

台州市人民政府办公室文件

台政办发〔2018〕79号

台州市人民政府办公室关于 印发台州市全民医疗保险办法的通知

各县（市、区）人民政府，市政府直属各单位：

《台州市全民医疗保险办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

台州市人民政府办公室

2018年11月30日

（此件公开发布）

台州市全民医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为建立健全本市全民医疗保险制度，维护参保人员的医疗保险权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《健康浙江2030行动纲要》《健康台州2030行动规划》等法律法规和政策规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市实行多层次的全民医疗保险制度。政府建立基本医疗保险制度和大病保险制度，积极推进多形式补充医疗保险制度建设。

全民医疗保险基金由基本医疗保险基金和大病保险基金共同组成，各类基金分别实行专账管理、独立核算。

第三条 全民医疗保险制度坚持城乡统筹、全民覆盖、多方筹资、权责清晰、保障适度以及多层次可持续的基本原则，坚持人人公平享有基本医疗保障的原则，坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，坚持保障水平与本地区经济发展相适应的原则。

第四条 市、县（市、区）政府应当将全民医疗保险事业纳入国民经济和社会发展规划，对全民医疗保险事业给予组织和经费保障，完善技术支持，将全民医疗保险政府补助列入财政预算。

社会保险经办机构所需经费经各级政府批准，列入财政预算，由同级财政拨付。

第五条 基本医疗保险实行市级统筹和属地管理，并按照部分积累制和现收现付制不同分设一类基本医疗保险和二类基本医疗保险（以下分别简称一类、二类）。参加基本医疗保险的人员统称参保人员。

大病保险实行市级统筹，全市统一管理。

第六条 市人力社保局主管本市全民医疗保险工作，负责全民医疗保险统筹规划、政策制订、监督管理和实施等相关工作。各县（市、区）人力社保局负责本地全民医疗保险制度实施相关工作。

市社会保险事业管理局负责全市基本医疗保险业务经办流程的规范和业务指导工作；承担全市大病保险业务统一管理工作。各级社会保险经办机构根据同级医疗保险管理行政职能负责本地全民医疗保险业务经办工作。

各级农业和农村工作、发展改革（物价）、经济和信息化、教育、公安、民政、财政、税务、卫生计生、审计、市场监管、工会、残联等单位在各自的职责范围内负责有关医疗保险服务和管理工作。

第二章 参保对象

第七条 本办法适用于本市范围内的下列参保对象：

（一）一类参保对象：

1. 各类企业、国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业

单位、个体工商户及其职工（雇工）；

2. 按规定参加一类，经社会保险行政部门及其授权部门批准的退休、退职人员；

3. 按规定参加职工基本养老保险，尚未达到按月领取基本养老保险待遇的本地户籍城乡居民，以及原已参加本地一类现与用人单位终止或解除劳动关系的人员。

（二）二类参保对象：

1. 参保地户籍，未参加一类的所有城乡居民；

2. 非台州市户籍，在参保地行政区域内各类幼儿园、中小学、全日制普通高等学校、职业技工院校就读的学生；

3. 与本市户籍人口形成婚姻关系且未参加一类的非本市户籍人员。

参保地户籍城乡居民以户为单位，实行整户参保（不包括已参加一类的家庭成员）。

第三章 基本医疗保险

第一节 基金管理

第八条 基本医疗保险基金来源为：

1. 用人单位、参保人员缴纳的基本医疗保险费；
2. 利息收入；
3. 财政补助；
4. 公民、法人及其他组织的捐赠；

5. 依法应纳入基本医疗保险基金的其他收入。

第九条 基本医疗保险基金实行属地管理，根据国家、省有关社会保险财务规定，按一类、二类分类建账、分账核算，并全部纳入财政专户，专款专用。社会保险经办机构定期向社会公布基本医疗保险参保情况以及基金的收入、支出和结余情况。社会保险基金监督委员会依照法律、法规和有关规定对医疗保险基金的收支管理进行监督。

一类中市区统筹基金实行统一管理。

第十条 统筹基金主要用于支付参保人员符合基本医疗保险范围的住院、门诊及特殊病种门诊医疗费。

当年个人账户主要用于支付一类参保人员符合基本医疗保险范围的普通门（急）诊医疗费、在定点零售药店购药费用。个人账户当年有结余的，结转到历年结余资金中。个人账户历年结余资金可用于支付基本医疗保险按规定由个人承担的自理、自付、自费医疗费用，以及按照省市文件规定可由历年个人账户支付的其他情形。

参保人员因下列情形发生的医疗费，基本医疗保险基金不予支付：

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的。

按照有关法律法规规定应当由基本医疗保险基金先予支付的，按有关规定执行。

第十一条 基本医疗保险基金通过预算实行收支平衡，不得随意调整。基金当期收不抵支时，通过历年累计结余资金解决；历年累计结余不足支付的，通过调整筹资标准或加大政府补助等办法解决。

执行中因特殊原因需要调整时，统筹地区经办机构应当编制预算调整方案，报同级社会保险行政部门审核汇总。统筹地区财政部门审核并汇总编制预算调整方案，会同社会保险行政部门上报同级政府，按要求经同级人大常委会批准后，批复经办机构执行，并报上级财政部门和社会保险行政部门备案。

原职工基本医疗保险基金累计结余视同一类基金结余，原城乡居民基本医疗保险基金累计结余视同为二类基金结余。

第十二条 一类基本医疗保险基金设立市级风险调剂金。调剂金来源于各参保地的一类统筹基金，以各统筹地上年度统筹基金保费收入为基数，筹资比例暂定为 1%，资金规模原则上控制在相当于全市上年度一类统筹基金 1 个月的支付水平。

调剂金在各参保地一类统筹基金不足支付、出现缺口时调剂使用。调剂金使用坚持风险共济与参保地责任相结合的原则。资金缺口由参保地一类历年基金结余、参保地财政补助和调剂金解决，调剂金补助数额原则上不超过参保地财政对缺口专项补助的金额。使用调剂金的参保地，应切实改进管理，适时调整政策，

尽快实现基金平衡。调剂金纳入财政专户管理，单独建账，专款专用。各地财政部门负责调剂金的筹集，市人力社保局和市财政局负责调剂金的日常管理工作。

第二节 参保缴费

第十三条 基本医疗保险费由税务部门负责征收。

用人单位及个人应按时足额缴纳相应基本医疗保险费。用人单位缴纳的基本医疗保险费，按有关规定的渠道列支。

符合参保条件的人员，在同一时期内只能参保两类基本医疗保险中的一类，但可按规定转换。

第十四条 一类基本医疗保险费由用人单位每月按照本单位在职职工缴费工资总额的 7% 比例缴纳，在职职工个人按本人缴费工资总额的 1% 比例缴纳，用于建立统筹基金和个人账户基金。职工缴费工资低于上一年度全省在岗职工月平均工资 60% 的，按照 60% 确定；高于上一年度全省在岗职工月平均工资 300% 的，按照 300% 确定。

参保一类的个体工商户、灵活就业人员，每月按照实际收入总额的 8% 缴纳基本医疗保险费；实际收入低于上一年度全市在岗职工月平均工资 80% 的，按照 80% 确认；高于上一年度全市在岗职工月平均工资 300% 的，按照 300% 确定。

二类基本医疗保险年度筹资标准由参保人员个人缴费和政府补助构成：

1. 稳步建立个人年度缴费标准和城乡居民可支配收入正向

挂钩的筹资机制，稳步提高个人缴费占总额筹资比例的比重，年度个人缴费标准应当按照不低于上年度全市城乡居民人均可支配收入的 1% 确定，个人缴费不低于人均筹资标准的 1/3 的基础上，逐步达到 1/2。对特困人员、最低生活保障家庭成员、最低生活保障边缘家庭成员、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、重点优抚对象和当地政府确定的其他特殊困难人员的个人缴费部分，按规定由参保地财政承担。

各县（市、区）政府根据本地经济发展实际，结合二类基本医疗保险待遇水平及基金收支结余情况，确定二类基本医疗保险具体年度筹资标准、政府年度财政补助标准。

2. 二类中符合下列条件的参保人员，可在年度中途参保，按照当年度个人缴费标准全额缴纳，享受全额政府补助：

（1）出生 90 天（含）内的新生儿，由其近亲属持新生儿户籍证明材料到户籍所在地社会保险经办机构办理参保手续，当年度医保待遇从出生之日起享受。

（2）出生 90 天后的新生儿、参加一类基本医疗保险中断（或终止）后的人员、户籍新迁入、复退军人、归正人员、非台州户籍入学新生，在参保地规定的缴费时间外，可持相关证明材料到参保地社会保险经办机构办理中途参保手续，当年度医保待遇从缴费次月起享受。

3. 其他人员在超过参保地规定缴费时间后要求参保的，其费用按当年度筹资总额标准缴纳，政府不予补助，医保待遇自缴费

当月起第四个月开始享受。

第十五条 一类参保人员达到法定退休年龄办理按月领取养老金手续前应按时参加基本医疗保险并足额缴纳基本医疗保险费。在办理按月领取养老金手续时，基本医疗保险累计缴费年限不足 20 年的，按办理补缴手续时的上一年度全省在岗职工平均工资为缴费基数，以 7% 的比例一次性补足 20 年后可继续享受医疗保险待遇。不按规定补缴的，自次月起中止基本医疗保险关系。

第十六条 一类中符合下列情形的，按照相关规定执行：

1. 用人单位改制、破产、歇业或者其他原因终止的，必须清偿欠缴的医疗保险费，并按照有关规定提取基本医疗保险费，一次性移交给社会保险经办机构并入医疗保险基金。

2. 军人服役年限接续医疗保险关系相关问题，按照《中华人民共和国军人保险法》相关规定执行。

3. 离休人员、老红军的医疗待遇不变，经费按原渠道解决，支付确有困难的，由当地人民政府帮助解决。

4. 省、部级以上劳动模范符合基本医疗保险开支范围应由个人负担部分的医疗费用，由用人单位和当地政府帮助解决。

5. 一级至六级残疾军人按本办法规定享受医疗保险待遇后，在此基础上享受抚恤优待对象医疗保障。

第十七条 一类参保人员建立个人账户。按单位缴纳基本医疗保险费基数的 0.8% 划入个人账户，参保人员缴纳基本医疗保险费基数的 1% 划入个人账户。建账标准为：在职人员按本人当月

缴费基数 1.8% 建账，退休人员按上一年度全省在岗职工月平均工资的 1.8% 建账。

建国前参加革命的老工人（指劳人险〔1983〕3号文件所指参加革命工作的退休工人）和改制企业退休人员的个人账户按照原有关规定执行。

参保地原已建立个人账户的可按原个人账户的有关政策延续执行。

二类参保人员不建立个人账户。

第十八条 各参保地个人账户实行分别管理，单独核算，由社会保险经办机构统一建立并管理。

个人账户的本金和利息归个人所有，个人账户余额部分可按规定转移，可依法继承。

第三节 医保待遇

第十九条 一类参保人员首次参保的，自缴费的次月起享受基本医疗保险待遇；参保人员中断参保的，自中断缴费的次月起停止享受基本医疗保险待遇。中断参保不足3个月的，自续保缴费的次月起享受基本医疗保险待遇；中断参保超过3个月（含）的，自续保缴费满3个月后开始享受基本医疗保险待遇。

用人单位及其参保人员参保后未按规定缴纳基本医疗保险费的，自欠费的次月起停止享受基本医疗保险待遇。灵活就业人员累计欠费不足3个月的，自补清欠费的次月起享受基本医疗保险待遇；累计欠费达到3个月的，自补清欠费的次月起连续缴费

满3个月后开始享受基本医疗保险待遇。因用人单位原因导致欠费的，按规定一次性足额清缴欠费后，参保人员自次月起恢复享受基本医疗保险待遇，欠费期间发生的医疗费，由用人单位参照基本医疗保险待遇标准予以支付。

二类参保人员在参保地规定时间办理参保缴费手续并缴费后，自次年医保结算年度按照本办法享受基本医疗保险待遇。

第二十条 一类参保人员当年发生的符合基本医疗保险规定支付范围的门诊医疗费用，先纳入个人账户当年资金支付，超过个人账户当年资金额度部分，按下列方法进行结算：

1. 享受公务员医疗补助的参保人员按公务员医疗补助办法结算；

2. 事业单位不享受公务员医疗补助的参保人员享受企业门诊统筹待遇；

3. 享受企业门诊统筹的参保人员在参保地基本医疗保险定点的药店、三级、二级、一级及以下定点医疗机构基本医疗保险统筹基金分别按60%、70%、75%和80%支付；已参加公立医院改革的一级及以下基层卫生医疗机构按86%支付；市外二级及以上和市外一级及以下定点医疗机构基本医疗保险统筹基金分别按55%和40%支付；基本医疗保险统筹基金年度最高可报费用限额为在职人员10000元、退休人员12000元。

二类参保人员在一个医保结算年度内，在参保地基本医疗保险定点医疗机构的三级、二级、一级及以下发生的符合基本医疗

保险规定支付范围的普通门（急）诊医疗费用由基本医疗保险统筹基金分别按 10%、20%和 50%支付；已参加公立医院改革的一级及以下基层卫生医疗机构按 60%支付。各级医疗机构中草药门诊报销比例为 50%。二类参保人员基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额为 900 元，与基层卫生医疗机构家庭医生签约的参保人员为 1200 元。

第二十一条 参保人员住院按定点医疗机构的不同等级设立住院统筹基金起付标准（以下简称住院起付标准）：市内一级及以下定点医疗机构 600 元；市内二级及以上定点医疗机构 800 元；市外定点医疗机构 1000 元。同一医保结算年度内第二次住院的，起付标准以入住医院起付标准的 50%计算，第三次住院起不再计算起付标准。住院起付标准以下部分的医疗费由个人承担。

在一个医保结算年度内参保人员发生符合基本医疗保险规定支付范围的住院医疗费，一类最高可报费用限额为上一年度全市在岗职工平均工资的 6 倍再上浮 35 万元；二类最高可报费用限额为上一年度市城乡居民人均可支配收入水平的 6 倍。最高可报费用按年度（以出院日期为准）累计计算。

一、二类的年度最高可报费用限额由市人社局会同市财政局确定。

住院起付标准以上、最高可报费用限额以下部分的医疗费，由统筹基金与个人共同承担。

1. 参保人员在参保地基本医疗保险定点的三级、二级、一级

及以下医疗机构住院发生的符合基本医疗保险规定支付范围的医疗费用，先由个人负担相应的起付标准后再按下列规定支付：

一类：起付标准至5万元以下部分，在职人员基本医疗保险统筹基金支付比例分别为80%、83%和86%，退休人员分别提高5个百分点；在5万元（含）以上部分在职人员和退休人员统一分别按90%、93%和96%支付。

二类：起付标准至最高可报费用限额以下部分，基本医疗保险统筹基金分别支付70%、75%、80%。

2. 参保人员在市外符合条件的定点医疗机构住院发生的符合基本医疗保险规定支付范围的医疗费用，先由个人负担相应的起付标准后再按下列规定支付：

一类：起付标准至5万元以下部分，在职人员基本医疗保险统筹基金在二级及以上定点医疗机构支付比例为70%，退休人员为75%；在5万元（含）以上部分在职人员和退休人员统一按80%支付；一级及以下定点医疗机构在职人员和退休人员统一按55%比例支付。

二类：起付标准至最高可报费用限额以下部分，基本医疗保险统筹基金在二级及以上定点医疗机构统一按50%比例支付，一级及以下定点医疗机构统一按40%比例支付。

第二十二条 参保人员特殊病种门诊治疗发生的医疗费，享受住院待遇标准，不设起付线，以医保年度为一个结算周期，并计入当年度住院最高可报费用内。

特殊病种门诊的种类，由市人社局报市政府核准后公布执行。特殊病种门诊管理具体办法由市人社局制定。

第二十三条 一类参保人员在全市范围内纳入市级异地就医联网结算平台的各级医药机构就医购药，报销比例与参保地同等级医药机构一致。

二类参保人员在全市范围内纳入市级异地就医联网结算平台的各级医疗机构就医购药，报销比例与参保地同等级医疗机构一致。

第四章 大病保险

第二十四条 参保人员须同时参加大病保险（包括已按月领取基本养老保险待遇的退休、退职人员）；未参加基本医疗保险的人员不能单独参加大病保险。

第二十五条 大病保险所需资金由个人和单位、政府共同承担。

单位和个人承担部分从基本医疗保险统筹基金中按上年度末参保人数乘以大病保险年度人均筹资额的 60% 统一整体划拨，个人承担部分按照 40% 缴纳。一类个人承担部分从当年个人账户中统一划拨，二类个人承担部分在基本医疗保险参保缴费时一并征缴。二类中特困人员、最低生活保障家庭成员、最低生活保障边缘家庭成员、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、重点优抚对象和当地政府确定的其他特殊困

难人员的个人缴费部分，按规定由参保地财政承担。

市人力社保局会同市财政局根据大病保险待遇水平及基金收支情况确定具体年度人均筹资额标准。

第二十六条 一个医保年度内，参保人员住院、特殊病种门诊合规医疗费用统筹基金支付后累计个人负担部分及大病保险特殊用药费用，2万元以上至5万元部分，由大病保险基金承担60%；5万元（含）以上部分，由大病保险基金承担65%。大病保险待遇享受时间与基本医疗保险一致，不设封顶线。

合规医疗费用，即符合医保开支范围的医疗费用，是指一个医保年度内参保人员在定点医疗机构发生的符合《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》规定的医疗费用（自费、自理费用除外）。

第二十七条 大病保险统一纳入全市社会保险信息系统管理。参保人员在联网结算的医疗机构发生的符合大病保险基金支付范围的医疗费用，按规定由大病保险基金支付部分由就诊定点医药机构实行刷卡记账管理；按规定由个人支付部分由本人个人账户或现金支付。参保人员在市外未联网结算的定点医疗机构发生的符合大病保险基金支付范围的医疗费用，先由本人垫付，待医疗终结后通过录入医保系统进行审核和支付。

第二十八条 大病保险经办业务采取政府招标方式，在省定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，择优选取1家商业保险公司统一承办全市

范围大病保险业务。

市社会保险事业管理局作为大病保险的团体投保人，向商业保险机构投保，并签订协议，明确双方的权利、义务、责任。

在正常招投标不能确定承办机构的情况下，大病保险由社会保险经办机构经办。

本办法实施前各参保地签订的商业保险承办合同继续执行，期满后按本办法规定实施。

积极推进医疗保险定点医疗机构设立综合服务窗口，实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助等“一站式”信息交换和即时结算。

第五章 补充医疗保险

第二十九条 国家公务员、参照公务员管理人员和有条件的事业单位在参加基本医疗保险的基础上，实行公务员医疗补助。公务员医疗补助以上一年度全省在岗职工月平均工资与参保人数之积为缴费基数，由市本级和各县（市、区）根据收支平衡原则分别确定缴费比例。

公务员医疗补助经费管理办法由市和各县（市、区）政府制订，实行分别管理，单独核算。补助经费用于补助公务员个人账户和符合基本医疗保险规定支付范围应当由公务员医疗补助经费承担部分的医疗费。

第三十条 企业、民办非企业单位和未参加公务员医疗补助

的事业单位在参加基本医疗保险的基础上，可以建立职工补充医疗保险。职工补充医疗保险资金用于应由参保单位承担部分的医疗费、补助参保人员个人承担的医疗费和职工负担医疗费困难的补助，也可用于参加职工医疗互助、商业医疗保险等。职工补充医疗保险费在工资总额 5% 以内的部分，可直接从成本中列支。

第六章 服务管理

第三十一条 医疗保险有关医药服务实行定点协议管理。

定点医药机构实行属地管理，纳入台州市异地就医联网结算范围内的定点医药机构全市互认。

经核实评估符合条件的医药机构，与社会保险经办机构签订定点服务协议后，为参保人员提供医疗保险服务。

医药机构定点协议管理具体办法由市人力社保局制定。

第三十二条 定点医药机构必须按规定为参保人员提供医疗保险服务，遵守医疗保险服务协议，遵守各项医疗规章制度，科学合理地实施诊疗与用药，为参保人员提供优质医疗服务。

第三十三条 参保人员持本人社会保障卡在定点医药机构就医购药发生的费用，属个人负担的医疗费用由本人和定点医药机构直接结算；属医疗保险基金支付的，由社会保险经办机构与定点医药机构按医疗保险规定统一结算。

第三十四条 参保人员在参保地以外就医的，限台州市异地就医联网结算的定点医疗机构、浙江省异地就医联网结算的定点

医疗机构及纳入国家异地就医联网结算系统范围内的定点医疗机构。就医地的医疗机构等级认定以异地就医联网结算平台公布的等级为准。到台州市以外就医的，需经市内二级及以上定点医疗机构转诊，并报社会保险经办机构备案。未经转诊备案自行外出就医的，先由个人自理 10%，再按本办法有关规定办理。

第三十五条 常驻市外工作（含在市外连续居住）3 个月以上的参保人员和异地安置在市外的退休人员，经社会保险经办机构核准登记后，可在安置地就近选择 1—3 家一级及以下当地定点医疗机构就医，同时也可在安置地已纳入浙江省或国家异地就医联网结算的定点医疗机构就医，报销比例同参保地同等级医疗机构一致。

临时外出（含因公出差）的参保人员患突发性疾病时，可按就近原则选择医疗机构就医，报销比例同参保地同等级医疗机构一致。

二类参保人员在市外门诊发生的费用不列入支付范围。

第三十六条 医疗保险结算年度为自然年度。

第三十七条 医疗保险执行《浙江省基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录》和《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》及浙江省大病保险特殊用药规定，跨省直接联网结算的按国家有关规定执行。

第三十八条 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

人自理一定比例费用后，再按本办法规定执行。

第三十九条 参保人员因患大规模爆发性传染病或受大规模自然灾害影响造成的医疗费，由同级政府研究解决。

第四十条 鼓励实施家庭医生签约制度，参保人员与基层医疗卫生机构家庭医生签约，并通过在签约医生处（或签约基层医疗卫生机构）转诊至参保地县级定点医疗机构住院的一类参保人员统筹基金承担比例提高3个百分点，二类参保人员统筹基金承担比例提高5个百分点；转诊的参保人员住院起付线累计计算。

第四十一条 建立以总额预付制为核心，门诊按人头、住院按病种（病组）等多种支付方式相结合的医疗费用支付方式体系，具体办法由市人力社保局制定。

第七章 法律责任

第四十二条 用人单位未按规定办理社会保险登记、未按时足额缴纳基本医疗保险费的，按《中华人民共和国社会保险法》有关规定处理；参保人员违反本办法相关规定的，按照《中华人民共和国社会保险法》等相关规定处理。

第四十三条 医疗保险相关部门违反本办法相关规定的，按照《中华人民共和国社会保险法》等相关规定处理。

第四十四条 社会保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由社会保险行政部门责令改正；给医疗保险基金、用人单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任；对直接负责的主

管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

1. 未履行社会保险法定职责的；
2. 未将医疗保险基金存入财政专户的；
3. 克扣或者拒不按时支付医疗保险待遇的；
4. 丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保险待遇记录等医疗保险数据、个人权益记录的；
5. 有违反医疗保险法律、法规的其他行为的。

第四十五条 定点医药机构违反医疗保险规定的，按照《中华人民共和国社会保险法》等相关规定处理。

第四十六条 任何单位、个人挪用医疗保险基金的，应追回被挪用的医疗保险基金，没收违法所得，并入医疗保险基金，并对直接责任人员依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

医疗保险基金坚持收支平衡的原则，实行收支两条线管理。任何部门、单位和个人均不得挤占、挪用基金。

第四十七条 参保人员不得重复享受社会医疗保险待遇，已享受本市范围外的其他地区的社会医疗保险待遇的，其医疗费用本市医疗保险基金不予重复支付。

第四十八条 违反本办法规定，涉及其他法律、法规的，由有关行政主管部门依法给予处罚。

第四十九条 对于举报骗取医疗保险待遇或骗取医疗保险基金支出行为的单位和个人，社会保险行政部门可按《浙江省举

报违反劳动保障法律法规行为奖励暂行办法》给予适当的奖励，奖励经费由同级财政部门单独列支。

第八章 附 则

第五十条 本办法基本医疗保险自 2019 年 1 月 1 日起实施，大病保险自本办法下发之日起实施。《台州市城乡居民基本医疗保险暂行办法》（台政办发〔2014〕146 号）和《台州市职工基本医疗保险办法》（台政发〔2015〕17 号）同时废止。本办法的实施细则由市人力社保局负责制订。

抄送：市委各部门，市人大常委会、市政协办公室，军分区，市监委，
市法院，市检察院。

台州市人民政府办公室

2018年12月3日印发

