

# 温州市人民政府办公室文件

温政办〔2022〕86号

---

## 温州市人民政府办公室关于 印发《温州市全民医疗保障办法》的通知

各县（市、区）人民政府，市直属各单位：

《温州市全民医疗保障办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

温州市人民政府办公室

2022年11月24日

（此件公开发布）

# 温州市全民医疗保障办法

为建立健全共富型大医疗保障体系，保障公民基本医疗需求，加快构建浙南医疗高地，根据《中华人民共和国社会保险法》《浙江省医疗保障条例》等法律法规和政策规定，结合本市实际，制定本办法。

## 一、总体目标

构建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、职工医疗互助、慈善帮扶（医保纾困）等相互衔接、共同发展、统一规范的医疗保障制度体系。

本市基本医疗保险包括职工基本医疗保险（含生育保险）和城乡居民基本医疗保险。

## 二、职责分工

市医疗保障行政主管部门负责本行政区域内医疗保障管理工作。县（市、区）医疗保障行政部门负责当地基本医疗保险相关工作。市、县两级医疗保障经办机构按照规定职责承担医疗保障的相关具体事务。

发改、经信、教育、公安、民政、财政、税务、人力社保、农业农村、卫生健康、退役军人事务、审计、市场监管、统计、大数据发展管理、工会、妇联、残联、红十字会、慈善等部门和单位按照各自职责做好医疗保障的相关工作。

县（市、区）、乡镇（街道）两级政府负责本辖区医疗保障组织实施工作。

### 三、职工基本医疗保险

（一）职工基本医疗保险（以下简称职工医保）按规定建立统筹基金（含住院统筹、门诊统筹）和个人账户基金，由用人单位和职工按照以下标准缴纳：

1.用人单位应当依法申报、按时足额缴纳职工医保费。用人单位以本单位职工工资总额作为缴费基数，按 9.2%（其中住院统筹 5.2%、门诊统筹 3%、生育保险 1%）的比例按月缴纳；在职职工以本人上年度月平均工资作为缴费基数，按 2%的比例按月缴纳。

2.灵活就业人员按规定参加职工医保，参保所需费用由本人承担。缴费基数可由其本人按照上年度浙江省社会平均工资的固定比例申报。可通过银行协议扣款、线上平台自助缴费等方式按月向税务机关缴纳。探索新业态灵活就业人员参保模式，重点保障住院统筹待遇。

缴费基数的确定按国家、省相关规定执行。统一社会保险费征收模式，明确缴费人自行申报义务，稳步有序实现用人单位和个人自行向税务部门申报医疗保险费。

（二）参保人员办理退休或者达到法定退休年龄时，其职工医保累计缴费年限达到二十年的不再缴费，其中门诊统筹按实际缴费年限计算（享受公务员补助医疗人员除外）。未达到二十年

的，可一次性缴纳或按月延续缴纳不足年限的职工医保费。参保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。

选择按月延缴职工医保费的参保人员，缴费标准按同期灵活就业人员标准执行，享受在职职工医保待遇，其生育保险不再缴纳；选择一次性补缴职工医保费的参保人员，缴费基数为办理补缴时的上年度浙江省社会平均工资，缴费费率为 8.2%（其中住院统筹 5.2%，门诊统筹 3%）。

引进人才、公职人员异地调入、退复员军人、转业军官等人员参加本市基本医疗保险按上级有关规定执行。

（三）根据国家、省改革精神，稳步推进职工医保个人账户改革。在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。具体实施细则由市医疗保障部门会同财政部门研究，报市人民政府批准后公布执行。

（四）参保单位应按规定办理职工医保登记。职工医保参保人员待遇享受条件按照《浙江省医疗保障条例》规定执行。

（五）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），按以下规定执行：

1.按医疗机构等级设立统筹基金起付标准：基层医疗机构 200 元，二级及其他医疗机构 300 元，三级医疗机构 600 元。在

起付标准以下部分，由个人自付。

2.最高限额为上年度浙江省社会平均工资的6倍，超过最高限额的住院医疗费用，统筹基金不予支付。

3.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%，个人分别自付10%和5%。

(六)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医疗费用，按以下规定支付：

1.设立统筹基金起付标准，分别为在职人员600元，退休人员400元。在起付标准以下部分，由参保人员个人自付。

2.最高限额10000元，超过最高限额的门诊医疗费用，统筹基金不予支付。

3.超过起付标准至最高限额以下部分，由统筹基金按照下列比例支付：在基层医疗机构就医的，统筹基金支付80%；在二级及其他医疗机构、零售药店就医购药，统筹基金支付70%；在三级医疗机构就医的，统筹基金支付60%；在救护车上发生的医疗费用，按其送达医疗机构普通门诊的承担比例结算。

职工个人账户改革实施后，门诊待遇应作适当调整。

#### **四、城乡居民基本医疗保险**

(一)本市城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)分为普通居民医保和大学生基本医疗保险，已参加职工医保或享有其他医疗保障待遇以外的人员，按规定参加居民医保。

1.下列人员参加普通居民医保：具有本市户籍或取得本地居

住证的居民；中小学、幼儿园、职业学校的在册学生儿童（以下简称学生儿童）；国家、省、市规定的其他人员。

2.本市大中专院校（含技校）在册学生（以下简称大学生）参加大学生基本医疗保险。

（二）居民医保费由参保人员个人缴费和政府财政补助组成，用于建立居民医保统筹基金。其中，普通居民医保人均筹资额标准不低于本市上一年度居民人均可支配收入的 2.5%，参保人员个人缴费一般不低于人均筹资额的三分之一；财政补助部分，按照现行财政体制分别承担。

建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的筹资机制和筹资标准的动态调整机制。居民医保筹资标准由市医疗保障、财政和税务部门根据本市经济社会发展水平和基金运行情况，提出调整方案经市政府同意后执行。

（三）本市最低生活保障家庭成员、特困供养人员、最低生活保障边缘家庭成员、持《中华人民共和国残疾人证》的残疾人、孤儿、困境儿童及县级以上政府规定的其他资助参保对象，其居民医保的个人缴费部分，由当地财政予以全额补助。

对持居住证参保的人员，个人按当地居民相同标准缴费，各级财政按当地居民相同标准给予补助。

（四）居民医保费按年度缴纳，一个年度内缴费标准不变。城乡居民应当在每年年底前向税务机关申报缴纳下一年度的居民医保费，原则上缴费时间为每年的 10 至 12 月份，根据需要可

适当延长。大学生及学生儿童参保时间可结合开学时间，集中办理参保缴费。居民医保费可以通过银行协议扣款、线上平台自助缴费等方式缴纳。

居民医保待遇享受条件按照《浙江省医疗保障条例》规定执行。

（五）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），按以下规定执行：

1.按医疗机构等级设立统筹基金起付标准：基层医疗机构300元，二级及其他医疗机构400元，三级医疗机构700元。起付标准以下部分，由个人自付。

2.最高限额20万元，超过最高限额的住院医疗费用，统筹基金不予支付。

3.起付标准以上最高限额以下部分，按以下比例支付：在基层医疗机构住院的，统筹基金支付90%，个人自付10%；在二级及其他医疗机构住院的，统筹基金支付80%，个人自付20%；在三级医疗机构住院的，统筹基金支付70%，个人自付30%。

（六）一个医保年度内，本市普通居民医保参保人员（大学生医保除外）符合基本医疗保险规定范围的门诊费用，按以下规定支付：

1.设门诊统筹起付标准，起付标准为100元。其中，基层医疗机构不设起付标准。起付标准以下部分，由个人自付。

2.最高限额为 1500 元。超过最高限额的门诊医疗费用，统筹基金不予支付。

3.起付标准以上最高限额以下部分，按以下比例支付：在基层医疗机构就医的，居民医保基金支付 50%，个人自付 50%；在市内其他医疗机构就医或在零售药店购药的，居民医保基金支付 35%，个人自付 65%。

4.健全居民医保慢性病门诊保障制度，门诊待遇适当向慢病居民医保参保人员倾斜。

（七）本市大学生医保缴费标准暂按每年 220 元/人确定，其中个人缴纳 70 元，财政补助 150 元。按照国家医保待遇清单要求，稳步推进大学生医保制度改革。

## 五、生育保险

（一）按照国家和省有关规定，生育保险与职工医保合并实施。生育保险基金并入职工医保住院统筹基金统一征缴。

（二）生育保险待遇享受起始时间与职工基本医疗保险一致。其中生育津贴待遇享受应在本市足额连续正常缴纳生育保险费 6 个月以上；未满 6 个月的，可继续在本市缴纳生育保险费，待满 6 个月后可作回溯支付。

（三）按照国家规定参加基本医疗保险的参保人员，在定点医疗机构就诊期间发生的符合生育保险政策规定的生育医疗费用纳入基本医疗保险基金支付范围，按基本医疗保险费用支付方式执行。



(四)生育津贴支付天数按照《浙江省女职工劳动保护办法》等法律法规规定的产假天数执行。

1.妊娠7个月(含)以上生育、终止妊娠或者妊娠7个月以下早产的,享受98天的生育津贴,其中符合《浙江省人口与计划生育条例》第二十二条规定的,再增加延长产假天数的生育津贴;妊娠4个月(含)以上7个月以下终止妊娠的,享受42天的生育津贴;妊娠4个月以下终止妊娠或者患子宫外怀孕实施手术的,享受15天的生育津贴。

2.女职工生育遇有下列情形的,可以增加生育津贴:生育时遇难产实施剖宫产、采用产钳助产、胎头吸引术、臀位牵引术的,增加15天的生育津贴;生育多胞胎的,每多生育1个婴儿,增加15天的生育津贴。

国家调整生育休假期限的,以上计发天数随之调整。

(五)生育津贴计算公式为:生育津贴=用人单位上年度职工月平均工资 $\div$ 30 $\times$ 产假天数。

用人单位上年度职工月平均工资,以上年的医保年度该用人单位申报的医疗保险缴费工资总额,除以对应的累计参保总人数确定。当年新成立的用人单位上年度职工月平均工资,由医保经办机构按照该用人单位参保职工第一个月申报的医疗保险缴费工资平均数计算。

灵活就业人员生育津贴计发基数按上年度灵活就业人员缴费基数确定。

生育津贴与产假期间职工本人工资不能重复享受。若生育津贴低于职工本人平均工资的，由用人单位补足差额部分。

## **六、补充医疗保险**

（一）健全大病保险制度，职工医保和居民医保参保人员统一纳入大病保险制度保障范围。大病保险具体筹资、待遇等政策由市医疗保障部门会同财政等相关部门另行制定。

（二）国家公务员在参加职工医保和大病保险的基础上，按规定参加公务员医疗补助。具体办法由市医疗保障部门会同财政部门另行制定。

（三）结合本市实际情况，建立健全满足不同群体、保障多种医疗需求的多层次补充医疗保险体系。

做好全民健康补充医疗保险与基本医保制度的衔接，将职工大病医疗救助整合优化为职工健康补充医疗保险。

## **七、医疗救助**

本市医疗救助工作按照《温州市医疗救助办法》（温政办〔2020〕78号）有关规定执行，建立全市统一的医疗救助制度。

推进医疗救助统筹层次与基本医保统筹层次相协调，逐步实行市级统收统支，提高救助资金使用效率。

## **八、其他医疗保障**

（一）鼓励发展商业健康保险，引导商业保险机构建立面向所有基本医疗保险参保人员，不设置健康状况、既往病史等前置条件，保费与个人疾病风险脱钩的商业健康保险，对参保人员基

本医保、大病保险等之外的医疗费用给予补充性保障。鼓励用人单位为职工购买商业健康保险。

（二）建立和完善慈善帮扶等社会力量参与医疗救助机制，加强政府救助与社会力量有效衔接，动员引导社会力量参与救助保障。

鼓励各县（市、区）筹集设立具有公益性质的“慈善医疗救助共富基金”，专项用于困难群众医疗救急、高额医疗费用化解、特殊病种护理等项目，发挥补充救助作用。

（三）按照由市区向全市域、由职工向城乡居民逐步全覆盖的原则，稳步推进长期护理保险制度。筹资标准根据当地经济发展水平、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。建立与经济社会发展和保障水平相适应的动态筹资机制。

## 九、其他特殊人群参保

（一）离休干部（老红军）、离休配偶、一级至六级残疾军人医疗待遇不变，医疗经费由原渠道解决。

中华人民共和国成立前参加革命的老工人在参加基本医疗保险基础上的医疗保障待遇，按原政策执行。

市级以上劳动模范和 1956 年至 1964 年期间的省先进生产者（工作者），符合基本医疗保险规定范围的医疗费，按《温州市人民政府关于进一步完善和落实劳动模范待遇的通知》（温政发〔2021〕8 号）规定执行。

（二）职工医保门诊统筹政策实施后改制的事业单位“两保”人员，由用人单位按上一年度省社平工资的 10.2%（其中门诊统筹 5%，住院统筹 5.2%）一次性缴纳医疗保险费后，方可终身享受门诊统筹和住院统筹待遇。按实际年龄计算至法定退休年龄；缴费年限不足 20 年的，一次性补足 20 年。门诊医疗包干费、门诊医疗费不再计提发放。

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，按上一年度省社平工资的 10.2%（其中门诊统筹 5%，住院统筹 5.2%）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，应按规定继续缴纳职工住院医疗保险费和门诊医疗保险费。至法定退休年龄，缴费年限不足 20 年的，按月延缴或一次性缴纳补足 20 年，终身享受住院统筹和门诊统筹待遇。

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，按照本市原政策规定执行。

（三）本市职工医保制度实施前已退休、退職人员，原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職人员应缴年限一次性缴纳职工医保费。退休、退職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。

（四）用人单位破产的，应为一级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。

## **十、医疗保障基金管理**

（一）医疗保障基金，包括职工医保（含生育保险）基金、居民医保基金、大病保险基金、医疗救助资金和长期护理保险基金等专项基（资）金。医疗保障经办机构应按照规定加强基金管理，医疗保障等相关行政部门加强监督。

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，按本市相关规定执行。

（二）基本医疗保险按照国家、省规定的药品和医用耗材、医疗服务支付范围支付，补充医疗保险、医疗救助参照政策范围内费用范围执行。

## **十一、医疗保障服务管理**

（一）建立健全全市统一的医疗保障经办管理体系。医疗保障经办机构应当推进医疗保障经办事项与相关政务服务事项协同办理。加强医疗保障公共管理服务能力配置，实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）医疗保障公共服务全覆盖。

（二）参保人员就医购药，应当出示医保相关凭证，定点医药机构应校验核实参保人信息后，方可就诊、购药。

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。

（三）建立健全基本医疗保险特殊病种门诊管理制度，待遇标准视同住院，其医疗费用列入统筹基金支付范围，具体病种暂定为：各类恶性肿瘤的治疗；器官移植后的抗排异治疗；肾功能衰竭的腹膜透析、血液透析；系统性红斑狼疮的治疗；再生障碍性贫血的治疗；血友病的治疗；重性精神病人药物维持治疗；糖尿病胰岛素治疗；肺结核病辅助治疗（限耐多药治疗）；儿童孤独症治疗；癫痫。

上级文件对特殊病种范围有新规定的，从其规定。

（四）建立基本医疗保险慢性病门诊保障制度，门诊慢性病病种暂定为：高血压；糖尿病；肺结核；冠心病；支气管哮喘；慢性肾脏病；慢性阻塞性肺疾病；慢性肝病；帕金森病；类风湿关节炎；阿尔茨海默病；精神分裂症（情感性精神病）；高脂血症。

上级文件对医保慢性病门诊保障制度有新规定的，从其规定。

（五）按照分级诊疗的要求，参保人员原则上应在参保地就医。因病情需要转温州市外就诊的，需辖区内最高等级医保协议定点医疗机构办理转诊。

已办理转诊手续或因紧急情况等到市外医疗机构就医的参

保人员，其中，符合基本医疗保险规定范围的住院医疗费用，先由参保人员个人自付 10%，再按参保地基本医疗保险住院统筹待遇支付；符合基本医疗保险规定范围的门诊医疗费用，职工参保人员无需先行自付，按参保地基本医保待遇支付，居民医保基金不予支付。

未按规定办理转诊或不属于转外就医病种范围自行转市外就医的，其发生的符合基本医疗保险规定范围的医疗费用，在参保地医保政策原支付比例基础上下降 20%。

（六）异地长期居住的参保人员，办理异地安置备案后，在备案有效期内可在备案地和参保地双向享受医保待遇。备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，其发生的符合基本医疗保险规定范围的医疗费用，按第十一点第（五）项转诊转院待遇执行。

异地长期居住人员登记备案后，备案长期有效；变更或取消备案的时限，原则上为 6 个月。临时外出就医人员备案有效期原则上为 6 个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。

（七）已按规定办理转诊或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，其符合基本医疗保险规定范围的医疗费用原则上按就医地医保政策确定，起付标准、支付比例、最高限额按参保地政策执行。参保人员不得重复享受基本医疗保险待遇。

(八) 参保人员因紧急情况需在统筹地区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。

(九) 市医疗保障行政主管部门应当建立健全基本医疗保险基金总额预算管理下的按 DRGs 点数法付费、按床日付费、中医按病种付费、按人头付费和按项目付费等相结合的多元复合式医保支付方式。具体实施细则由医疗保障部门会同与财政、卫健部门制定。

(十) 一个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。

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起付线标准和医疗费用最高限额，在不同险种间转换时，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。

## **十二、监督检查与法律责任**

(一) 医疗保障行政主管部门应加强基本医疗保险服务数据智能监管和费用智能审核，评估基本医疗保险基金运行风险，确定重点监管事项和监管对象，及时开展监管处置。

(二) 医疗保障行政主管部门应当会同卫生健康、药品监督管理等有关部门，依法加强对参保人员、参保单位、医药机构及



其医保医师、药师、从业人员的监督检查，完善医疗保障信息归集、信用评价机制，将信用评价结果与定点医药机构绩效考评相结合，依法实施守信联合激励和失信联合惩戒。

定点医药机构、参保人员等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险待遇的，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》《医疗保障基金使用监督管理条例》《浙江省医疗保障条例》有关规定予以处罚，同时抄告相关部门。

（三）医保经办机构及其工作人员有违反法律、行政法规规定行为的，由医疗保障行政主管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。

### **十三、其他**

（一）统一全市职工和居民医保年度为当年1月1日至12月31日，与自然年度保持一致。

（二）医疗保障政策根据经济发展和基金收支平衡情况需要调整的，由医疗保障部门会同财政部门提出调整方案，报市人民政府批准后公布执行。

（三）本办法中下列用语的含义：

最高限额，指参保人员在一个结算年度内发生的符合基本医疗保险基金支付范围的最高额度。

自付费用，指患者就医所发生的医疗费用中由个人负担的属

于基本医疗保险和大病保险目录范围内自行承担的费用。

起付标准、支付比例的含义解释按照《浙江省医疗保障条例》执行。

（四）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《国务院关于颁发〈国务院关于安置老弱病残干部的暂行办法〉和〈国务院关于工人退休、退职的暂行办法〉的通知》（国发〔1978〕104号）办理退职手续的人员。

本办法自2023年1月1日起施行。本办法实施后，与本办法规定不一致，按本办法执行；上级部门如有新的规定，按上级有关规定执行。

---

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

---

温州市人民政府办公室

2022年11月24日印发

---