

金华市医疗保障局
金华市教育局
金华市民政局
金华市财政局
金华市人力资源和社会保障局
金华市卫生健康委员会
金华市税务局
金华市残疾人联合会

文件

金医保发〔2019〕7号

关于印发金华市基本医疗保险办法 实施细则的通知

各县（市、区）医保局、教育局、民政局、财政局、人社保局、

卫健委、税务局、残联：

根据《金华市人民政府关于印发金华市基本医疗保险办法的通知》（金政发〔2018〕45号），我们制订了《金华市基本医疗保险办法实施细则》，现印发给你们，请遵照执行。

金华市医疗保障局



金华市教育局



金华市民政局



金华市财政局



金华市人力资源和社会保障局



金华市卫生健康委员会



金华市税务局



金华市残疾人联合会



2019年4月1日

（此件公开发布）

金华市基本医疗保险办法实施细则

第一章 总则

第一条 根据《金华市基本医疗保险办法》规定，制订本细则。

第二章 基本医疗保险费征缴

第二条 用人单位和职工应当参加基本医疗保险一档。省部属单位应当按照属地管理原则参加基本医疗保险。有雇工的城镇个体工商户和与其形成劳动关系的雇工应当参加基本医疗保险一档，无雇工的城镇个体工商户、其他灵活就业人员，参加职工基本养老保险的可以参加基本医疗保险一档（下统称参保一档个人）。

第三条 用人单位和职工、城镇个体工商户和雇工按规定向单位、就业所在地医保经办机构办理基本医疗保险参保登记手续（下简称参保）。领取失业保险金期间的失业人员由参保地失业保险经办机构按规定在当地参保。灵活就业人员在户籍所在地参保。

第四条 新成立的用人单位应当在设立之日起30日内参保。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、退休、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，由用人单位负责。

第五条 用人单位、参保一档个人在办理确认税务登记时同步办理医疗保险缴费登记。不需要办理税务登记的用人单位、参保一档个人，应当在办理参保之日起5日内到税务部门办理医疗保险缴费登记。

第六条 职工个人按照本人上一年度月平均工资确定当年缴费基数。新参加工作、重新就业和新建用人单位的职工，从进入用人单位之月起，当年缴费基数可按用人单位确定的月工资收入确定。

参保一档个人按照上一年度月平均实际收入确定当年缴费基数。上一年度月平均实际收入低于上一年度金华市在岗职工月平均工资80%的，按照80%（含）核定缴费基数；高于上一年度金华市在岗职工月平均工资300%的，按照300%（含）核定缴费基数。缴费基数四舍五入保留到十位数（元）。用人单位、参保一档个人未按规定时间为其职工、个人申报调整下年度缴费基数的，由医保经办机构按规定核定下年度缴费基数。

第七条 参保的用人单位（下简称参保单位）、参保一档个人应在当月15日前缴纳上月的基本医疗保险费。参保单位按月向税务部门申报缴费，其单位职工个人缴费部分由单位代扣代缴；参保一档个人由本人向税务部门申报缴费。税务部门应按规定及时将缴费情况发送医保经办机构，医保经办机构按规定记帐。

第八条 参保单位、参保一档个人当月未按规定缴纳基本医疗保险费的，从次月1日起暂停该单位职工、参保一档个人享受基本医疗保险待遇（下简称医保待遇）。

(一) 参保单位、参保一档个人累计欠费月数不超过3个月(含)的,待缴清基本医疗保险欠费后恢复医保待遇,待遇暂停期间发生的医疗费用按规定报销;

(二) 参保单位累计欠费月数超过3个月以上的,从缴清基本医疗保险欠费后次月起恢复该单位职工医保待遇,待遇暂停期间发生的医疗费用不予报销。

(三) 参保一档个人累计欠费月数超过3个月的,中断其基本医疗保险参保关系。

第九条 一档参保人中断参保后再次参保一档:

(一) 未缴清欠费的,按再次参保规定享受医保待遇,未缴清的个人参保一档期间的欠费予以核销。

(二) 个人参保一档期间的欠费、一档中断参保累计月数不超过3个月(含)并在当月缴清、补缴的,视为连续参保,从当月起连续医保待遇,补缴时段发生的医疗费用不享受一档报销待遇。

(三) 个人参保一档期间的欠费、一档中断参保累计月数超过3个月的,不允许补缴,按再次参保规定享受医保待遇,待遇暂停、停止期间发生的的医疗费用不予报销。

第十条 一档参保人办理异地转入接续时,与原参保地缴费末月中断缴费在三个月(含)以内并补缴的,视为连续参保,从当月起连续医保待遇,补缴时段发生的医疗费用不予报销,逾期不允许补缴。

第十一条 参保人补缴基本医疗保险费的标准按补缴时参保一档个人的标准执行。

第十二条 一档(二档)参保人办理按月领取基本养老金待

遇时，医保视作缴费年限和实际缴费年限累计之和达到 25 年的，不再缴纳基本医疗保险费，享受一档（二档）医保退休待遇，未达到 25 年的，可由本人选择按原档次（其中一档参保人可选择二档）一次性补足缴费年限或继续缴费，一档参保人未选择一档缴费的，一档参保关系终止。选择继续缴费的人员，享受所缴费档次医保在职待遇，之后按当前缴费档次一次性补足缴费年限的或继续缴费达到 25 年的，享受当前缴费档次医保退休待遇。

选择继续缴纳一档的人员缴费标准按照参保一档个人的标准执行。

选择一次性补缴的，按以下标准补缴：一档参保人按办理补缴手续时上年度金华市在岗职工月平均工资（每年 6 月底前为上上年市平工资）为缴费基数，按用人单位医保缴费费率扣除划入个人账户比例为缴费费率补缴不足年限，2019 年补缴缴费费率为 5%；1 至 4 级工伤职工由用人单位一次性补缴。二档参保人按办理补缴手续时上年度本市全体居民人均可支配收入的 3.6% 标准补缴不足年限（每年 6 月底前为上上年本市全体居民人均可支配收入），2019 年 6 月 30 日前，补缴年标准为 1480 元。

参保地职工基本医疗保险制度实施前按国家和省有关规定可计算为连续工龄的年限，视同基本医疗保险一档（或二档）缴费年限。

第十三条 本市户籍居民在户籍所在地参保，在校学生学籍所在地参保；领取本市居住证的非本市户籍人员在居住地参保。

城乡居民、领取本市居住证的外来人员由辖区乡镇（街道）政府负责辖区内户籍人口及外来居住人口的全民参保登记、信息

审核、录入以及缴费等工作。

学生由所在学校集中参保，学校负责参保学生登记信息录入工作，每年 10 月底前通过网上申报系统向所属医保经办机构申报。

第十四条 民政、残联、农业农村、教育等部门每年 10 月底前，完成本部门负责资助（补助）参保对象的下一年度参保信息录入，每年 11 月 30 日前将经主管部门审定后的《参保人员名册》交当地医保经办机构并办理申报确认，医保经办机构汇总后向财政部门申请资助（补助）参保对象个人缴费财政代缴资金，财政部门于次年 4 月底前（2019 年度的于 6 月底前）将补助资金拨付到位。新增资助（补助）对象当年未参保的，统一于审批通过当月资助（补助）参保，次月生效，财政部门于当年 12 月底前将补助资金拨付到位。当年已参保的，不退保费，次年资助（补助）参保。对退出对象，当年参保继续有效，次年不再资助（补助）。基本医疗保险和大病保险参保同步进行。

第十五条 在规定缴费期内已缴纳次年二档、三档基本医疗保险费的参保人，在该缴费期内发生转为参保一档、参保关系迁出本市、死亡等情形的，可凭相关材料办理退费，缴费期结束后发生的，不再退费。

第十六条 3 个月等待期的起止时间：本次参保后按规定缴费，从足额缴纳首月（全年）费用之月算起，第 4 个月起开始享受医保待遇。

第十七条 在规定缴费期外，下列本市户籍人员按本条规定办理二档、三档参保手续，按当年度个人缴费标准缴费，按规定享受当年度医保待遇：

(一) 出生后 60 日内参保缴费的(出生之日在上一年度的,需同时按上一年度缴费标准缴纳上年度费用,本条其他款下同),从出生之日起享受医保待遇; 180 日内参保缴费的, 缴费次月起享受医保待遇。

(二) 部队转业人员(含退役义务兵)转业后、本市在外就读学生毕业后 60 日内参保缴费的, 从转业(退役)、毕业之日起享受医保待遇, 180 日内参保缴费的, 缴费次月起享受医保待遇。

(三) 刑满释放人员在刑满释放后 60 日内参保缴费的, 从刑满释放之日起享受医保待遇, 180 日内参保缴费的, 缴费次月起享受医保待遇。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。

第三章 个人账户管理和使用

第十八条 一档参保人个人账户资金按月划入(见分进角)。单位在职人员、参保一档个人每月个人帐户资金在该月足额缴费到账后划入, 未足额缴费的, 暂停划入该月的个人账户资金, 待足额补缴到账后, 再按规定划入。核定医保退休的人员(下简称医保退休人员), 每月个人账户资金按本人基本养老金的规定比例, 随发放该月基本养老金时同步划入。

第十九条 个人账户资金分为当年资金和历年结余资金。在医保年度末, 当年资金余额按同期活期存款利率计息, 历年结余资金余额按同期 3 个月整存整取银行存款利率计算利息。利息划入历年结余资金。

第二十条 个人账户资金余额符合以下条件的, 可以发给本

人或依法继承:

1. 参保人因故丧失中华人民共和国国籍的;
2. 外籍参保人终止基本医疗保险关系的;
3. 参保人死亡的;
4. 异地安置人员医保个人账户资金可划入本人基本养老金账户, 每年度末统一办理。

第二十一条 参保人从异地转入时, 转入地的个人账户资金, 划入当年资金。参保人基本医疗保险关系转出外地时, 个人账户资金余额按规定转出。

第二十二条 个人账户资金的使用范围:

(一) 用于支付本人在定点医药机构就医、购药发生的, 按规定由个人自付、自理、自费的医疗费用; 使用除国家扩大免疫规划以外的预防性免疫疫苗费用; 缴纳本人大病保险基本保费和选缴保费。

(二) 个人账户资金允许家庭共济: 用于支付参保人父母、配偶、子女(下统称近亲属)在定点医药机构就医、购药发生的, 按规定由个人自付、自理、自费的医疗费用; 使用除国家扩大免疫规划以外的预防性免疫疫苗费用; 缴纳近亲属基本医疗保险二档、三档保费、大病保险选缴保费。

(三) 个人账户结余资金在 4000 元以上的, 可将 4000 元以上部分用于本人及近亲属购买符合规定的商业健康保险产品。

(四) 个人账户当年资金优先使用。家庭共济优先使用个人账户历年结余资金。

第二十三条 参保人中断参保期间, 个人账户资金可以继续使用。一档参保人选择参保二档或三档的, 个人账户资金可继续

使用。

第二十四条 医保退休人员基本养老金调整(含基本养老金预发转实发)，按调整后的基本养老金补划个人账户资金；医保退休人员在异地领取基本养老金的，在其单位申报待遇调整后补划。

第四章 档次转换接续

第二十五条 参保人同一时刻只能参加一个档次的基本医疗保险。一档参保人转为二、三档参保的，当年费用按全年费用标准缴纳。同一年度内二、三档之间不得互相转档。

第二十六条 年度内变换缴费档次的，参保人不同档次发生的已报销额累计计算。就医结算时最高报销限额按当前可享受档次的对应限额标准执行，已超过当前档次对应的最高限额标准的，不再报销。

二档、三档参保人转为参保一档的，按首次(再次)参保规定时间享受一档医保待遇，个人账户按规定划入，在新档次医保待遇生效前，继续执行原待遇。已享受一档医保待遇的参保人，在办理一档中断手续后 60 日(含)内参保二档或三档的，从足额缴纳二档或三档费用次日起享受相应档次医保待遇，超过 60 日以上的，医保待遇按未在规定时间内缴费处理。

参保人出、入院时享受不同缴费档次待遇的，住院费用按出院时享受的档次标准报销。

第五章 门诊及住院待遇

第二十七条 最高报销限额是指在一个医保年度内医保统

筹基金实际最高可支付额。

第二十八条 异地登记：户籍转回原籍、在异地长期居住且本人（或配偶）在居住地有房产的一档医保退休人员，可以办理异地安置登记。参保人在异地领取居住证并长期居住的，可以办理异地居住登记。参保职工因单位外派到异地分支机构（办事处）工作的，可以办理异地外派登记。异地居住、异地外派最短登记起始时限为 6 个月。

第二十九条 规定病种：

（一）规定病种由市医保行政部门确定和调整，具体管理办法由市医保行政部门会同有关部门另行制定。

（二）参保人在市内医保定点二级（含）以上医院、基层医疗机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院等承担公共卫生服务的基层医疗卫生机构）就诊规定病种门诊、在市内慢性病定点零售药店购买慢性病种用药的，按规定报销。

（三）批准参保人第二个及以上慢性病种的，慢性病种最高报销限额增加到 150%。

（四）符合规定的特殊病种，参保人（含异地登记）到杭州、上海、北京、登记地省会城市三级甲等医保定点医疗机构就医，个人先自付 10%后，再按市外医疗机构就医住院报销比例报销。

第三十条 市外门诊：

（一）参保人在市外发生的普通门诊费用、慢性病种门诊费用、特殊病种（另有规定的除外）门诊费用，统筹基金不报销，可使用个人账户资金支付。

（二）异地登记人员在登记地医保定点二级（含）以上医院、基层医疗机构就医，特殊、慢性病种门诊费用按市内规定待遇报

销，普通门诊费用，实时结算的按市内其它医保定点医疗机构普通门诊报销比例报销，未实时结算的不予报销（受安置地条件限制的除外）。

第三十一条 市外住院：

（一）参保人因市内医保定点医疗机构服务能力所限需转到市外医院住院治疗的，应向市内符合条件的医保定点医疗机构申请办理转院手续，市外限转杭州、上海、北京的医保定点三级甲等医疗机构。具有办理转院手续资格的医保定点医疗机构由各县（市）确定后报市医保行政部门备案并公布。

（二）在登记地医保定点医疗机构住院发生的费用，异地安置、异地外派登记人员按市外医疗机构就医报销比例报销，异地居住登记人员个人先自付 10%，再按市外医疗机构就医报销比例报销。

异地登记待遇生效前在市外入院的，该次住院费用按外出住院的规定待遇报销。

（三）异地登记人员转到其登记地所在省会城市、杭州、上海、北京的医保定点三级甲等医疗机构、回市内医保定点医疗机构住院，发生的费用按批准转院在市外医疗机构就医的待遇标准报销，到市外其它定点医疗机构住院的，按未经批准转院在市外医疗机构就医的待遇标准报销。

（四）市外户籍学生在寒假、暑假、因病休学回原籍居住期间住院发生的费用，按市外医院起付标准、市外医疗机构就医报销比例报销。

第三十二条 医保目录及支付标准：

（一）参保人在省、市内就医的，按浙江省基本医疗保险药

品目录、浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录、浙江省医疗服务价格手册（修订版）、公立医院改革政策等相关规定执行。

（二）在市内定点基层医疗机构门诊就医的，一般诊疗费按70%比例报销。在市内实施（或参照）公立医院改革的定点医疗机构门诊就医的，门诊诊查费按普通门诊诊查费标准的70%比例报销。

（三）参保人在省外定点医疗机构就医实时刷卡结算的，按国家异地就医有关规定执行，未实时刷卡结算回市内凭据报销的，按本条第一款规定执行，其中药品通用名相同纳入报销范围。

（四）参保人住院治疗疾病的，主要手术、治疗手段未列入基本医疗保险诊（医）疗服务项目目录的，剔除相应的手术和治疗费用后，其余可按规定报销。

（五）参保人使用乙类药品个人自理比例5%、乙类中药饮片个人自理比例5%、乙类服务项目个人自理比例按国家、省规定幅度的下限执行，医用材料个人自理比例确定为进口20%、国产（含合资）10%。

（六）住院床位费基本医疗保险最高支付标准为45元，实际床位费低于该标准的，按实支付。今后由市医保行政部门调整公布。

第六章 基金管理 with 医保服务

第三十三条 基本医疗保险市级统筹基金（下称市级统筹基金）筹集和使用：

1. 市级统筹基金筹集。市级统筹基金由各县（市）财政部门每半年上缴一次（时间为当年7月、次年1月），上缴至金华

市财政局社会保障资金财政专户，资金规模达到全市 1 个月的统筹基金支付水平后，市医保行政部门、财政部门通知各县（市）暂停计缴。市级统筹基金不足支付时，由市医保行政部门、财政部门报经市政府同意，适当提高调剂金计缴比例。原职工基本医疗保险市级调剂基金并入市级统筹基金。

2. 市级统筹基金使用。医保工作经市医保行政部门考核为合格的县（市），需使用市级统筹基金时，由县（市）医保行政部门、财政部门于每年 5 月底前向市医保行政部门、财政部门递交申请报告，市医保行政部门、财政部门研究确定调剂额度，下达市级统筹基金补助文件，市财政部门按文件规定从市级统筹基金拨付至县（市）医保基金财政专户。各县（市）财政部门和医保经办机构按规定入账和核算。申请报告内容包括：

- （1）医疗保险参保和征缴政策规定完成情况；
- （2）医疗保险基金一、医疗保险基金二累计结余情况；
- （3）上年医疗保险基金一、医疗保险基金二收支情况；
- （4）申请使用的额度和依据；
- （5）其他需要说明的情况。

第三十四条 基本医疗保险、大病保险、医疗救助等实行一站式结算。参保人多次住院的，其中一次需重新结算待遇的，仅对本次住院待遇进行重新结算，已结算的其他次数不再重新结算。

第三十五条 参保人在市外未实时结算医疗费用的，应在发票结算时间起两年内持医疗费发票原件、出院小结、费用清单等相关材料向参保地医保经办机构申请零星报销。

第三十六条 山区基层卫生院的范围由各县（市、区）医保

行政部门、卫健部门确定。具体名单报送市医保行政部门备案。

第三十七条 全市住院定点医疗机构全部纳入各县（市）住院“病组点数法”付费结算范围。床日支付标准根据实际情况，由市医保行政部门调整公布。

第三十八条 各级医保经办机构负责辖区内定点医药机构的协议管理工作。对定点医疗机构的医师实行医疗保险服务医师协议管理，医师需按规定接受培训、考核，取得医保协议医师资格并签订协议后，方可为参保人提供医保服务。由非医保协议医师（含终止医保协议医师、暂停医保协议医师资格的）提供医疗服务所发生的费用，基本医疗保险基金不予支付。

第三十九条 定点医疗机构应确保临床治疗必需药品的供应，医保协议医师应为参保人优先选择医保目录内药品及医疗服务项目。提供超出医保目录范围的药品、医疗服务时，需明确告知并征得参保人书面同意；为参保人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、医保协议医师违反协议规定发生的医疗费用，参保人和基本医疗保险基金可不予支付。

第七章 制度衔接

第四十条 金华市区制度衔接：

（一）参加基本医疗保险的 14 周岁以下儿童先天性心脏病（儿童先天性房间隔缺损、儿童先天性室间隔缺损、儿童先天性动脉导管未闭、儿童先天性肺动脉瓣狭窄）、儿童白血病（儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病）两类六个病种继续按原规定开展试点；

(二) 学生意外伤害保险继续按原规定实施;

(三) 在社会保险经办机构托管的退休人员, 补充医疗待遇继续按原规定执行;

(四) 符合基本医疗保险药品目录、医疗服务项目目录的生育医疗费用, 继续按原规定纳入医保报销;

(五) 今后相关规定调整的, 从其规定。

第四十一条 各县(市)制度衔接政策由县(市)政府研究提出, 报经市医保行政部门同意后实施。

第四十二条 各县(市)按市政策规定需调整医保年度起止时间的, 2018年7月到12月期间的住院费用可与2019年度住院费用合并进行年度清算, 并同步进行预算管理。

第四十三条 大学生新生可继续按学制一次性缴费, 由所在学校负责参保缴费, 今后调整收费标准时, 不再调整。

第四十四条 个人帐户建账水平低于2018年12月底的, 仍可按原标准执行。

第八章 附则

第四十五条 本细则与《金华市基本医疗保险办法》同步实施。之前与本细则规定不一致的相关规定, 按本细则规定执行。之后上级有新的规定, 从其规定。