



宁波市基本医疗保险市级 统筹

为贯彻落实《关于印发宁波市基本医疗保险市级统筹暂行办法的通知》（甬政发〔2010〕86号），根据《宁波市城镇职工基本医疗保险规定》（宁波市人民政府令第138号）等有关规定，现就宁波市城镇职工医疗保险市级统筹的有关问题提出如下实施意见：

城镇职工医疗保险制度适用范围对象

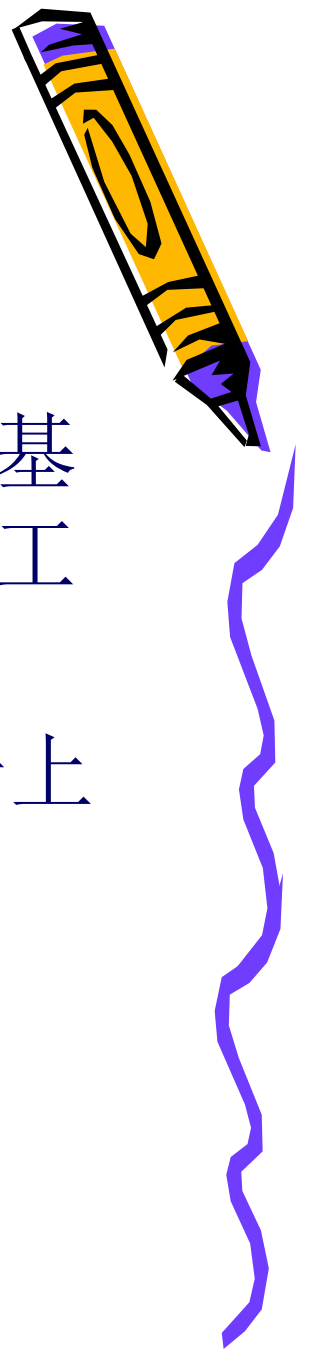


- 城镇职工医疗保险适用于本市行政区域内各类企业、国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、个体工商户、及其在职职工；按照国家、省、市有关规定办理退休；在国家规定的劳动年龄段内，本市户籍且已参加职工养老保险的非全日制从业人员及其他灵活就业人员；本市户籍的失业人员。



城镇职工医疗保险制度类型

1/2



- 城镇职工医疗保险制度包括城镇职工基本医疗保险、住院医疗保险和外来务工人员大病医疗保险三种制度类型。
- 城镇职工基本医疗保险制度适用于上述所涉的用人单位和个人；



城镇职工医疗保险制度类型2/2



- 住院医疗保险制度适用于退休人员、灵活就业人员和失业人员及参加职工低标准养老保险的本市户籍在职职工，这部分群体也可选择参加城镇职工基本医疗保险；
- 外来务工人员大病医疗保险制度适用于在国家规定的劳动年龄内，与本市用人单位、个体工商户雇主建立劳动关系的非本市户籍人员。外来务工人员本人要求并与用人单位协商一致的，可在参加职工基本养老保险的同时参加城镇职工基本医疗保险。



（三）医疗保险基金用途 1/2



- 城镇职工医疗保险基金由个人账户基金、医疗保险统筹基金及大病救助基金组成。
- 用人单位和个人缴纳的基本医疗保险费用于建立个人账户基金和统筹基金,统称为基本医疗保险基金，基本医疗保险基金在划入个人账户后的余下部分全部归入统筹基金。用人单位和个人缴纳的住院医疗保险费和大病医疗保险费全部归入统筹基金。
- 用人单位和个人缴纳的大病救助金用于建立大病救助基金。



（三）医疗保险基金用途

2/2



- 统筹基金用于支付城镇职工基本医疗保险参保人员年度内门诊医疗发生的超过自负段额度以上的医疗费，及所有城镇职工医保参保人员住院发生的超过起付标准以上至统筹基金支付最高限额以下的医疗费和特殊病种治疗发生的医疗费。
- 大病救助基金用于支付所有城镇职工医保参保人员住院发生的超过统筹基金支付最高限额以上的医疗费，及符合综合减负条件的医疗费补助。



医疗保险待遇范围

1/2



- 城镇职工医疗保险待遇包括参保人员个人账户资金计入与使用，及医疗费支付待遇。
- 医疗保险经办机构按规定为城镇职工基本医疗保险参保人员计入个人账户资金，用于规定范围的医疗费支出。



医疗保险待遇范围

2/2



- 城镇职工基本医疗保险参保人员的医疗费支付待遇包括门诊治疗（含急诊）、住院治疗（含急诊留院观察、家庭病床，）、特殊病种治疗及相应的药品和医疗服务项目支付标准、转外地就医待遇、院外检查（治疗）待遇、应急记账待遇，还包括综合减负补助待遇。



关于医疗保险待遇



- 住院医疗保险参保人员和大病医疗保险参保人员的医疗费支付待遇包括住院治疗、特殊病种治疗及相应的药品和医疗服务项目支付标准、转外地就医待遇、院外检查（治疗）待遇、应急记账待遇，还包括上述范围内的综合减负补助待遇，不享受门诊医疗待遇，不计入个人账户资金。
- 参加城镇职工基本医疗保险或住院医疗保险的灵活就业人员、失业人员参照在职职工标准享受相应的医保待遇。





享受医疗保险待遇时间 1/2

- 用人单位为职工办理参加医疗保险手续后，自单位缴纳医疗保险费的次月起职工开始享受医疗保险待遇；中断缴纳医疗保险费的，自中断缴费的次月起，在职职工停止享受医疗保险待遇，企业退休人员医疗保险待遇不受影响；





享受医疗保险待遇时间2/2

个体工商户、灵活就业人员、失业人员首次参加医疗保险的，在按月连续缴纳医疗保险费满**6**个月（即待遇享受等待期。）后，开始享受医疗保险待遇。



个人账户建立1/2



- 参保人员个人账户资金由当年计入资金和历年结余资金组成。当年账户资金在每年**5月1日**按参保人员上月缴费对应的基数（退休人员按本市上年职工月平均工资）一次性预划入**12**个月，年度内新参保人员个人账户按缴费次月至本年度末实际月份数一次性预划入，次年**4月30日**进行账户预划入资金统筹，预划入不足部分按规定补足，中断缴纳基本医疗保险费的按实统筹。每年结余的当年账户资金在年度末计息后转为历年结余资金。



个人账户建立2/2



- 参保人员的个人账户资金由基本医疗保险基金按照一定比例计入，具体比例和管理办法暂由各县（市）劳动保障行政部门另行规定。市区范围内参保人员个人账户的月计入比例为：
45周岁以下的，为本人缴费基数**的3.2%**；**45**周岁（含）至退休的，为本人缴费基数的**4%**；退休（含）至**70**周岁的，为本市上年职工月平均工资的**4.5%**；**70**周岁（含）以上的，为本市上年职工月平均工资的**5%**。



个人账户用途 1/3



- (1) 当年个人账户用于支付年度内门诊治疗发生的医疗费。
- (2) 历年个人账户用于支付门诊、住院、特殊病种治疗的医疗费中个人自负和承担部分；用于支付乙类药品、乙类医疗服务项目和转外就医发生的医疗费中个人自付部分费用；用于支付部分常用的自费医疗服务项目、医用材料和药品。
- (3) 当年个人账户和历年个人账户用于支付在定点零售药店按规定购买非处方药发生的费用。



个人账户用途2/3



- (4) 个人账户购买非处方药办法、历年个人账户支付自费药品和医疗服务项目、医用材料的具体办法分别在基本医疗保险用药管理办法、基本医疗保险医疗服务项目管理办法和基本医疗保险医用材料支付标准中明确。



个人账户用途3/3



- (5) 由城镇职工基本医疗保险转为参加住院医疗保险或大病医疗保险的参保人员，其当年个人账户有结余的，当年账户余额暂停使用，年度结束后转为历年个人账户的，其余额部分可用于支付住院、特殊病种治疗的医疗费中个人自负和承担部分及相应的乙类药品、乙类医疗服务项目和转外就医发生的医疗费中个人自付部分费用、部分常用的自费医疗服务项目及医用材料和药品费用。



（四）门诊医疗待遇 1/2



- 1.参保人员医保年度内门诊就医发生的医疗费按年度进行累计计算，分为3段：个人账户段、个人自负段、统筹基金与个人共负段。
- 2.参保人员年度内门诊发生的医疗费，由当年个人账户支付。当年个人账户用完后，由个人自负。年度内门诊累计自负的额度为：45周岁以下，900元；45周岁（含）以上至退休，600元；退休人员，300元。个人自负段累计超过规定额度后，超过部分的医疗费根据医院类别，个人按不同比例承担，其余由统筹基金支付，个人承担比例为：
 - 在三级医疗机构发生的，承担25%；在社区卫生服务医疗机构发生的，在职职工承担14%，退休人员承担8%；在其他医疗机构发生的，承担20%。



（四）门诊医疗待遇 2/2



- 3.参保人员在年度内跨年龄段或办理退休手续时，其门诊医疗费自负段累计额度未达到新年龄段或退休人员自负段额度标准的，按新年龄段或退休人员自负段额度标准执行；已超出的，超出部分不再重新处理。
- 4.参保人员持门诊（不包括特殊病种门诊治疗）外配处方到定点零售药店购药时，按出具处方的定点医疗机构类别享受相应的门诊医疗待遇。



住院医疗待遇 1/5



- 1.参保人员医保年度内住院就医发生的医疗费按年度进行累计计算，累计在起付标准以下部分由个人自负；起付标准以上部分医疗费由医保基金和个人按不同比例承担。
- 2.起付标准分别为：一级及以下医疗机构，300元；二级医疗机构，600元；三级医疗机构，900元。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/108066131015006024>