

# 金华市人民政府文件

金政发〔2018〕45号

## 金华市人民政府关于印发 金华市基本医疗保险办法的通知

各县（市、区）人民政府，市政府各部门：

《金华市基本医疗保险办法》已经市政府第35次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真组织实施。



（此件公开发布）

# 金华市基本医疗保险办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为建立健全全市基本医疗保险制度，维护参保人的基本医疗保险权益，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规和政策规定，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 按照覆盖全民、保障适度、城乡统筹、权责清晰、可持续发展的方针，坚持医疗保障水平与经济发展水平相适应的要求，建立健全本市多层次医疗保障体系，并遵循下列原则：

（一）全市统一、全域共享。建立全市统一的基本医疗保险制度，实现全市范围内就医报销和管理无异地，提高参保人医疗服务利用公平性。

（二）市级统筹、分级负责。基本医疗保险实行市级统筹，全市基金统一预算，统一调剂，统一考核；市、县（市）分级征收，分级核算，分级平衡，分级负责。条件成熟时，实施基本医疗保险基金市级统收统支。

（三）分档缴费、分类享受。为保障参保人不同的基本医疗需求，建立多档次、可选择的缴费机制，参保人可按规定选择相应缴费档次，并按照权责一致的原则，规定不同医疗保险待遇。

（四）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。

**第三条** 本办法适用于本市行政区域内的下列单位和人员：

（一）国家机关、企事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体工商户及其全部职工或雇工（下称职工）。

（二）本市户籍无雇工的个体工商户、未在用人单位参加基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（下称灵活就业人员）。

（三）在本市就读的全日制学生（下称学生）。

（四）本市户籍除学生以外的城镇及农村非从业人员（下称城乡居民）。

（五）领取本市居住证的外来人员。

**第四条** 健全多层次医疗保障体系，推进基本医疗保险与生育保险合并实施。

**第五条** 市、县（市、区）人民政府（管委会）应当将基本医疗保险事业纳入国民经济和社会发展规划，为基本医疗保险事业提供经费保障，建立健全基本医疗保险经办机构和服务网点，建设基本医疗保险市级一体化信息系统。

**第六条** 各县（市、区）人民政府（管委会）负责本地基本医疗保险工作，组织本行政区域内的用人单位和个人按本办法规定参加基本医疗保险，将符合条件人员参加基本医疗保险缴费补助列入年度预算。

**第七条** 医疗保险行政部门主管本市基本医疗保险工作，负责医疗保障统筹规划、政策制定、监督管理。建立健全医疗保障

基金安全防控机制，推进医疗保险基金支付方式改革。

医疗保险经办机构承担基本医疗保险业务经办工作，负责医疗保险登记、个人权益记录、医疗保险待遇支付以及医疗机构和零售药店等医疗保险服务机构的定点协议管理等工作。

税务部门负责基本医疗保险费征缴工作。

财政部门负责政府补贴资金的落实和基本医疗保险基金财政专户管理工作。

卫计部门负责定点医疗机构和医疗服务管理，规范医疗服务行为，提高医疗服务质量。

教育部门负责组织全日制学校在校学生的参保工作。

民政、残联、农办、教育等部门负责职能范围内重点优抚对象和困难人员应保尽保及缴费补助工作。

发改（物价）、审计、市场监管、工会等部门在各自职责范围内负责有关基本医疗保险工作。

## **第二章 基本医疗保险费征缴**

**第八条** 基本医疗保险缴费分一档、二档、三档三个档次。一档为原职工基本医疗保险，二档、三档为原城乡居民基本医疗保险。

用人单位依法为职工参加基本医疗保险一档，灵活就业人员可以参加基本医疗保险一档，学生、城乡居民和领取本市居住证的外来人员可以参加基本医疗保险二档或三档。

## **第九条 用人单位及参保人按以下规定缴费：**

（一）用人单位基本医疗保险费与生育保险费合并缴费，由用人单位和参保人按规定缴纳。灵活就业人员按规定缴纳基本医疗保险费。具体缴纳标准由市医疗保险行政部门会同市财政局、市税务局提出报市政府批准后执行。缴费基数每年7月调整。

（二）参加基本医疗保险二档的，基本医疗保险费按年度筹集，由参保人个人缴费和政府财政补贴组成。参保人个人缴费以上年度本市全体居民人均可支配收入为缴费基数，按3.6%的比例缴纳，财政补贴按省规定标准确定。全市个人缴纳标准由市医疗保险行政部门每年公布，2019年个人年缴纳标准1480元（含大病保险基本保费个人缴纳部分）。

（三）参加基本医疗保险三档的，基本医疗保险费按年度筹集，由参保人个人缴费和政府财政补贴组成。参保人个人缴费以上年度本市全体居民人均可支配收入为缴费基数，按1.2%的比例按年缴纳。财政补贴水平由市区、各县（市）根据“收支平衡、略有结余”原则确定。全市个人缴纳标准由市医疗保险行政部门每年公布，2019年个人年缴纳标准500元（含大病保险基本保费个人缴纳部分）。

市区、各县（市）可根据当地实际再增设一档个人缴费标准（下称增设缴费标准），增设缴费标准以上年度本市全体居民人均可支配收入为缴费基数，按0.9%的比例按年缴纳，2019年个人年缴纳标准380元（含大病保险基本保费个人缴纳部分）。市

区、各县（市）对学生个人缴纳标准也可进行适当调整。在本办法实施后 3 年内逐步实现个人缴纳标准和财政补贴水平全市统一。

**第十条** 在职职工本人上一年度月平均工资高于上一年度全省在岗职工月平均工资 300% 的，按 300%（含）核定缴费基数；低于 60% 的，按 60%（含）核定。

**第十一条** 二档、三档缴费时间为每年 10 至 12 月，具体缴费截止时间以当年征收公告为准，缴费所属待遇享受期为下一年度。

**第十二条** 参加基本医疗保险二档、三档的财政补贴，由市区、县（市）财政承担，市区由市、区财政按市政府规定的比例分担。

**第十三条** 本市户籍的特困人员、最低生活保障家庭成员、最低生活保障边缘家庭成员、生活不能自理的重度残疾人、困难学生和市、县（市、区）政府确定的其他特殊困难人员，政府全额资助其参加基本医疗保险二档。重点优抚对象参加基本医疗保险二档，由政府给予全额补助。

**第十四条** 基本医疗保险费征缴按国家、省及本市有关社会保险费征缴规定执行。用人单位及个人应按时足额缴纳基本医疗保险费。

**第十五条** 二档、三档基本医疗保险费由参保人通过银行代扣代缴或政府对外公共服务网络平台缴费。

**第十六条** 基本医疗保险一档（二档）参保人，达到法定退休年龄时，核定退休待遇享受地为本市的，其累计一档（二档）缴费年限达到 25 年，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受基本医疗保险待遇；未达到 25 年，可以缴费至 25 年，也可以按规定一次性补足 25 年。

基本医疗保险二档缴费年限可按 1: 0.5 折算为一档缴费年限。基本医疗保险一档缴费年限可按 1: 1 计算为二档缴费年限。本办法实施前参加职工基本医疗保险年限按一档缴费年限计算。

**第十七条** 参保人补缴基本医疗保险费按国家、省、市规定执行，具体补缴规定由市医疗保险行政部门会同市税务部门制订。

### **第三章 基本医疗保险基金**

**第十八条** 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。

**第十九条** 基本医疗保险基金来源为：

- （一）基本医疗保险费收入。
- （二）基本医疗保险基金利息收入。
- （三）财政补贴收入。
- （四）上级补助收入。
- （五）下级上解收入。
- （六）其他收入。

**第二十条** 基本医疗保险基金由基本医疗保险统筹基金（下称统筹基金）和个人账户资金组成。

**第二十一条** 医疗保险经办机构为基本医疗保险一档参保人建立个人账户；基本医疗保险二档、三档参保人不建立个人账户。

基本医疗保险一档参保人的个人账户按以下规定按月划入：35 周岁（含）以下的，按本人缴费基数划入 3%；35 周岁以上至 45 周岁（含）划入 3.5%；45 周岁以上的划入 4%。退休人员按本人基本养老金的 5%划入。

逐步推进个人账户按缴费年限划入。有条件的县（市），个人账户可按以下规定按月划入：在职人员缴费年限不满 20 年的，按本人缴费基数 3%划入；满 20 年不满 30 年的，按本人缴费基数 3.5%划入；满 30 年及以上的，按本人缴费基数 4%划入。

退休人员按本人基本养老金的 5%划入。

个人账户用于支付参保人在定点医药机构就医、购药医疗费用，预防性免疫疫苗费用；用于支付参保人配偶、子女和父母（下称近亲属）普通门诊医疗费用；用于支付参保人本人、近亲属缴纳大病保险费用，购买商业健康保险。

个人账户的本金和利息归个人所有，可按规定转移、清算和依法继承。

**第二十二条** 设立基本医疗保险基金一和基本医疗保险基金二两个科目，基本医疗保险基金一科目包括一档缴费收入，基本医疗保险基金二科目包括二档缴费、三档缴费和财政补助收入。



条件成熟后，建立统一的基本医疗保险基金。

**第二十三条** 设立基本医疗保险市级统筹基金。按全年除划入个人账户外的上年全市基金收入的 2% 筹集，筹集基金额度达到全市基金支付能力 1 个月以上后，不再继续筹集。基金支付能力下降到 1 个月内时，恢复筹集。

**第二十四条** 基本医疗保险基金实行收支预算管理。县（市）基金当期收不抵支时，由市级统筹基金、县（市）历年结余基金按 3: 7 比例予以弥补，县（市）历年结余基金不足支付时，由市级统筹基金、县（市）财政补助按 5: 5 比例予以弥补。县（市）历年结余基金可支付能力大于 12 个月或县（市）基本医疗保险三档人均财政补助水平低于全市全体居民人均可支配收入 2.4% 的，市级统筹基金弥补额度不超过当年县（市）上缴金额。全市基金当期收不抵支时，通过历年结余基金弥补、调整筹资标准、增加财政补助等办法解决。市级统筹前各地累计结余的基本医疗保险基金，仍留存当地，纳入同级财政专户管理，专款专用。

**第二十五条** 市政府建立基本医疗保险工作目标考核机制，每年对县（市、区）基本医疗保险制度和政策执行情况、市级统筹目标任务完成情况和基金预算执行情况进行考核。

**第二十六条** 将生育保险基金并入基本医疗保险基金，不再单列生育保险基金收入，在基本医疗保险统筹基金待遇支出中设置生育待遇支出项目。

## **第四章 基本医疗保险待遇**

**第二十七条** 基本医疗保险一档职工参保人首次（再次）参保缴费后，次月 1 日起享受本办法规定的基本医疗保险待遇。除职工外其他基本医疗保险一档首次（再次）参保人，二档、三档参保人未在规定时间内缴费的，均设立 3 个月的等待期，等待期内不享受基本医疗保险待遇，等待期满后按规定享受基本医疗保险待遇。参保人自中断、中止的当日起停止享受基本医疗保险待遇，参保人中断缴费不超过 3 个月（含）并按规定补缴的，视为连续参保，中断缴费超过 3 个月，视为再次参保。

**第二十八条** 纳入基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用应符合国家、省、市规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准及急诊、抢救的医疗费用。其中，基本医疗保险医疗费用支付范围中部分药品、诊疗项目需个人先自理一定比例。

除个人需先自理一定比例的费用外，符合基本医疗保险支付范围内的医疗费用称为可报销医疗费用。

### **第二十九条 住院医疗报销待遇**

参保人住院治疗发生的住院可报销医疗费用，统筹基金支付时设起付标准、最高报销限额和支付比例。

#### **（一）起付标准**

参保人每次在本市内住院起付标准为：

1. 基层卫生院（含社区卫生服务中心，下同）500 元。
2. 二级及以下医疗机构 800 元。

3.三级乙等医院 1000 元。

4.三级甲等医院 1200 元。

中医、儿科、康复、精神、妇幼等专科医院起付线按相应级别下降一档，最低为 800 元。

市外医院 1500 元，异地安置（含异地居住、异地外派）人员 1200 元。

## （二）最高报销限额

参保人住院(含特殊病种)每医保年度基金最高报销限额按本市全体居民年人均可支配收入的 6 倍左右确定。最高报销限额由市医疗保险行政部门定期调整并公布。一档、二档参保人的住院最高报销限额为 30 万元，三档参保人为 20 万元。

## （三）报销比例

参保人每医保年度内住院发生起付标准以上、最高报销限额内的可报销医疗费用，统筹基金按以下规定报销：

1.基本医疗保险一档、二档参保人，在本市内基层卫生院、二级及以下医疗机构、三级医疗机构就医的，在职参保人分别报销 95%、88%、85%，医保退休人员分别报销 95%、92%、90%；基本医疗保险三档参保人，在本市内基层卫生院、二级及以下医疗机构、三级医疗机构就医的，分别报销 90%、80%、75%。按增设缴费标准缴费的参保人，在本市内基层卫生院、二级及以下医疗机构、三级医疗机构就医的，分别报销 85%、75%、65%。

2.参保人办理异地居住登记手续或经批准转院在市外医疗

机构就医的,个人先自付 10%,未经批准在市外医疗机构就医的,个人先自费 20%,再按市外医疗机构报销比例报销。参保人办理异地安置、异地外派工作登记手续的,按市外医疗机构就医报销比例报销。市外医疗机构就医报销比例:医保退休人员为 90%,一档、二档在职参保人为 85%,三档参保人为 75%,按增设缴费标准缴费的参保人为 65%。

家庭病床建床期间发生的符合基本医疗保险支付范围内的医疗费用,按基层卫生院报销政策以一次住院予以报销结算。家庭病床管理办法由市卫计委会同有关部门制订。

### **第三十条 门诊医疗待遇**

门诊医疗待遇分规定病种门诊待遇和普通门诊待遇,规定病种门诊包括特殊病种门诊和慢性病种门诊。

#### **(一) 规定病种门诊待遇**

特殊病种门诊在一个医保年度内的起付标准为 500 元,起付标准以上的可报销医疗费用,按三级医疗机构住院报销政策支付。慢性病种门诊在本市内就医的,一档或二档参保人由统筹基金按 80%比例报销,最高报销限额为 5000 元,三档参保人按 60%比例报销,最高报销限额为 2000 元。

#### **(二) 普通门诊待遇**

在市内基层定点医疗机构普通门诊就医的,由统筹基金按 50%比例报销,市内其他定点医疗机构按 20%比例报销。一档或二档参保人最高报销限额为 3000 元,三档参保人最高报销限额

为 1500 元。

**第三十一条** 制订实施全市分级诊疗管理办法，建立健全分级诊疗病种目录，加强家庭医生签约管理和服 务，完善分级诊疗医保差别化支付政策。

签约或选定基层医疗机构（下称选点）就医的，普通门诊报销比例提高 10 个百分点，慢性病种门诊提高 5 个百分点。签约或选定山区基层卫生院就医的，普通门诊报销比例提高 15 个百分点，慢性病种门诊报销比例提高 10 个百分点。签约基层医疗机构住院就医的，起付标准下降 200 元。

对不符合分级诊疗管理办法规定就医的，住院报销比例下降 10 个百分点，慢性病种门诊、普通门诊报销设立起付线。

分级诊疗管理办法由市卫计委会同有关部门制订。

**第三十二条** 依法生育发生的生育医疗费用报销结算及生育保险的生育津贴待遇，所需资金从基本医疗保险统筹基金中支付。生育医疗费用报销结算标准、生育津贴享受条件和具体标准，由市医疗保险行政部门会同有关部门制订。

## **第五章 医疗机构和零售药店定点管理**

**第三十三条** 基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店协议管理。根据“统一规划、合理布局、方便就医、兼顾需要、公平竞争”的原则，确定定点医疗机构、定点零售药店。具体管理办法由市医疗保险行政部门制定。

**第三十四条** 定点医疗机构应当坚持“因病施治、合理检查、合理用药、保证质量”的原则，规范医疗服务行为，为基本医疗保险参保人提供质优价廉的医疗服务。

**第三十五条** 定点零售药店应当保证基本医疗保险用药的品种和质量，合理控制药品服务成本，规范外配处方用药服务行为，提高服务质量。

**第三十六条** 医疗保险经办机构应与定点医疗机构和定点零售药店签订医保服务协议，明确双方的权利和义务。

**第三十七条** 各级医疗保险行政部门应加强对定点医疗机构和定点零售药店的监督检查，并将有关情况向社会公布。

## **第六章 医疗费用结算**

**第三十八条** 社会保障卡（含电子社会保障卡）作为医疗保险的就医凭证。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。

### **第三十九条 参保人异地住院费用结算**

在医保经办机构办理异地安置登记手续的，自办理之日起按本办法规定结算；办理异地外派工作登记手续的，自办理之日起1个月后，按本办法规定结算；办理异地居住登记手续的，自办理之日起2个月后，按本办法规定结算。

医疗保险经办机构应完善异地就医联网结算办法，规范异地就医结算流程，为参保人提供高效、便捷、及时的医保登记和联

网报销结算服务。

**第四十条** 按照保障基本医疗的原则，参保人使用乙类药品、乙类服务项目的，个人先自理一定的比例后，再按本办法规定结算。

**第四十一条** 参保人下列医疗费用，不列入基本医疗保险基金支付范围：

（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（紧急情况除外）发生的医疗费用；

（三）应当由工伤保险基金支付的；

（四）应当由第三人承担的；

（五）应当由公共卫生负担的；

（六）在境外就医的。

**第四十二条** 参保人就医或者购药、配药所发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用，按照下列规定办理结算：

（一）应由参保人个人支付的医疗费和购配药费，由定点医疗机构、定点零售药店与参保人直接结算。

（二）应由基本医疗保险基金支付的医疗费和购配药费，由定点医疗机构、定点零售药店按标准如实记帐，按月向医疗保险经办机构申报结算。

（三）定点医疗机构、定点零售药店涉嫌违规或违反协议的，

在调查、处理期间，医疗保险经办机构可暂停费用结算。

**第四十三条** 医保经办机构与定点医疗机构结算医疗费用，门诊实行以按人头付费结合责任医生签约（选点）、慢病管理为主的付费方式；住院实行在总额预算管理下按疾病诊断相关分组结合点数法付费方式（即按“病组点数法”付费）。

**第四十四条** 基本医疗保险结算年度，统一为每年的 1 月 1 日至 12 月 31 日，住院费用结算以出院日期为准。

## **第七章 基金管理与监督**

**第四十五条** 基本医疗保险基金实行分级管理，纳入各级政府社会保障基金财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。

**第四十六条** 各级医疗保险行政部门负责对医疗保险基金的收支、管理和运行情况进行监督检查，发现存在问题的，应当提出整改意见，依法作出处理决定。

**第四十七条** 各级财政部门负责医疗保险有关财务会计管理制度的制定和监督检查，负责医疗保险基金财政专户核算和医疗保险经办机构编制的预、决算审核，按时拨付医疗保险基金支出帐户所需资金。

**第四十八条** 各级审计部门负责对医疗保险基金收支情况和管理情况进行审计监督。

**第四十九条** 设立由人大代表、政协委员、市政府有关部门



代表、用人单位代表、医疗机构代表、参保对象代表和有关专家组成的医疗保险基金监督组织，定期检查医疗保险基金的收支和管理情况。

**第五十条** 各级医疗保险经办机构执行统一的医疗保险基金预决算、财务会计和内部审计等制度，定期将基本医疗保险基金收支情况向社会公布。按规定编制基本医疗保险基金预、决算草案，并严格执行医保基金预算，确保医保基金收支平衡。

**第五十一条** 探索基本医疗保险经办业务委托管理、购买服务，提高工作效率，降低管理成本，方便群众就医。

## 第八章 制度衔接

**第五十二条** 妥善做好与统筹前基本医疗保险制度的衔接。具体衔接政策由市医疗保险行政部门制订。县（市）可设立过渡期政策，保障县（市）个人账户划入水平、基本医疗保险门诊和住院待遇水平总体不下降。

**第五十三条** 基本医疗保险缴费档次之间可按规定接续。具体办法由市医疗保险行政部门制订。

## 第九章 附 则

**第五十四条** 机关事业单位在参加职工基本医疗保险的基础上，按国家公务员医疗补助办法享受医疗补助。

企业可建立职工补充医疗保险，所需经费按规定列支。

一至六级残疾军人、离休人员医疗待遇不变，医疗费用按原渠道解决。

**第五十五条** 规定病种种类由市医疗保险行政部门根据本市实际情况确定或调整。

**第五十六条** 市医疗保险行政部门可根据经济社会发展水平和基本医疗保险基金的运行情况，会同市财政局提出筹资和支付政策的调整意见，报市政府批准后执行。

**第五十七条** 本办法相应的配套政策，由市医疗保险行政部门会同有关部门另行制定。

**第五十八条** 本办法自 2019 年 1 月 1 日起施行。《金华市人民政府关于推行城镇基本医疗保险市级统筹的意见》（金政发〔2010〕93 号）、《金华市人民政府关于印发金华市区基本医疗保险实施办法的通知》（金政发〔2012〕50 号）和《金华市人民政府办公室关于调整市区基本医疗保险有关政策的通知》（金政办发〔2014〕40 号）等文件同时废止。

---

抄送：市委各部门，市人大常委会、市政协办公室，市监委，市法院，市检察院。

---

金华市人民政府办公室

2018 年 11 月 23 日印发

