

衡阳市医疗保障局
衡阳市财政局
国家税务总局衡阳市税务局
衡阳市卫生健康委员会

文件

衡医保发〔2020〕24号

关于印发《衡阳市基本医疗保险、生育保险
和补充医疗保险市级统筹政策暂行规定》的
通知

各县市区医疗保障局、财政局、税务局、卫健局：

为做实基本医疗保险和生育保险市级统筹工作，保障我市市级统筹工作有序推进，现将《衡阳市基本医疗保险、生育保险和补充医疗保险市级统筹政策暂行规定》印发给你们，请遵照执行。

此页无内容



(此件主动公开)

衡阳市基本医疗保险、生育保险和补充医疗保险市级统筹政策暂行规定

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国社会保险法》《湖南省医疗保障局湖南省财政厅国家税务总局湖南省税务局关于全面实行基本医疗保险和生育保险市级统筹的实施意见》（湘医保发〔2019〕43号）《衡阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案》（衡政办发〔2020〕7号）及国家、省有关规定，结合我市实际，特制定本规定。

第二条 基本医疗保险、生育保险政策市级统筹的范围包括：城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、城镇职工生育保险（以下简称生育保险）、城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）的参保登记、基金征缴、门诊和住院待遇、生育医疗待遇等政策。

补充医疗保险政策市级统筹的范围包括：职工大病医疗互助、城乡居民大病保险等政策。

第三条 在全市范围内统一基本医疗保险、生育保险和补充医疗保险等政策，实现参保人员依法参保缴费，公平享受相应待遇。

基本医疗保险、生育保险和补充医疗保险政策由市医疗保障局牵头统一制定，各县市区不得擅自提高或降低缴费和待遇标准。

统筹区内所有机关、单位、社区、学校及常住居民应如实提供参保人员姓名、证件号码、住址、联系方式等基本信息，配合医保经办机构做好参保登记工作。

第四条 每年1月1日至12月31日为一个医疗保险结算年度。纳入基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用即为政策范围内医疗费用。政策范围内医疗费用应当符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录及医疗服务设施范围和支付标准（简称“三个目录”）等相关规定。超出“三个目录”及“三个目录”内规定全自付的，属完全政策自付费用；“三个目录”内规定个人先自付的，属部分政策自付费用。完全政策自付费用和部分政策自付费用由个人自付。

《中华人民共和国社会保险法》等有关法律法规明确规定不予支付的医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围。

第五条 参保人员享受基本医疗保险待遇的就医行为应遵循“就近医疗，逐级转诊”的原则，在参保地县域内（四个中心城区视为同一区域）的二级及二级以下医疗机构首诊就医，确因病情需要转诊转院治疗的，应按参保地规定办理转诊手续。在市域内未办理转诊转院手续而发生的政策范围内医疗费用，参保人员应先负担10%的自理费用。

第六条 在非定点医疗机构（定点医疗机构以各地医保部门公布的为准）发生的医疗费用原则上不予支付（急危重症抢救者除外）。因急危重症抢救在非定点医疗机构住院的，应当在入院治疗3个工作日之内，报参保地医保经办机构备

案同意，其发生的医疗费用比照当地同级别定点医疗机构的支付比例。

第七条 需要紧急救治的急危重症病人由急诊抢救转为住院治疗的，急诊抢救医疗费用与住院费用合并计算；急诊抢救死亡的，对政策范围内的医疗费用，视同住院医疗费用按住院相关政策规定报销。

第二章 城镇职工基本医疗保险

第八条 本市行政区域内的所有用人单位及其职工，均要参加职工医保，灵活就业人员可选择参加灵活就业人员职工医保。

（一）用人单位包括企业（国有企业、城镇集体企业、外商投资企业、私营企业）、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位（以下简称用人单位）。

（二）灵活就业人员是指个体经济组织业主及其从业人员、自由职业者（指在没有与单位建立劳动关系期间，依靠提供劳务，并获得合法劳动报酬的人员）、与用人单位解除劳动关系的失业人员（含国有企业破产、改制、一次性安置人员）以及个人委托存档人员等达到国家规定的劳动年龄、有劳动能力并取得固定收入的人员。

第九条 医保部门负责医疗、生育保险的政策制定、参保登记（含新增登记、变更登记、注销登记、特殊人群标识登记、公务员医疗补助身份登记、缴费费率登记、灵活就

业人员登记)、待遇发放、权益记录等业务。

税务部门负责受理医疗生育保险费的缴费申报(含参保职工年度工资总额申报)、费款征收等业务。

第十条 用人单位取得营业执照之日起 30 日内,按照属地管理原则,必须向当地医疗保险经办机构办理基本医疗保险登记,市直行政机关事业单位以及在市市场监督管理部门登记注册的企业在市医疗保险经办机构办理参保登记。

用人单位合并、分立、转让时,30 日内必须到医疗保险经办机构办理变更手续。

用人单位招用人员 30 日内,必须到医疗保险经办机构为被招用人员办理医疗保险手续,预缴 1 个月的基本医疗保险费。从次月开始享受医疗保险待遇。

第十一条 用人单位缴费率为本单位上年度全部在职职工工资总额的 8.7%(含生育保险费率 0.7%),职工缴费率为上年度本人工资收入的 2%(由用人单位代扣),个人不缴纳生育保险费。社会养老保险经办机构按月支付退休费或经组织、人社部门批准的退休人员不缴纳医疗生育保险费(提前退休人员除外)。用人单位须每月按时缴纳当月医疗保险费用。

领取失业保险金人员由失业保险经办机构在同级医疗保险经办机构为其参加医疗保险,以全省上年度城镇从业人员全口径月平均工资总额的 60%为基数,按 10%费率缴纳基本医疗保险费,个人不缴费。

用人单位职工年平均工资总额超过全省上年度城镇从业人员全口径月平均工资总额 300%以上部分不计作缴费基数；低于 60%的，以 60%为基数缴纳基本医疗保险费。

第十二条 灵活就业人员在户籍所在地医疗保险经办机构申请办理参保登记手续。原市属改制企业置换身份人员、高新技术开发区居民可向市医疗保险经办机构申请办理灵活就业人员参保登记手续。

第十三条 灵活就业人员申请新参保的，需一次性缴纳当年度医保费用。续保人员须在每年 2 月底之前缴纳当年度医保费用。

从未参保的灵活就业人员，从参保缴费的 180 天后享受医疗生育保险待遇。灵活就业人员缴费断档的，可只缴纳当年医保费用，并从缴费之日起 60 天后享受医疗生育保险待遇。上年度已缴纳灵活就业人员医保费用，本年度虽未按时缴纳的，补缴之后不设待遇等待期，可享受全年医保待遇。

单位职工在用人单位为其办理停保手续 2 个月内选择参加灵活就业人员医保的，并缴纳自停保之日起当年度内剩余月份医保费，可连续享受医疗生育保险待遇；超过 2 个月但在该年度内接续的，需缴纳自停保之日起该年度内剩余月份医保费，并从缴费之日起 60 天后享受医疗生育保险待遇；超过 2 个月在年度内未接续的，如选择参加灵活就业人员医保的，可只缴纳当年医保费用，并从缴费之日起 60 天后享受医疗生育保险待遇。

第十四条 灵活就业人员缴费方式分为社会统筹和个人账户相结合（以下简称统账结合）和单建住院统筹、不建个人账户（以下简称单建住院统筹）两种类型。以统账结合方式缴费的按上年度发布的全省城镇从业人员全口径月平均工资为基数，缴费费率为 8%；以单建住院统筹方式缴费的按上年度发布的全省城镇从业人员全口径月平均工资的 60%为基数，缴费费率为 7%。

灵活就业每年缴费标准由市税务部门与市医保部门共同发布。缴费标准一经确定，年度内不予变更。

第十五条 职工医保划拨个人账户。职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户，用人单位缴纳的基本医疗保险费按下列比例划入职工个人账户：45 岁（含 45 岁）以下的按本人上年度工资收入的 0.7%划入个人账户；46 岁（含 46 岁）以上至医保退休前的按本人上年度工资收入的 1.2%划入个人账户；医保退休人员按缴费单位上年度职工年平均工资的 3.4%划入个人账户。划入个人账户的比例不得超过用人单位缴费数额的 30%。

第十六条 灵活就业统账结合缴费人员医保个人账户划拨。45 岁（含 45 岁）以下的按当年缴费基数 0.7%一次性划拨；46 岁（含 46 岁）以上的按当年缴费基数 1.2%一次性划拨；享受统账结合退休人员医疗保险待遇的，以其本人上年度 12 月份养老金为基数，从办理退休人员统账结合医保待遇手续的次月起，按 3.4%的比例逐月划拨。

第十七条 个人账户可用于支付在社区卫生服务中心等定点医疗机构发生的门诊医疗费、住院医疗费用中的个人自负部分、特殊门诊医疗费用中的个人自负部分以及定点零售药店的购药费用。个人账户的本金和利息为个人所有。个人账户不得提取现金，不得透支、超支不补，结余滚存使用。职工或退休人员死亡时，其个人账户的资金余额可以依法继承。参保人跨统筹区转移医保关系，个人账户金可随之转移，无法转移的，可将个人账户金退给本人。

第十八条 职工医保参保人员（含灵活就业人员）医保累计缴费年限需男满 30 年、女满 25 年（2003 年 1 月 1 日以前符合国家规定的连续工龄或者工作年限，视同基本医疗保险缴费年限），本省实际缴费年限不低于 10 年，且达到国家法定正常退休年龄的退休人员（男满 60 周岁、女干部满 55 周岁、女工人满 50 周岁），方可享受退休人员基本医疗保险待遇（以下简称医保退休待遇）。

经人社、组织部门批准未达到法定退休年龄提前退休人员，由单位按 10.7% 的比例缴纳医疗保险费（个人不缴费），直至该参保人员达到法定正常退休年龄（灵活就业人员需按灵活就业人员缴费标准缴至法定退休年龄），才予以办理医保退休待遇。

不足最低缴费年限的（包括不足实际缴费年限），以上年度全省城镇从业人员全口径月平均工资为基数，按规定比例一次性补缴或参照在职人员缴费标准继续缴费至最低年

限（灵活就业人员按现年度的缴费标准补缴），才能享受医保退休待遇。

第十九条 灵活就业人员选择按统账结合缴费方式办理医保退休待遇的，需先补满 10 年本统筹区统账结合缴费年限。

第二十条 灵活就业人员须在缴费年限最长的医保经办机构办理医保退休手续。缴费年限相同的，在养老保险待遇领取地的医保经办机构办理医保退休手续，无养老保险待遇领取地的，在户籍所在地医保经办机构办理医保退休手续。

在本统筹区有实际缴费年限的外地人员，可在缴费时间最长的医保经办机构办理医保退休手续。

第二十一条 用人单位在医保部门办理完当月的人员异动后，由税务部门测算出当月应缴金额，并将应缴数据实时反馈给医保部门，当月应缴数据测算后原则上不予变更，参保单位须按照测算数据及时缴纳医保费用。如因政策变动、计算错误等客观原因需要办理退费时，由参保单位向税务部门提出申请，经医保部门核实后，方可办理退费手续。

第二十二条 职工医保设置住院起付标准、报销比例和统筹基金最高支付限额。

（一）住院起付标准。三级医疗机构 1600 元（中医医院 1400 元）；二级医疗机构 800 元（中医医院 700 元）；一级医疗机构 600 元（中医医院 500 元）；乡镇卫生院及社

区卫生服务中心 400 元。一个统筹年度内，第二次及第二次以上住院起付标准减半。

（二）住院报销比例。政策范围内费用，除起付线外，乡镇卫生院、社区卫生服务中心、一级医疗机构在职人员报 92%，退休人员报 94%；二级医疗机构在职人员报 90%，退休人员报 92%；三级医疗机构在职人员报 88%，退休人员报 90%。参保人员住院医疗费用未超出当次住院起付标准的，不纳入基本医疗保险费用结算。

（三）最高支付限额。一个结算年度内，职工医保统筹基金最高支付限额为 10 万元。超过职工医保统筹基金最高支付限额的医疗费用，按规定纳入职工大病医疗互助基金支付。

第二十三条 参保人员因病情需要门诊长期治疗或服药的，可纳入特殊病种门诊管理范围。特殊病种门诊范围和待遇标准另行制定。

第三章 城镇职工生育保险

第二十四条 本市行政区域内的国家机关、企事业单位、社会团体、民办非企业、个体工商户等各类用人单位在参加职工医保的同时，应为本单位在职职工同步参加生育保险。按规定参加了生育保险，合法生育的，可以享受生育保险相关待遇。

第二十五条 职工医保基金严格执行社会保险基金财

务制度，不再单列生育保险基金收入，在职工医保统筹基金待遇支出中设置生育保险待遇支出项目。建立健全基金风险预警机制，坚持基金运行情况公开，加强内部控制，强化基金行政监督和社会监督，确保基金安全运行。

第二十六条 生育医疗待遇包括《中华人民共和国社会保险法》《湖南省城镇职工生育保险办法》《关于生育保险和职工基本医疗保险合并实施有关问题的处理意见》（湘医保发〔2020〕23号）等文件规定的生育保险相关待遇（含生育医疗和生育津贴待遇）。用人单位新增参保人员，连续缴纳生育保险费10个月后（含补缴3个月以内且能提供有效劳动关系证明的）生育的，可享受生育津贴待遇；补缴超过3个月的，从正常缴费之日起10个月后生育的可享受生育津贴待遇；参保未满10个月早产的，但参保人妊娠日期晚于参保日期的，可按规定享受生育保险待遇。

第二十七条 生育医疗费用支付范围：生育或终止妊娠必需的检查费、接生费、手术费、住院费和药费；放置或者取出宫内节育器的费用；采取除外用避孕工具以外的其他避孕措施的费用；实施绝育、输精管输卵管复通手术的费用；治疗放置或者取出宫内节育器引起并发症的费用；因生育、终止妊娠引起并发症在产假期间的医疗费用和因绝育、输精管输卵管复通手术引起并发症的医疗费用。但按照有关法律、法规规定由施行手术单位承担并发症医疗费用的除外。因住院分娩中发生严重并发症或合并症产生的医疗费用，由

定点医疗机构向经办机构申报，审核确认后可不按生育保险病种限额支付，按基本医疗保险相关政策规定核报医疗费用。生育医疗费用基金支付部分纳入基本医疗保险最高支付限额范围。

第二十八条 产假标准。参保单位符合法定生育条件的在职女职工除享受国家规定的 98 天产假外，增加产假 60 天。有下列情形的，还可以按照下列规定享受相应产假：难产的，增加产假 15 天；生育多胞胎的，每多生育一个婴儿的，增加产假 15 天。女职工怀孕未满 2 个月终止妊娠的，享受 15 天产假；怀孕满 2 个月未满 4 个月终止妊娠的，享受 30 天产假；怀孕满 4 个月未满 7 个月终止妊娠的，享受 42 天产假；怀孕满 7 个月终止妊娠的，享受 75 天产假。产假标准的政策如有调整，则按新政策规定执行。

第二十九条 生育津贴标准。参保单位符合法定生育条件的在职女职工的生育和终止妊娠按上述规定的产假标准，由发放工资变更为享受生育津贴。女职工每天生育津贴标准为当年度本单位在职职工月平均缴费基数除以 30 天之商，低于本人工资标准的由单位补足。生育津贴与工资不能同时享受，即产假时间内单位未停发工资的不能享受生育津贴。

第三十条 生育补助金范围及标准。特困企业的女职工、领取失业保险金期间的女性参保人员和灵活就业参保的女性参保人员合法生育的，支付一次性生育补助金，生育补助金标准为统筹地区上年度按规定支付的人均生育医疗费用；用人单位男职工的配偶合法生育，且未参加生育保险的，

支付一次性生育补助金，生育补助金标准为统筹地区上年度按规定支付的人均生育医疗费用的 50%。

第三十一条 参保人员妊娠期间转移医保关系，或者产假期间转移医保关系的，由住院分娩出院之日基本医疗保险关系所在统筹地区按照本地区生育保险政策规定支付生育保险相关待遇（含生育医疗和生育津贴待遇）。

第四章 城乡居民基本医疗保险

第三十二条 本市行政区域内除职工医保应参保人员以外的下列人员应当参加居民医保：

（一）具有本市户籍的所有城乡居民（在外地就读的在校大中专学生、在外地就业或居住已参加当地基本医疗保险的除外）；

（二）在本市居住半年以上的非本市户籍的城乡居民；

（三）非本市户籍的在校大中专学生；

（四）国家、省及我市规定的其他人员。

第三十三条 城乡居民应以家庭为单位按属地原则整体到户籍（外市长期在衡居住人员到居住地）所属村、社区参保缴费，在校大中专学生以学校为单位到学校所属县市区居民医保经办机构办理参保缴费手续。

第三十四条 城乡居民按年度一次性足额缴纳居民医保费，方可享受相应的医疗保险待遇。居民医保个人缴费标准、财政补助标准均按上级文件规定执行，实行动态调整。

第三十五条 各地要按照国家和省政策要求，全面落实

困难群众分类资助参保政策，并建立参保资助工作台账，税务、医保部门要密切配合，加强居民医保惠民政策宣传，全力推动基本医疗保险全覆盖，实现应保尽保、应缴尽缴。

第三十六条 居民医保基金为参保居民支付下列费用：

- （一）政策范围内住院医疗费用；
- （二）政策范围内门诊（含特殊病种门诊、普通门诊和“两病”门诊）医疗费用；
- （三）购买城乡居民大病保险；
- （四）生育医疗费用（含产前检查费）补助；
- （五）符合国家政策和省人民政府规定的其他情形。

第三十七条 普通门诊统筹。城乡居民参保对象在定点基层医疗卫生机构就诊时，一个结算年度内，政策范围内门诊医疗费用不设起付线，最高限额 600 元，最高限额范围内普通门诊统筹基金支付比例 70%。具体实施根据《关于做好城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹工作的通知》（衡医保发〔2019〕11 号）文件执行。

第三十八条 两病门诊用药保障。“两病”门诊用药保障不设起付线，按照 70%的比例支付，高血压患者每年累计基金最高支付限额 360 元，糖尿病患者每年累计基金最高支付限额 600 元。超出基金最高支付限额的门诊医疗费用由参保居民个人负担。具体实施根据《关于做好城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障工作的实施意见》（湘医保发〔2019〕34 号）文件执行。

第三十九条 特殊病种门诊。参保人员因病情需要门诊

长期治疗或服药的，可纳入特殊病种门诊管理范围。特殊病种门诊范围和待遇标准另行制定。

第四十条 居民医保基金设置住院起付标准、报销比例和统筹基金最高支付限额。

（一）住院起付标准。本统筹地区内住院每次起付标准：市属三级医疗机构 1200 元，市内省属三级医疗机构 1500 元；二级医疗机构 600 元；一级医疗机构（含中心卫生院）400 元；一般乡镇卫生院、社区卫生服务机构 200 元。一个结算年度内多次住院的，累计起付标准以 2300 元为限额。

（二）一般疾病报销比例。参保居民在统筹地区市级及以下基本医疗保险定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费，起付标准以上的部分，由城乡居民医保统筹基金按比例支付：乡镇卫生院、社区卫生服务机构为 90%；一级医疗机构为 80%（其中中医医院为 85%）；二级医疗机构为 75%（其中中医医院为 80%）；三级医疗机构为 60%（其中中医医院为 65%）。

（三）参保居民在省内省级定点医疗机构住院，起付标准及政策范围内住院医疗费用基金支付比例按湘人社发〔2016〕88 号文件及湖南省有关规定执行。

（四）最高支付限额。一个结算年度内，居民医保（不含居民大病保险）累计最高支付限额为 15 万元。

第四十一条 居民医保基金对参保居民符合计划生育政策规定的合规生育医疗费用（含产前检查费）给予一次性补助，平产最高补助标准为 1300 元，剖宫产最高补助标准

为 1600 元，按单病种包干管理，在定点医疗机构实行即时结算。孕产妇因高危重症救治发生的政策范围内住院医疗费用参照疾病住院相关标准支付。

第四十二条 参加居民医保的贫困人口医疗保障待遇，按上级有关规定执行。

第五章 异地就医

第四十三条 异地就医是指参保人员在统筹区外（市域外）基本医保定点医疗机构发生的诊疗行为。下列参保人员可以申请办理异地就医备案手续。

（一）异地安置人员：指在异地定居并且户籍迁入定居地的退休人员、在异地长期居住生活且符合参保地规定的人员和用人单位派驻异地工作且符合参保地规定的人员。

（二）异地转诊人员：指符合参保地异地转诊规定的人员。

（三）异地急诊人员：指在统筹区外务工、出差、探亲、旅游等因急危重症需要紧急救治的人员。

第四十四条 申请通过异地就医备案后，在异地住院时发生的政策范围内医疗费用，参保人员先负担 10% 的转外自理费用后，剩余部分参照统筹地就医待遇予以报销。未申请通过异地就医备案的（危急重症患者抢救除外），参保人员先负担 15% 的转外自理费用后，剩余部分参照统筹地就医待遇予以报销。

第四十五条 异地就医医疗费用在条件允许下，原则上

采用联网方式进行直接结算。对于无法联网结算的医疗费用，参保人应提供真实的并符合参保地规定的报账资料，原则上在费用发生后的次年3月31日前送至参保地基本医保经办机构进行手工报账。

第六章 职工大病医疗互助

第四十六条 职工大病医疗互助是解决城镇参保职工年度内超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上部分的医疗费用问题而设立的补充医疗保险。参加了我市统筹区职工医保的单位和个人（含退休人员），应同时参加大病医疗互助。

第四十七条 参保职工按年度一次性足额缴纳大病医疗互助费的，才能享受当年大病医疗互助待遇，因故中断缴纳大病医疗互助费的，年度内不得重新申请参加，也不得享受该年度大病医疗互助待遇。

第四十八条 职工大病医疗互助费原则上由职工个人负担，单位代扣，也可以由单位负担或由单位和个人共同负担。我市统筹区职工大病医疗互助缴费标准统一为每人每年192元。

第四十九条 最高支付限额。一个结算年度内，职工大病医疗互助费最高支付限额为26万元。超过职工医保统筹基金最高支付限额的医疗费用，按规定纳入职工大病医疗互助基金支付，政策范围内可报费用基金支付比例为94%。

第五十条 参保职工符合政策规定的意外伤害住院医

疗费用纳入大病医疗互助费支付范围，按基本医疗结算标准支付。

第五十一条 因年迈行动不便、因病（如高血压、低血糖、骨质疏松、脑血管意外后遗症等）和确属不可预料原因导致的无第三方责任的意外伤害，住院医疗费用可纳入大病医疗互助费支付范围。因工伤、生育、自残、自杀、他伤、犯罪、酗酒、吸毒、宠物致伤、交通、医疗事故等原因造成伤害发生的医疗费用和存在隐瞒、欺诈等行为的情形均不列入大病医疗互助费支付范围。

第七章 城乡居民大病保险

第五十二条 根据《关于调整城乡居民大病保险政策的通知》（湘医保发〔2019〕22号）文件精神，结合我市实际，城乡居民大病保险筹资标准暂定为每人每年65元左右，起付标准暂定为14000元。

第五十三条 对参保人员一个自然年度内累计个人负担的合规医疗费用，扣除大病保险起付线以后，分四段累计补偿：0至3万元（含）部分报销60%，3万元以上至8万元（含）部分报销65%，8万元以上至15万元（含）部分报销75%，15万元以上部分报销85%。大病保险年度累计补偿限额统一为30万元。

第五十四条 统一大病保险合规医疗费用范围。纳入基本医疗保险支付范围的住院费用，经基本医疗保险政策报销后，患者自付费用（包括：部分政策自付、分段个人

自付、起付线个人自付)纳入大病保险合规医疗费用范围。基本医疗保险“三个目录”之外的全自费费用、门诊(含普通门诊、特殊门诊和“两病”门诊)以及门诊使用特殊药品的自付费用、住院分娩超定额的费用(并发症治疗费用除外)、意外伤害医疗费用、按基本医疗保险政策规定不予支付的其他医疗费用(如:材料超限额部分等)暂不纳入大病保险支付范围。

第五十五条 全市城乡居民大病保险补偿截止日期为次年的3月31日,逾期不再报销补偿。

第八章 特药待遇

第五十六条 医疗保险特殊药品(简称“特药”)的保障对象为参加我市职工医保且参加城镇职工大病医疗互助或参加居民医保,正常享受医保待遇的人员中符合特药使用限定支付范围的患者(简称“参保患者”)。

第五十七条 特药医保待遇。特药费用支付不另设起付线,一个医保结算年度内,参保患者发生符合规定的特药费用,从基本医疗保险基金中列支,6万元以内(含6万元)城镇职工按70%支付、城乡居民按60%支付;6万元以上12万元以内(含12万元)城镇职工按60%支付、城乡居民按50%支付。超过12万元的特药费用,不纳入支付范围。

第五十八条 城镇职工特药费用由职工医保统筹基金支付。年度累计费用超过职工医保最高支付限额后,按规定需支付的特殊药品费用,由职工大病医疗互助费支付。特药

实际报销金额计入年度职工医保和职工大病医疗互助费的最高支付限额。

第五十九条 城乡居民特药费用由居民医保统筹基金支付。年度累计费用超过居民医保最高支付限额后，按规定需支付的特殊药品费用，由城乡居民大病保险基金支付。特药实际报销金额计入年度居民医保和城乡居民大病保险基金最高支付限额。

第九章 附则

第六十条 本规定自 2021 年 1 月 1 日起实施，原文件与本规定不一致的，按本规定执行。各县市区职工医保和居民医保政策应于 2020 年 12 月 31 日前调整到位。

第六十一条 本规定明确的筹资标准、待遇标准，今后将根据国家相关政策、基金运行情况、筹资水平等因素适时调整。

报送：市委办公室、市人大常委会办公室、市政府办公室、市政协
办公室；省医保局

抄送：市财政局、市税务局、市卫健委

衡阳市医疗保障局办公室

2020年9月30日印发
