《深圳市社会医疗保险办法》

立法后评估报告

（征求意见稿）

深圳市医疗保障局按照有关工作要求，对《深圳市社会医疗保险办法》（市政府令第256号，以下简称《医保办法》）开展立法后评估，通过座谈交流、文献调查、专家论证、调研分析等方法，收集、研究、整理、吸收各种信息资料，形成了《〈深圳市社会医疗保险办法〉立法后评估报告》。

评估报告采用“1+N”模式撰写，除了前言和附件，主报告分为三个部分。前言主要介绍开展立法后评估的依据、背景和目的。第一部分为《医保办法》的实施情况，介绍该办法的制定背景、主要内容、配套办法制定情况和实施的重要意义。第二部分为《医保办法》的评估分析，主要根据合法性、合理性、协调性、可操作性、规范性和实效性等评估标准来评价《医保办法》。第三部分为评估结论，评估工作组作出修改《医保办法》的结论。

目录

前 言 2

一、评估依据 3

二、评估背景 3

三、评估目的 5

第一部分 《医保办法》实施情况 7

一、制定背景 7

二、主要内容 7

三、配套政策制定情况 9

四、实施的重要意义 10

（一）医疗保障制度体系更加完善。 11

（二）医疗保险基金良性运行。 11

（三）医疗保障水平进一步提升。 12

（四）优化定点医药机构管理，促进就医便利性。 12

（五）医保支付方式改革进一步深化。 13

（六）基金监管制度体系改革持续推进。 14

（七）医保公共服务更加便捷高效。 14

第二部分 《医保办法》评估分析 16

一、合法性评估 16

（一）《医保办法》总体上符合合法性的要求。 16

（二）部分内容现已不符合上位法的规定。 18

二、合理性评估 18

三、协调性评估 20

四、可操作性评估 21

五、规范性评估 22

六、实效性评估 23

第三部分 《医保办法》评估结论 24

一、需要适应医疗保障新要求 24

二、需要适应我市新形势、新需求 27

附件：深圳市社会医疗保险办法 29

#

# 前 言

## 一、评估依据

规章立法后评估是法治政府建设的重要组成部分，也是提高规章立法质量，推进依法治国的重要途径。深圳市医疗保障局作为《医保办法》评估责任单位，依据《规章制定程序条例》《广东省政府规章立法后评估规定》(省政府令第 127 号)和《深圳市政府规章实施后评估办法》（深府办〔2015〕23 号）的规定，成立评估工作组，制定评估方案，开展《医保办法》立法后评估工作。

## 二、评估背景

《医保办法》自2014年1月1日实施，它是我市社会医疗保险领域重要的根本性文件，包括参保筹资、待遇、就医管理以及基金监管等多方面内容，涉及用人单位、参保人、定点医药机构等主体，《医保办法》实施对保障我市参保人基本医疗需求、促进我市经济发展和社会稳定起到了积极作用。近年来，国家、广东省和我市相继出台新的法规、规章和规范性文件，《医保办法》制定时的政策环境已经发生重大变化，相关内容已逐步被调整，主要表现为：

**一是**党中央、国务院高度重视医疗保障工作。2018年3月，国家医疗保障局成立；2018年10月，广东省医疗保障局成立；2019年1月，深圳市医疗保障局成立。党的十九大以来，习近平总书记先后五次主持召开中央深改委会议，研究部署国家药品集中采购、高值医用耗材治理、深化医疗保障制度改革、医疗保障基金监管体系改革、深化医疗服务价格改革等重要工作。2020年2月，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，这是我国医疗保障领域迄今为止最高规格文件，中央顶层设计提出深化医疗保障制度改革的目标，职工居民分类保障、完善公平适度的待遇保障机制、健全稳健可持续的筹资运行机制等要求。

**二是**国家、广东省相继出台文件要求统一规范基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助的三重保障制度框架。2021年1月，《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）出台，规定了医疗保障的基本制度、基本政策，以及医疗保险基金支付的项目和标准、不予支付的范围，要求各地在基本制度框架之外不得新设制度，地方现有的其他形式制度安排要逐步清理过渡到基本制度框架中。2022年2月，《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》（粤医保规〔2022〕3号）出台，要求统一规范基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助的三重保障制度框架和制度名称，规范职工基本医疗保险的缴费政策以及规范大病保险的保障范围。

**三是**国家和广东省陆续出台建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制、门诊特定病种、灵活就业人员参保、基本医疗保险关系转移接续等具体政策。此外，国家还出台了《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第735号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）等一系列关于医疗保障基金监管、定点医药机构管理的政策。

因此，随着社会经济的发展，特别是近年来国家、省陆续出台新的政策，现行《医保办法》一定程度上已不能完全适应新的形势发展要求和医疗保障工作的实际需求，迫切需要对《医保办法》的主要制度及实施情况、立法质量、存在立法和实际执行问题、上位法的制定、修改和废止情况等进行跟踪调查和分析评价，提出评估意见，并根据评估情况对《医保办法》提出处置建议。

## 三、评估目的

本次评估的目的主要在于：

（一）通过开展《医保办法》立法后项目评估工作，及时总结和研究《医保办法》的实施成效和经验；

 （二）通过客观全面了解《医保办法》实施情况以及制度设计的合法性、协调性、合理性、可操作性、规范性等方面的评价，及时发现制度设计中存在的不足、缺失以及主要问题，以明确《医保办法》是否具有修改必要性，修改的方向和主要思路。

 （三）通过对《医保办法》开展立法后评估，发现和总结在医保工作中存在的普遍性、规律性问题，在今后的立法工作中予以避免、防止或重视，从而指导相关领域的后续立法工作。

 （四）通过开展《医保办法》立法后评估，完成有关立法程序的要求。

# 第一部分 《医保办法》实施情况

## 一、制定背景

为贯彻落实《中华人民共和国社会保险法》（以下简称《社保法》），落实十八大报告关于社会保障体系建设方针，坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续方针，以增强公平性、适应流动性、保证可持续性为重点，建设覆盖城乡居民的社会保障体系，改善民生、提升医疗保险管理服务水平，对《深圳市社会医疗保险办法》（市政府令第180号）进行了全面的修订形成了现行的《医保办法》，以适应本市社会、经济发展变化的新形势，健全和完善我市的医疗保险制度，更好地保障参保人参加和享受医疗保险待遇，提升民生幸福。

## 二、主要内容

《医保办法》自2014年1月1日起实施，共9章124条。具体包括以下几个方面：

（一）第一章总则中，明确了立法目的、适用范围、基本原则，确定了本市建立一制三档的基本医疗保险（即一档、二档、三档）和地方补充医疗保险制度的医保体系，同时确定了本市社会医疗保险工作主管部门和相关部门职责，明确市政府可授权调整范围。

（二）第二章参保及缴费中，明确了不同人群参保档次、基本医疗保险不同档次和地方补充医疗保险的缴费基数、费率、缴费方式、参保登记，同时确定了基本医疗保险累计缴费年限和本市实际缴费年限达到规定的，可停止缴费并继续享受基本医疗保险待遇。

（三）第三章基金管理中，明确了医保基金的组成、支付范围、存放管理、收支原则、来源、分账比例等，同时确定了医疗保险关系终结情形及处理方式。

（四）第四章就医与转诊中，明确了不同档次参保人就医原则、转诊原则、异地就医、基金支付方式、报销原则和时限等。

（五）第五章医疗保险待遇中，明确了待遇享受时间、医保目录范围、个人账户的使用范围，确定了普通门诊、门诊大病、住院、异地就医备案和转诊等各类情形的起付线、支付比例、支付限额等待遇标准，同时明确了医保基金不予支付情形。

（六）第六章定点医疗机构和定点零售药店中，明确了医保定点医药机构资格选定原则、定点医疗机构和零售药店的申请条件、申请受理及评定、定点医药机构的管理及等级评定等，同时确定了市社会保险机构与定点医药机构的费用结算原则。

（七）第七章监督检查中，明确了相关职能部门和社会监督管理职责、要求，社会保障卡的管理等内容。

（八）第八章法律责任中，明确了不按规定进行参保登记、缴费的责任，明确补缴标准、用人单位、定点机构、参保人违规责任，骗取基金支出和待遇的责任等内容。

（九）第九章附则中，明确了相关名称定义、特殊人群的医保有关规定、与原医保政策衔接过渡以及办法实施时间等内容。

## 三、配套政策制定情况

为更好落实和细化《医保办法》各项规定，在待遇保障、就医和医保目录管理、定点医药机构管理、医保支付方式、基金监管等方面制定了一系列配套政策，主要的配套政策包括：

**（一）待遇保障方面，**主要出台了《深圳市医疗保险与医疗救助“一站式”结算实施办法》（深医保规〔2019〕2号）、《关于完善高血压、糖尿病门诊用药保障机制》（深医保规〔2019〕3号）、《深圳市重特大疾病补充医疗保险办法》（深医保规〔2020〕5号）、《关于实施〈广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法〉有关事项的通知》（深医保规〔2021〕2号）、《深圳市医疗保障局 国家税务总局深圳市税务局关于非深户籍灵活就业人员参加我市基本医疗保险有关事项的通知》（深医保规〔2022〕1号）等政策；

**（二）就医和医保目录管理方面，**主要出台了《深圳市重特大疾病补充医疗保险药品目录》（深人社规〔2015〕23号）、《关于印发<纳入医疗保险个人账户支付范围的预防接种生物制品目录（2018年修订）>的通知》（深人社规〔2018〕4号）、《关于将人工耳蜗纳入社会医疗保险支付范围的通知》（深人社规〔2018〕5号）、《关于增补<深圳市重特大疾病补充医疗保险药品目录>的通知》（深人社规〔2018〕21号）等政策；

**（三）定点医药机构管理方面，**主要出台了《深圳市社会医疗保险定点医疗机构管理办法》（深人社规〔2016〕25号）和《深圳市社会医疗保险定点零售药店管理办法》（深人社规〔2016〕26号）；

**（四）医保支付方式方面，**主要出台了《深圳市社会医疗保险定点医药机构医疗费用支付办法》（深医保规〔2020〕3号）、《深圳市社会医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费办法》（深医保规〔2020〕7号）、《关于进一步规范康复医疗服务有关工作的通知》（深医保规〔2021〕8号）等政策；

**（五）基金监督管理方面，**主要出台了《深圳市医疗保障专家库管理办法》（深医保规〔2019〕4号）、《深圳市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（试行）》（深医保规〔2020〕1号）、《深圳市医疗保障信用评价管理办法（试行）》（深医保规〔2021〕3号）等政策。

## 四、实施的重要意义

深圳医保改革三十余年来，以问题和需求为导向，不断进行体制机制创新，逐步形成了较为完善的具有一定深圳特色的全民医保体系，实现了参保覆盖面较广、保障水平较高、基金收支状况较好、医疗费用增长较合理、分级诊疗效果较明显、就医购药较便捷等改革成效，为深圳经济社会改革发展作出应有的贡献，增强了人民群众医疗保障获得感，《医保办法》为此提供了制度依据和保障，《医保办法》及其配套政策的实施具有重要意义，具体体现在以下几个方面：

### （一）医疗保障制度体系更加完善。

《医保办法》整合我市多年来逐步建立并完善的医保制度，根据缴费和对应待遇分设基本医疗保险一、二、三档三种形式，形成了具有“低缴费、广覆盖、保基本”特征的基本医保制度(简称“一制三档”），这种“一制三档”的基本医保制度设计，与我市经济社会发展情况相符，对我市全民医保目标的实现起到了重要作用，受到了用人单位和参保人的好评。截至2022年8月末，我市基本医疗保险参保人数达到1674.35万人，基本医保参保人数位居全省第一，其中一档、二档、三档参保人数分别为643.46万、739.79万、291.09万；与2013年底相比，总参保人数增加515.7万人。同时在基本医疗保险的基础上建立多层次医疗保险体系，参保人医疗需求得到更多保障。

### （二）医疗保险基金良性运行。

《医保办法》实施以来，我市医疗保险基金整体运行良好，截至2022年8月末，基本医疗保险统筹基金（含生育保险）累计结余333.38亿元。近年来，按照国、省和市的工作部署，持续落实减税降费工作， 2020年以来，已为全市约101万家参保企业减免基本医疗保险费、地方补充医疗保险费、生育保险费合计156.88亿元。为降低企业用工成本，减轻企业负担，进一步稳定和促进就业，提高市场整体活力，优化我市营商环境发挥积极作用。

### （三）医疗保障水平进一步提升。

《医保办法》及配套政策的实施，进一步提高医疗保障待遇水平，有效地保障参保人基本医疗需求。深圳市参保人住院实际报销比例达80%、政策范围内报销比例87%，低保、特困等困难群体的报销比例可以达到91%，保障水平位居全国前列。此外，对于恶性肿瘤、高血压、糖尿病等52个负担重的门诊特定病种，我市专门出台政策，按疾病严重程度、医疗费用等不同实施分类保障，医保统筹基金最高可以报销90%。

### （四）优化定点医药机构管理，促进就医便利性。

2014年12月，我市修订《医保办法》配套的定点医疗机构和零售药店管理办法，将定点医药机构审批制改为核准制，取消数量限制，将符合条件的医疗机构、零售药店全部纳入医保定点。2015至2016年共新增定点医药机构912家，对比2014年12月审批制度改革前，增幅61.4%。2017年2月，为支持鼓励更多医药机构发展，享受平等为参保人提供服务的权利，我市再次修订定点医疗机构和零售药店管理办法，进一步降低定点医药机构申请门槛，优化申请规程，具备合法性、申请前一年内未被行政处罚、完善的医疗保险信息系统等三项基本条件的医药机构均可成为我市医疗保险定点单位。2021年我市定点医药机构达7196家，极大促进了参保人就医便利性。

### （五）医保支付方式改革进一步深化。

全面推进医保支付方式改革，目前已建成门诊以按人头付费为主，住院以按病种、按病组付费的总额控制下的多元复合式支付制度。**一是**我市积极参与国家医保支付方式改革试点，2020年被确定为全国按病种分值付费（DIP）试点城市，全市目前共有132家有住院床位的医疗机构实施按病种分值付费，试点工作稳步开展。实现机构、病例和费用全覆盖，提前完成国家支付方式改革三年行动计划任务。相比试点前，住院医疗费用增长放缓，患者个人负担下降、获得感提升，医院服务效率提升、病种入组盈余居多，实现医保患三方共赢。**二是**将符合规定的日间手术基本医疗费用纳入医保支付，切实提高医疗效率，减轻参保人员医疗费用负担。**三是**开创罗湖医疗集团总额管理、结余留用医保基金管理方式，加强监督考核，引导签约参保人到基层就医，推动分级诊疗落到实处。**四是**支持远程医疗服务，将医保支付线上复诊病种范围从19种慢性病扩大为门诊常见病、慢性病，满足市民群众线上就医需求。**五是**实施全国第一个系统集成的康复医疗政策，实施康复医疗按床日付费，设置99个病种标准，覆盖相关医疗机构55家，促进康复医疗事业发展。**六是**通过制定的基层病种库，鼓励基层机构收治基层病种，引导高级别医院收治疑难重症，有利于促进分级诊疗建设。**七是**建立了医保部门与定点医疗机构的谈判协商机制。通过成立评议组织，促进医疗保障部门与医疗机构之间良性互动，建立偿付标准修正程序，确保偿付标准制定的科学合理。**八是**开展医保技术评估。以基于临床医疗价值结合医保支付的医保技术评估为突破口，将医保技术评估运用到医保决策中，实施更有效率的医保支付，实现医保的价值购买，保障医保基金可持续发展，促进医疗机构提质增效。

### （六）基金监管制度体系改革持续推进。

我市建立并推行医疗保障行政执法“三项制度”、综合监管制度、欺诈骗保举报奖励制度，基本形成了制度支撑、社会监督、部门联动、群众参与的基金监管长效机制。自2019年深圳市医疗保障局成立以来，坚持畅通投诉举报渠道，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，加强隐私保护，不断加大欺诈骗保举报奖励制度宣传力度，征集36名社会监督员，多形式鼓励和支持社会各界参与医保基金监督；依据《医保办法》查处违规（含违法与违约）定点医药机构5129家次，对定点医药机构做出3宗行政处罚决定，对参保人做出3宗行政处罚决定、19宗暂停社会保障卡记账功能决定，联合我市公安机关连续破获熊某某等人利用医保卡套现案、张某某等人虚构劳动关系骗取生育津贴案、某制药企业工作人员涉嫌篡改肿瘤患者基因检测结果骗保案等大案要案，有效织密织牢医保基金安全防护网。

### （七）医保公共服务更加便捷高效。

推动医保政务服务向街道、社区延伸，医保服务网点从机构改革前的33个增加到584个，服务窗口从48个增加到1300个。医保业务实现官网、“i深圳”和“粤省事”等多种渠道办理，医疗费用报销等39项权责清单事项全部实现网办，其中异地就医备案、生育津贴申领等15个事项实现网上“秒批”，缴费托收等12项事项实现“刷脸办”。推动国家医保信息平台于2021年8月15日在深圳平稳上线运行，医保电子凭证激活量达1278万人、稳居全省第一，群众就医购药便利性显著提升。

按照国家、广东省统一部署，我市积极推进异地就医直接结算工作。2015年11月，广东省内异地就医直接结算平台深圳端上线。2017年6月底，深圳接入国家跨省异地就医直接结算平台国家平台，实现跨省异地就医住院医疗费用直接结算。2021年9月，开通跨省和省内异地普通门诊直接结算，12月开通省内门诊慢特病直接结算。2022年4月开通省内生育费用直接结算，9月开通跨省门诊慢特病直接结算，实现结算项目全覆盖。

# 第二部分 《医保办法》评估分析

评估工作组根据《立法法》、《规章制定程序条例》、《广东省政府规章立法后评估规定》、《深圳市政府规章实施后评估办法》、全国人大法工委《立法技术规范(试行)》、《立法技术规范(试行)(二)》等确定的合法性、合理性、协调性、规范性和可操作评估标准，结合相关立法原理，对《医保办法》进行评估分析。

## 一、合法性评估

合法性评估，主要是通过立法比较分析，研究《医保办法》的制定是否符合立法权限，立法依据和立法程序是否合法，具体内容是否违背上位法。

### （一）《医保办法》总体上符合合法性的要求。

**一是《医保办法》的制定符合地方立法权限。**深圳市人民政府可以制定规章，《医保办法》由深圳市人民政府以市政府第256号令的形式颁布实施，符合相关法律、法规和规章的规定。《宪法》第十三条规定“国家建立健全同经济发展水平相适应的社会保障制度”，这为国家建立社会保障制度提供了宪法依据，也是《医保办法》制定的根本法保障。《中华人民共和国社会保险法》第七条规定“县级以上地方人民政府社会保险行政部门负责本行政区域的社会保险管理工作,县级以上地方人民政府其他有关部门在各自的职责范围内负责有关的社会保险工作。”因此，《医保办法》作为地方政府规章，是地方政府结合本地区实际情况执行国家宪法和社会保险法的需要，确保国家立法目的在地方实现。**二是《医保办法》制定遵循了法定程序。**立法程序合法是指要符合《立法法》《规章制定程序条例》等规定。根据深圳市政府2012年度立法计划，对《深圳市社会医疗保险办法》（市政府令第180号）进行了全面的修订形成了现行的《医保办法》，制定过程中征求了各区政府（含新区管委会）和市政府有关职能部门的意见，并通过网络广泛征集社会公众的意见、建议，共反馈各类意见、建议约4万条；先后多次召开论证会、座谈会，邀请市人大代表、政协委员、专家学者、社会人士及有关单位进行研讨和论证，按程序提请市政府常务会议审议通过后以市政府规章发布实施。因此，《医保办法》在制定过程中严格遵守法定的立法程序，公正公开并听取意见，在出台之时符合法定权限和法定程序要求，内容合法有效。**三是《医保办法》的内容没有与当时上位法的原则和基本规则相冲突。**根据当时的时代和立法背景，《医保办法》与宪法、法律及行政法规的立法精神和具体条文并无抵触，它的立法原则、指导思想、主要制度符合《中华人民共和国社会保险法》等上位法的基本原则和相关规定。《医保办法》没有规定任何行政许可，符合《中华人民共和国行政许可法》的相关规定；《医保办法》没有规定任何行政强制，符合《中华人民共和国行政强制法》的相关规定；《医保办法》第99条至第109条规定的法律责任条款主要是进行援引，没有违反《中华人民共和国行政处罚法》的相关规定。

### （二）部分内容现已不符合上位法的规定。

近年来，国家、广东省和我市相继出台了新的法规、规章和规范性文件，《医保办法》制定时的政策环境已经发生重大变化，部分内容现已不符合上位法的规定，主要是《医保办法》中规定的制度框架、缴费基数、比例、待遇水平、个人账户划入标准和使用范围、定点医药机构管理、基金监管等内容与《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）、《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）、《医疗保障基金使用监督管理条例》等文件要求不一致。

**综上所述，从合法性评估分析，《医保办法》需要根据上位法的相关规定并结合深圳工作实际进行修改完善。**

## 二、合理性评估

合理性评估，主要评估《医保办法》是否体现了公平、公正原则；各项管理措施是否必要、适当，是否采用对行政相对人权益损害最小的方式实现立法目的；法律责任是否与违法行为的事实、性质、情节以及社会危害程度相当。

**（一）立法目的。**根据《医保办法》第一条的规定，其立法目的是为了建立健全深圳市社会医疗保险体系，保障参保人的基本医疗需求。《医保办法》实施后，根据缴费及对应待遇设置一档、二档、三档三种形式(简称“一制三档”），这种“一制三档”的基本医保制度设计，保障了不同群体参保人的基本医疗需求，与我市经济社会发展情况相符，对我市全民医保目标的实现起到了重要作用，对促进我市经济发展和社会稳定起到了积极作用，受到了用人单位和参保人的好评。

**（二）平等原则。**平等原则即立法不存在对同类权利义务主体的差别化对待处理的规定。《医保办法》中有关行政管理相对人权利义务的规定均是针对某一领域不特定的主体，不存在对某一领域某类主体的歧视与差别对待问题。建立待遇与缴费挂钩机制，体现公平性：相同档次的参保人，缴费比例和待遇一致；不同档次参保人缴费比例不同、待遇不同。因此，《医保办法》在立法目的和立法内容上符合公平、正义的基本价值观念，符合公序良俗，体现了立法平等性和正当性。

**（三）主体、权限设置。**缴费主体和待遇享受主体是医疗保险制度中最为重要的两大主体。《医保办法》规定了用人单位、个人的缴费责任，制定时根据待遇享受主体和保障范围，合理测算缴费主体的缴费比例，确保医保基金平衡。因此，从缴费义务和待遇享受相适应来看，《医保办法》的规定是合理的。

**（四）法律责任。**《医保办法》第八章分别明确了不按规定进行参保登记、缴费的责任，明确补缴标准、用人单位、定点机构、参保人违规责任，骗取基金支出和待遇的违法责任，对打击骗取医疗保险待遇，保证医保基金安全起到一定作用。

**综上所述，《医保办法》出台时在合理性方面进行了考虑，符合相关规定。**

## 三、协调性评估

协调性评估，主要评估《医保办法》与同位阶的规章、配套的规范性文件以及国家政策是否存在冲突，要求建立的配套制度是否完备和互相衔接。

按照《立法法》第八十五条，《医保办法》由深圳市人民政府以“人民政府令”的形式发布，属于经济特区所在地的市制定的地方政府规章。对于《医保办法》的法律效力，按照《立法法》第八十八条、第八十九条和第九十一条的规定，其法律效力低于法律、行政法规、地方性法规和广东省政府规章等上位法，其内容不得与上位法相抵触；同时，《医保办法》与部门规章之间具有同等的法律效力，在各自的权限范围内施行。

**（一）与上位法的协调性。**《医保办法》制定时，国家层面已有《中华人民共和国社会保险法》，《医保办法》将各类人群纳入保障范围，并对缴费基数、缴费比例作出规定，是针对深圳实际情况建立的统一的医疗保险制度，与上位法相协调。随着国家、广东省和我市相继出台了新的法规、规章和规范性文件，《医保办法》制定时的政策环境已经发生重大变化，部分内容现已不符合上位法的规定，具体表现已在合法性评估中详细分析。

**（二）与相关同位法的协调性。**《医保办法》作为医疗保险方面的地方政府规章，在建立本市医疗保险制度时，同时考虑了与深圳市生育、养老、失业等保险制度相协调。

**（三）配套制度的完备性和互相衔接性。**《医保办法》出台后，根据规章授权，为更好落实和细化各项规定，先后会同相关职能部门在待遇保障、就医管理、医保目录管理、定点医药机构管理、医保支付方式、基金监管等方面制定了一系列的配套政策，细化了各类待遇的保障形式，明确了医保基金支付范围，明确了定点医药机构应当具备的条件和医疗服务规范，规范了与定点医药机构医疗费用支付方式，细化了基金监督管理方面的具体要求。但是，随着国家、广东省和我市相继出台了新的法规、规章和规范性文件，《医保办法》有些配套制度也急需修订或废止。如在医保目录方面，国家、省政策已明确要求各地要严格执行国家、广东省公布的目录，不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内项目。

**综上所述，《医保办法》在制定之初，与上位法、同位法，都是具有协调性的，配套制度相对完备、衔接性较好，不存在与同位阶规章、配套的规范性文件有冲突的现象。但是，随着新的法规、规章和规范性文件出台，《医保办法》及配套制度部分内容现已不符合上位法的规定。**

## 四、可操作性评估

可操作性评估，是指《医保办法》是否有针对性地解决行政管理中存在的问题；规定的措施是否高效、便民；规定的程序是否正当、简便，易于操作。

《医保办法》及配套制度对医疗保险的各个方面都进行了较为具体的规定，包括参保缴费比例、待遇享受比例和方式、就医方式、监督检查、法律责任等，建立了较为完整且可操作的程序，涉及的管理措施和行政程序正当、高效、便民，易于操作。但是《医保办法》自2014年实施以来，社会经济等情况已发生较大变化，出现部分条款与实际经办不相适应的情况，主要体现在：**一是**机构改革后医保的职能部门已经发生重要变化；**二是**我市两定机构管理、异地就医、以及生育保险与职工基本医保合并实施等已按国家的要求进行了调整，与《医保办法》规定已存在较大差异性；**三是**一些规定已不能满足参保人就医需求，群众有强烈诉求，如二三档社区门诊基金支付限额固化，随迁老人缴费负担偏重；非深户籍在册学生参保条件有限制等；**四是**实施过程中请示了市政府后先操作的政策一些需要修订《医保办法》予以规范，如高血压糖尿病门诊用药保障、门诊特定病种等政策。

**综上所述，《医保办法》制定的具体程序、配套文件，都具有可操作性，但是出现部分条款与实际经办不相适应的情况，建议修改完善。**

## 五、规范性评估

规范性评估，是指《医保办法》立法技术是否规范，逻辑结构是否严密，表述是否准确，是否影响到政府规章的正确、有效实施。

**（一）文本结构。**《医保办法》在文本结构上由124条条文构成，涵盖了立法目的和依据、适用范围、管理部门、参保缴费、基金管理、就医与转诊、医疗保险待遇、定点医药机构、监督检查、法律责任等内容。从整体上看，文本结构完整，《医保办法》前后条文之间可以做到相互呼应，逻辑关系明确严谨，体系结构比较合理。

**（二）语言表达。**通过对《医保办法》法律文本用语的分析，《办法》语言表达准确，法律概念术语准确、统一、规范。没有非法律性语言表述，标点符号、数字的表述符合立法要求，不存在概念之间矛盾、前后不一致、语言使用不规范等情况。

**综上所述，《医保办法》的文本结构完整、合理，语言表达准确，不存在影响到规章正确、有效实施的因素。**

## 六、实效性评估

实效性评估，是指《医保办法》是否得到普遍遵守和执行，是否实现预期的立法目的。

《医保办法》实施效果得到社会认可，宣传普及情况较好，主要表现在医疗保险参保覆盖面进一步扩大，基本医疗保险待遇不断提升，医保支付方式改革不断深化，基金监管力度不断加强。

**综上所述，《医保办法》及配套制度的规定均得到了严格执行，并实现了预期的立法目的。**

# 第三部分 《医保办法》评估结论

通过对《医保办法》的合法性、合理性、协调性、可操作性、规范性、实效性的全面评估，现行《医保办法》一定程度上已不适应形势的发展要求和医疗保障工作的实际需求。随着近年来国家陆续出台门诊共济、待遇清单等政策，对《医保办法》关键条款有重大影响，**因此，建议尽快启动《医保方法》修订，理由如下：**

## 一、需要适应医疗保障新要求

近年来，国家、广东省陆续出台了若干医保政策，对医疗保障提出了新要求，《医保办法》已不能完全适应，需要对我市医保在制度框架、筹资标准及渠道、基金分配、待遇标准及范围、两定机构管理、异地就医管理、医疗监督等方面进行全方位的调整和修订。

**（一）落实待遇清单制度。**《医保办法》中规定的制度框架、缴费基数、比例和待遇水平与《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）和《关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》（粤医保规〔2022〕3号）规定的医疗保险基本制度、框架等要求不一致，对标国家要求，需调整和清理与国家规定不相符的内容。

**（二）落实职工、居民分类保障。**《医保办法》规定的“一制三档”制度与《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）要求的基本医疗保险实施职工、居民分类保障不符，需分开设置职工医保、居民医保。

**（三）落实门诊共济保障制度。**《医保办法》中有关普通门诊、个人账户规定与《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）和《广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》（粤府办〔2021〕56号）确定的职工医保个人账户划入标准和个人账户使用范围，职工医保普通门诊统筹待遇及就医管理服务的要求不符，需调整基本医保一档参保人的个人账户划入比例，规范个人账户使用范围，建立普通门诊共济保障。

**（四）落实关系转移接续政策。**《医保办法》有关转移接续的内容与《基本医疗保险关系转移接续暂行办法》（医保办发〔2021〕43号）和《广东省基本医疗保险关系省内转移接续暂行办法》（粤医保规〔2022〕6号）规定全省统一的职工医保缴费年限及退休后待遇享受地的确定标准不一致。

**（五）落实异地就医直接结算。**根据国家和省最新异地就医政策要求，需合理调整异地就医备案人员范围和异地就医待遇标准。

**（六）落实定点医药机构管理新要求。**定点医疗机构和定点零售药店选定原则、申请条件等管理与《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）要求不符。

**（七）深入推进医保支付方式改革。**医保支付方式与《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）以及近年来国家推进医保支付方式改革等文件要求推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式不一致。

**（八）适应监督执法政策重大调整。**医疗保障领域首部行政法规《医疗保障基金使用监督管理条例》已明文规定医保部门的监督检查手段和目前绝大多数违规使用医保基金行为的法律责任。《医疗保障基金使用监督管理条例》自2021年5月1日起施行，《医保办法》监督检查与法律责任章节内容与《医疗保障基金使用监督管理条例》有大量重叠，需要进行相应调整，以发挥市政府规章补充行政法规“真空”地带，达到完善医保基金监管法制建设的工作目标。

**（九）修订完善医药价格和招标采购内容。**一是《医保办法》中对定点非公立医疗机构医疗服务价格的管理与《中华人民共和国价格法》、《关于非公立医疗机构医疗服务实行市场调节价有关问题的通知》（发改价格〔2014〕503号）、《深圳经济特区医疗条例》等文件要求不符；二是《医保办法》中未涉及药品、医用耗材采购管理等内容，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《广东省医疗保障局关于做好药品和医用耗材采购工作的指导意见》（粤医保规〔2020〕2号）等政策要求，结合我局职能，需增加药品、医用耗材采购管理方面的规定。

## 二、需要适应我市新形势、新需求

 **（一）统一明确已落地的部分政策。**为落实国家、省文件要求，《医保办法》实施过程中通过请示市政府已落地的部分政策，需要在《医保办法》修订中统一明确，如将内地有职工养老保险待遇但无基本医疗保险的随迁老人纳入我市医疗保险参保范围、灵活就业人员、新业态人员参保、高血压糖尿病门诊用药保障、门诊特定病种等政策。

**（二）更好满足群众需求。**《医保办法》部分政策需调整以满足群众反应较强烈的诉求，如随迁老人随着在岗社平工资逐年增长，缴费过高负担偏重；非深户籍在校生参保要求父母一方需参保一年的规定对已有学籍学生的参保形成限制等。

**（三）取消基本医疗保险三档。**从制度体系上看，基本医疗保险三档制度建立主要是满足外来务工人员希望通过低缴费来实现既要保住院和门诊大病还要保普通门诊的保障需求。从统计数据看，三档参保人数逐年下降，从高峰期的接近600万人到2022年7月的294万人，减少51%；总参保占比也从超过50%下降到18%。近年来，随着参保职工对医疗保障需求的进一步增加，更多职工愿意选择参加待遇保障更全面的基本医疗保险一档和二档。因此，基本医疗保险三档建立的历史使命基本完成，应考虑调整该项制度。

**（四）形成缴费与门诊统筹支付限额同步调整机制**。目前基本医保二档、三档社区门诊统筹年度最高支付限额固化，与日益增长的缴费相比没有同步形成待遇调整机制，虽然能较好地保障门诊大病、住院等高额医疗费用，但对于基本医保二档、三档参保人普通门诊待遇存在一定程度保障不充分现象。

**（五）适应机构改革。**机构改革后，涉及医保的相关职能部门职责均已发生较大变化，相关职能部门分工需按机构改革要求进行相应调整。

附件：《深圳市社会医疗保险办法》（深圳市人民政府令256号）

## 附件

# 深圳市社会医疗保险办法

**深圳市人民政府令**

第256号

　　《深圳市社会医疗保险办法》已经2013年8月15日市政府第五届九十一次常务会议审议通过，现予发布，自2014年1月1日起施行。

 市长   许勤

 2013年9月29日

　　**深圳市社会医疗保险办法**

**第一章  总    则**

　　**第一条**  为建立健全深圳市社会医疗保险体系，保障参保人的基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》及有关规定，结合本市实际，制定本办法。

　　**第二条**  本市实行多层次、多形式的社会医疗保险制度。

　　政府建立基本医疗保险和地方补充医疗保险。

　　基本医疗保险根据缴费及对应待遇分设一档、二档、三档三种形式。

　　**第三条**  本市所有用人单位、职工及其他人员应当按照本办法的规定参加社会医疗保险。

　　**第四条**  本市社会医疗保险制度应遵循广覆盖、保基本、可持续、公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与社会生产力发展水平相适应的原则。

　　**第五条**  市社会保险行政部门主管本市社会医疗保险工作，市社会保险经办机构（以下简称市社会保险机构）具体承办社会医疗保险工作。

　　市政府有关部门在各自职责范围内，负责有关社会医疗保险工作。

　　**第六条**  市政府可根据社会医疗保险基金收支情况，对缴费标准、统筹基金和个人账户的分配比例、待遇支付标准等做相应调整。

**第二章  参保及缴费**

　　**第七条**  用人单位和职工应当共同缴纳社会医疗保险费。用人单位应当为其本市户籍职工参加基本医疗保险一档，为其非本市户籍职工在基本医疗保险一档、二档、三档中选择一种形式参加。

　**第八条**  非在职人员按下列规定参加基本医疗保险：

　　（一）本市户籍未满18周岁的非从业居民、本市中小学校和托幼机构在册且其父母一方正在参加本市社会保险并满1年以上的非本市户籍少年儿童、在本市各类全日制普通高等学校（含民办学校）或科研院所中接受普通高等学历教育的全日制学生参加基本医疗保险二档；

　　（二）达到法定退休年龄前具有本市户籍且年满18周岁的非从业居民，可参加基本医疗保险一档或二档；

　　（三）达到法定退休年龄后随迁入户本市且没有按月领取职工养老保险待遇或退休金的人员，可申请参加基本医疗保险一档；

　　（四）享受最低生活保障待遇的本市户籍非从业居民参加基本医疗保险一档；

　　（五）本市户籍一至四级残疾居民参加基本医疗保险一档；

　　（六）领取失业保险金期间的失业人员参加基本医疗保险二档；

　　（七）在本市按月领取职工养老保险待遇或退休金的人员按本办法第十四条、第十五条的规定，参加基本医疗保险一档或二档；

　　（八）达到法定退休年龄并在本市继续缴纳养老保险费的人员，可选择参加基本医疗保险一档或二档。

　　**第九条**  职工参加基本医疗保险一档的，以本人月工资总额8%的标准按月缴费，其中用人单位缴交6%，个人缴交2%。本人月工资总额超过本市上年度在岗职工月平均工资300%的，按本市上年度在岗职工月平均工资的300%缴费；月工资总额低于本市上年度在岗职工月平均工资60%的，按本市上年度在岗职工月平均工资的60%缴费。

　　职工参加基本医疗保险二档的，以本市上年度在岗职工月平均工资的0.7%按月缴费，其中用人单位缴交0.5%，个人缴交0.2%。

　　职工参加基本医疗保险三档的，以本市上年度在岗职工月平均工资的0.5%按月缴费，其中用人单位缴交0.4%，个人缴交0.1%。

　　职工个人缴交部分由用人单位代扣代缴。

　　**第十条**  本办法第八条第（一）项规定的人员，由其本人或家庭以本市上年度在岗职工月平均工资的0.7%按月缴费。其中学生、幼儿由所在学校、科研院所或托幼机构于每年9月向市社会保险机构统一办理参保手续，一次性缴纳当年9月至次年8月的基本医疗保险费。未满18周岁的本市户籍非从业居民，向户籍所在地的街道办事处申请办理参保手续。

　**第十一条**  本办法第八条第（二）项规定的人员，由其本人按下列规定按月缴费：

　　（一）参加基本医疗保险一档的，在本市上年度在岗职工月平均工资的40%至300%之间选择缴费基数，其中男性未满60周岁、女性未满50周岁的，按缴费基数的8%缴费；男性满60周岁、女性满50周岁的，按缴费基数的11.5%缴费；

　　（二）参加基本医疗保险二档的，以本市上年度在岗职工月平均工资的0.7%缴费。

　　本办法第八条第（三）项规定的人员，申请参加基本医疗保险一档的，由其本人以本市上年度在岗职工月平均工资的11.5%按月缴费。

　　本办法第八条第（二）、（三）项规定的人员由本人向户籍所在地的社会保险机构申请办理个人参保手续。

　　**第十二条**  本办法第八条第（四）、（五）项规定的人员，分别由民政部门、残联部门统一办理参保手续并为其缴纳医疗保险费，具体办法由市政府另行制定。

　**第十三条**  本办法第八条第（六）项规定的人员，由市社会保险机构以本市上年度在岗职工月平均工资的0.7%为其按月缴费，费用从失业保险基金列支。

　　**第十四条**  本办法第八条第（七）项规定的人员，其基本医疗保险累计缴费年限和本市实际缴费年限达到以下规定的，可停止缴费并继续享受基本医疗保险待遇：

　　（一）2014年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满15年，其中本市实际缴费年限满10年；

　　（二）2015年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满16年，其中本市实际缴费年限满11年；

　　（三）2016年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满17年，其中本市实际缴费年限满12年；

　　（四）2017年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满18年，其中本市实际缴费年限满13年；

　　（五）2018年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满19年，其中本市实际缴费年限满14年；

　　（六）2019年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满20年，其中本市实际缴费年限满15年；

　　（七）2020年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满21年，其中本市实际缴费年限满15年；

　　（八）2021年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满22年，其中本市实际缴费年限满15年；

　　（九）2022年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满23年，其中本市实际缴费年限满15年；

　　（十）2023年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满24年，其中本市实际缴费年限满15年；

　　（十一）2024年及以后办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满25年，其中本市实际缴费年限满15年。

　　本办法第八条第（七）项规定的人员，不满前款规定缴费年限的，可由其本人继续缴费至规定年限后，停止缴费并继续享受基本医疗保险待遇。选择参加基本医疗保险一档的，按其基本养老金或退休金的11.5%按月缴费；选择参加基本医疗保险二档的，按本市上年度在岗职工月平均工资的0.7%按月缴费。

　　本办法第八条第（一）项规定人员参加医疗保险年限不纳入本条的实际缴费和累计缴费年限的计算；按国家规定的医疗保险关系转移接续办法办理转移的市外医疗保险缴费年限纳入本条的累计缴费年限计算。

　　**第十五条**  本办法第十四条规定停止缴费并继续享受基本医疗保险待遇的人员，参加基本医疗保险一档满15年的享受基本医疗保险一档待遇，不满15年的享受基本医疗保险二档待遇。

　　前款人员参加基本医疗保险一档不满15年的，可申请由其本人继续参加基本医疗保险一档至15年后享受基本医疗保险一档待遇。经市社会保险机构核准后，其医疗保险形式不再变更。继续缴费人员中断缴费期间，不享受医疗保险待遇。

　　**第十六条**  本办法第八条第（八）项规定的人员，按在职人员有关规定缴费并享受待遇。其中参加基本医疗保险一档的缴费基数按其养老保险缴费基数确定；缴费基数低于本市上年度在岗职工月平均工资60%的，以本市上年度在岗职工月平均工资的60%为缴费基数。

　　**第十七条**  参加基本医疗保险的人员同时参加地方补充医疗保险。参加基本医疗保险一档的人员按其缴费基数的0.2%按月缴费；参加基本医疗保险二档的人员按其缴费基数的0.1%按月缴费；参加基本医疗保险三档的人员按其缴费基数的0.05%按月缴费。

　　在职人员的地方补充医疗保险费由用人单位按月缴纳，其他人员按其基本医疗保险费的缴费渠道和缴费方式执行。

　　**第十八条**  按照国家规定在其他地区参加城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险或新型农村合作医疗的，不得同时参加本市社会医疗保险，不得重复享受社会医疗保险待遇。

　　**第十九条**  用人单位和个人缴费人员应当依照社会保险登记等有关规定办理登记、年审、变更、注销等手续。

　　市市场监督管理、民政部门和市机构编制管理机关应当及时向市社会保险机构通报用人单位成立、变更、终止情况；市公安部门应当及时向市社会保险机构通报参保人的户口登记、迁移、注销等情况。

　　**第二十条**  社会医疗保险费由参保单位或参保人的开户银行按月托收后，转入市社会保险机构在银行开设的社会保险基金账户。

　　**第二十一条**  参保单位依本办法为职工选择参加的基本医疗保险形式，在医疗保险年度内不得变更。

　　基本医疗保险不同形式的参保年限合并计算。

　　原综合医疗保险的参保年限视同为基本医疗保险一档的参保年限；原住院医疗保险的参保年限视同为基本医疗保险二档的参保年限；原农民工医疗保险的参保年限视同为基本医疗保险三档的参保年限。

**第三章  基金管理**

　　**第二十二条**  参保单位和参保人缴交的基本医疗保险费进入基本医疗保险基金。

　　基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户组成，统筹基金由大病统筹基金、社区门诊统筹基金和调剂金组成。

　　参保单位和参保人缴交的地方补充医疗保险费进入地方补充医疗保险基金。地方补充医疗保险基金不设个人账户。

　　**第二十三条**  参保人发生的医疗费用中属于基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准范围内的（以下简称基本医疗费用）由基本医疗保险基金按本办法规定支付；属于地方补充医疗保险支付范围的（以下简称地方补充医疗费用）由地方补充医疗保险基金按本办法规定支付。

　**第二十四条**  医疗保险基金实行收支两条线管理，纳入医疗保险基金财政专户，分账核算，专款专用，不得相互挤占和调剂。

　　**第二十五条**  医疗保险基金收支管理实行以支定收、收支平衡、略有结余的原则。

　　医疗保险基金因疾病暴发流行、严重自然灾害等特殊情况不敷使用或因其他原因出现支付不足时，由财政给予补贴。财政对本市符合条件的少年儿童、学生和本市户籍非从业居民参加医疗保险给予适当补贴。

　　**第二十六条**  医疗保险基金来源为：

　　（一）医疗保险费及其利息；

　　（二）医疗保险费滞纳金；

　　（三）医疗保险基金合法运营收益；

　　（四）政府补贴；

　　（五）其他收入。

　　**第二十七条**  用人单位和个人缴交的医疗保险费依法在税前列支。

　　**第二十八条**  参保人个人账户上的结余按国家有关规定计算利息并计入个人账户。

　　**第二十九条**  市社会保险机构为基本医疗保险一档参保人建立个人账户，主要用于支付门诊医疗费用，具体比例如下：

　　（一）参保人按8%缴交基本医疗保险费的，按缴费基数的5%按月计入个人账户；其中年满45周岁的，按缴费基数的5.6%按月计入个人账户；

　　（二）参保人按11.5%缴交基本医疗保险费的，按缴费基数的8.05%计入个人账户；其中一次性缴交医疗保险费的，其应划入个人账户的金额按月计入个人账户；

　　（三）参保人停止缴费并继续享受基本医疗保险一档待遇的，以本市上年度在岗职工月平均工资的60%为划入基数，按划入基数的8.05%按月计入个人账户，费用由大病统筹基金支付。

　　基本医疗保险一档缴费的其余部分进入大病统筹基金，用于支付本办法规定的医疗费用。

　　**第三十条** 市社会保险机构征收的基本医疗保险二档和三档的医疗保险费，应当按本市上年度在岗职工月平均工资的0.2%计入社区门诊统筹基金，1元计入调剂金，其余部分计入大病统筹基金。参保人停止缴费并继续享受基本医疗保险二档待遇的，划入社区门诊统筹基金和调剂金的费用，由大病统筹基金支付。

　　社区门诊统筹基金用于支付基本医疗保险二档和三档参保人在选定社康中心发生的门诊基本医疗费用；调剂金用于选定社康中心结算医院之间的基本医疗费用调剂；大病统筹基金用于本办法规定的基本医疗费用等支出。

　　**第三十一条**  除本办法规定可在本市继续参保的人员外，参保人达到法定退休年龄时养老保险待遇或退休金领取地不在本市的，应将其基本医疗保险关系转移至养老保险关系或退休关系所在地，终结本市的医疗保险关系。

　　参保人跨省、自治区、直辖市流动就业的，其基本医疗保险关系转移接续依照国家有关规定执行。

　　参保人在广东省内跨地区流动就业的，其基本医疗保险关系转移接续依照广东省有关规定执行。

　　参保人个人账户无法转移的，提供转入地社会保险机构相关证明，可申请一次性领取个人账户余额。

　　参保人出境定居或丧失国籍的，可申请一次性领取个人账户余额，并终结在本市的医疗保险关系。

　　参保人死亡的，个人账户余额由其继承人申请一次性领取，并终结医疗保险关系；一次性缴交医疗保险费中尚未划入个人账户的部分转入基本医疗保险大病统筹基金。

**第四章  就医与转诊**

　　**第三十二条**  基本医疗保险参保人按以下规定就医的，享受医疗保险待遇：

　　（一）基本医疗保险一档参保人在市内定点医疗机构就医；

　　（二）基本医疗保险二档参保人门诊在选定社康中心就医，经结算医院同意，可以在与选定社康中心同属于一家结算医院下设的其他定点社康中心门诊就医；住院及门诊大病在市内定点医疗机构就医；

　　（三）基本医疗保险三档参保人门诊在选定社康中心就医，经结算医院同意，可以在与选定社康中心同属于一家结算医院下设的其他定点社康中心门诊就医；门诊大病在市内定点医疗机构就医；住院在选定社康中心的结算医院就医；

　　**（四）符合本办法规定的其他就医情形。**

**第三十三条**  基本医疗保险二档、三档参保人，应当选定本市一家社康中心作为门诊就医的定点医疗机构。有用人单位的，由其用人单位选定；无用人单位的，由其本人选定。

　　14周岁以下的基本医疗保险二档参保人，可选择一家社康中心或一家市内二级以下医院作为门诊就医的定点医疗机构。

　　参保人可变更所选定的社康中心或其他定点医疗机构，自变更生效次月起在变更后的社康中心或定点医疗机构门诊就医。

　　**第三十四条**  基本医疗保险二档参保人门诊就医转诊、基本医疗保险三档参保人门诊和住院就医转诊的，应经原结算医院同意。转诊应逐级转诊或转诊到市内同级有专科特长的医疗机构，转出医院应向接受转诊的医院出具转诊证明。

　　**第三十五条**  参保人在本市市内定点医疗机构就医时，有下列情形之一的，可转往市外医疗机构就医：

　　（一）所患病种属于市社会保险行政部门公布的转诊疾病种类；

　　（二）经本市市属三级医院或市级专科医院检查会诊仍未能确诊的疑难病症；

　　（三）属于本市市属三级医院或市级专科医院目前无设备或技术诊治的危重病人。

　　接受转诊的医疗机构应当是转出医疗机构同级或以上的当地医疗保险定点医疗机构。

　　**第三十六条**  符合本办法第三十五条规定情形的参保人转往市外医疗机构就诊的，按照以下程序办理：

　　（一）填写市外转诊申请表；

　　（二）收诊医院主诊医生或科主任出具意见；

　　（三）医院的医疗保险工作机构审核并加盖医院公章。

　　转出的定点医疗机构应同时将转诊信息报市社会保险机构备案。

　　参保人转往本市定点的市外医疗机构就医的，可凭转诊申请表办理记账；转往市外其他医疗机构发生的医疗费用由其本人先行支付后，向市社会保险机构申请审核报销。

　　**第三十七条**  参保人转往市外就诊后，需要再转诊的，应当由就诊的市外医疗机构出具再转诊证明。

　　**第三十八条**  本市户籍参保人及达到法定退休年龄的参保人在市外长期居住的，可在其长期居住地选定三家当地医疗保险定点医疗机构作为其就医的医疗机构，并向市社会保险机构备案。

　　本市直通车企业参保人长期派驻在市外工作的，可在工作所在地选定三家当地医疗保险定点医疗机构作为其就医的医疗机构，并向市社会保险机构备案。

　　本条规定的人员属于基本医疗保险一档参保人的，在备案定点医疗机构发生的医疗费用，由其本人先行支付后，向市社会保险机构申请审核报销；属于基本医疗保险二档、三档参保人的，在备案定点医疗机构发生的住院医疗费用，由其本人先行支付后，向市社会保险机构申请审核报销。

　　办理了备案手续的参保人在备案的定点医疗机构就诊后需要转诊的，应当由该医疗机构出具转诊证明，发生的医疗费用按本条第三款规定申请审核报销。

　　**第三十九条**  基本医疗保险基金、地方补充医疗保险基金按以下方式支付医疗保险待遇：

　　（一）参保人医疗费用中应当由基本医疗保险基金和地方补充医疗保险基金支付的部分，由市社会保险机构与定点医疗机构或定点零售药店按协议约定结算；

　　（二）参保人医疗费用属于个人账户支付范围的，由本市定点医疗机构或定点零售药店从参保人的个人账户中划扣；个人账户不足支付的，应当由参保人现金支付；

　　（三）参保人医疗费用使用家庭成员个人账户支付的，由本市定点医疗机构从其提供的家庭成员个人账户中划扣；

　　（四）在非本市定点医疗机构发生的医疗费用，由参保人先行支付后向市社会保险机构申请报销，市社会保险机构按本办法的规定予以审核，符合条件的予以支付。

　　**第四十条**  基本医疗保险二档、三档参保人就医发生的门诊医疗费用有下列情形的，由本人先行支付后凭有关单据和资料到结算医院或指定的医疗机构申请审核报销：

　　（一）经结算医院同意转诊到非结算医院发生的门诊医疗费用；

　　（二）因工外出或出差在非结算医院急诊抢救发生的门诊医疗费用；

　　（三）因就诊的定点医疗机构发生电脑故障、社会保障卡损坏或补办期间不能记账的。

　　**第四十一条**  参保人发生的住院医疗费用或基本医疗保险一档参保人发生的门诊医疗费用，有下列情形的，由本人先行支付后凭有关单据和资料到就诊的医疗机构申请审核报销：

　　（一）经医院同意，住院时凭医生处方在院外购买基本医疗保险或地方补充医疗保险目录范围内的药品；

　　（二）经医院同意，住院时在院外进行基本医疗保险或地方补充医疗保险目录范围内的诊疗项目；

　　（三）因就诊的定点医疗机构发生电脑故障或因社会保障卡损坏或补办期间不能记账的。

　　**第四十二条**  参保人除本办法第四十条、第四十一条规定情形外由本人先行支付的医疗费用，符合本办法规定的，可凭有关单据和资料向市社会保险机构申请审核报销。

　　**第四十三条**  参保人先行支付医疗费用的，应在费用发生或出院之日起12个月内申请报销，逾期不予报销。

　　**第四十四条**  参保人在定点医疗机构就医时应出示本人的社会保障卡。定点医疗机构在接受参保人就医时，应查验参保人社会保障卡并可要求参保人提供身份证明。

　　定点医疗机构确定参保人所持社会保障卡为其本人的，应对其发生的医疗费用按规定予以记账；无法确定参保人所持社会保障卡为其本人的，可拒绝为其提供医疗保险服务。

　　参保人就医时不按规定出示社会保障卡或不表明参保人身份，要求享受医疗保险待遇和服务的，定点医疗机构和市社会保险机构不予受理。

**第五章  医疗保险待遇**

　　**第四十五条**  参保人自办理参保手续、缴交医疗保险费次月1日起享受本办法规定的医疗保险待遇。每月20日前申报参保的，按当月参保处理；每月20日后申报参保的按次月参保处理。

　　参保单位、参保人中断缴交医疗保险费的，自中断缴交的次月1日起，停止享受医疗保险统筹基金支付的医疗保险待遇，但其个人账户余额可继续使用。

　　为本市户籍的婴幼儿办理参保手续的，从申请当月开始缴费，并从缴费的次月起享受医疗保险待遇；在入户之日起30天以内凭婴幼儿出生证明和母亲身份证复印件办理参保手续的，可从其出生之月起缴费，并自出生之日起按本办法有关规定享受医疗保险待遇。

　　本办法第十条规定由所在学校、科研院所或托幼机构统一办理参保手续的学生、幼儿，自当年9月至次年8月享受医疗保险待遇。

　　**第四十六条**  基本医疗保险药品、诊疗项目、服务设施标准的目录按照国家及广东省公布的目录执行。

　　地方补充医疗保险药品目录和诊疗项目范围、大型医疗设备检查和治疗项目范围按市社会保险行政部门会同市卫生部门制定公布的目录执行。

　　特殊医用材料、人工器官、单价在1000元以上的一次性医用材料的范围及其列入基本医疗保险统筹基金记账范围的最高支付限额，按市社会保险行政部门公布的范围和最高支付限额执行。

　　**第四十七条**  基本医疗保险一档参保人个人账户用于支付参保人门诊基本医疗费用、地方补充医疗费用、在定点零售药店凭本市市内定点医疗机构医生开具的处方购买医疗保险目录范围内药品的费用，个人账户不足支付部分由个人自付。

　　基本医疗保险一档参保人连续参保满一年，在同一医疗保险年度内个人自付的门诊基本医疗费用和地方补充医疗费用超过本市上年度在岗职工平均工资5%的，超过部分由基本医疗保险大病统筹基金或地方补充医疗保险基金按规定支付70%，参保人年满70周岁以上的支付80%。

　　享受前款规定待遇的参保人不享受第四十九条规定的待遇。

　　享受本办法第五十条、第五十一条、第五十二条、第五十三条规定待遇的，不享受本条第二款规定的待遇。

　　**第四十八条**  基本医疗保险一档参保人个人账户积累额超过本市上年度在岗职工平均工资5%的，超过部分可用于支付以下费用：

　　（一）本人在定点零售药店购买基本医疗保险和地方补充医疗保险药品目录范围内的非处方药品费用；

　　（二）本人及其已参加本市基本医疗保险的配偶和直系亲属在定点医疗机构就诊时自付的基本医疗费用、地方补充医疗费用；

　　（三）本人及其已参加本市基本医疗保险的配偶和直系亲属的健康体检、预防接种费用；

　　（四）国家、广东省及本市规定的其他医疗费用。

　　**第四十九条**   基本医疗保险一档参保人在本市定点社康中心发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，70%由其个人账户支付，30%由基本医疗保险大病统筹基金、地方补充医疗保险基金按规定支付，但以下项目费用除外：

　　（一）口腔科治疗费用；

　　（二）康复理疗费用；

　　（三）大型医疗设备检查治疗费用；

　　（四）市政府规定的其他项目费用。

　　**第五十条**  基本医疗保险一档参保人在本市定点医疗机构门诊做大型医疗设备检查和治疗所发生的基本医疗费用、地方补充医疗费用，80%由基本医疗保险大病统筹基金、地方补充医疗保险基金按规定支付。

　　**第五十一条**  参保人有下列情形之一的，享受门诊大病待遇：

　　（一）慢性肾功能衰竭门诊透析；

　　（二）列入医疗保险支付范围的器官移植后门诊用抗排斥药；

　　（三）恶性肿瘤门诊化疗、介入治疗、放疗或核素治疗；

　　（四）血友病专科门诊治疗；

　　（五）再生障碍性贫血专科门诊治疗；

　　（六）地中海贫血专科门诊治疗；

　　（七）颅内良性肿瘤专科门诊治疗；

　　（八）市政府批准的其他情形。

　　**第五十二条**  参保人申请享受门诊大病待遇的，应向市社会保险机构委托的医疗机构申请认定，经市社会保险机构核准后，凭大病诊断证明和大病门诊病历在定点医疗机构就医。

　　参保人连续参保时间满36个月的，自其申请之日起享受大病门诊待遇；连续参保时间未满36个月的，自市社会保险机构核准之日起享受大病门诊待遇。享受大病门诊待遇的参保人发生的基本医疗费用、地方补充医疗费用，分别由基本医疗保险大病统筹基金、地方补充医疗保险基金按以下比例支付：

　　（一）连续参保时间未满12个月的，支付比例为60%；

　　（二）连续参保时间满12个月未满36个月的，支付比例为75%；

　　（三）连续参保时间满36个月的，支付比例为90%。

　　**第五十三条**  参保人因病情需要发生的普通门诊输血费，基本医疗保险一档参保人由基本医疗保险大病统筹基金支付90%，基本医疗保险二档和三档参保人由基本医疗保险大病统筹基金支付70%。

　　**第五十四条**  基本医疗保险二档、三档参保人在本市选定社康中心发生的门诊医疗费用按以下规定处理：

　　（一）属于基本医疗保险药品目录中甲类药品和乙类药品的，分别由社区门诊统筹基金按80%和60%的比例支付；

　　（二）属于基本医疗保险目录内单项诊疗项目或医用材料的，由社区门诊统筹基金支付90%，但最高支付金额不超过120元。

　　参保人因病情需要经结算医院同意转诊到其他医疗机构发生的门诊医疗费用，或因工外出、出差在非结算医院发生的急诊抢救门诊医疗费用，由社区门诊统筹基金按前款规定支付标准的90%报销；其他情形在非结算医院发生的门诊医疗费用社区门诊统筹基金不予报销。

　　社区门诊统筹基金在一个医疗保险年度内支付给每位基本医疗保险二档、三档参保人的门诊医疗费用，总额最高不得超过1000元。

　**第五十五条**  参保人住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，未超过起付线的由参保人支付；超过起付线的部分，分别由基本医疗保险大病统筹基金和地方补充医疗保险基金按规定支付。

　　起付线按照医院级别设定，市内一级以下医院为100元，二级医院为200元，三级医院为300元；市外医疗机构已按规定办理转诊或备案的为400元，未按规定办理转诊或备案的为1000元。参保人转诊到不同医院住院治疗的，分别计算起付线。

　　**第五十六条**  参保人住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用起付线以上部分，按以下规定支付：

　　（一）参保人已在本市按月领取职工养老保险待遇及按11.5%缴交基本医疗保险费的，支付比例为95%；

　　（二）基本医疗保险一档参保人按8%缴交基本医疗保险费的及基本医疗保险二档参保人未在本市按月领取职工养老保险待遇的，支付比例为90%；

　　（三）基本医疗保险三档参保人按规定在市内一级医院、二级医院、三级医院、市外医院住院就医的，支付比例分别为85%、80%、75%、70%。因工外出、出差在非结算医院因急诊抢救发生的住院医疗费用，按就诊医院的住院支付标准的90%支付。

**第五十七条**  参保人住院使用基本医疗保险诊疗项目范围内的特殊医用材料及单价在1000元以上的一次性医用材料、安装或置换人工器官，由基本医疗保险大病统筹基金按下列规定支付，但最高支付金额不超过市社会保险行政部门公布的普及型价格：

　　（一）属于国产材料的，按实际价格的90%支付；

　　（二）属于进口材料的，按实际价格的60%支付。

　　**第五十八条**  参保人住院床位费由基本医疗保险大病统筹基金按实际住院床位费支付，但不得超过下列规定标准：

　　（一）基本医疗保险一档、二档参保人，最高支付金额为市价格管理部门确定的非营利性医疗机构普通病房A级房间双人房床位费政府指导价格的第一档；

　　（二）基本医疗保险三档参保人，最高支付金额为市价格管理部门确定的非营利性医疗机构普通病房B级房间三人房床位费政府指导价格的第一档。

　　**第五十九条**  在本市按月领取职工养老保险待遇或退休金并继续享受基本医疗保险一档待遇的参保人，在领取养老保险待遇或退休金的次月，由地方补充医疗保险基金一次性支付500元体检补贴并按下列标准按月支付体检补助，划入个人账户：

　　（一）未满70周岁的，每月20元；

　　（二）满70周岁的，每月40元。

　　**第六十条**  基本医疗保险基金和地方补充医疗保险基金设定支付限额。基本医疗保险基金按本办法规定支付的基本医疗费用超过其支付限额的部分，由地方补充医疗保险基金在其支付限额内支付。

　　参保人在本市定点医疗机构住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用超出地方补充医疗保险基金支付限额的部分，由地方补充医疗保险基金支付50%。

　**第六十一条**  每个医疗保险年度基本医疗保险统筹基金支付限额，根据参保人连续参加基本医疗保险的时间按下列标准执行：

　　（一）连续参保时间不满6个月的，为本市上年度在岗职工平均工资的1倍；

　　（二）连续参保时间满6个月不满12个月的，为本市上年度在岗职工平均工资的2倍；

　　（三）连续参保时间满12个月不满24个月的，为本市上年度在岗职工平均工资的3倍；

　　（四）连续参保时间满24个月不满36个月的，为本市上年度在岗职工平均工资的4倍；

　　（五）连续参保时间满36个月不满72个月的，为本市上年度在岗职工平均工资的5倍；

　　（六）连续参保时间满72个月以上的，为本市上年度在岗职工平均工资的6倍。

　　**第六十二条**  每个医疗保险年度地方补充医疗保险基金的支付限额，根据参保人连续参加地方补充医疗保险的时间按下列标准执行：

　　（一）连续参保时间不满6个月的，为1万元；

　　（二）连续参保时间满6个月不满12个月的，为5万元；

　　（三）连续参保时间满12个月不满24个月的，为10万元；

　　（四）连续参保时间满24个月不满36个月的，为15万元；

　　（五）连续参保时间满36个月不满72个月的，为20万元；

　　（六）连续参保时间满72个月以上的，为100万元。

　　**第六十三条**  参保人按第五十二条、第六十一条、第六十二条计算的连续参保时间是指参保人在本市实际缴纳医疗保险费的连续时间。参保人在医疗保险年度内累计中断参保不超过3个月的，重新缴费后其中断前后的连续参保时间合并计算；超过3个月的，重新计算。

　　参保人一次性缴交医疗保险费的，自其缴交月的次月1日起逐月计算其连续参保时间。

　　用人单位按本办法规定参加并补缴应当缴纳的社会医疗保险费、滞纳金后，补缴前后的参保时间合并计算为连续参保时间。

　**第六十四条**  参保人按本办法规定转诊在市外医疗机构发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，经参保人申请，由市社会保险机构对实际发生的医疗费用进行审核，按不高于本市医疗收费标准予以报销，其中属于个人账户支付的门诊医疗费用，从其个人账户扣减。

　　**第六十五条**  按本办法规定办理备案的一档参保人在市外医疗机构发生的医疗费用以及二档、三档参保人在市外医疗机构发生的住院医疗费用，经参保人申请，由市社会保险机构对实际发生的医疗费用进行审核，按不高于本市医疗收费标准予以报销，其中属于个人账户支付的门诊医疗费用，从其个人账户扣减。

　　**第六十六条**  参保人未按本办法规定办理转诊、备案在本市市外定点医疗机构、市外非本市定点医疗机构住院发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用，分别按本办法规定支付标准的90%、70%支付。

　　参保人未按本办法规定办理转诊、备案，在非本市定点医疗机构门诊发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付，但属于个人账户支付范围的，在个人账户余额中扣减。

　**第六十七条**  基本医疗保险三档参保人未按本办法规定办理转诊手续到结算医院外的本市市内定点医疗机构发生的住院医疗费用，由医疗保险基金按本办法规定应支付标准的90%支付。

　　**第六十八条**  参保人住院期间变更医疗保险形式的，其住院医疗费用按入院时医疗保险形式的待遇标准执行。

　　参保人符合出院标准、应当出院而不出院的，自其应当出院之日起发生的住院医疗费用由其本人负担，医疗保险基金不予支付。

　　**第六十九条**  参保人因下列情形之一发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付：

　　（一）除本办法第四十七条、第四十八条规定情形外自购药品的；

　　（二）应当从工伤保险基金、生育保险基金中支付的；

　　（三）应当由第三人负担的；

　　（四）应当由公共卫生负担的；

　　（五）到国外、港、澳、台就医的；

　　（六）国家、广东省及本市规定的基金不予支付的情形。

　　医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，参保人可按国家有关规定向市社会保险机构申请先行支付。

　　**第七十条**  参保人应当凭医疗费用的原始凭证申请报销，市社会保险机构对已报销的凭证不予审核报销。

**第六章  定点医疗机构和定点零售药店**

　　**第七十一条**  市社会保险机构根据统一规划、合理布局、方便就医、兼顾需要、总量控制、鼓励竞争，以及与管理能力、信息系统容量相适应的原则，通过综合考评、谈判、招标的方式，从优选择医疗保险定点服务机构和定点服务项目。

　　市社会保险机构应当优先选择非营利性医疗机构作为定点医疗机构；非营利性医疗机构不能满足医疗保险服务需要的，由市社会保险机构择优选择营利性医疗机构作为定点医疗机构。

　　定点医疗机构和定点零售药店的遴选条件和程序应向公众公开。

　　**第七十二条**  医院、门诊部、社康中心申请成为定点医疗机构的，应当具备以下条件：

　　（一）具有与医疗机构等级相应的医疗技术设备和医护人员；

　　（二）遵守国家、广东省、本市有关医疗服务管理的法律、法规、规章和其他规定；

　　（三）严格执行国家、广东省、本市关于非营利性医疗收费和药品零售价格的各项规定，收费标准实行公示制度；

　　（四）承诺严格遵守本市社会医疗保险制度的有关政策规定，建立与医疗保险管理相适应的内部管理制度，具有健全的医疗保险管理组织，配备满足社会医疗保险需要的软硬件设备。

　　企事业单位内部医疗机构符合前款所列条件，且所在单位的在职员工人数在1000人以上的，也可以申请成为定点医疗机构，为本单位的参保人提供医疗服务。

　　**第七十三条**  零售药店申请成为定点零售药店的，应当具备以下条件：

　　（一）具备药品经营许可资格；

　　（二）遵守国家、广东省、本市有关医药服务管理的法律、法规、规章和规定；

　　（三）严格执行国家、广东省、本市规定的药品价格政策；

　　（四）能及时供应医疗保险用药；

　　（五）在零售药店营业时间内，在岗服务的药学技术人员符合药监部门的要求和规定；

　　（六）承诺严格执行本市社会医疗保险制度有关政策规定，有规范的内部管理制度，配备满足社会医疗保险需要的软硬件设备。

　**第七十四条**  市社会保险机构选定定点医疗机构和定点零售药店应制定并公布计划。医疗机构和零售药店申请定点资格的，应在市社会保险机构公布计划的规定时间内向市社会保险机构提出申请；市社会保险机构应当在60日内对其进行综合评估，并公布评估结果，综合评定排名靠前的医疗机构和零售药店选定为定点医疗机构和定点零售药店。

　　在同等条件下，规模较大、技术力量较强、等级较高、诚信较好的医疗机构可优先选择确定为定点医疗机构。

　　在同等条件下，药品零售连锁企业直营药店、可24小时提供服务的药店、不经营药品和医疗器械以外商品的诚信较好的零售药店，可优先选择确定为定点零售药店。

　　**第七十五条**  市社会保险机构与定点医疗机构和定点零售药店签订协议，并按协议进行管理。

　　市社会保险机构根据定点医疗机构和定点零售药店履行协议的情况，每两年进行一次信用等级评定并公布评定结果。

　　市社会保险机构依据评定结果对定点医疗机构和定点零售药店及相关工作人员给予奖励，奖励经费列入市社会保险机构部门预算。

　　**第七十六条**  定点医疗机构和定点零售药店应当坚持“因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、按规定收费”的原则，按照本办法的规定和协议约定向参保人提供服务。

　　**第七十七条**  定点医疗机构应当建立医药分开核算、分别管理的制度，规范医疗行为，严格禁止以营利为目的的各种开单提成行为，降低参保人自付费用占医疗总费用的比例，减轻参保人的经济负担。

　　**第七十八条**  定点医疗机构、定点零售药店应当建立与医疗保险制度相适应的内部管理制度和医疗保险工作机构，实行自我管理、自我约束。

　　**第七十九条**  定点医疗机构和定点零售药店应严格执行政府有关医疗收费标准和药品价格的规定，并予以公布。

　　定点医疗机构应向参保人提供门诊收费明细清单或住院每日收费明细清单等单据。

　**第八十条**  定点医疗机构应单独留存参保人的处方、大型医疗设备检查治疗审批单及报告单、检查治疗单、医药费用清单等单据，留存时间不得少于两年。

　　定点零售药店应单独留存参保人购买药品的处方及明细清单，留存时间不得少于两年。

　　**第八十一条**  定点医疗机构提供医疗服务时应当执行基本医疗保险及地方补充医疗保险的药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准的有关管理规定。

　　定点医疗机构为参保人使用前款规定以外的药品、诊疗项目、医疗服务设施，应事先告知参保人并征得其同意。

　　定点医疗机构与其他单位、个人合作或承包的诊疗项目不得纳入医疗保险记账范围。

　　**第八十二条**  定点医疗机构中具有执业资格的医师可按协议规定为参保人提供医疗保险服务。

　　医师违反医疗保险有关规定造成医疗保险基金损失的，市社会保险机构可拒绝其提供医疗保险服务，将处理结果向社会公布，通报其所在的定点医疗机构并向市卫生行政主管部门提出依法处理的建议。

　　**第八十三条**  参保人使用医疗保险个人账户向定点零售药店购药的，定点零售药店应当按照下列规定进行核查：

　　（一）购买处方药的，核查本市市内定点医疗机构出具的有效处方，且处方记载的就诊人姓名与社会保障卡一致；

　　（二）购买非处方药的，应持本人社会保障卡，并核查本市市内定点医疗机构出具的有效处方，或其个人账户积累额达到本市上年度在岗职工平均工资的5%。

　　**第八十四条**  定点医疗机构和定点零售药店为参保人提供医疗服务实际发生的医疗费用，按本办法规定和协议约定与市社会保险机构结算。

　　市社会保险机构与定点医疗机构、定点零售药店签订的协议应约定结算方式和偿付标准。

　　医疗保险费用结算采取总额控制下的复合式支付制度。

　　**第八十五条**  参保人按照本办法规定转往市外医疗机构就诊，属于本办法第三十五条第（二）项、第（三）项情形的，发生的住院医疗费用由市社会保险机构按不高于本市医疗收费标准予以报销后，再与本市转出医院按协议约定的办法结算。

　　**第八十六条**  市社会保险机构应与定点医疗机构约定偿付标准，并按协议规定对定点医疗机构实际医疗费用低于约定偿付标准的部分进行奖励，费用从医疗保险大病统筹基金中列支。

　　社区门诊统筹基金有结余的，结余部分按比例奖励给结算医院后，其余部分结转下一年使用。

**第七章  监督检查**

　　**第八十七条**  市社会保险机构应当建立健全医疗保险基金财务制度，并将医疗保险基金收支情况向社会公布。

　　**第八十八条**  社会医疗保险基金收支、管理、使用等情况，应纳入市社会保险基金监督委员会的监督范围。市财政、审计部门依法对医疗保险基金收支、结转和管理情况进行定期审计，并将审计结果向市社会保险基金监督委员会通报。

　　**第八十九条**  各级卫生行政主管部门、公立医院管理机构应对定点医疗机构实行监督管理，将定点医疗机构执行医疗保险规定的情况纳入医疗机构综合目标管理的考核内容，并纳入其负责人任期目标责任制。

　　**第九十条**  市价格管理部门应对定点医疗机构和定点零售药店执行国家、广东省、本市医疗服务和药品价格政策实行监督。

　　市药品监督管理部门应对定点医疗机构和定点零售药店药品质量等实行监督。

　　**第九十一条**  市社会保险机构组织设立社会保险医疗专家咨询委员会。社会保险医疗专家咨询委员会负责开展下列工作：

　　（一）为市社会保险行政部门依据本办法制订有关政策提供医疗保险方面的专业意见；

　　（二）为市社会保险机构进行医疗保险监督检查提供技术指导，对监督检查中发生的医疗疑难问题提供专家意见；

　　（三）为市社会保险机构设立医疗保险门诊大病病种等提供专家意见；

　　（四）对参保人医疗保险门诊大病确认提供专家意见；

　　（五）对参保人与定点医疗机构因出入院发生的争议提供专家意见，对异常医疗费用进行评估；

　　（六）市社会保险机构委托的其他医疗保险工作。

　　社会保险医疗专家咨询委员会的工作经费列入市社会保险机构部门预算。

　　**第九十二条**  市社会保险机构应将参保人医疗保险参保情况和待遇享受情况以社会保险个人权益记录方式定期免费寄送参保人。

　　参保人与市社会保险机构约定，以登录社会保险个人服务网页、传真、电子邮件、手机短信等形式获取个人权益记录的，市社会保险机构不再另行寄送。

　　**第九十三条**  任何单位和个人有权检举、控告定点医疗机构、定点零售药店、参保单位、参保人和市社会保险机构工作人员的违法、违规行为。

　　举报内容核实后，市社会保险机构从奖励经费中对署名检举人予以奖励，奖励经费纳入市社会保险机构的部门预算。

　　市社会保险机构对举报的单位和个人信息予以保密。

　　**第九十四条**  市社会保险机构应对定点医疗机构、定点零售药店、参保单位、参保人的医疗保险行为实行监督检查，并可聘请机构或医疗保险监督员参与监督。

　　定点医疗机构和定点零售药店未按规定提供医疗保险有关资料的，市社会保险机构可拒付相应的费用。

　　市社会保险机构进行检查时，可要求被检查单位提供与缴纳医疗保险费有关的用人情况、工资表、财务报表等资料，可采取记录、录音、录像、照相和复制等方式收集有关资料。

　**第九十五条**  参保人遗失社会保障卡的，应及时向市社会保险机构挂失；参保人申办新卡期间发生的医疗费用由其本人先行支付，在领取新卡后持新卡及病历等相关资料按本办法的相关规定申请报销、补记账或从其个人账户中扣减。

　　**第九十六条**  参保人的社会保障卡遗失造成医疗保险统筹基金损失的，市社会保险机构可向医疗机构或冒用人追偿。参保人社会保障卡遗失而未挂失导致其社会保障卡被冒用的，造成的个人账户损失由其本人承担。

　　**第九十七条**  参保人对定点医疗机构界定的出院日期有异议的，可向市社会保险机构申请裁定，市社会保险机构应安排社会保险医疗专家咨询委员会提出专家意见，自受理之日起10个工作日内确定应出院日期。

　　**第九十八条**  市社会保险机构发现社会保障卡使用异常的，为避免医疗保险基金和参保人遭受损失，可暂停该社会保障卡的记账功能，并通知参保人说明情况。社会保障卡暂停记账期间发生的医疗费用由参保人支付，经核查没有违规情形的，市社会保险机构应当恢复该社会保障卡记账功能并按本办法规定报销暂停期间发生的医疗费用。

**第八章  法律责任**

　　**第九十九条**  用人单位不办理社会保险登记的，由市社会保险行政部门责令限期改正；逾期不改正的，对用人单位处应缴社会保险费数额3倍的罚款，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员分别处以3000元罚款。

　　**第一百条**  用人单位未按本办法规定缴纳社会医疗保险费的，职工应当在知道或者应当知道之日起两年内向市社会保险机构投诉、举报。

　　用人单位未按本办法规定缴纳社会医疗保险费的，由市社会保险行政部门责令限期改正并补缴应当缴纳的社会医疗保险费；逾期未履行的，处以与欠缴数额等额的罚款。

　　用人单位未按本办法规定缴纳社会医疗保险费超过两年未被发现和投诉举报的，市社会保险行政部门不再查处。

　　**第一百零一条**  用人单位补缴社会医疗保险费的，自欠缴之日起按日加收万分之五的滞纳金。

　　用人单位申请补缴两年以外医疗保险费或个人缴费人员申请补缴医疗保险费的，市社会保险机构不予受理。

　　**第一百零二条**  用人单位应当参加社会医疗保险而未参加的，其职工发生的医疗费用，由用人单位按照本办法规定的待遇标准支付。

　　用人单位参加社会医疗保险并补缴应当缴纳的社会医疗保险费、滞纳金后，参保人新发生的医疗费用由医疗保险基金按照本办法的规定支付。

　　**第一百零三条**  定点医疗机构、定点零售药店违反与市社会保险机构所签订协议约定的，按协议规定处理。

　　定点医疗机构和定点零售药店的违约金计入基本医疗保险基金。

　　**第一百零四条**  参保人有违反医疗保险规定下列情形之一的，市社会保险机构可暂停其社会保障卡记账功能3个月；造成医疗保险基金损失的，暂停记账功能12个月。社会保障卡暂停记账期间，参保人发生的医疗费用符合医疗保险基金支付范围的，可申请报销，但医疗保险统筹基金支付的待遇减半支付。

　　（一）转借社会保障卡供他人使用的；

　　（二）通过以药易药、以药易物或倒卖药品套取基本医疗保险基金的；

　　（三）采用多次就医方式获取统筹基金支付的药品超出正常剂量的。

　　**第一百零五条**  医疗机构、药品经营单位等医疗保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金的，由市社会保险行政部门责令退回，并处骗取金额五倍的罚款；属于医疗保险服务机构的，解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

　　**第一百零六条**  以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会医疗保险待遇的，由市社会保险行政部门按第一百零四条规定处理，责令退回，并处骗取金额五倍的罚款；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

　**第一百零七条**  单位或个人违反本办法规定的不诚信行为纳入本市信用评价体系。

　　**第一百零八条**  市社会保险行政部门、市社会保险机构及其工作人员在社会医疗保险管理、监督工作中不履行职责或不正确履行职责的，依法追究行政责任；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

　　第**一百零九条** 医疗保险关系行政相对人对市社会保险行政部门、市社会保险机构作出的具体行政行为不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

**第九章  附    则**

　　**第一百一十条**  企业可按不超过职工工资总额的4%提取企业补充医疗保险费，用于支付企业补充医疗保险待遇，从职工福利费中列支。

　　**第一百一十一条**  离休人员和一至六级残废军人（原二等乙级以上革命伤残军人）的医疗保障办法由市政府另行制定。

　　**第一百一十二条**  本市城市化人员以股份合作有限公司作为用人单位参加医疗保险并缴费。

　**第一百一十三条**  参加原养老保险行业统筹的驻深单位中由广东省、北京市社会保险机构按月支付养老保险待遇的退休人员，在退休前已参加本市社会医疗保险的，其基本医疗保险按在本市按月领取养老保险待遇人员的规定办理；需要继续缴纳基本医疗保险费和地方补充医疗保险费的，分别按月以本市上年度在岗职工月平均工资的11.5%和0.2%缴纳，由原用人单位按应缴的年限一次性缴足应缴的医疗保险费。

　　**第一百一十四条**  达到法定退休年龄、未在本市领取养老保险待遇的参保人，应按市社会保险机构规定的指纹采集方式提供其本人的指纹，并在以后每年的相应月份内向市社会保险机构提供一次指纹；未按时提供的，市社会保险机构自次月起停止支付医疗保险待遇；补充提供指纹后，市社会保险机构自提供次月起继续支付医疗保险待遇。停止支付期间，参保人发生的医疗费用由其先行支付，补充提供指纹后按有关规定申请报销。

　　市社会保险机构应妥善保存参保人的指纹资料，不得用于其他用途。

　　参保人无法提供指纹的，应按市社会保险机构的要求每年提供有效的生存证明材料。

　　**第一百一十五条**  家庭病床和老年疾病护理医疗、取消医疗保险药品加成后新增诊查费等费用支出项目，纳入社会医疗保险基金支付范围的，按本市有关规定执行。

　　**第一百一十六条**  市社会保险行政部门可依据本办法制订医疗保险配套管理办法。

　　**第一百一十七条**  市上年度在岗职工月平均工资以市统计部门公布的数据为准。本办法中所指市上年度在岗职工月平均工资，上半年按上两年度本市在岗职工月平均工资计算，下半年按上年度本市在岗职工月平均工资计算。

　　**第一百一十八条**  本办法所称用人单位，是指本市行政区域内机关、事业单位、社会团体、企业、民办非企业单位、个体经济组织。

　　本办法所称参保单位，是指已参加社会医疗保险的用人单位。

　　本办法所称参保人，是指已参加社会医疗保险的人员。

　　本办法所称本市户籍非从业居民，是指满18周岁未达到法定退休年龄、未在学校就读且未在用人单位就业的本市户籍人员，达到法定退休年龄但没有按月领取养老保险待遇的本市户籍人员和在本市领取居民养老保险待遇的人员。

　**第一百一十九条**  转业或退伍安置在本市的参保人，其在部队服役期间的军龄或在军队参加医疗保险的年限视为本市基本医疗保险的实际缴费年限。

　　**第一百二十条**  本办法所指医疗保险年度为当年7月1日至次年6月30日。

　　**第一百二十一条**  在本办法实施前由我市养老保险基金支付医疗保险费的退休人员和一次性缴纳医疗保险费的人员，其资金渠道仍按原规定执行。

　　在本办法实施前已享受按月支付体检补助的人员，由地方补充医疗保险基金继续支付。

　　参保人在本办法实施前经市社会保险机构核准认定为门诊大病的，其发生的基本医疗费用和地方补充医疗费用的记账比例仍分别为90%和80%。

　　**第一百二十二条**  本市生育保险制度实施之前，年满18周岁且未达法定退休年龄的基本医疗保险一档、二档参保人按下列规定同时参加生育医疗保险：

　　（一）基本医疗保险一档参保人，按其基本医疗保险缴费基数的0.5%按月缴交生育医疗保险费；

　　（二）基本医疗保险二档参保人，按其基本医疗保险缴费基数的0.2%按月缴交生育医疗保险费。

　　在职人员的生育医疗保险费由用人单位缴交，其他人员的缴费渠道和缴费方式分别按其缴交基本医疗保险费的缴费渠道和缴费方式执行。

　　生育医疗保险参保人符合计划生育政策的，其产前检查、分娩住院、产后访视、计划生育手术的基本医疗费用（不含婴儿费用）仍按原标准由生育医疗保险基金支付，其中产前检查的基本医疗费用自提供计划生育证明之日起由生育医疗保险基金支付。

　　**第一百二十三条**  失业人员领取失业保险金期间，因办理领取失业保险金手续中断参保不超过30日的，视同参保人仍参加原医疗保险形式并享受相应待遇。

　　**第一百二十四条**  本办法自2014年1月1日起施行，2008年1月30日制定的《深圳市社会医疗保险办法》（深圳市人民政府令第180号）以及《关于印发深圳市非从业居民参加社会医疗保险补充规定的通知》（深府〔2008〕210号）、《关于将深圳市少年儿童及大学生医疗保险纳入住院医疗保险的通知》（深府〔2010〕126号）自本办法施行之日起废止。