绍兴市基本医疗保险实施办法（试行）

**第一章 总 则**

第一条 为进一步健全全市医疗保障体系，建立基本医疗保险制度，保障医疗保险参保人员（以下简称“参保人员” ）权益，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律、法规和政策规定，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 构建以基本医疗保险制度为主体，医疗救助为托底，其他医疗保障制度为补充的多层次医疗保障体系。

第三条 实行全市统一的职工基本医疗保险（以下简称“职工医保” ）、城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保” ）和大

病保险政策。

第四条 基本医疗保险制度坚持全覆盖、保基本、多层次、

可持续，公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与经

济发展水平相适应的原则。

第五条 本办法适用于绍兴市行政区域内的所有用人单位及其职工，城乡居民，基本医疗保险定点医疗机构、定点零售药店（以下统称“定点医药机构” ）及其监管机构等。 第六条 基本医疗保险年度为自然年度，即当年的 1 月 1 日 起至12 月 31 日止。

**第二章 管理机构和职责**

第七条 市社会保险行政部门负责本行政区域内的医疗保险管理工作。

第八条 市社会保险行政部门负责制定全市医疗保险政策，指导和督促各区、县（市）社会保险行政部门开展医疗保险工作，指导和督促社会保险经办机构执行医疗保险制度，监督检查定点医药机构医保服务和管理情况，会同财政等部门对医疗保险基金的征缴、管理、调剂、运营、支付等情况进行监督检查，建立健全基金监督网络和监督举报系统。市财政部门负责建立相应的财政保障机制，会同市社会保险行政部门做好医疗保险基金管理工作，确保基金保值、增值。市税务部门统一规范缴费基数，按规定做好医疗保险费的征缴工作。市发改部门负责定点医药机构药品、医疗项目价格管理工作。市卫生计生部门负责对定点医疗机构的医疗服务管理，规范医疗服务行为，提高医疗服务质量。市市场监管部门负责对定点医药机构药品质量的监督管理。 市民政、教育、残联、公安等部门按照各自职责，配合做好医疗保险实施工作。

第九条 市社会保险经办机构负责统一制定、完善全市医疗保险配套政策和经办业务规程，做好医疗保险政策宣传工作。指导和督促各区、县（市）社会保险经办机构做好医疗保险经办工作。加强对全市定点医药机构的督促指导。负责市级机关事业单位职工医保的登记申报、待遇审核、支付结算和稽查稽核等工作；负责全市医疗保险基金预算草案的编制、决算报告的上报和医疗保险基金财务分析等工作；负责全市医疗保险“一卡通”实施工作；承担医疗保险其他经办配套服务工作。

第十条 各区、县（市）政府全面负责本地医疗保险工作，贯彻执行国家有关医疗保险法律、法规和政策，制定医疗保险配套政策，组织做好当地医疗保险基金的筹集、管理、运行工作，实现全民参保、应保尽保。

第十一条 各乡镇政府（街道办事处）负责办理户籍在本乡镇（街道）的居民医保组织实施工作，按规定办理居民医保的登记申报、免缴人员身份核定、缴费和社会保障卡发放等工作，做好本辖区内医疗保险政策宣传和相关业务经办工作。社区（村、居委会）协助乡镇（街道）办理户籍在本社区（村、居委会）居民医保的登记申报、缴费等工作。学校、幼儿园按规定办理本校（幼儿园）学生（儿童）的登

记申报、缴费和社会保障卡申领发放等工作。

**第三章 职工基本医疗保险**

第十二条 绍兴市行政区域内的下列单位和个人参加职工基

本医疗保险（以下简称“职工医保”） ：

（一）国家机关、事业单位、社会团体、各类企业、民办非

企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工

的个体工商户（以下统称“用人单位” ）及其职工（含雇工，下同）

和退休（退职）人员。

（二）参加职工基本养老保险的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（以下统称“灵活就业人员”） 。

（三）领取失业保险金期间的失业人员。

（四）其他按规定参保的人员。

第十三条 职工医保基金包括统筹基金和个人账户金。

第十四条 职工医保费由用人单位和参保人员按规定缴纳。用人单位在职职工缴费工资按实计缴，其中低于全省在岗职工月平均工资（以下简称“省职平工资” ）的，以省职平工资计缴。用人单位在职职工缴费工资按规定由所在单位申报，职工个人缴纳的医疗保险费由所在单位代扣代缴。省职平工资的参照标准为： 每年 1—6 月为上上年度省职平工资，7—12 月为上年度省职平工资（下同）。首次参保和续保的职工，以用人单位申报的月工资确定其个人缴费工资。

第十五条 参保人员按国家规定办理退休时，其职工医保的 视作缴费年限和实际缴费年限累计须满 20 年（其中实际缴费年限须满 5 年） ，方可享受退休人员医疗保险待遇。不足规定年限的，由用人单位或参保人员个人按规定一次性补缴后，方可享受退休 人员医疗保险待遇。具体按办理补缴手续时省职平工资的 6.5%标准补缴，补缴费用全额划入职工医保统筹基金，不划入个人账户。

第十六条 用人单位在职职工当月参保，次月享受医疗保险 待遇。用人单位未按规定足额缴纳医疗保险费累计满 2 个月的，次月起该单位在职参保人员停止享受医疗保险待遇，在足额补缴所欠医疗保险费的次月起享受医疗保险待遇。 灵活就业人员首次参保或中断 3 个月后续保的，须参保满 3个月并按规定足额缴纳医疗保险费后方可享受医疗保险待遇；中 断 3 个月内续保的，须按补缴当月缴费标准足额补缴中断期医疗保险费，医疗保险待遇从续保次月起享受；灵活就业人员已参保 但未按规定足额缴纳医疗保险费满 3 个月的，其基本医疗保险关系作停保中断处理，欠费的相应月份不计算为实际缴费年限，所欠费用予以核销。参保人员在参保当月办理医疗保险关系异地转入接续手续且转入的医疗保险关系与当月连续的，参保当月可享受医疗保险待遇。

第十七条 达到法定退休年龄时，职工基本养老保险延缴人

员可按灵活就业人员标准按月缴纳职工医保费，按规定享受相应

的在职职工医疗保险待遇。

第十八条 参保人员普通门诊、门诊规定病种（特殊病种门诊，下同）和住院时发生的符合《浙江省基本医疗保险、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》规定除自费、自理费用外的医疗费用（以下简称“政策范围内费用”） ，起付标准以上、最高支付限额以内的由统筹基金按本办法规定支付。

第十九条 参保人员的个人账户按下列规定建立：

机关、事业和省（部）属单位在职职工的个人账户按本人缴 费工资的 4%建立；灵活就业人员的个人账户按本人缴费工资的 1%建立。

市区其他用人单位在职职工的个人账户按本人缴费工资的 2%建立，退休人员的个人账户按省职平工资的 5%建立。各县（市） 可根据当地实际，在本办法实施后 3 年内逐步调整到位。

第二十条 个人账户的管理：

（一）个人账户分为当年个人账户和历年结余账户。

（二）个人账户的本金和利息为个人所有，在医保年度末计

算利息，如参保人员终止医疗保险关系的，当月计算利息。

（三）个人账户在足额缴费且社保到账后按月划入。参保单

位未按规定按时足额缴纳基本医疗保险费的，暂停配置该单位在

职参保人员的个人账户，待单位足额补缴后，再按规定划入该单

位参保人员的当年个人账户。

（四）个人账户按规定结转下年度使用、转移。

（五）个人账户余额符合以下条件的，可以依法继承或退还本人： 1．参保人员死亡，其个人账户余额可依法继承； 2．参保人员按国家规定办理退休手续时，其职工医保视作缴费年限和实际缴费年限累计未到规定年限，参保人员又不愿按规定一次性补缴的，经本人申请可终止其基本医疗保险关系，个人账户余额予以退还； 3．参保人员因故丧失中华人民共和国国籍的，可以在丧失国籍后书面申请终止基本医疗保险关系， 个人账户余额可退还本人。

（六）参保人员基本医疗保险关系从异地转入时，转出地社

会保险经办机构提供的个人账户余额，无法区分当年、历年结余

账户的，其转入的个人账户余额全部划入当年个人账户。

（七）参保人员在待遇中断期间，个人账户不能使用。

第二十一条 个人账户的使用：

（一）当年个人账户用于支付参保人员在定点医药机构就医、

购药发生的政策范围内费用中，按规定由个人自付的医疗费用；应由个人缴纳的大病保险费。

（二）历年结余账户可用于支付基本医疗保险按规定由个人承担的自付、自理、自费医疗费用，及使用除国家扩大免疫规划以外的预防性免疫疫苗费用。

（三）历年结余账户可按规定支付职工医保参保人员配偶、子女和父母（以下简称“近亲属” ）的普通门诊医疗费用，实现家庭成员之间共济互助。

（四）历年结余账户可按规定支付参保人员本人、近亲属购买商业健康保险。

第二十二条 住院和门诊规定病种待遇：

一个医保年度内，参保人员住院和门诊规定病种发生的政策范围内费用，统筹基金按下列比例报销： （一）超过起付标准至 5 万元部分，在基层医疗卫生机构医 疗的，在职职工报销 85%，退休人员报销 90%；在其他医疗机构 医疗的，在职职工报销 80%，退休人员报销 85%。 （二）超过 5 万元至 10 万元部分，在基层医疗卫生机构医疗 的，在职职工报销 90%，退休人员报销 95%；在其他医疗机构医 疗的，在职职工报销 85%，退休人员报销 90%。 （三）超过 10 万元至 25 万元部分，在职职工报销 90%，退 休人员报销 95%。 （四）超过 25 万元部分，报销 90%，上不封顶。

第二十三条 普通门诊待遇：

（一）起付标准和最高支付限额。一个医保年度内，参保人 员在定点医药机构普通门诊（含急诊）的起付标准为 400 元，最 高支付限额为 5000 元。

（二）报销待遇。一个医保年度内，参保人员在定点医药机构普通门诊（含急诊）发生的政策范围内费用，起付标准以上至最高支付限额部分，统筹基金按下列比例报销：在基层医疗卫生 机构医疗的在职职工报销 75%，退休人员报销 80%；在其他定 点医药机构医疗或购药的，在职职工报销 65%，退休人员报销 70%。一个医保年度内，参保人员普通门诊经基层医疗卫生机构首 诊，在 7 日内转诊到统筹地其他定点医疗机构发生的起付标准以 上的政策范围内费用，在职职工报销 70%，退休人员报销 75%。

**第四章 城乡居民基本医疗保险**

第二十四条 绍兴市行政区域内的下列人员可参加城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”） ：

（一）具有本市户籍的非从业人员。

（二）与本市居民结婚的非本市户籍人员、本市从事宗教教

职的非本市户籍人员，且没有参加异地基本医疗保障的。

（三）本市学校、幼儿园在册的非本市户籍的学生（儿童） 。

（四）国家、省、市规定的其他人员。

第二十五条 居民医保费按规定缴纳，由个人缴费和财政补

贴组成。

各区、县（市）可确定当地乡镇（街道）的财政补贴额度。

第二十六条 经民政部门认定的特困人员、低保对象、低保边缘对象、因病致贫对象、享受基本生活费的困境儿童，持有《中华人民共和国残疾人证》且残疾等级在二级及以上的人员，重点优抚对象，其个人缴费部分由财政按规定全额补助。

第二十七条 居民医保费按年收缴，一次性缴清。参保人员

在规定时间内足额缴费后，在次年医保年度内享受医疗保险待遇。

参保人员超过规定缴费时间后要求参保的，其费用按全年标准缴 纳，医疗保险待遇从缴费当月起的 3 个月后享受。参加职工医保中断（或终止）后的人员，参加居民医保且全额缴费，中间连续无间断的，从缴费的次月起享受居民医保待遇。 第二十八条 市区城乡居民的缴费期为每年的11月1日起至 12 月 20 日止。其中以学校、幼儿园为单位给学生（儿童）缴费的区、县（市） ，缴费期为每年的 9 月 1 日起至 10 月 31 日止。各县（市）可根据当地实际，确定缴费期。

第二十九条 绍兴市普通高等学校就读的学生（以下简称“大

学生”）参加居民医保。大一新生，首次参保的，根据本人意愿，可选择一年半标准参保缴费，也可选择一年标准参保缴费。选择一年半标准参保的，财政按一年半标准补贴，医疗保险待遇享受 期为当年的 9 月 1 日起至次年的 12 月 31 日止。毕业班大学生，在缴纳毕业年度居民医保费用时，可根据本人意愿，选择按全年标准或按半年标准缴费。选择半年标准缴费 的，财政按半年标准补贴，医疗保险待遇享受期为毕业年度的 1 月 1 日起至 6 月 30 日止。

第三十条 新生儿需参加出生当年度居民医保的，在出生 个月内，由其父母持新生儿户籍证明材料办理参保手续，其个人

缴纳的费用按全年标准缴纳，财政按全年标准补贴。缴费后的新

生儿从出生之日起享受医疗保险待遇。

第三十一条 参加居民医保的本市户籍非从业人员，可转为

参加职工医保，相关缴费标准、待遇享受等按本办法第三章规定

执行，不再享受居民医保待遇。

第三十二条 一个医保年度内，参保人员住院和门诊规定病 种累计最高支付限额为 28 万元。

第三十三条 参保人员住院和门诊规定病种发生的起付标准以上至最高支付限额的政策范围内费用，在基层医疗卫生机构医 疗的，统筹基金报销 85%，在其他定点医疗机构医疗的，统筹基 金报销 75%。

第三十四条 未享受职工生育医疗费定额补助的参保人员，发生符合规定生育的住院分娩医疗费用（含妊娠并发症） ，可享受 定额补贴：平产 1200 元，难产助产、多胞胎或剖宫产 1500 元，列入统筹基金支付范围。

第三十五条 普通门诊待遇：

（一）起付标准。一个医保年度内，参保人员在定点医疗机 构普通门诊（含急诊）的起付标准为 50 元。

（二）报销待遇。一个医保年度内，参保人员在定点医疗机构普通门诊（含急诊）发生的政策范围内费用，起付标准以上部分，统筹基金按下列比例报销：在市内基层医疗卫生机构医疗的， 报销 50%，其中中药饮片及中医诊疗项目费用报销 60%；在市内 其他定点医疗机构医疗的，报销 15%，其中中药饮片及中医诊疗 项目费用报销 25%。

一个医保年度内，参保人员普通门诊经基层医疗卫生机构首 诊，在 7 日内转诊到统筹地其他定点医疗机构发生的起付标准以 上的政策范围内费用，统筹基金报销 20%，其中中药饮片及中医 诊疗项目费用报销 30%。 一个医保年度内，参保人员普通门诊累计净报销限额为 800元。上年度有效签约的参保人员，在基层医疗卫生机构医疗的， 累计净报销限额再提高 200 元。有效签约参保人员名单由各地卫生计生部门提供，在年度结转前导入医保信息系统，年度内不作

变更。

**第五章 大病保险**

第三十六条 建立全市统一的大病保险制度，参加职工医保 和居民医保的人员统一纳入大病保险保障范围。

第三十七条 建立政府、单位、个人分担的大病保险多渠道 筹资机制。大病保险筹资标准不得低于人均 40 元，参保人员个人 承担 40%，政府或单位承担 60%。政府、单位缴费部分，从职工医保、居民医保基金中整体划拨；个人缴费部分，职工医保参保人员从其个人账户中划拨，居民医保参保人员由个人缴纳。在全市大病保险基金实行统收统支前，市区和各县（市）单独建立大病保险基金，并根据大病保险基金运行情况，按照“收支平衡”原则，确定筹资标准。 市区和各县（市）大病保险基金支付能力超过 24 个月的，暂不缴纳大病保险费。

第三十八条 大病保险待遇起止时间与基本医疗保险待遇起

止时间一致。

第三十九条 一个医保年度内，参保人员住院和门诊规定病种经基本医疗保险政策规定报销后个人自付的费用及转外就医承 担的自理比例费用，累计超过 2.5 万元部分，大病保险基金报销 60%，最高支付限额 40 万元。经民政部门认定的特困人员、低保对象、低保边缘对象、因病致贫对象、享受基本生活费的困境儿童，持有《中华人民共和国残疾人证》且残疾等级在二级及以上 的人员，重点优抚对象，报销比例提高 10 个百分点。一个医保年度内，参保人员使用特殊药品发生的累计费用， 8000 元以上至 40 万元部分，大病保险基金报销 60%。特殊药品的品种、支付价格等按上级政策执行。

第四十条 全市实行统一的大病保险业务经办规程和管理制

度，实现大病保险“一卡通”结算。鼓励委托商业保险公司承办

大病保险相关经办工作，在省统一确定的商业保险公司范围内，

按照《浙江省大病保险招投标管理指引》和政府招标采购相关规

定，确定商业保险公司统一承办全市范围大病保险业务。

**第六章 医疗保险服务管理**

第四十一条 参保人员在定点医疗机构住院的起付标准为： 三级医疗机构 1200 元，二级及以下医疗机构（不包括基层医疗卫 生机构）800 元，基层医疗卫生机构 300 元。门诊规定病种起付 标准为 400 元。

（一）同一医保年度内多次住院的，第二次起付标准以入住 医疗机构起付标准的50%计算， 第三次住院起不再计算起付标准。

（二）同一医保年度内，参保人员在不同级别医疗机构住院的，个人自付费用必须达到高一级医疗机构起付标准额度（包括家庭病床）后，方可由医疗保险基金按规定支付。住院期间发生转院的，起付标准按一次计算。从低级别医疗机构转往高级别医疗机构时，起付标准按高级别医疗机构计算。从高级别医疗机构转往低级别医疗机构时，起付标准不再另行计算。住院期间跨医保年度的，起付标准、报销比例等均以出院结算日为准。

（三）设立家庭病床以后住院的或出院以后设立家庭病床的，

起付标准均应分别计算。家庭病床的设立不跨年度，每半年计算

一次起付线。家庭病床医疗费用按住院规定支付。

（四）急诊留院观察后直接住院的，留院观察费用按住院规

定报销，起付标准按一次计算。留院观察后未住院的，留院观察

费用不按住院规定报销。

（五）不符合住院指征的住院费用不纳入住院报销范围。

第四十二条 门诊规定病种是指：恶性肿瘤，尿毒症门诊肾

透析，组织器官移植后门诊治疗，脏器功能衰竭症（心、肺、肾、

肝），脑瘫或脑血管意外恢复期，高血压病（有心、脑、肾、眼并

发症之一者） ，糖尿病（合并感染或者心、肾、眼、神经系统并发

症之一者） ，慢性再生障碍性贫血，系统性红斑狼疮，重性精神障

碍性疾病，血友病，慢性乙型肝炎（活动性乙型肝炎）、乙型肝炎

肝硬化、慢性丙型肝炎，耐多药肺结核。门诊规定病种的诊断标准和治疗范围按规定执行。

第四十三条 医疗保险的医疗服务由定点医药机构承担。全市制定统一的定点医药机构协议管理办法，各区、县（市）社会保险经办机构与通过评估符合条件的医药机构签订定点服务协议，实行协议管理，明确双方的权利和义务。

第四十四条 参保人员可报销结算的医疗费用应符合《浙江省基本医疗保险、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》和浙江省大病保险特殊药品目录等相

关管理规定。国家有特别规定的，按规定执行。

第四十五条 参保人员因病情需要，使用基本医疗保险药品

目录中的乙类药品和医疗服务项目目录中的乙类项目的，先由个

人承担一定比例费用后，再按本办法规定结算。

第四十六条 参保人员就医购药，定点医药机构应校验核实

参保人信息后，方可刷卡就诊、购药。

第四十七条 定点医药机构应严格执行《浙江省基本医疗保

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》的有关规定，对参保人员就医用药选择安全有效、

价格合理的药品和医疗服务项目。按卫生计生部门处方规定掌握

中西药处方量；纳入我市慢性病特殊病种、门诊规定病种范围的

疾病及高血脂、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、结核病、哮喘、 肺纤维化的相关治疗用药，其药品的处方量最多不超过 1 个月。

住院患者出院时需巩固治疗的，药品剂量参照上述执行。其中基

层医疗卫生机构慢性病特殊病种备案医师，可为慢性病特殊病种

参保人员开具慢性病长期处方，一次处方医保用药量可根据病情 需要最多放宽至12 周。患慢性疾病的参保人员在出国（境）期间，需携带药品持续治疗的，经备案后，定点医药机构可按其出国期限确定配药量，但最多不超过 6 个月。出国（境）备案手续未撤销之前，暂停其在定点医药机构直接结算医疗费及购药费用。

第四十八条 积极开展医保支付制度改革。充分发挥基本医

疗保险的基础性作用，实行以总额预算为基础，以按病组（病种）

付费为主，按人头付费、按床日、按服务单元付费等复合型付费

方式，建立“总额预算管理、结余适当留用、超支合理分担”激

励约束机制，不断提高基金绩效和管理效率。逐步将医疗保险对

医疗机构服务监管延伸到对医务人员服务行为的监管。

第四十九条 积极探索县域医共体医保管理新机制。强化医

保基金收支预算，建立盈亏合理负担的激励约束机制。健全分级

诊疗差别化支付机制，拉开医共体内基层医疗卫生机构、二级医

疗机构和三级医疗机构医疗保险报销比例。完善医疗保险转诊政

策，有效签约的城乡居民参保人员，在基层医疗卫生机构医疗的，

可适当提高普通门诊累计净报销限额。建立县域医共体转外就医

控制性病种目录，加强对目录内病种转外就医的管理。

第五十条 参保人员按规定办理门诊规定病种确认手续，确 认后的门诊规定病种人员可选择 1—2 家市内定点医疗机构作为

门诊规定病种指定医疗机构。参保人员需转市外医疗机构住院或门诊规定病种治疗的，由参保人员向市内定点医疗机构提出申请，由该定点医疗机构副主任医师以上人员签署意见且经本医疗机构同意。职工医保参保人员，常驻外地（3 个月以上）和异地居住（安置）的本市参保人员凭相关材料经参保地社会保险经办机构同意后，可在居住地定点医疗机构按规定就医。 居民医保参保人员，长期（3 个月以上）在绍兴市外经商、务工、就学，在当地定点医疗机构住院治疗的，在出院结算前凭相关材料在参保地社会保险经办机构申请系统备案后，可视作已办理转院手续。

大学生因寒暑假、因病休学或符合高校管理规定的实习期间，

在相关居住地或实习地的定点医疗机构住院治疗，在出院结算前

凭相关材料在参保地社会保险经办机构申请系统备案后，可视作

已办理转院手续。

第五十一条 职工医保参保人员转绍兴市外定点医疗机构医

疗发生的符合职工医保基金支付范围的费用，先按特约医疗机构 自理5%、非特约医疗机构自理 15%后，再按规定报销。市区居民医保参保人员转绍兴市外定点医疗机构住院或门诊规定病种医疗发生的符合居民医保基金支付范围的费用，先按特 约医疗机构自理 10%、非特约医疗机构自理 25%后，再按规定报销。各县（市）可根据当地实际，逐步调整各自设置的转外自理 比例，3 年后统一按上述标准执行。

参保人员未办理转院手续到绍兴市外定点医疗机构住院或门 诊规定病种医疗的，转外就医的自理比例再提高 10 个百分点。

第五十二条 参保人员患瘫痪、恶性肿瘤晚期需设立家庭病

床的，由参保人员向市内定点医疗机构提出申请，经该医疗机构

审核同意，家庭病床医疗费用按住院医疗费用规定支付。

第五十三条 下列医疗费用不纳入医疗保险基金支付范围：

（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。

第五十四条 参保人员因紧急情况需在非定点医疗机构就医

的，发生的医疗费用由个人垫付后，按有关规定到社会保险经办

机构审核结算，待病情稳定后转入定点医疗机构就医，按规定报

销医疗费用。

第五十五条 已按规定办理转诊与异地安置备案手续的人

员，在全国联网跨省异地定点医药机构刷卡结算的，发生的医疗

费用按规定报销。

第五十六条 医疗费的结算按以下规定执行：

（一）在直接联网的定点医药机构（含跨省和省、市“一卡

通”定点医药机构）发生的，应由参保人员个人支付的医疗费和

购药费，由参保人员直接与定点医药机构按规定结算；应由医疗

保险基金支付的医疗费，由定点医药机构与社会保险经办机构按

规定结算。由于系统故障等原因，参保人员未在定点医药机构实

现直接刷卡结算的，由其全额支付后再与当地社会保险经办机构

按规定结算。

（二）在非直接联网的定点医药机构发生的，符合医疗保险

支付范围的医疗费，由参保人员全额支付后再与当地社会保险经

办机构按规定结算。

（三）定点医药机构涉嫌违规的，在调查、处理期间，社会保险经办机构可暂停支付其申拨的医疗费用。

第五十七条 参保人员不得重复享受医疗保险待遇，已享受

本市范围外其他地区医疗保险待遇的，可凭相关材料按最高补差

原则给予报销。

第五十八条 全市医疗保险部分经办业务，可探索委托管理、

购买服务等方式，降低管理成本，提高工作效率，方便群众就医。

第五十九条 建立全市“数据集中存储、应用统一部署、服

务统一提供”的医疗保险市级一体化信息系统，构建全市统一的

信息管理平台，实现参保人员在全市定点医药机构、省联网医疗

机构就医直接联网结算，通过部、省、市三级异地就医系统，实

现跨省异地就医联网结算。

**第七章 险种转换与参保关系转移衔接**

第六十条 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险种，转换前已缴纳的

医疗保险费不予退还。参保人员的医疗保险待遇启动后，已缴纳的医疗保险费不予退还。

第六十一条 参保人员跨统筹地流动就业的，其医疗保险关

系可按规定办理转移接续手续。已享受职工医保退休待遇的人员，医疗保险关系不能转移。

第六十二条 医疗保险关系跨统筹地转入的，其在原参保地

已支付的普通门诊、住院和门诊规定病种的起付标准及医疗费不

予累计计算。

**第八章 基金管理**

第六十三条 全市医疗保险基金按照“以收定支、收支平衡、

略有结余”的原则筹集和使用，基本医疗保险基金的来源为：

（一）单位和个人缴纳。

（二）财政补贴。

（三）基本医疗保险基金的存款利息。

（四）公民、法人及其他组织的捐赠。

第六十四条 职工医保基金、居民医保基金、大病保险基金实行财政专户管理，专款专用，分别核算。任何单位和个人不得挤占挪用。职工医保统筹基金和个人账户金实行分别管理，分开核算。

第六十五条 社会保险行政部门应建立健全医疗保险基金预

决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

第六十六条 医疗保险基金实行收支预算管理，基金当期收

不抵支时，采取动用结余基金、调整筹资标准等办法解决。

医疗保险基金出现支付不足时，由财政补贴。

第六十七条 医疗保险基金，对支出户的活期存款实行优惠 利率，按 3 个月整存整取定期存款基准利率计息；对存入财政专户的存款，利率比照同期居民储蓄存款利率管理。协议另有约定

的，按协议利率执行。

**第九章 监督管理**

第六十八条 社会保险行政部门对医疗保险基金的收支、管

理和投资运营情况进行监督检查，发现存在问题的，应当提出整

改意见，依法作出处理决定或者向有关行政部门提出处理建议。

社会保险行政部门对医疗保险基金实施监督检查，有权采取

下列措施：

（一）查阅、记录、复制与医疗保险基金收支、管理和投资

运营相关的资料，对可能被转移、隐匿或者灭失的资料予以封存；

（二）询问与调查事项有关的单位和个人，要求其对与调查

事项有关的问题作出说明、提供有关证明材料；

（三）对隐匿、转移、侵占、挪用医疗保险基金的行为予以制止并责令改正。

第六十九条 社会保险行政部门和其他有关行政部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构及其工作人员，应当依法为用人单位和个人的信息保密，不得以任何形式泄露。

第七十条 任何组织或者个人有权对违反社会保险法律、法规的行为进行举报、投诉。

社会保险行政部门、卫生计生部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构和财政部门、审计机关对属于本部门、本机构职责范围的举报、投诉，应当依法处理；对不属于本部门、本机构职责范围的，应当书面通知并移交有权处理的部门、机构处理。有权处理的部门、机构应当及时处理，不得推诿。

第七十一条 用人单位或者个人认为社会保险费征收机构的

行为侵害其合法权益的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉

讼。

用人单位或者个人对社会保险经办机构不依法办理社会保险

登记、核定医疗保险费、支付医疗保险待遇、办理医疗保险关系

转移接续手续或者侵害其他社会保险权益的行为，可以依法申请

行政复议或者提起行政诉讼。

第七十二条 定点医药机构违反《中华人民共和国社会保险

法》等法律、法规和政策规定的，由相关行政部门依法予以处理。

第七十三条 各级社会保险行政部门和社会保险经办机构工

作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，构成违纪的，依法予以

行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第十章 附 则**

第七十四条 市社会保险行政部门根据经济发展和基金收支

平衡等情况，对基本医疗保险、大病保险政策进行评估，需要调

整的，会同相关部门提出调整方案，报市政府批准后实施。

第七十五条 因自然灾害等因素造成的大范围急、危、重病

人抢救发生的医疗费用，由各区、县（市）政府协调解决。

第七十六条 本办法所称自费费用是指不列入基本医疗保险

范围、按规定完全由参保人员个人负担的项目费用。如《浙江省

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》外的药品、医疗服务项目、医用材料和

医疗器械，中药煎药费，空调费，床位费超过规定标准部分，材

料费中超过最高限额部分，药品销售价格超过医保支付标准以上

部分等。

自理费用是指虽列入基本医疗保险范围但按规定由参保人员

个人负担的费用。如基本医疗保险乙类药品、医疗服务项目、医

用材料中按比例自理部分，转外就医按比例自理部分等。自付费用是指列入基本医疗保险范围但按规定由参保人员自己负担的起付标准和报销时个人按比例负担的部分。首次参保是指未参加过职工医保的参保人员，第一次申请办理参保登记，建立医疗保险关系和个人账户。中断是指参保人员因中断工作或长期欠费等原因中断缴费。中断期间，保留医疗保险关系和个人账户，并不再产生新的应缴记录，核销已产生的应缴记录。续保是指中断人员申请继续缴纳职工医保费。

第七十七条 各县（市）政府可根据本办法规定制定实施细

则。

第七十八条 本办法自 2019 年 1 月 1 日起施行。原《绍兴市

城乡居民基本医疗保险办法（试行）》 （绍政发〔2012〕 43 号） 、 《绍兴市职工基本医疗保险办法（试行）》 （绍政发〔2012〕 44 号） 、 《绍兴市区城乡居民基本医疗保险实施细则（试行）》 （绍政发〔2012〕 46 号）、《关于完善城乡居民基本医疗保险实施细则的意见》（绍 政办发〔2013〕162 号）、《关于建立市区统一城乡居民基本医疗 保险制度的通知》（绍政发〔2016〕45 号）、《关于建立市区统一 职工基本医疗保险制度的通知》（绍政发〔2016〕46 号）、《关于 建立全市统一大病保险制度的通知》（绍政发〔2016〕47 号）和《关于绍兴市职工基本医疗保险办法（试行）的补充通知》 （绍政 发〔2016〕55 号）等文件同时废止。我市原有关职工医保和居民医保政策与本办法不一致的，以本办法为准。