

**丽水市医疗保障局
丽水市财政局
丽水市卫生健康委员会
国家税务总局丽水市税务局**

文件

丽医保发〔2021〕48号

**丽水市医疗保障局 丽水市财政局
丽水市卫生健康委员会 国家税务总局
丽水市税务局关于印发丽水市全民医疗保险
实施细则（修订）的通知**

各县（市、区）医保局、财政局、税务局、卫生健康局，市直各有关单位：

为全面贯彻落实《浙江省医疗保障条例》、《丽水市全民医疗保险办法》的相关规定，丽水市医保局、丽水市财政局等四部

门修订了《丽水市全民医疗保险实施细则》，现印发给你们，请遵照执行。

丽水市医疗保障局

丽水市财政局

国家税务总局丽水市税务局

丽水市卫生健康委员会

2021年6月30日

（此件公开发布）

丽水市全民医疗保险实施细则（修订）

第一章 总 则

第一条 根据《丽水市全民医疗保险办法》规定，制定本实施细则。

第二条 本细则所指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。

职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险基金按国家和省基金管理有关规定实行分帐核算，分户管理并编制预决算。

第三条 本细则所指用人单位包括本市范围内的行政机关、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。

在校学生包括经批准设立的全日制在校中小学、大中专院校学生以及幼儿园（含托幼机构）儿童。

第四条 本细则所称定点医药机构是指与所在地医疗保险经办机构（以下简称经办机构）签订基本医疗保险服务协议，为基本医疗保险参保人员提供就医、购药服务的医疗机构和零售药店。

第二章 参保缴费

第五条 参保职工基本医疗保险的用人单位、灵活就业人员

和城乡居民基本医疗保险参保人员向所在地经办机构申报参保，向税务部门缴费。

参保城乡居民基本医疗保险的城乡居民按下列原则参保：

- （一）本市户籍居民在户籍所在地参保；
- （二）与本市户籍居民形成婚姻关系的非本市户籍人员，在其配偶户籍所在地参保；
- （三）在校大、中专学生在学籍所在地参保；
- （四）取得《浙江省居住证》的非本市户籍人员在居住地参保。

第六条 用人单位应在取得营业执照或经批准设立后 30 日内到经办机构办理社会保险登记手续。

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 日内向经办机构办理变更或注销登记手续。

第七条 用人单位发生人员变动，如调动、辞退、辞职、退休、死亡等，应及时向经办机构申报，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。

第八条 每年 12 月底前，用人单位应向经办机构申报参保名单和当年月平均工资，其他职工基本医疗保险参保人员应向经办机构申报当年月平均工资，由经办机构按规定核定后作为下年度缴费基数。

参保人员工资超过全省上年度社会单位就业人员月平均工资 300%以上的部分不计征基本医疗保险费；低于全省上年度社会单位就业人员月平均工资 60%的，按全省上年度社会单位就业人员月平均工资的 60%计征基本医疗保险费。

用人单位及其他职工基本医疗保险参保人员未按规定时间申报的，由经办机构按规定核定下年度缴费基数。

第九条 用人单位按月向税务部门申报缴费，职工个人缴费部分由单位代扣代缴；其他职工基本医疗保险参保人员由税务部门按照经办机构传递的应缴费额从缴费账户按月划缴入库。

用人单位和参保人员必须按时足额缴纳基本医疗保险费。

第十条 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。

灵活就业人员在统筹地区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。

第十一条 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。

灵活就业人员中断缴纳职工基本医疗保险费的，中断缴费期间不享受职工基本医疗保险待遇；恢复正常缴费的，自缴费月起

的第三个自然月开始享受职工基本医疗保险待遇。

失业人员中断缴纳职工基本医疗保险费后，再以灵活就业人员缴纳职工基本医疗保险费的，自缴费月起的第三个自然月开始享受职工基本医疗保险待遇。

第十二条 参保人员职工基本医疗保险缴费年限累计计算。因用人单位未按规定为职工办理社会保险参保登记的未缴费时段，经用人单位申请可按规定补缴。

第十三条 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缴费年限累计达到二十年的，退休或者达到退休年龄后不再缴费；其缴费年限累计未达到二十年的，须在依法办理退休手续或到达法定退休年龄时一次性办理补缴手续或办理按月延续缴纳手续后方可享受职工基本医疗保险待遇。

第十四条 参保人员因累计缴费年限不足补缴基本医疗保险费的，补缴标准按补缴时的缴费基数和缴费比例（不含个人缴费部分）执行。补缴的年限计入职工基本医疗保险累计缴费年限，补缴的时段不享受职工基本医疗保险待遇，个人账户不补划。

第十五条 城乡居民基本医疗保险参保人员按时缴纳保险费的，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。

城乡居民基本医疗保险参保人员未按时缴纳保险费的，可以在当年补缴其全年个人缴费部分，并自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。

符合财政全额补助的城乡居民基本医疗保险参保对象漏保的，由经办机构核实后，从当年1月1日起享受城乡居民基本医

疗保险待遇。

第十六条 下列人员按本条规定办理城乡居民基本医疗保险参保手续，并按当年度个人缴费标准缴费，享受城乡居民基本医疗保险待遇：

（一）新生儿出生后 90 日内参保缴费的，从出生之日起享受基本医疗保险待遇。

（二）部队转业人员（含退役义务兵）转业后 30 日内参保缴费的，从转业（退役）之日起享受基本医疗保险待遇；户籍迁入人员（指婚嫁迁入、华侨恢复户籍、收养等），在户籍迁入 30 日内参保缴费的，从户籍迁入之日起享受基本医疗保险待遇。与本市户籍人口形成婚姻关系非本市户籍人员参照执行。

（三）刑满释放人员在刑满释放后 30 日内参保缴费的，从刑满释放之日起享受基本医疗保险待遇。被判处管制、被宣告缓刑、被暂予监外执行、被裁定假释等人员参照执行。

（四）职工基本医疗保险中断参保缴费人员，在职工基本医疗保险中断后 30 日内参保城乡居民基本医疗保险并缴费的，自职工基本医疗保险中断的次月起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

上述人员未在前述规定时间参保缴费的，从参保缴费的次月起开始享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第十七条 参保人员年度间在职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险流动参保或市内转移、接续职工基本医疗保险参保关系的，报销比例按转入险种标准执行；统筹基金最高支付限额按转入险种标准减去当年已经享受的统筹待遇执行；基本医疗保险、大病保险起付线按当年累计个人负担金额执行。

第十八条 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。

第十九条 市本级及各县（市、区）医疗保障局、财政局应当于每年初按照上年度末基本医疗保险参保人数以及年度大病保险筹资标准，将大病保险所需资金一次性从基本医疗保险基金专户上解至指定账户，年度中间不再调整。

职工基本医疗保险大病保险个人缴费部分，于每年一月份从个人账户中一次性划转；年度中间参保的，按大病保险年度个人缴费标准缴纳。

第三章 个人账户

第二十条 用人单位和个人足额缴纳基本医疗保险费后，经办机构应及时按规定标准划转个人账户资金。

用人单位和个人未按规定缴纳基本医疗保险费的，个人账户资金暂不予划转。

第二十一条 按月缴纳基本医疗保险费的职工基本医疗保险参保人员，以其当月缴费基数为个人账户建账基数。

按规定不需缴纳基本医疗保险费的职工基本医疗保险参保人员，以本人上年度月平均退休费为其个人账户建账基数，无退休费的以全市上年度最低养老金标准为其个人账户建账基数。

第二十二条 在职人员个人账户资金实行按月划入；已退休人员按年于年初一次性划入，当年退休人员个人账户资金于退休次月一次性划入。

第二十三条 职工基本医疗保险参保人员改参保城乡居民基本医疗保险的，其个人账户余额可继续使用。基本医疗保险参

保关系跨统筹区转移的，个人帐户本金和利息可随同转移；确实无法转移的，其个人帐户本息可一次性发给参保人员。

第二十四条 经办机构于每年年初按 12 个月标准确定职工基本医疗保险参保人员个人账户当年资金额度，年内新参保人员按当年剩余月数标准确定个人账户当年资金额度。

个人账户当年资金额度确定后年内不再调整。

第二十五条 个人账户当年资金使用范围限于参保人员本人当年发生的普通门诊医疗费用。

普通门诊医疗费用包括参保人员按规定在定点医疗机构普通门诊就医或者凭经定点医疗机构审核的外配处方到定点零售药店购药发生的费用。

第二十六条 个人账户当年资金余额及利息于次年 1 月 1 日结转入个人账户历年结余资金。

个人帐户的利息按中国人民银行公布的当年 12 月 31 日活期存款利率计息。

第二十七条 个人账户历年结余资金可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女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和使用除国家扩大免疫规划以外的预防性免疫疫苗费用。

第四章 就医管理

第二十八条 参保人员就医购药时应配合定点医药机构核实有效参保身份。

参保人员在市内定点医疗机构就医所发生的医疗费用实行实时结算，基本医疗保险基金一般不予另行报销支付。

第二十九条 就医过程中，参保人员应尊重医务人员的诊疗决定，不得干预医务人员合理合规的诊疗行为，不得提出不合理的诊疗、用药等要求。

第三十条 参保人员在定点医药机构就医购药发生的医疗费用，基本医疗保险基金按规定支付。参保人员在非定点医药机构发生的医疗费用，除有明确规定及紧急抢救外，基本医疗保险基金不予支付。

第三十一条 达到入院指征的参保人员在定点医疗机构留观或急诊抢救后即收治入院的，其留观或急诊抢救期间的医疗费用计入当次住院费用；经急诊抢救无效死亡的，在该医院发生的抢救费用可按住院待遇标准予以支付。

第三十二条 参保人员因外伤等非正常疾病就医，经调查核实符合基本医疗保险支付条件的，按规定纳入基本医疗保险基金支付。

参保人员及医疗机构应配合经办机构的调查核实工作。参保人员拒绝配合调查核实的，当次医疗费用不予纳入医保基金支付。

第三十三条 参保人员因病情需要转市外省内定点医疗机构就医发生的医疗费用，以及向经办机构办理转外就医备案后转省外境内就医的医疗费用，按转外就医的规定享受医疗保险待遇。其中，参保人员转市外就医未实时结算的普通门诊医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

参保人员转市外就医发生的普通门诊医疗费用，个人按规定比例自理后，医保基金按本地其他医疗机构的标准支付。

第三十四条 符合以下条件的参保人员，办理备案手续后，在安置地（派驻地）定点医疗机构就医的医疗费用，按参保地规定享受基本医疗保险待遇：

1. 由用人单位派驻于异地工作的参保人员；
2. 办理退休手续后户口迁入异地的参保人员；

参保人员办理备案手续后，在安置地（派驻地）外的定点医疗机构就医的医疗费用，按转外就医的规定享受基本医疗保险待遇。

第三十五条 参保人员住院（含特殊病种）医疗费用未实时结算的，须在次年6月底前持医疗费发票和病历等相关材料向参保地经办机构申请零星报销。

第五章 医保服务管理

第三十六条 定点医疗机构的医师实行医保医师协议管理，医师需按规定接受培训、考核，签订医保医师服务协议后，方可作为参保人员提供医保服务。

非协议管理医师、终止医疗保险服务协议医师以及被暂停医保服务期间的医师提供医疗保险服务所发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

第三十七条 定点医疗机构应确保临床治疗必需药品的供应。医保医师为参保人员提供服务时，应优先选择基本医疗保险目录内药品。

第三十八条 定点医疗机构提供超出基本医疗保险服务范围的药品或医疗服务时，需告知并征得参保人员书面同意；为参

保人员进行特殊检查治疗或者办理转院转诊的，必须严格执行规定程序。

医疗机构未执行上述规定的，由此发生的医疗费用参保人员和基本医疗保险基金可不予支付。

第三十九条 提供家庭医生签约服务的基层医疗机构，应当及时向当地经办机构对接签约人员实时刷卡结算工作，并实时向卫生健康部门报备签约人员情况。

经办机构根据卫生健康部门家庭医生签约数据库实时数据，将签约人员在该医疗机构就诊并刷卡实时结算的门诊医疗费用，提高基本医疗保险基金支付比例 20 个百分点。

第四十条 医疗机构对病情符合入院指征，但病情相对稳定且存在行动不便等困难的参保人员，可在参保人员住所设立家庭病床。

家庭病床管理办法由市医疗保障部门会同相关部门另行制定。

第六章 附 则

第四十一条 参保人员存在违规就医行为，经核实，经办机构可视情节轻重给予暂停医疗费用实时结算，暂停其医疗费用联网结算 3 个月至 12 个月。

第四十二条 定点医药机构存在违反医保服务协议行为的，经办机构应追回已支付的医保基金，并视情节轻重，给予通报批评、警告、责令限期整改、暂缓医保基金拨付、暂停医保服务或终止定点服务协议。

第四十三条 本细则所称年度指医保结算年度，即每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

第四十四条 本细则从 2021 年 7 月 1 日起施行，此前与本细则规定不符的以本细则为准。

抄送：丽水市医疗保险服务中心。

丽水市医疗保障局办公室

2021 年 6 月 30 日印发
