

舟山市医疗保障局 舟山市财政局 文件 国家税务总局舟山市税务局

舟医保发〔2022〕38号

舟山市医疗保障局 舟山市财政局 国家税务总局舟山市税务局关于印发 舟山市医疗保障办法实施细则的通知

各县(区)医疗保障局、财政局,国家税务总局舟山市各县(区)税务局:

现将《舟山市医疗保障办法实施细则》印发给你们,请认真贯彻执行。

舟山市医疗保障局

舟山市财政局

国家税务总局舟山市税务局

2022年12月16日

《舟山市医疗保障办法实施细则》

第一章 总则

第一条 根据《舟山市医疗保障办法》规定，制定本实施细则。

第二条 本细则所称基本医疗保险包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险。定点医药机构是指与所属辖区医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）签订医疗保障服务协议，为医疗保障参保人员提供就医、购药服务的医疗机构和零售药店。

第二章 职工基本医疗保险

第三条 参加职工基本医疗保险的用人单位（包括有雇工的个体工商户）按单位所属辖区，向医保经办机构办理参保登记，向税务部门缴费。职工个人缴费部分由用人单位按月代扣代缴。

领取失业保险金期间的失业人员在领取失业保险金的所在辖区参保，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。

灵活就业人员在户籍地或原参保辖区参加职工基本医疗保险，市外户籍人员以灵活就业身份参保的向居住地医保经办机构办理参保登记。灵活就业人员可以通过银行协议扣款、线上平台自助缴费等方式按月向税务部门缴纳职工基本医疗保险费。

第四条 新成立的用人单位应当在经批准设立之日起 30 日内到所属辖区医保经办机构办理参保登记手续。

用人单位名称、住所、单位类型、法人代表（或负责人）等发生变化或单位依法终止时，应在 30 日内办理变更或注销登记手续。用人单位发生人员新增、调动、解除劳动合同、辞退、辞职、死亡等变动时，应按规定及时申报，办理核销或变动登记手续。未及时办理申报手续造成损失的，由所在单位负责。

第五条 用人单位在每年规定期限内向所属辖区税务部门申报本单位参保职工上年度月平均工资。单位新参保职工，以职工起薪当月工资确定缴费基数。

第六条 用人单位和参保人员缴纳职工基本医疗保险费时，缴费基数保留到元，缴费金额保留到分。

第七条 当年度已参加本省城乡居民基本医疗保险的灵活就业人员，自办理参保登记的第二个自然月起享受职工基本医疗保险待遇。

在本市领取失业保险金期间的失业人员，自办理参保登记手续之日起享受职工基本医疗保险待遇。

第八条 从市外转入本市的职工基本医疗保险参保人员，按规定办理转移接续手续，缴费年限可累计计算。

职工基本医疗保险参保人员在转移接续期间连续参保缴费的，自转入本市参保登记当月起享受待遇。在转移接续期间，中断参保缴费 3 个月（含）以内的，可按规定办理补缴手续，

补缴期间发生的医疗费用由职工基本医疗保险基金支付；中断参保缴费 3 个月以上的，自办理接续参保之月起的第三个自然月开始享受职工基本医疗保险待遇。

第九条 灵活就业人员未按时足额缴纳职工基本医疗保险费的，欠缴保险费时间未超过 3 个月不足额补缴或超过 3 个月后恢复正常缴费的，自办理缴费手续之月起的第三个自然月开始享受职工基本医疗保险待遇。欠缴保险费超过 3 个月的一次性足额补缴时间最长为 12 个月，补缴只累计缴费年限，在此期间发生的医疗费用职工基本医疗保险基金不予支付，补缴金额按办理补缴手续当月缴费标准计算。

每年 12 月底，灵活就业人员未按时足额缴纳职工基本医疗保险费且欠缴保险费时间连续超 3 个月的，原则上予以中止参保处理。

第十条 灵活就业人员中止参加职工基本医疗保险时间未超过 3 个月不足额补缴或超过 3 个月后重新参保的，自新办理参保登记之月起的第三个自然月开始享受职工基本医疗保险待遇。

第十一条 根据相关规定，2012 年 7 月 1 日前退役的军人服现役年限视同职工基本医疗保险缴费年限，与入伍前和退出现役后参加职工基本医疗保险的缴费年限合并计算。

第十二条 用人单位职工依法办理退休手续或者灵活就业人员达到法定退休年龄时，其实际缴费年限累计未满二十年

的，可以继续按月延续缴纳或者一次性缴纳至规定年限后，享受退休人员待遇，按月延缴期间享受在职职工待遇。

灵活就业人员选择按月延缴的，缴费比例为 9.5%，其中 7.5%部分计入统筹基金，2%部分计入个人账户；选择一次性缴纳的，缴费比例为 7.5%，全额计入统筹基金。缴费基数按照灵活就业人员标准确定。

用人单位为退休职工继续缴纳职工基本医疗保险费，选择按月延缴的，缴费比例为 10%，其中 8%部分由单位缴纳计入统筹基金，2%部分由本人缴纳计入个人账户；选择一次性缴纳的，缴费比例为 7.5%，由单位缴纳全额计入统筹基金。缴费基数为本人上年度基本养老金，当年退休的缴费基数为本人当年度基本养老金。

第十三条 退休人员个人账户由统筹基金按定额计入，计入标准暂为改革当年度本市基本养老金平均水平的 2.8%，今后按国家和省规定调整执行。

对原已建立个人账户的退休人员，各县（区）应根据全市统一后的政策和本地实际，做好个人账户计入标准的衔接和调整工作。

第十四条 每年年底按照职工基本医疗保险参保状态正常人员本人当年缴费基数，以全年标准一次性预设次年的个人账户资金；次年申报基数有调整的，按照新基数重新核算和调整全年个人账户资金。年度内新参保人员或跨年度续保人员按当年剩余月数标准预设当年个人账户资金。

第十五条 上年度省社平工资公布后,参保人员当年度缴费基数按公布标准重新核定,公布之前缴费金额不足部分按省有关规定执行,个人账户资金全年预设金额与缴费基数同步调整。

第十六条 参保人员的个人账户分个人账户当年资金及个人账户历年资金。

年度预设的个人账户资金为个人账户当年资金。个人账户在年度末统一进行年度结转,个人账户当年资金结余部分结转为个人账户历年资金。

个人账户结余资金每年年底计息结转一次,划入个人账户历年资金,其中当年结余资金按照活期存款利率计息,历年结余资金按照三个月整存整取存款利率计息。

第十七条 参保人员从市外转移至本市参加职工基本医疗保险后,可按规定将原参保地的个人账户实际结余资金转移至本市。无法划分个人账户当年资金与历年资金的,可将结余资金全部划入其个人账户历年资金。

第十八条 参保人员在本市中止参加职工基本医疗保险,在结清相关医疗费用后,按规定进行个人账户清算,个人账户资金透支的由本人补足。清算后个人账户有结余,参保关系转移至市外的,可按规定办理个人账户结余资金转移;未办理转移的,再次参加本市职工基本医疗保险后可按规定继续使用。

参保人员死亡后，个人账户经清算，结余资金由其合法继承人或受遗赠人按规定继承或遗赠；透支资金由职工基本医疗保险统筹基金核销。

参保人员出国（境）定居注销户籍、外籍参保人员终止职工基本医疗保险关系，在结清相关医疗费用后，按规定进行个人账户清算，结余资金返还本人，透支资金由本人补足。

第十九条 参保人员因欠缴职工基本医疗保险费等原因，按规定暂停职工基本医疗保险待遇的，其个人账户资金同步暂停使用。

第二十条 灵活就业参保人员未办理中止医保手续自行停止缴费的，再次参加本市职工基本医疗保险后，既往个人账户资金予以重新核算，有结余的可按规定继续使用；有透支的，由其办理续保时预设的当年个人账户予以冲抵，不足冲抵的，由次年的个人账户继续冲抵。

第二十一条 个人账户资金可用于支付参保人员本人及其参加本省基本医疗保险的配偶、父母、子女（以下简称共济对象）以下范围的相关费用。其中共济对象共济使用限个人账户历年资金。

（一）因疾病诊疗需要在定点医药机构发生的由个人负担的医疗费用；

（二）使用除国家扩大免疫规划以外的预防性免疫疫苗费；

(三)参加本市惠民型商业补充医疗保险、城乡居民基本医疗保险、大病保险、长期护理保险等的个人缴费。

个人账户支付的个人负担医疗费用,指参保人员本人及共济对象在定点医药机构就医购药时发生的病情治疗所需的合理医疗费用,按规定报销后的个人应付金额,不包含医学美容、种植牙、滋补品等费用。

第二十二条 参保人员个人账户用于共济使用的,应通过“浙里医保”等途径对共济对象进行备案,备案后个人账户启动共济功能。结算医疗费用时,共济对象先使用本人个人账户资金,再使用被共济人的个人账户资金。

第二十三条 年度内新增享受退休待遇的参保人员,在缴费到账后的次月起,调整相应起付标准及支付比例,调整前当年门诊起付标准累计费用不予追溯报销。当年退休后剩余月份个人账户预设资金予以重新核算,有结余的可按规定继续使用;透支的由本人次年的个人账户予以冲抵。

第三章 城乡居民基本医疗保险

第二十四条 城乡居民基本医疗保险基金筹集实行参保人员个人缴费和政府补贴相结合,每年9月底前由有关部门根据本市经济社会发展水平和基金运行情况,经市政府同意后,确定下年度人均筹资标准和个人缴费金额。

第二十五条 集中征缴期的城乡居民基本医疗保险参保工作由社区(村)及学校统一组织实施。全日制中小学(包括

幼托机构)和各类高校的在校学生,由所在学校负责参保登记;其他参保对象在户籍地或居住地的社区(村)参保登记。

新城区域人员纳入定海区城乡居民基本医疗保险参保范围,普陀山-朱家尖区域人员纳入普陀区城乡居民基本医疗保险参保范围。

第二十六条 未在集中征缴期内办理参保缴费手续的人员,可持有效身份证明在乡镇(街道)便民服务中心或医保经办机构办理参保登记手续,补缴其全年个人缴费金额,自参保缴费月起的第三个自然月开始享受城乡居民基本医疗保险待遇。下列人员按照规定享受城乡居民基本医疗保险待遇。

(一)新生儿自出生之日起3个月内参保缴费的,可自出生之日起享受该参保年度城乡居民基本医疗保险待遇,出生与参保缴费跨年度的,补缴出生年度城乡居民基本医疗保险费后,可自出生之日起享受相应待遇;出生之日起3个月后参保缴费的,自缴费次月起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

(二)退役军人、大中专毕业生、新入学、户籍新迁入人员(含新取得居住证或居留证)、归正或社区矫正人员、中止职工基本医疗保险人员,分别在退役、毕业、入学、迁入、归正、中止后3个月内参保并缴纳个人全年缴费金额的,自参保缴费的次月起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第二十七条 年度内新增资助参保对象,经审核通过后当月资助参保,次月享受城乡居民基本医疗保险待遇。个人当年

已参保的，在新医保年度启动后，已缴纳的保险费不予退回。医疗救助退出对象，当年参保继续有效，次年不再资助参保。

第二十八条 一个医保年度内，参保人员的城乡居民基本医疗保险基金年度最高支付限额为上年度本市居民人均可支配收入的6倍，包括普通门诊、特慢病门诊、药店购药及住院费用合计。限额以上符合大病保险支付范围医疗费用，由大病保险基金按规定支付。

第四章 大病保险

第二十九条 大病保险费按年度划拨，每年1月底前按本市上年度末基本医疗保险参保人数及当年度大病保险人均筹资标准，由基本医疗保险基金一次性划转。职工基本医疗保险参保人员大病保险费，个人应缴纳部分从个人账户资金中划转，其余部分从职工基本医疗保险统筹基金中划转；城乡居民基本医疗保险参保人员大病保险费，从城乡居民基本医疗保险基金中划转。

第三十条 医保年度启动后，职工基本医疗保险参保人员因转移、中止或死亡等原因不再参加本市基本医疗保险的，其大病保险费个人已缴纳部分不予退回。

第三十一条 大病保险待遇享受起止时间与基本医疗保险待遇享受起止时间相同。

第三十二条 大病保险支付范围：

(一)在定点医药机构发生的符合基本医疗保险目录范围的医疗费用（含普通门诊、特慢病门诊、药店购药、住院），

经基本医疗保险统筹基金、个人账户当年资金、公务员医疗补助按规定报销后的个人负担费用，不包括基本医疗保险目录外的药品、医疗服务项目、医用耗材和基本医疗保险目录范围内超限价、超限定支付范围等的自费费用。

（二）符合浙江省大病保险特殊药品目录、医用耗材范围和医疗服务范围的医疗费用。

（三）城乡居民基本医疗保险基金年度最高支付限额以上，符合基本医疗保险目录范围内医疗费用。

第三十三条 年度内新增医疗救助参保对象，经医保经办机构确认后当日起，大病保险待遇按医疗救助对象标准调整，调整前医疗费用累计计算，不予追溯报销。

第五章 医疗救助

第三十四条 医疗救助对象按认定辖区医保经办机构管理，个人信息由民政、退役军人事务、总工会等部门和组织负责提供。市级医保经办机构负责新城和普陀山区域医疗救助经办管理工作，各县（区）医保经办机构负责辖区内医疗救助经办管理工作。

第三十五条 医疗救助对象经相关部门审批通过、医保经办机构确认次月起，享受医疗救助待遇；退出对象经医保经办机构确认次月起，停止享受医疗救助待遇。

第三十六条 新认定的特困、低保、低边人员，由审批通过当月起（含）往前追溯6个自然月，期间在定点医药机构发生的政策范围内医疗费用按规定享受医疗救助待遇。

第三十七条 医疗救助支付范围

(一)在定点医药机构发生的大病医保支付范围内医疗费用，扣除基本医疗保险基金（含补充医疗保险）、大病保险基金支付后的个人负担部分。

(二)罕见病用药（食品）保障报销后的剩余医疗费用。

第三十八条 在市外参加基本医疗保险由本市认定的医疗救助对象，可享受本市医疗救助待遇。

第三十九条 医疗救助对象中持精神残疾人证人员，发生的治疗精神病相关医疗费用，予以全额救助；非治疗精神病相关医疗费用，按相应待遇予以救助。

第六章 生育保险

第四十条 超过法定退休年龄的职工基本医疗保险参保人员，享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴待遇。

第四十一条 享受生育保险待遇起始时间与职工基本医疗保险一致。申请生育保险待遇当月为中止参保状态，生育当月为正常参保且可享受待遇的，可按规定享受生育保险待遇。

第四十二条 一孩二胎、一孩三胎分别按照二孩、三孩享受生育津贴待遇，并按照每多生育1个婴儿增加15天的规定叠加享受。

第四十三条 计划生育八项手术在本省指定医疗机构中发生的医疗费用，生育保险不予支付；在非本省指定医疗机构发生的医疗费用，按照规定予以结算。

计划生育八项手术指：放（取）宫内节育器术、放（取）皮下埋植剂术、输卵管绝育（吻合）术、输精管绝育（吻合）术。

第四十四条 参加生育保险男职工（含灵活就业人员），其未就业配偶符合规定生育分娩且未享受有关生育医疗费用待遇的，按规定予以补助。生育津贴、产前检查和计划生育医疗费用待遇不再享受。

第七章 医药服务及就医结算管理

第四十五条 参保人员须凭市内定点医疗机构电子外配处方在定点零售药店联网结算，除系统故障等原因外，未联网结算医疗费用不予报销。

第四十六条 参保人员因生育引发疾病（病理妊娠、分娩期并发症及异常产褥类等）发生的医疗费用，由基本医疗保险基金按照规定支付。

第四十七条 建立异地长期居住备案制度。参保人员异地长期居住就医结算按以下规定执行：

（一）基本医疗保险参保人员在市外居住、学习、工作连续3个月以上可申请异地长期居住备案，在备案地定点医疗机构发生的医疗费用按市内相应定点医疗机构有关规定结算。

（二）已办理异地长期居住备案手续的参保人员，原则上在备案生效后3个月内不得申请变更或撤销，因工作单位发生变化等特殊情况的，凭有关资料可申请变更。参保人员办理的异地长期居住备案手续生效后，参保人员临时回本市，因病情需

要门诊或购药的，仍享受市内定点医药机构门诊待遇；因病情需要住院的，享受市外定点医疗机构住院待遇。

第四十八条 参保人员年度内转换险种后，基本医疗保险基金支付的各项待遇（包括门诊起付线及住院起付线等）分别重新计算。同一次住院期间转换险种的，住院起付线只计一次，各险种待遇按转换前后分别计算。年度内参保人员多次转换险种的，同一险种的起付标准和医疗费用累计计算。

转换险种后异地长期居住备案、特殊病种备案、慢性病备案等继续有效。

第四十九条 职工基本医疗保险参保人员在定点医药机构发生的医疗费用，由职工基本医疗保险统筹基金、个人账户当年资金、公务员医疗补助、大病保险、医疗救助、惠民型商业补充医疗保险、个人账户历年资金按顺序支付。

第五十条 参保人员不得重复享受基本医疗保险待遇，已享受其它互助帮困、补助等待遇的，剩余医疗费用按规定予以报销。

第五十一条 参保人员涉及第三方责任的医疗费用，应不予联网刷卡结算，由第三方赔付后，再按有关规定报销。

第五十二条 本市定点公立（含军队）医疗机构和实行药品零差价政策的民营医疗机构发生的门诊诊查费，基本医疗保险基金支付 70%。

住院床位费用纳入基本医疗保险支付范围最高标准为：三级医疗机构每人每天 42 元，二级医疗机构每人每天 38 元，二

级以下医疗机构每人每天 27 元。其中享受公务员医疗补助的县处级以上（含副高以上职称）人员每人每天 68 元，离休干部每人每天 80 元。

第五十三条 参保人员跨省异地就医发生的医疗费用，联网直接结算的按国家跨省异地就医有关规定执行；未联网直接结算的支付范围参照浙江省基本医疗保险相关目录执行。

第八章 其它

第五十四条 政策范围内医疗费用，指参保人员在定点医药机构就医购药发生的医疗费用中属于基本医疗保险目录范围内，不包括先行自付、超限价及超限定支付范围的全部费用。其中先行自付指属于基本医疗保险基金支付范围内部分药品、诊疗项目及医用耗材需参保人员先行支付一定比例金额，具体个人承担比例按省相关规定执行。

第五十五条 市外定点零售药店支付的国家谈判药品，指基本医疗保险目录范围内当年或历年纳入国家谈判的药品，包括同一药品通用名的仿制药。

第五十六条 参保人员被判处拘役、有期徒刑或无期徒刑的，在服刑期间中止医疗保险关系，不缴纳基本医疗保险费，不享受基本医疗保险待遇；服刑期满或假释后，可到医保经办机构办理续保手续，按规定享受基本医疗保险待遇，并可接续服刑前的职工医疗保险缴费年限。服刑前已享受职工基本医疗保险退休待遇的人员，刑满释放之日起按规定继续享受退休人员待遇。

参保人员因涉嫌犯罪被羁押期间，暂停基本医疗保险待遇，如未被判处拘役以上刑罚的，恢复其基本医疗保险待遇，羁押期间发生的医疗费用按规定给予支付。实行社区矫正的人员，可继续缴纳基本医疗保险费，按规定享受基本医疗保险待遇。

参保人员在服刑期间死亡或被判处死刑，未被判处没收个人财产的，个人账户结余金额可由其合法继承人继承。

第五十七条 本细则自 2023 年 1 月 1 日起施行。原有关规定与本细则不一致的按本细则执行，国家、省另有规定的，从其规定。

抄送：各功能区管委会，市、县（区）医保经办机构。

舟山市医疗保障局办公室

2022 年 12 月 16 日印发
