民）卡（或身份证）、医师开具基本医疗保险出国（境）携带药品备案表向参保地经办机构备案。

（二）备案治疗疾病的药量不超过6个月。

（三）出国（境）带药备案期间，暂停参保人员在国内定点医药机构就医结算。回国后，应到办理备案的定点医疗机构或经办机构申请取消终止备案手续。

第二十九条 大病保险特殊药品使用

（一）参保人员需使用大病保险特殊药品的，须由二级及以上定点医疗机构经治医生出具嘉兴市大病保险特殊药品使用备案表并提供相关病史信息，由医疗机构上传至经办机构确认备案或由参保人凭二级及以上定点医疗机构经治医生出具嘉兴市大病保险特殊药品使用备案表、本人社会保障（市民）卡（或身份证）、门诊病历或出院小结以及病理报告、基因检测报告等最近相关病史材料，向参保地经办机构申请并确认备案。

（二）参保人员按规定办理大病药品备案时，可选定定点医疗机构和定点药店各一家作为配药指定医药机构。

第三十条 定点医疗机构接诊外伤患者时，应详细了解外伤原因，并作好记载。因工伤、第三方责任等不属医保支付的，应不予刷卡。

参保人员报销因意外伤害引起的医疗费用时，应提供首诊病历原件、外伤经过情况说明原件；若有第三方赔付责任的，应提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等相关部门出具的材料。

第五章 待遇结算管理

第三十一条 参保人员的医疗费用结算按以下规定办理：

（一）参保人员医疗保障待遇按医疗费用发生时可享受险种规定执行。

（二）全国跨省异地就医联网直接结算的，按就医地的医保目录、参保地的支付比例执行。

（三）急诊留院观察后直接住院，留院观察费用可按住院结算，起付标准按一次计算；留院观察后未住院的，留院观察费用按门（急）诊规定报销。

第三十二条 经办机构与定点医药机构医疗费用结算事宜按定点医药机构服务协议和有关规定执行。

第三十三条 在定点医药机构就医购药的，须直接刷卡结算。因特殊情况未能刷卡结算的，门诊凭社会保障市民卡、门（急）诊发票原件及相关病历资料，住院凭社会保障市民卡、住院发票原件、费用清单、出院小结及其他相关病历资料到经办机构或网点报销。

当年医疗费原则上应在次年年底前完成报销。

第三十四条 参保人员不得重复享受基本医疗保险待遇。已享受商业保险或者其他帮困、补助等待遇的，按本地实际报销额与已享受待遇之和不大于总医疗费用原则给予补差报销。

第三十五条 一个医保年度内，参保人员转换险种的，其医疗费按对应险种分别结算。若年度内在同一统筹区经多次转换，同一险种的起付标准和医疗费予以累计计算。

第六章 附则

第三十六条 本实施细则自2020年1月1日起施行。原规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

|  |
| --- |
| 嘉兴市医疗保障局办公室 2019年12月31日印发 |
|  |