大庆市医疗保障局文件

庆医保规〔2020〕8号

大庆市医疗保障局关于印发

《大庆市城镇职工医疗保险管理办法》《大庆市生育保险管理办法》的通知

各县（区）医疗保障局、机关各科室、局属事业单位：

现将《大庆市城镇职工医疗保险管理办法》《大庆市生育保险管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

大庆市医疗保障局

2020年12月31日

大庆市城镇职工医疗保险管理办法

第一章 总 则

第一条 为维护我市城镇职工参加医疗保险和享受医疗保险待遇的合法权益，促进社会和谐稳定，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我市地方统筹范围内的用人单位和个人。

第三条 我市地方统筹范围内的用人单位及职工应依法参加城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）。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（以下简称个体灵活就业人员）可以参加职工医保。参保单位和个人有权查询缴费记录、个人权益记录，要求医疗保障经办机构提供医疗保险咨询等相关服务。

第四条 在职工医保的基础上，建立大额医疗保险、公务员医疗补助、企业补充医疗保险等多种补充医疗保险。

第二章 参保登记

第五条 新建单位应在成立后的30日内，持统一社会信用代码证书或单位批准成立的文件，到医疗保障经办机构办理参保登记手续。

用人单位招用人员，应在招用后的30日内，到医疗保障经办机构为招用人员办理参保手续。办理参保手续的人员应符合《中华人民共和国劳动法》和《中华人民共和国劳动合同法》的相关规定。

个体灵活就业人员可到社区居委会办理参保手续。

第六条 参保单位发生解散、破产、撤销、合并以及其他情形，应向医疗保障经办机构办理注销手续，并依法清偿欠缴的医疗保险费。

 医疗保障经办机构可依据市场监管、税务等部门提供的注销信息，对单位的欠缴计划进行核销。

第七条 参加职工医保的人员，不得同时参加城乡居民基本医疗保险，基本医疗保险待遇不得重复享受。

第八条 首次参加职工医保的个体灵活就业人员，参保年龄男应不满60周岁、女应不满55周岁。

第九条 外地户籍个体灵活就业人员参加我市企业职工基本养老保险并按时足额缴费的，可以参加职工医保。

第十条 个体灵活就业人员参加职工医保需进行大病申报。已患有重大疾病且大部分或完全丧失劳动能力的人员，不允许参加职工医保。符合参加城乡居民基本医疗保险条件的，可以参加城乡居民基本医疗保险。

第三章 基本医疗保险费筹集

第十一条 用人单位和职工要依据《中华人民共和国社会保险法》及时办理参保手续，并按月足额缴纳基本医疗保险费。以个人身份参加职工医保的个体灵活就业人员按照本办法规定，按月足额缴纳基本医疗保险费。

第十二条 用人单位未按时足额缴纳基本医疗保险费，或漏报、少报职工人数、缴费工资总额，导致职工不能享受或不能完全享受医疗保险待遇的，由用人单位负责。

第十三条 用人单位的缴费基数以上年度在职职工工资总额为依据，工资总额的统计口径按照国家统计局规定的统计范围执行（主要包括：计时工资、计件工资、奖金、津贴和补贴、加班加点工资和特殊情况下支付的工资等）。

第十四条 职工的缴费基数以本人上年度工资收入为依据，高于上年职工社会平均工资300%的，以300%作为缴费基数，超过部分不纳入缴费基数；低于上年职工社会平均工资60%的，以60%作为缴费基数。个体灵活就业人员按照社会平均工资的60%作为缴费基数，具体缴费标准由市医疗保障经办机构每年向社会公布。

第十五条 职工基本医疗保险基金由用人单位和职工共同缴纳。用人单位按照8%比例缴纳基本医疗保险费（职工医保7.5%，生育保险0.5%），职工个人按2%比例缴纳（职工个人不缴纳生育保险费）。 参加住院医疗保险的，缴费比例为基本医疗保险单位缴费比例的75%。个体灵活就业人员的缴费全部由个人承担。

第十六条 用人单位参加职工医保（含生育保险）并按规定及时足额缴费的，参保缴费当月起可享受基本医疗保险（含生育保险）待遇。

第十七条 连续3个月不缴纳基本医疗保险费的单位或职工，暂停其享受的基本医疗保险（含生育保险）待遇。

第十八条 用人单位因经营困难欠费超过3个月的，可向医疗保障经办机构提出缓缴申请，经医疗保障经办机构审核具备缓缴条件的，可签订延期缴费协议，延期缴费协议期限最长不超过6个月。延期缴费期间，其职工按照规定享受基本医疗保险（含生育保险）待遇。

用人单位欠费期间，参保人员发生保险关系转移的，可由本人提出申请，补缴欠费金额后，办理转移手续。个人补缴保费中含有应由用人单位承担的保费，由个人与用人单位之间进行清算。

第四章 医疗保险费补缴与医疗保险关系接续

第十九条 参保人员中断缴费申请补缴的，按照办理医疗保险补缴手续时的缴费基数进行补缴。

第二十条 稽核用人单位时，参保人员历年缴费基数低于本人实际工资的，按实际工资进行补缴；无法提供历年工资的，按当前缴费基数执行。

第二十一条 参保单位整体变更缴费形式或个体灵活就业人员变更缴费形式的，若调整后的保障水平高于原保障水平，应从原参保之日起，一次性补缴现保障水平与原保障水平的医疗保险费差额，补缴基数按办理变更时缴费基数执行。

个体灵活就业人员缴费形式变更在每年12月份集中办理。

第二十二条 失地农民统一参加职工医保的实际缴费年限不少于15年。征地时已达到法定退休年龄的，可按照办理时的缴费基数一次性补缴15年的医疗保险费，享受退休人员的医疗保险待遇；征地时未达到法定退休年龄的，需连续缴费至法定退休年龄。

第二十三条 参保人员在监狱服刑期间终止医疗保险关系，不缴纳医疗保险费，不享受医疗保险待遇。服刑期满后可以按照政策规定办理续保手续，服刑前的缴费年限可以累计计算。服刑前已经纳入地方医疗保险退休范围的，服刑期满后，恢复其医疗保险待遇；无法回归原单位管理的，纳入个体灵活就业人员参加职工医保对应的档次范围。被判处管制、宣告缓刑、裁定假释、暂予监外执行、剥夺政治权利并在社会上服刑的社区矫正人员，可根据自身就业状况选择医疗保险参保形式，服刑前后的工龄年限及实际缴费年限累计计算。

第二十四条 从统筹区域外转入人员，按我市相关政策规定参加基本医疗保险。

第二十五条 参保人员办理医疗保险退休手续时，累计缴费年限为：男不少于30年，女不少于25年。其中，统筹区域外转入的，本地实际缴费年限不少于10年。缴费年限不足的，按照办理医疗保险退休手续时的缴费基数进行一次性补缴。

第二十六条 我市地方统筹范围内的机关事业单位、中省直单位、原市（区、县）属国有集体企业及统筹区域外正式调入以上单位人员，1999年以前工龄可视同缴费年限，1999年至办理医疗保险退休手续时不允许中断缴费。中断期间补缴医疗保险费基数按照历年统筹范围内社会平均工资的60%执行。

第二十七条 符合我市按月领取基本养老金条件的个体灵活就业人员，应达到男满60周岁、女满50周岁（不含第二十六条所述参保人员），且满足我市缴费年限规定的，可以办理医疗保险退休手续。

不符合我市按月领取养老金条件的个体灵活就业人员，应达到男满60周岁、女满55周岁，且满足我市缴费年限规定的，可以办理医疗保险退休手续。

第二十八条 参保人员达到法定退休年龄时，非医疗保障经办机构原因导致其未及时办理医疗保险退休手续的，多缴年限可以冲减本人延期缴费年限，不予退费。

第五章 基本医疗保险统筹基金和个人账户基金

第二十九条 基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户基金构成。

第三十条 个人账户基金由个人缴费和单位部分缴费构成。

（一）职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户；

（二）用人单位缴纳的基本医疗保险费（不含生育保险费），视参保人员年龄段，以参保人员本人的缴费工资为基数，按不同的比例计入个人账户：

1.在职职工：35周岁以下的，计入比例为25%；36-45周岁的，计入比例为30%；46周岁以上的，计入比例为35%。

2.退休人员：70周岁（含70周岁）以下的，计入比例为65%；70周岁以上的，计入比例为80%。

第三十一条 个人账户的本金和利息归个人所有，可以结转和继承。

第三十二条 个人账户资金年终有结余，按照6个月定期存款利率计息并结转下年继续使用。参保人员跨统筹区域转移医疗保险关系的，个人账户可随本人转移，也可以一次性支付给本人。

第三十三条 参保人员死亡的，医疗保险待遇自然终止。单位或家属应注销其医疗保险关系，个人账户余额一次性结清。

第三十四条 参保人员终止医疗保险关系后，主动放弃个人账户资金或没有合法继承人的，个人账户资金并入统筹基金。

第六章 基本医疗保险待遇支付

第三十五条 职工医疗保险待遇包括统筹基金待遇和个人账户待遇，统筹基金待遇和个人账户待遇规定各自支付范围，不得互相挤占。

第三十六条 统筹基金主要支付住院、门诊慢性病、门诊特殊治疗、国家规定的应全额报销的特殊疾病等医疗费用。统筹基金支付应符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施项目范围规定。

第三十七条 由统筹基金支付药品目录中乙类药品时，先由个人自负10%（放化疗和抗排异药品除外）后，按照统筹基金报销比例报销。

第三十八条 由统筹基金支付乙类诊疗项目、乙类服务设施费用时，先由个人自负20%后，按照统筹基金报销比例报销。

第三十九条 由统筹基金支付医疗保险基金支付范围内可单独收费的一次性医用材料：单价不足100元的（含100元），没有自负比例；单价超过100元的（执行限价的为限价以内费用），先由个人自负30%后，按照统筹基金报销比例报销。

？十四疗保险计算利人员，人员（大庆

院基金的en内起付标准以上、年度内最高支付限额以下的医疗费用。第四十条 参保人员报销住院医疗费用的起付标准：

（一）转外地医院800元；

（二）市内三级甲等医院800元，其他三级医院600元；

（三）市内县（区）级医院、厂矿医院和民营医院400元；

（四）市内乡镇卫生院和社区卫生服务中心200元；

（五）当年多次住院的，起付标准依次递减100元，递减到200元为止；

（六）恶性肿瘤市内住院放化疗的，不设置起付标准。

时医院职工付第四十一条 参保人员在24小时内连续在两家定点医疗机构住院的，在第二家定点医疗机构发生的医疗费用不设置起付标准。

第四十二条 在市内定点医院门诊实施一次性手术治疗的医疗费用，纳入医疗保险统筹基金支付范围，按照住院医疗费用政策报销。

第四十三条 参保人员发生的住院医疗费用，扣除起付标准和其他自负费用后按照以下比例报销：

（一）市内住院费用在职职工报销85%，退休人员报销90%；

（二）住院医疗费用包括市内住院前1周和转外住院前2周发生的与本次住院疾病相关的检查或急诊抢救费用；

（三）转外住院费用报销比例比市内降低10%；

（四）因个人原因，未在定点医疗机构网上结算的医疗费用不予报销。

第四十四条 参保人员到市外就医，没有办理转诊备案，在异地定点医疗机构就医的，个人自负10%后，按照转诊政策报销。

未在就医地定点医疗机构就医的，发生的费用不予报销。

第四十五条 个体灵活就业人员首次参保及中断缴费6个月（含6个月）以上续保的，设置6个月的待遇等待期，等待期内只享受医疗保险个人账户待遇。等待期满后，享受医疗保险待遇（含生育医疗费用待遇）。

第四十六条 个体灵活就业人员补缴后，欠费期间（以入院时间为准）医疗费用的处理：

（一）欠费3个月以内（含3个月）的，欠费期间的医疗费用正常报销；

（二）欠费3个月以上6个月以内（含6个月）的，欠费期间的医疗费用可以报销，但报销总额不得超过实际补缴总额；

（三）欠费6个月以上的自动停保，停保后的医疗费用不予报销。

第四十七条 参保人员治疗鼠疫、霍乱、精神分裂症等国家规定全额报销的疾病医疗费用由统筹基金全额报销。

第四十八条 基本医疗保险的年度最高支付限额10万元。

第四十九条 下列医疗费用职工医保基金不予支付：

（一）应当从工伤保险基金中支付的医疗费用；

（二）应当由公共卫生负担的医疗费用；

（三）在境外就医发生的医疗费用；

（四）应当由第三人负担的医疗费用。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由职工医保基金先行支付。职工医保基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第五十条　对各种美容、健美项目及非功能性整容、矫形手术等，各种减肥、增胖、增高项目，各种保健用品、保健药品，各种医疗鉴定等发生的非疾病费用，职工医保基金不予支付。

第五十一条 个人账户资金归参保人员个人所有，可支付下列费用：

（一）定点医疗机构及定点零售药店（以下简称定点机构）的门诊治疗或购药费用；

（二）住院的个人负担自费费用；

（三）健康体检费用；

（四）购买“准字号”药品、“械字号”零售价在1000元以下的医疗器械、“消字号”消杀用品等费用；

（五）购买流行性感冒、狂犬病、甲型和乙型病毒性肝炎等二类疫苗及注射用丙种球蛋白等疫苗的费用；

（六）治疗和控制近视、远视、斜视、弱视、散光等疾病发生的费用（不包括配镜费用）；

（七）挂号费；

（八）口腔矫形、口腔修复和洁牙费用。

第七章 就医购药管理

第五十二条 参保人员就医购药时，需使用社会保障卡或医保电子凭证结算。

第五十三条 门诊用药实行限量管理。急性病一般不超过7日量；一般疾病不超过14日量；需较长时间服药的慢性疾病最多不超过3个月量。

第五十四条 出院带药管理。参保人员出院只能带与住院治疗相关的药品（限口服药），急性病不得超过7日量，慢性病不得超过14日量。

 第五十五条 参保人员在定点机构发生的医疗费用，采用记账方式结算，只需按照政策规定支付应由本人承担的费用。

第五十六条 经异地居住人员申请，可将门诊账户基金存入其提供的银行卡，用于支付在居住地发生的门诊医疗费用。

第五十七条 因公出差、外地施工期间突发疾病，在市外发生的医疗费用，按照市内政策报销；因探亲、旅游等原因突发疾病，在市外发生的医疗费用，按照转外政策核销。

第五十八条 参保人员社会保障卡丢失的，应及时挂失。补卡期间发生的医疗费用，可凭相关证明及单据到医疗保障经办机构申请报销。由于个人原因未及时挂失造成个人账户基金损失的，由本人负责。

第八章 大额医疗保险

 第五十九条 参加职工医保的用人单位及其职工应参加大额医疗保险。

第六十条 建立大额医疗保险基金，用于支付基本医疗保险基金最高支付限额以上的医疗费用。

第六十一条 按照每人每年180元的标准筹集大额医疗保险费。其中：个人缴纳60元，从个人账户中划出；用人单位缴纳120元，随基本医疗保险费一并按月缴纳。单位缴费由个人承担的，可以申请从个人账户中划转。

第六十二条 市内发生的大额医疗费用按照85%的比例报销；转外发生的大额医疗费用按照75%的比例报销。

第六十三条 大额医疗保险基金年度最高支付限额20万元。

第六十四条 大额医疗保险基金支付应符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施项目范围规定。

第九章 公务员医疗补助和企业补充医疗保险

第六十五条 机关企事业单位另外筹集缴费工资总额的3%，用于建立公务员医疗补助和企业补充医疗保险。

第六十六条 参加公务员医疗补助和企业补充医疗保险的单位，不缴纳大额医疗保险单位缴费部分。个体灵活就业人员参加职工医保第一类保险形式的人员参照执行。

第六十七条 参加公务员医疗补助和企业补充医疗保险的人员，在享受基本医疗保险待遇的基础上，还享受以下待遇：

（一）公务员医疗补助和企业补充医疗保险费中的50%用于补充个人账户，剩余部分用于提高统筹基金报销比例；

（二）市内住院基本医疗费用报销比例提高5%：在职职工报销90%，退休人员报销95%；

（三）门诊指定慢性疾病医疗费用报销比例提高5%：在基本医疗保险病种定额内的医疗费用报销75%；

（四）大额医疗费用报销比例提高5%：市内医疗费用报销90%，转外医疗费用报销80%；

（五）个人账户用完后，年度门诊医疗费用实际负担超过2000元的，年底视基金结余情况，给予一定比例的报销；

（六）统筹基金无年度最高支付限额。

第六十八条 公务员医疗补助和企业补充医疗保险基金支付应符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施项目范围规定。

第十章 附 则

第六十九条 机关企事业单位可以自愿参加公务员医疗补助和企业补充医疗保险。

第七十条 本办法自2021年1月1日起施行。《大庆市城镇职工医疗保险管理办法》（庆医保规﹝2020﹞4号）同时废止。

大庆市生育保险管理办法

第一章 总 则

第一条 为了保障参保职工生育和实施计划生育手术期间的基本生活和医疗保障，根据《中华人民共和国社会保险法》《女职工劳动保护特别规定》《黑龙江省企业职工生育保险暂行办法》（黑劳发﹝1997﹞233号）、《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（黑医保发﹝2019﹞38号）等法律、法规和文件，结合我市实际，制定本办法。

第二条 我市行政区域内的各类企业和国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）应当参加生育保险，按照职工基本医疗保险和生育保险的缴费比例之和缴纳基本医疗保险费。职工个人不缴纳生育保险费。

第三条 用人单位应按时足额缴纳基本医疗保险费。未按时缴纳基本医疗保险费导致职工不能享受或不能完全享受生育保险待遇的，由用人单位负责。

第四条 用人单位必须如实申报职工人数、工资总额，如用人单位漏报、少报职工人数、缴费工资总额，致使未足额缴纳基本医疗保险费，给职工生育津贴造成损失的，由用人单位负责补偿。

第二章 生育保险基金

第五条 生育保险基金并入职工基本医疗保险基金，统一管理使用。

第六条 职工基本医疗保险基金用于支付符合政策规定的生育医疗费用和生育津贴。

第三章 生育医疗费用

第七条 生育医疗费用包括生育的医疗费用、计划生育的医疗费用和法律、法规规定的应当由城镇职工基本医疗保险基金支付的其他费用。

第八条 生育的医疗费用指产前检查及在住院分娩期间发生的医疗费用，实行最高支付限额制，具体核销项目及限额标准为：

（一）三级医院：正常产2800元，侧切术3300元，阴道助产术3800元，剖宫产5100元。

（二）二级医院：正常产2300元，侧切术3000元，阴道助产术3200元，剖宫产4300元。

（三）一级医院：正常产2000元，侧切术2700元，阴道助产术2800元，剖宫产3400元。

（四）多胞胎生育的，每多生一个婴儿增加300元。

（五）产前与生育有关的门诊检查化验费，支付限额1000元。

第九条 在生育过程中出现大出血、子宫撕裂、羊水栓塞等并发症的医疗费用，超过限额以上部分按照90%的比例核销。

第十条 女职工保胎、异位妊娠、葡萄胎等孕产期其他疾病需要治疗的，按照基本医疗保险规定办理。

第十一条 计划生育的医疗费用指职工放置或者取出宫内节育器、施行输卵（精）管结扎手术或者复通术，实施的人工（药物）流产或者引产术，以及技术常规所规定的各项医学检查等发生的医疗费用。具体核销限额标准为：

（一）三级医院：怀孕不满4个月实施人工（药物）流产的800元，怀孕满4个月实施引产的2400元。放置宫内节育器的300元，取出宫内节育器的200元（使用腹腔镜或宫腔镜取出节育器的2000元），实施输卵（精）管结扎的3000元，实施输卵（精）管复通的3000元。

（二）二级医院：怀孕不满4个月实施人工（药物）流产的700元，怀孕满4个月实施引产的2000元。放置宫内节育器的270元，取出宫内节育器的180元（使用腹腔镜或宫腔镜取出节育器的1600元），实施输卵（精）管结扎的2500元，实施输卵（精）管复通的2500元。

（三）一级医院：怀孕不满4个月实施人工（药物）流产的600元，怀孕满4个月实施引产的1800元。放置宫内节育器的240元，取出宫内节育器的160元（使用腹腔镜或宫腔镜取出节育器的1200元），实施输卵（精）管结扎的2000元，实施输卵（精）管复通的2000元。

第十二条 女职工生育同时做节育手术的，费用标准在生育医疗费用限额基础上增加节育手术限额的一半。

第十三条 经有关部门鉴定，属于计划生育手术并发症的治疗费用，由城镇职工基本医疗保险基金全额支付。

第十四条 生育女职工和男职工未就业配偶参加其他医疗保险（含外地医疗保险）的，在生育医疗费用核销前，自行选择核销渠道。生育医疗费用一经核销，不予补差。

第十五条 参保职工或个体灵活就业人员欠费期补缴的，欠费3个月以内的（含3个月），欠费期间的生育医疗费用正常核销；欠费3个月以上的（不含签订延期缓缴协议的用人单位职工），欠费期间的生育医疗费用不予核销。

第四章 生育津贴

第十六条 生育津贴是女职工按照国家规定享受产假或者计划生育手术休假期间获得的工资性补偿。职工符合国家和省计划生育政策在生育或终止妊娠的产假、休假期间，由发放工资变更为享受生育津贴。

第十七条 生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资计发。生育津贴支付期限按《女职工劳动保护特别规定》规定的产假期限执行：女职工生育享受98天产假，其中产前可以休假15天；难产的，增加产假15天；生育多胞胎的，多生育1个婴儿，增加产假15天。女职工怀孕未满4个月流产的，享受15天产假；怀孕满4个月流产的，享受42天产假。

第十八条 参加职工医保的个体灵活就业人员、领取失业保险金人员、退休职工、男职工未就业配偶（指未参加基本医疗保险）只享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴待遇。

第五章 经办管理

第十九条 生育医疗费用实行定点医疗管理，医疗保障经办机构负责与定点医疗机构签订服务协议，明确权利与义务。定点医疗机构对参保人员生育医疗费用入网资格确认后方可入网结算。

第二十条 生育医疗费用应符合黑龙江省生育保险药品目录、基本医疗保险诊疗项目目录和医疗服务设施项目目录范围规定。

第二十一条 生育医疗费用实行在定点医疗机构直接结算。参保职工持社会保障卡在定点医疗机构就医，发生的生育医疗费用即时结算。

第二十二条 因市内医疗条件所限需到市外就医分娩的生育人员，由定点医疗机构为职工办理转外手续，按照市内标准扣减10%后核销。

第二十三条 参保人员需去往父母或配偶所在地分娩的，需在入院前办理异地分娩备案手续。办理异地分娩备案手续人员的生育医疗费用按照市内标准核销。

第二十四条 参保人员到市外分娩，没有办理转诊备案，在异地定点医疗机构分娩的，按照市内标准扣减20%后核销。

第二十五条 因个人原因未在市内定点医疗机构入网结算的生育医疗费用，不予核销。

第二十六条 除急诊急救外，非定点医疗机构发生的生育医疗费用不予核销。

第二十七条 享受生育津贴的女职工在流产或生育后，由所在单位向医疗保障经办机构提交生育津贴拨付申请，医疗保障经办机构审核后，一次性拨入单位指定账户，由单位发放给职工。

第六章 法律责任

第二十八条 参保人员、定点医疗机构、参保单位以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取或协助骗取生育保险待遇的，按照《中华人民共和国社会保险法》等法律法规处理。

第二十九条 国家工作人员在生育保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第三十条 本办法自2021年1月1日起施行。《大庆市生育保险管理办法》（庆医保规﹝2020﹞1号）同时废止。

大庆市医疗保障局办公室 2020年12月31日印发