

舟山市人民政府文件

舟政发〔2022〕28号

舟山市人民政府关于 印发舟山市医疗保障办法的通知

各县（区）人民政府，各功能区管委会，市政府直属各单位：

《舟山市医疗保障办法》已经市人民政府第12次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件公开发布）

舟山市医疗保障办法

第一章 总 则

第一条 为进一步健全全市医疗保障体系，维护参保人员医疗保障权益，推进健康舟山建设，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。

第二条 本办法适用于本市行政区域内医疗保障体系建设、医疗保障基金筹集和存管、医疗保障待遇、医疗保障经办服务和监督管理。

第三条 医疗保障坚持覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续方针，遵循保障水平与经济社会发展水平相适应、权利与义务相对应、公平与效率相结合原则，统筹推进医保、医疗、医药联动改革，促进共同富裕示范区先行市建设。

第四条 建立健全以基本医疗保险为主体，大病保险为延伸，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、职工互助医疗和医疗慈善服务等为补充的多层次医疗保障体系。具体包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助制度等。

第五条 市和县（区）人民政府应当加强对医疗保障工作的领导，将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划，建立健全医疗保障工作协调机制和目标考核机制，将医疗保障工作所需经费列入财政预算，加强医疗保障人才队伍建设。

第六条 市医疗保障行政部门（以下简称医保行政部门）根据市级统筹要求主管全市医疗保障工作，县（区）医保行政部门负责本辖区医疗保障管理工作，各级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）按照规定职责承担医疗保障的相关具体事务。按照“政策制度统一、基金统收统支、管理服务一体”原则，全面做实基本医疗保险市级统筹。

卫健、市场监管、财政、民政、人社、税务等部门，应当按照各自职责做好医疗保障的相关工作。

乡镇人民政府（街道办事处）应当按照上级人民政府规定做好医疗保障相关工作。

村（居）民委员会应当协助做好医疗保障相关工作。

第七条 公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务，依法参保和缴费，按照参保情况享受相应医疗保障待遇。

公民应当树立和践行对自己健康负责的健康管理理念，主动学习健康知识，提高健康素养，加强健康管理。

第二章 职工基本医疗保险

第八条 本市行政区域内的国家机关、企业事业单位、社会团体、社会服务机构、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工，领取失业保险金期间的人员，应当参加职工基本医疗保险。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工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（以下统称灵活就业人员），可以选择参加职工基本医疗保险。

第九条 职工基本医疗保险费用由用人单位和职工共同缴纳，

灵活就业人员由个人缴纳。缴费标准按照以下办法确定：

（一）用人单位缴费基数按照本单位参保职工缴费工资之和确定，缴费比例为 8%（含生育保险）；

（二）单位参保职工月缴费工资为本人上年度月平均工资，本人上年度月平均工资低于上年度浙江省全社会单位就业人员月平均工资（简称省社平工资）60%的，按照 60%确定，高于上年度省社平工资 300%的，按照 300%确定；个人缴费比例为 2%；

（三）一级至四级工伤职工未与用人单位终止劳动关系的，用人单位和工伤职工个人以月伤残津贴为基数，分别按上述比例缴纳；

（四）灵活就业人员缴费基数为上年度省社平工资 60%，缴费比例为 10%（用人单位和职工个人缴费比例之和）；

（五）失业人员在领取失业保险金期间，按灵活就业人员缴费标准缴纳职工基本医疗保险费，由失业保险基金支付。

第十条 用人单位应当依法申报、按时足额缴纳职工基本医疗保险费，并在每年规定期限内向税务机关申报缴费工资。单位新参保职工，以用人单位申报的月缴费工资和符合第九条规定的办法确定缴费基数。职工个人应当缴纳的职工基本医疗保险费，由用人单位按月代扣代缴。

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机关缴纳职工基本医疗保险费。

第十一条 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，其职工基本医疗保险费的实际缴费年

限累计达到二十年的，退休或者达到法定退休年龄后不再缴费，享受退休人员待遇，其中军人服现役年限视同职工基本医疗保险实际缴费年限；其实际缴费年限累计未达到二十年的，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。

第十二条 首次参加本市职工基本医疗保险的人员，应未超过法定退休年龄，已参加本市职工基本养老保险的人员除外。

第十三条 用人单位应当按照规定办理职工基本医疗保险登记。参保人员自用人单位为其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。灵活就业人员在本市首次参加职工基本医疗保险，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。

第十四条 用人单位未按时足额缴纳职工基本医疗保险费的，税务机关应当责令用人单位限期缴纳或者补足，其参保人员自第二个自然月起暂时停止享受职工基本医疗保险待遇；用人单位按时补缴保险费的，其参保人员在此期间发生的医疗费用由职工基本医疗保险基金报销。税务机关责令用人单位限期缴纳的期限，一般自作出决定之日起不超过六十日。

用人单位逾期仍未缴纳或者补足职工基本医疗保险费的，自欠缴保险费的第二个自然月起，其参保人员应当享受的职工基本医疗保险待遇由用人单位承担；用人单位一次性足额补缴职工基本医疗保险费的，其参保人员自补缴的第二个自然月起恢复享受职工基本医疗保险待遇。

灵活就业人员未按时足额缴纳职工基本医疗保险费的，自欠缴保险费的第二个自然月起暂时停止享受职工基本医疗保险待遇。欠缴保险费时间未超过三个月一次性足额补缴的，在此期间发生的医疗费用由职工基本医疗保险基金报销。

第十五条 中止参加职工基本医疗保险的，自中止参保的第二个自然月起停止享受职工基本医疗保险待遇。中止参保未超过三个月的，可一次性足额补缴此时间段内职工基本医疗保险费，在此期间发生的医疗费用由职工基本医疗保险基金报销。

第十六条 职工基本医疗保险基金包括统筹基金和个人账户，用人单位缴纳的职工基本医疗保险费全部计入统筹基金。

第十七条 个人账户按照以下标准建立：

（一）在职人员个人账户由个人缴纳的职工基本医疗保险费计入，计入标准为本人缴费基数的 2%；

（二）退休人员个人账户计入办法按国家和省有关规定执行。

第十八条 个人账户按照以下规定管理：

（一）个人账户的本金和利息归个人所有，计息办法根据国家和省规定执行，上年度结余资金可结转下年度使用；

（二）每年年底，根据人员类别、记账额度等一次性预设次年个人账户资金。年度内新参保或跨年度续保人员，其个人账户当年应记账额度，在明确缴费基数的当月预设；

（三）参保人员因人员类别变动、记账额度调整、补退职工基本医疗保险费等原因，造成个人账户当年预设额度与实际应计

入额度不符的，应予以补差或扣回。

第十九条 个人账户按照以下规定转移、清算和继承：

（一）参保人员从市外转移至本市的，可将原参保地的个人账户实际结余资金转移至本市其个人账户；

（二）参保人员因医保关系转出本市、出国（境）定居注销户籍、死亡等原因，需转移、清算和继承个人账户的，应先结清相关费用。其中个人账户资金出现透支的由本人补足，死亡人员由统筹基金核销。

第二十条 参保人员有下列情形之一的，停止划入个人账户资金：

- （一）未及时足额缴纳职工基本医疗保险费的；
- （二）中止参加职工基本医疗保险的；
- （三）医保行政部门规定的其他情形。

第二十一条 个人账户使用范围。

个人账户资金可以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（以下统称直系亲属）在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。可以用于支付参保人员本人及直系亲属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。参保人员直系亲属共济使用仅限个人账户历年资金。

个人账户资金不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第二十二条 在一个医保年度内，参保人员在定点医药机构门诊、住院及购药发生的政策范围内医疗费用，由职工基本医疗保险基金按照规定的起付标准、支付比例予以支付。

第二十三条 普通门诊和购药、慢性病门诊待遇。

(一) 统筹基金年度起付标准。在职人员为 400 元，退休人员为 200 元。

(二) 统筹基金支付比例。起付标准以上部分，在职人员在市内普通门诊和购药，非营利性基层医疗机构支付 68%；二级及相应医疗机构、其他二级以下医疗机构支付 60%；三级及相应医疗机构、定点药店支付 52%；退休人员支付比例分别增加 5 个百分点。市外门诊和购药按上述相应比例分别下降 10 个百分点，其中市外定点药店购药支付范围为国家谈判药品。市内非营利性基层医疗机构慢性病门诊支付比例增加 2 个百分点。

(三) 市内家庭医生签约服务的参保人员在签约医疗机构门诊发生的医疗费用，统筹基金支付比例在原基础上提高 3 个百分点。

(四) 参保人员凭市内定点医疗机构电子外配处方在定点零售药店购药发生的医疗费用，统筹基金支付比例与出具外配处方的定点医疗机构一致。

第二十四条 住院待遇。

(一) 统筹基金年度起付标准。市内二级以下医疗机构为 300 元，二级及相应医疗机构为 500 元，三级及相应医疗机构为 800 元。一个医保年度市内计一次起付标准，年度内二次及以上

住院的，起付标准按其中最高等级医疗机构补差计算。

市外住院起付标准为 800 元，一个医保年度只计一次。

（二）统筹基金支付比例。起付标准以上部分，在职人员在市内住院，二级以下医疗机构支付 90%，二级及相应医疗机构支付 86%，三级及相应医疗机构支付 83%；退休人员支付比例分别增加 5 个百分点。市外住院按上述相应比例分别下降 10 个百分点。

第二十五条 特殊病门诊待遇。

市内外定点医药机构发生的医疗费用，统筹基金支付比例按市内外三级及相应医疗机构住院支付比例确定，不设年度起付标准。其中市外定点药店统筹基金支付范围为国家谈判药品。

第三章 城乡居民基本医疗保险

第二十六条 已参加职工基本医疗保险或按规定享有其他医疗保障以外的人员，按照以下三类人员范围参加本市城乡居民基本医疗保险：

（一）未成年人。本市行政区域内全日制中小学校（含幼托机构）就读的学生；本市户籍，未满 18 周岁人员；市外户籍在本市居住，其父母一方已参加本市基本医疗保险且参保状态正常的学龄前儿童；

（二）大学生。本市行政区域内各类全日制普通高等院校、科研院所及符合相关规定就读的大学生；

（三）成年人。本市户籍，18 周岁以上其他人员；市外户籍在本市居住，取得《浙江省居住证》《港澳台居民居住证》《外

国人永久居留证》等且在有效期内的入人员。

第二十七条 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，人均筹资标准不低于本市上年度居民人均可支配收入的百分之二点五，参保人员个人缴费金额不低于人均筹资标准的三分之一。

特困供养人员、最低生活保障家庭成员、最低生活保障边缘家庭成员、县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员、二级及以上残疾人员的个人缴费金额，由各级政府全额资助参保。学生中市外户籍的上述人员，可享受政府全额资助参保，所需资金由参保辖区同级财政安排。

第二十八条 城乡居民基本医疗保险费实行按年征缴，采取集中征缴和日常征缴相结合的方式，每年10-12月为下年度城乡居民基本医疗保险集中征缴期。参保人员应在集中征缴期办理下年度参保手续并向税务机关缴纳城乡居民基本医疗保险费，自每年1月1日起开始享受当年度城乡居民基本医疗保险待遇。

第二十九条 未在集中征缴期内办理参保手续并足额缴费的人员，可以在当年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。特殊人员除外。

第三十条 医保年度启动后，参保人员中止参保的，其个人已缴纳的保险费不予退回。

第三十一条 在一个医保年度内，参保人员在定点医药机构门诊、住院及购药发生的政策范围内医疗费用，由城乡居民基本

医疗保险基金按照规定的起付标准、支付比例和支付限额予以支付。

第三十二条 普通门诊和购药、慢性病门诊待遇。

(一)普通门诊和购药医疗费用,市内公立基层医疗机构基金支付 50%,其他定点医药机构基金支付 25%。市外门诊和购药基金支付 10%,其中市外定点药店购药基金支付范围为国家谈判药品。

(二)慢性病门诊医疗费用,市内公立基层医疗机构基金支付 60%(其中肺结核基金支付 70%),市内二级医疗机构高血压(无并发症)、糖尿病(无并发症)基金支付 50%。

(三)市内家庭医生签约服务的参保人员在签约医疗机构门诊发生的医疗费用,基金支付比例在原基础上提高 3 个百分点。

(四)参保人员凭市内定点医疗机构电子外配处方在定点零售药店购药发生的医疗费用,基金支付比例与出具外配处方的定点医疗机构一致。

第三十三条 住院待遇。

(一)基金年度起付标准。市内二级以下医疗机构为 300 元,二级及相应医疗机构为 500 元,三级及相应医疗机构为 800 元。一个医保年度计一次起付标准,年度内二次及以上住院的,起付标准按其中最高等级医疗机构补差计算。

市外住院起付标准为 800 元,年度内只计一次。

(二)基金支付比例。

成年人支付比例。起付标准以上部分,市内二级以下医疗机

构支付 80%，二级及相应医疗机构支付 70%，三级及相应医疗机构支付 60%；市外住院支付 50%。

未成年人和大学生支付比例。起付标准以上部分，市内二级以下医疗机构支付 85%，二级及相应医疗机构支付 80%，三级及相应医疗机构支付 75%；市外住院支付 70%。

第三十四条 特殊病门诊待遇。

市内外定点医药机构发生的医疗费用，基金支付比例按成年人市内三级及相应医疗机构住院支付比例确定，不设年度起付标准。其中市外定点药店基金支付范围为国家谈判药品。

第三十五条 一个医保年度内，每一参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，限额以上医疗费用纳入大病保险按规定支付。

第四章 大病保险

第三十六条 参加本市职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的所有人员，应同时参加统一的大病保险。大病保险基金由政府、单位、个人合理分担的多渠道筹资构成，年度人均筹资标准根据本市实际情况确定，参保人员个人缴费比例一般为 40%，与基本医疗保险基金同步筹集，实行专账管理和独立核算。

第三十七条 职工基本医疗保险参保人员大病保险的个人缴费部分从个人账户中划拨，其他部分从职工基本医疗保险统筹基金中划拨。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拨。

第三十八条 大病保险待遇。一个医保年度内，参保人员发

生的医疗费用中，符合基本医疗保险目录范围的个人负担部分，以及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，在个人承担2.5万元起付标准后，基金支付70%；其中医疗救助对象起付标准为1.25万元，基金支付80%。市内基本医疗保险险种转换的，一个医保年度大病保险起付标准累计一次。

第三十九条 罕见病用药保障实行省级统筹，所需资金从大病保险基金中上解至浙江省罕见病用药保障基金。参保人员按规定享受全省统一的罕见病用药保障待遇。

第五章 医疗救助

第四十条 医疗救助资金由市和县（区）财政根据辖区实际支出，按现行财政体制予以安排。

第四十一条 医疗救助对象：

- （一）特困供养人员；
- （二）最低生活保障家庭成员；
- （三）最低生活保障边缘家庭成员；

（四）县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。含中华人民共和国成立前入党的渔农村老党员、老游击队员、老交通员（以下简称“三老”人员）；享受定期抚恤或补助金的烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属、残疾军人、在乡老复员军人、带病回乡退伍军人、参战参试退役人员（以下简称“优抚对象”）；享受国家定期定量补助的精减职工；特困职工等。

第四十二条 一个医保年度内，医疗救助对象在定点医药机

构发生的大病保险支付范围内医疗费用，扣除基本医疗保险（含补充医疗保险）、大病保险基金支付后的个人负担部分，按以下标准救助：

（一）特困供养人员予以全额救助；

（二）最低生活保障家庭成员救助 80%；

（三）最低生活保障边缘家庭成员救助 70%；

（四）县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员救助 70%；

（五）医疗救助对象中的持精神残疾人证人员发生的治疗精神病相关医疗费用，个人负担部分予以全额救助；

（六）各类医疗救助对象年度累计医疗救助支付限额为 12 万元，门诊和住院共用年度救助限额。新认定的特困、低保、低边人员，认定前 6 个月在定点医药机构发生的政策范围内医疗费用纳入医疗救助支付范围。

第四十三条 一个医保年度内，医疗救助对象市内外住院起付标准按最高医疗机构等级计一次；市外定点医药机构发生的政策范围内医疗费用，基本医疗保险基金按市内相应医药机构报销比例支付。

第四十四条 医疗救助对象的人员信息由民政、退役军人事务、人社等部门负责提供，有关数据按月及时、准确共享给医保经办机构，在人员身份认定次月起享受医疗救助待遇。

第四十五条 建立市医疗救助联席会议制度，对全市特困、低保、低边人员在医疗救助和其他各类救助后，个人负担医疗费

用仍较高的人员，再予以一定的救助和化解。

第六章 生育保险

第四十六条 本市行政区域内用人单位在职职工和未达法定退休年龄的灵活就业人员，应在参加职工基本医疗保险时同步参加生育保险。生育保险与职工基本医疗保险合并实施，保险费一并缴纳。

第四十七条 符合法律、法规有关规定生育的，参加生育保险后女职工享受以下待遇：

（一）生育津贴；

（二）生育医疗费用（含产前检查、计划生育手术、住院分娩费用，有关免费项目除外）。

第四十八条 享受生育保险待遇起始时间与职工基本医疗保险一致，生育津贴在本市连续缴费满6个月后发放。单位职工的生育津贴计发给用人单位，用于产假期间工资发放；灵活就业人员的生育津贴计发给个人。

第四十九条 参加生育保险的女职工生育后生育津贴计发天数，一孩为158天，二孩和三孩为188天，难产（剖宫产、助娩产）增加15天，生育多胞胎的每多生育一个婴儿增加15天。女职工怀孕不满4个月流产的，生育津贴计发天数为15天；怀孕满4个月流产的，生育津贴计发天数为42天。

第五十条 生育津贴计发基数，单位职工与该用人单位上年度职工月平均缴费基数一致；灵活就业人员与该类人员上年度月缴费基数一致；新成立的用人单位与该单位当年度月职工平均缴

费基数一致；每月按 30 天计算。单位职工或灵活就业人员类别按生育当月参保情况判断。

第五十一条 参加生育保险女职工的产前检查、门诊生育医疗费用按照职工基本医疗保险普通门诊待遇支付，住院生育医疗费用按照职工基本医疗保险住院待遇支付。

未参加生育保险的职工基本医疗保险参保人员符合规定生育发生的生育医疗费用，享受生育保险有关生育医疗费用待遇，不享受生育津贴待遇。城乡居民基本医疗保险参保人员符合规定生育，发生的生育医疗费用按 1500 元定额补助。参加生育保险男职工的未就业配偶，符合规定生育且未享受有关生育医疗费用待遇的，予以 1500 元定额补助。

第五十二条 生育津贴由用人单位或个人向医保经办机构申请，医保经办机构审核后拨付给职工所在用人单位或灵活就业人员，逐步实现无感申领。

第七章 就医结算管理

第五十三条 全市统一执行国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录，浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录以及国家和省其他有关规定。

医保经办机构负责按规定做好目录维护管理工作。各定点医药机构应根据医保经办机构要求，及时做好本单位药品目录、医疗服务项目目录等维护更新工作。

第五十四条 参保人员应按国家和省、市规定申领医保就医凭证（含电子凭证，下同），并凭有效就医凭证在定点医药机构

就医、购药。定点医药机构应按规定予以核验，如实记录诊疗和售药情况。

第五十五条 定点医药机构应为参保人员选择安全有效、价格合理的药品，根据病情需要和处方管理原则掌握配药数量，纳入我市门诊特殊病和慢性病管理的疾病，治疗范围内药物一次处方用药量可延长至3个月。

第五十六条 医疗费用的结算按以下规定执行：

（一）参保人员因病情需要使用目录内乙类药品和乙类项目的，应先由个人自付一定比例费用后，再纳入基本医疗保险支付范围。具体个人自付比例按省规定执行；

（二）参保人员可凭定点医疗机构医保医师开具的电子外配处方到医保定点零售药店购药，定点零售药店应核对处方后予以配药并按规定结算费用；

（三）参保人员的住院医疗费结算按照出院时间确定医保年度，同一次住院期间转换险种的各险种待遇分别计算，住院起付线只计一次。参保人员连续住院满一年的应结算一次；

（四）参保人员在住院期间，因疾病治疗需要使用的药品而本院未配备的，可由住院所在医疗机构出具处方后至定点零售药店或其他定点医疗机构购买，发生的政策范围内医疗费用享受住院报销待遇。其中市内住院期间院外购药未实时刷卡结算的不予报销，市外住院期间在定点零售药店购药报销范围为国家谈判药品；

（五）参保人员不得强行要求住院或拒绝出院。不符合住院

条件而强行要求住院的，其发生的医疗费用不列入基金支付范围；符合出院条件而拒绝出院的，在相关定点医疗机构开具出院通知单后停止记账，发生的医疗费用不列入基金支付范围；

（六）参保人员有异常就诊情况的，在调查处理期间，医保经办机构可改变其医保结算方式。

第五十七条 参保人员在联网定点医药机构发生的医疗费用，个人应支付部分由参保人员直接与定点医药机构按规定结算；基金应支付部分由定点医药机构与医保经办机构按规定结算。

参保人员在未联网定点医疗机构发生的医疗费用，或因急诊、网络故障等原因未能在联网定点医疗机构按规定直接结算的医疗费用，自该次诊疗发票出具后一年内，参保人员可通过“网上办、掌上办、自助办”或到各医保经办机构办理报销手续，超过一年的不予报销（涉及第三者赔偿等特殊情况除外）。

参保人员因急症抢救在非定点医疗机构治疗发生的医疗费用，凭急诊证明到医保经办机构按规定办理报销手续。非急症治疗抢救需要，在非定点医疗机构发生的医疗费用，基金不予支付。

第五十八条 统一规范家庭病床支付政策。具备开设家庭病床资质的市内定点基层医疗卫生机构，为患者提供家庭病床医疗服务发生的“家庭病床建床费”、“家庭病床巡诊费”及符合医保支付范围的医疗费用纳入医保支付，按相应住院政策执行。

第五十九条 建立长住市外备案制度。参保人员长住市外按规定备案后，在市外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。

第六十条 门诊特殊病和慢性病病种范围和管理规范，根据省医保行政部门调整确定，具体办法由市医保行政部门另行制定。

第六十一条 医疗保障基金不予支付的范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检。

第八章 公共服务

第六十二条 符合参保条件的人员，在同一时期内只能参加一种基本医疗保险，但可按规定转换不同的参保险种，转换前已缴纳的基本医疗保险费不予退还。

第六十三条 参保人员跨市流动，职工基本医疗保险关系可随本人转移，实际缴费年限累计计算；已享受医保退休人员待遇的，职工基本医疗保险关系不再转移。

第六十四条 医保经办机构应建立健全相应的业务、财务和风险防控等管理制度，按时足额支付医疗保障待遇。

第六十五条 医保经办机构应根据工作需要，在有关定点医药机构、乡镇（街道）和社区设立服务网点，按照“最多跑一次”改革和数字化改革工作要求，为用人单位和参保人员提供高效、便捷的医保公共管理服务。医保经办机构应完整、准确地记录参

保人员的个人信息、缴费情况以及待遇享受情况等医保数据，妥善保管申报的原始凭证和支付结算的会计凭证。

第六十六条 用人单位和参保人员可通过医保经办机构提供的信息平台办理医保服务事项，查询、核对其参保和待遇享受记录，可要求医保经办机构提供医保政策咨询等相关服务。

第六十七条 医保经办机构因业务经办、统计、调查等需要，要求有关单位和个人提供有关信息的，相关单位和个人应当及时、如实提供。

医保经办机构及其工作人员，应依法为用人单位和个人的信息保密，涉及的用人单位商业秘密、个人权益及举报人和投诉人的信息，不得违法向他人泄露。

第九章 医药服务管理

第六十八条 医保部门应根据医保制度运行和基金收支平衡情况，结合区域医药卫生资源配置、参保人员医疗需求等因素，确定市内定点医药机构。市外当地医保部门确定的定点医药机构均为我市市外定点医药机构。

第六十九条 定点医药机构实行协议管理。符合条件的医药机构自愿申请，经医保经办机构评估并签订服务协议后，按照“因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗”的原则，为参保人员提供医药服务，并按照规定执行医保支付、价格及集中采购等政策。

第七十条 医保经办机构和定点医药机构应按协议约定的内容履行各自权责，任何一方违反服务协议，均应承担违约责任，

并按协议约定进行处理。

第七十一条 医保经办机构要建立日常巡查、专项检查、重点抽查、网上稽查、委托第三方审计检查等制度，实施有效监管，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。

第七十二条 市医保行政部门应做好药品、医用耗材、医疗服务项目等收费政策和支付标准的组织制定和实施工作，落实医疗服务价格动态调整机制及医药服务价格监测与信息發布制度。

第七十三条 全市建立总额预算管理下的住院 DRG 点数付费、床日付费、门诊 APG 付费等多元复合式支付方式，切实加强医疗费用结算管理，完善定点医药机构费用考核和评价机制。

第七十四条 大病保险可委托有资质的第三方专业机构承办。

第十章 基金管理和监督

第七十五条 按照“收支平衡、略有结余”原则，建立医保基金预决算管理制度，基本医疗保险、大病保险等基金实行市级统收统支。医保基金纳入财政专户，专款专用，任何组织和个人不得侵占挪用，市和县（区）政府应根据医保基金运行情况给予补贴。

各级医保经办机构应做好医保基金会计核算和财务统计分析工作，建立相应的财务管理制度，定期向社会公布医保基金的收入、支出和结余情况。

第七十六条 市医保行政部门、财政部门 and 审计机关应当在各自职责范围内，依法对医保基金的收支、管理和投资运营情况

实施监督检查和审计。

第七十七条 各级医保行政部门应制定和完善医保基金监管相关规定，规范监管权限、程序、处罚标准等，建立监督检查常态机制，实施大数据实时动态智能监管。逐步建立医保基金绩效评价体系，完善对医疗服务的评价机制，实施基金运行全过程绩效管理。

第七十八条 各级医保行政部门应会同卫健、市场监管、公安等部门，实施跨部门协同监管，加强对定点医药机构的监督检查和考核。积极引入第三方监管力量，完善欺诈骗保举报奖励制度，曝光典型案例，强化社会监督，维护医保基金的运行安全。

第七十九条 医保行政部门根据《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》等相关法律法规规定，对用人单位、定点医药机构及其工作人员、医保经办机构及其工作人员、参保人员和其他人员的医保违规违法行为进行处理。

第十一章 附则

第八十条 本办法所述的医保基金，包括职工基本医疗保险基金、城乡居民基本医疗保险基金、大病保险基金和医疗救助资金等专项基（资）金。

第八十一条 职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的费用结算年度为每年1月1日至12月31日，参保人员大病保险和医疗救助的结算年度同其参加的基本医疗保险一致。

第八十二条 城乡居民基本医疗保险、大病保险年度人均筹资具体标准，经市政府同意后，由市医保、财政、税务等部门确

定公布。

第八十三条 鼓励发展商业健康保险。引导商业保险公司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惠民型商业补充医疗保险，对参保人员基本医疗保险、大病保险、医疗救助之外的医疗费用给予补充性保障。

第八十四条 全市建立公务员医疗补助、长期护理保险等制度，具体办法另行制定。企业可建立职工补充医疗保险，用于提高职工医疗保障水平，所需经费按国家有关规定列支。

第八十五条 因重大公共疫情或受大规模自然灾害影响造成的医疗费用，以及特定群体、特定疾病的医药费豁免政策按照国家 and 省有关规定执行。

第八十六条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行，由市医保行政部门负责牵头组织实施并制定实施细则。原有关政策与本办法不一致的按本办法执行，国家、省另有规定的，从其规定。《舟山市人民政府关于基本医疗保险市级统筹的实施意见》（舟政发〔2010〕69号）、《舟山市人民政府关于建立城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（舟政发〔2012〕39号）、《舟山市人民政府办公室关于印发舟山市生育保险实施办法的通知》（舟政办发〔2006〕92号）、《舟山市贫困群体医疗救助实施办法》（舟山市人民政府令第39号）同时废止。

抄送：市委各部门，市人大常委会、市政协办公室，舟山警备区，市监委，市法院，市检察院，部、省属在舟单位，驻舟部队。

舟山市人民政府办公室

2022年12月13日印发
