

苏州市医疗保障办法

目 录

- 第一章 总 则
- 第二章 职工基本医疗保险
- 第三章 城乡居民基本医疗保险
- 第四章 大病医疗保险
- 第五章 医疗救助
- 第六章 其他医疗保障
- 第七章 医疗保障基金
- 第八章 医药管理
- 第九章 公共服务和监督管理
- 第十章 法律责任
- 第十一章 附 则

第一章 总 则

第一条【立法目的和依据】为了规范医疗保障关系，健全多层次医疗保障体系，维护公民医疗保障合法权益，增进人民福祉，推进医疗保障事业高质量发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》和《江苏省医疗保障条例》等有关法律、法规，结合本市实际，制定本办法。

第二条【管理范围】本办法适用于本市行政区域内医疗

保障体系建设、基金运行、医药管理、公共服务及监督管理活动。

第三条【医疗保障体系】本市建立健全以基本医疗保险为主体，大病医疗保险为补充，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业医疗保险、慈善医疗救助、医疗互助等其他医疗保障协调发展的多层次医疗保障体系。

基本医疗保险包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险。

第四条【依法参保】公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务。用人单位有保障职工参加职工基本医疗保险的义务。

用人单位和职工、城乡居民应当依法缴纳基本医疗保险费。

参加基本医疗保险的职工、城乡居民，按照规定享受相应医疗保障待遇。

第五条【政府职责】市、县级市（区）人民政府将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划，加强对医疗保障基金使用监督管理工作的领导，加大对医疗保障事业的投入。

镇人民政府、街道办事处应当按照规定做好医疗保障相关工作。

村（居）民委员会应当协助做好医疗保障相关工作。

第六条【部门职责】市医疗保障行政部门负责全市医疗

保障政策的制定、组织实施、监督管理，以及医疗保障基金的管理工作。县级市（区）人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域医疗保障管理工作。医疗保障经办机构按照规定职责，承担医疗保障相关的具体事务。

市、县级市（区）人民政府财政部门负责本行政区域内医疗保障基金的专户管理，并对基金收支情况进行监督；

市、县级市（区）税务机关负责本行政区域内医疗保险费的征收工作和缴费服务，协助做好参保动员等工作。

卫生健康、市场监管、人社、民政、公安、教育、数据、残联、总工会等部门和单位按照各自职责，做好医疗保障管理工作。

第七条【行业协会】医药等相关行业协会依法制定和组织实施自律性规范，为会员提供信息、培训等服务，引导和督促医疗机构、药品经营单位等诚信规范经营并依法、合理使用医疗保障基金。鼓励医药相关专业机构和行业专家发挥决策咨询和技术支撑作用，协助提高医疗保障治理专业化水平。

第八条【数字化保障】本市推进医疗保障事业数字化转型，加强医疗保障数据资源开发利用，赋能医疗保障及相关领域的管理和服

本市依法推进医疗保障数据开发利用和授权运营，释放数据要素价值，支撑医疗保障事业高质量发展。

第二章 职工基本医疗保险

第九条【参保人员】职工应当参加职工基本医疗保险。

鼓励无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险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）参加职工基本医疗保险。

在本市登记就业的外籍人员以及香港、澳门、台湾地区人员，一级至六级残疾军人（以下简称残疾军人），在本市领取失业保险金期间的失业人员（以下简称失业人员），按照有关规定参加本市职工基本医疗保险。

参加职工基本医疗保险的人员统称为参保职工。

第十条【参保缴费】职工基本医疗保险费由用人单位和在职职工共同缴纳。用人单位的缴费基数按照社会保险缴费基数执行，缴费费率由市人民政府根据国家和省有关规定确定。在职职工按本人缴费工资的2%缴纳。灵活就业人员的缴费基数和缴费费率根据省有关规定确定。缴费费率的确定和调整，应当报省人民政府批准。

残疾军人参加职工基本医疗保险个人不缴费，由管理单位按定额标准每年一次性缴纳。

失业人员在领取失业保险金期间参加职工基本医疗保险的，其应当缴纳的基本医疗保险费，由失业保险经办机构从失业保险基金中按月划转，个人不缴费。

第十一条【统筹基金】职工基本医疗保险基金包括统筹

基金和个人账户。基本医疗保险统筹基金用于支付参保职工符合规定的门诊和住院医疗费用，以及其他费用。

第十二条【普通门诊待遇】职工医保参保人员在定点医药机构发生的符合基本医疗保险政策规定的普通门诊医药服务费用，由基本医疗保险统筹基金支付。一个结算年度内，在起付标准以上、最高限额以内的部分，按照不同级别、不同类型的医药机构和不同人群，确定基本医疗保险统筹基金支付比例。

前款所称的起付标准、最高支付限额和支付比例，由市人民政府在国家 and 省规定的范围内确定。

第十三条【门特待遇】我市加强对门诊特殊病的医疗保障，对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，参照住院待遇进行管理。

门诊特殊病范围按照国家、省有关规定执行，基本医疗保险统筹基金对门诊特殊病的支付标准，由医疗保障部门制定。

第十四条【住院待遇】参保职工在结算年度内发生的符合规定的住院费用，在起付标准以上、最高支付限额以内的部分，由基本医疗保险统筹基金按比例支付。

前款规定的起付标准、最高支付限额和支付比例，由市人民政府在国家 and 省规定的范围内确定。

第十五条【个人账户】医疗保障经办机构为参保职工建立个人账户，个人账户按月计入。在职职工个人账户按本人月缴费工资总额的 2% 计入，残疾军人、退休人员个人账户按定额标准计入，企业退休的劳动模范在定额标准上另行增加，具体标准由市医疗保障部门会同财政部门报市人民政府批准后确定。

第十六条【个人账户使用范围】职工基本医疗保险个人账户资金主要用于支付在定点医疗机构和定点零售药店就医，购买药品、医疗器械、医用耗材等发生的由个人负担的医药费用，具体使用范围按照国家、省有关规定执行。

参保职工家庭成员发生的符合个人账户资金使用范围的费用，可以通过个人账户家庭共济的方式从参保职工的个人账户支出。

个人账户可以用于缴纳本人及家庭成员参加大病保险、长期护理保险、城乡居民医疗保险等参保费用。

第十七条【失业人员待遇】在领失业金人员、灵活就业人员的各项职工基本医疗保险待遇按照在职职工标准执行。

第十八条【残疾军人待遇】残疾军人发生的符合规定的门诊和住院医疗费用，由基本医疗保险统筹基金结付 90%，个人自付 10%。

残疾军人发生的符合规定的住院医疗费用，由基本医疗保险统筹基金按 95% 的比例结付，个人自付 5%。

残疾军人因旧伤复发而发生的医疗费用，按工伤保险有关规定结付。

第十九条【登记缴费】用人单位应当自成立之日起三十日内按属地原则向当地医疗保障经办机构申请办理参保登记。职工与用人单位建立劳动关系后，用人单位应当自用工之日起三十日内为职工向医疗保障经办机构申请办理职工基本医疗保险参保登记，并按时足额缴纳医疗保险费，自缴费到账的次日起，参保人员享受职工基本医疗保险待遇。

第二十条【灵活就业人员待遇等待期】灵活就业人员参加我市职工基本医疗保险的，自缴费到账的次月1日起享受职工基本医疗保险待遇。

第二十一条【断缴处理】用人单位未按时足额缴费的，参保人员自未缴费当月起暂停计算参保缴费年限，次月起暂停享受基本医疗保险待遇。用人单位在3个月内足额补缴的，按规定享受基本医保待遇。

灵活就业人员未按时足额缴费的，自未缴费当月起暂停计算参保缴费年限，次月起暂停享受基本医疗保险统筹待遇。

参保职工暂停享受基本医疗保险待遇期间发生的医疗费用，可以按规定使用个人账户资金。

第二十二条【退休审批】职工依法办理退休手续、参加职工基本医疗保险的灵活就业人员达到国家规定的退休年龄时，参加职工基本医疗保险累计缴费年限（包含按照国家

规定认可的视同缴费年限和实际缴费年限) 男性满二十五年、女性满二十年的, 按照规定享受退休人员基本医疗保险待遇; 未达到规定年限的, 可以继续按月缴费至规定年限后享受退休人员基本医疗保险待遇, 继续缴费期间享受在职职工基本医疗保险待遇, 也可以按照规定一次性缴纳至规定年限后享受退休人员基本医疗保险待遇。

职工医保退休人员待遇享受地与职工基本养老保险待遇领取地不一致的, 或男满 60 周岁、女满 55 周岁的无职工基本养老保险待遇的我市职工医保参保人员, 其职工医保退休人员待遇享受条件由市医疗保障部门另行规定。

2023 年 6 月 1 日前已达到法定退休年龄并享受退休人员基本医疗保险待遇的参保人员, 适用我市原有缴费年限规定; 2023 年 6 月 1 日前已达到法定退休年龄尚未享受退休人员基本医疗保险待遇的参保人员, 按照《江苏省医疗保障条例》规定执行。

在我市全面实施基本医疗保险制度(2003 年 3 月)之前参加工作的参保职工, 其 2003 年 3 月之前的基本养老保险缴费年限可计算为职工基本医疗保险的视同缴费年限; 在全面实施基本医疗保险制度之后的医疗保险缴费年限仅指医疗保险实际缴费年限。纳入职工养老保险的被征地农民按规定换算的职工养老保险缴费年限, 可全部计算为职工基本医疗保险视同缴费年限。

第二十三条【转移接续】参加职工基本医疗保险的人员跨统筹地区流动就业，其职工基本医疗保险关系随同转移。省内其他统筹地区互认并累计计算职工基本医疗保险缴费年限；在省外参加职工基本医疗保险的人员到我市流动就业，其职工基本医疗保险缴费年限的认定和缴费年限计算，按照国家 and 省有关规定执行。

第二十四条【待遇衔接】职工基本医疗保险参保人员因跨统筹地区、在不同用人单位流动就业导致参保关系变动，或由单位职工转为灵活就业人员参保缴费的，在3个月内衔接并按时足额补缴医疗保险费，视作连续参保，参保缴费年限连续累计计算，期间发生的医疗费用按规定享受医保待遇。

第二十五条【生育保险】本市健全生育保险制度，实施生育支持措施。

用人单位及其职工应当参加生育保险，由用人单位按规定缴纳，职工个人不缴费。

生育保险和职工基本医疗保险按照国家规定合并实施。

第二十六条【生育保险待遇】生育保险待遇包括生育医疗费用、生育津贴和一次性营养补助。其中，生育医疗费用包括生育的医疗费用、计划生育的医疗费用以及法律、法规规定的其他项目费用。

生育津贴支付期限按照法律法规规定的产假、生育假期限执行，计发基数为职工所在用人单位上年度职工月平均工

资除以 30。

职工生育或者妊娠满 7 个月引产的，发给一次性营养补助，具体标准由市医疗保障部门会同相关部门确定后公布。

用人单位未按照规定办理医疗保险登记或者未按时足额缴纳生育保险费，其职工的生育保险待遇以及职工未就业配偶生育的医疗费用由用人单位按规定的待遇标准足额支付。

在领失业金人员、灵活就业人员的生育待遇，按照国家、省有关规定执行。

第三章 城乡居民基本医疗保险

第二十七条【参保范围】下列人员可以参加本市城乡居民基本医疗保险：

（一）达到法定退休年龄，未享受职工基本医疗保险待遇和异地基本医疗保险待遇的本市户籍居民（以下简称老年居民）。

（二）在劳动年龄范围内未参加职工基本医疗保险的本市户籍成年居民（以下简称其他居民）。

（三）在本市托育机构、幼儿园、小学、初中、高中、中专、特殊学校、技校与职校（不含大专段）就读的学生、儿童。具有本市户籍，年龄在 18 周岁以下的未在学校参保的少年儿童和婴幼儿，以及父母为本市户籍，在外地学校就

读的中小學生。以及符合規定的非本市戶籍 0-7 周歲未入學的學齡前兒童。

（四）在本市各類高等院校中接受普通高等學歷教育的全日制本科學生和非在職研究生、高職高專學生、技校與職校的大專段學生，以及在外地大學就讀的本市戶籍人員子女或本市戶籍人員（以下簡稱大學生）。

（五）被征地農民。

（六）符合規定的其他人員。

第二十八條【籌資標準】城鄉居民基本醫療保險費實行個人繳費和政府補貼相結合。籌資標準由市人民政府根據國家和省有關規定確定，其中個人繳費標準按照不同群體分別確定，每年調整公布。

醫療救助對象按規定參加城鄉居民醫療保險，由政府全額資助參保，個人免繳醫療保險費。

第二十九條【參保繳費】城鄉居民基本醫療保險費按年繳納，集中繳費期為每年的第四季度。城鄉居民在集中繳費期按時繳納城鄉居民基本醫療保險費的，自下一年度 1 月 1 日起享受城鄉居民基本醫療保險待遇；城鄉居民在非集中繳費期繳納城鄉居民基本醫療保險費的，應當一次性足額繳納個人全年繳費部分，在繳費到賬的次月 1 日起享受城鄉居民基本醫療保險待遇。

在校學生由學校在集中繳費期內統一辦理參保登記。大

学新生入学参保并缴纳次年保费的，自入学当年9月1日起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

新生儿应当在出生后3个月内办理参保缴费，自出生之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇。新生儿出生当年的参保费用由政府全额补贴。

第三十条【年限折算】达到法定退休年龄的参保职工，办理职工基本医疗保险退休待遇核定手续时，其以未就业居民按年缴费的苏州市城乡居民基本医疗保险缴费年限，可以按比例折算为职工基本医疗保险实际缴费年限。

第三十一条【居民门诊待遇】参保居民在定点医药机构发生的符合规定的普通门诊医疗费用，在规定限额以内由城乡居民基本医疗保险基金按比例支付。

我市加强对参保居民门诊慢性病、门诊特殊病的医疗保障，保障范围按照国家、省有关规定执行。

前款所称的规定限额和支付比例，由市医疗保障部门会同财政部门提出意见，报市人民政府审定后执行。

第三十二条【居民住院待遇】参保居民在结算年度内发生的符合规定的住院费用，在起付标准以上、最高支付限额以内的部分，由城乡居民基本医疗保险基金按比例支付。

参保居民在结算年度内住院与门诊特殊病、门诊慢性病医疗费用累计超过最高支付限额以上的部分，城乡居民医疗保险基金不再支付。

前款规定的起付标准、最高支付限额和支付比例，由市人民政府制定。

第三十三条【居民生育补助】参保居民生育的，城乡居民基本医疗保险基金按规定标准对其生育及产前检查费用予以补助。

第四章 大病医疗保险

第三十四条【大病保险参保范围】本市建立完善大病保险制度，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障。参加本市职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的人员，按照规定参加大病保险。

第三十五条【大病保险筹资】大病保险按年筹资，通过基本医疗保险基金划转、个人缴费、政府补助等渠道筹集。大病保险筹资标准和办法，由市人民政府按照国家和省有关规定确定。

职工大额费用医疗补助基金由参保职工按每人每月5元的标准缴纳。

第三十六条【大病保险待遇】参保人员在一个结算年度内发生的符合规定的住院、门诊等医疗费用，由基本医疗保险基金按规定支付后，个人负担超过大病保险起付标准以上、大病保险支付限额以内的部分，由大病保险基金和个人按照规定比例共同承担。

大病保险的保障范围、起付标准、支付限额和报销比例，

由市医疗保障部门按照国家和省有关规定确定。

第三十七条【职工大额医疗费用补助待遇】参保职工在结算年度内符合规定的住院和门诊特殊病等医疗费用，累计超过前款规定的最高支付限额以上的部分，由职工大额医疗费用补助基金结付 95%，个人自付 5%。

第五章 医疗救助

第三十八条【医疗救助制度】本市建立医疗救助制度，为符合条件的困难群众获得基本医疗服务提供保障。

第三十九条【医疗救助对象】医疗救助对象包括：

（一）经本市民政部门核定的最低生活保障对象、特困人员、困境儿童、低保边缘家庭成员、具有本市户籍的临时救助对象中的大重病患者、支出型困难家庭中的大重病患者、其他困难家庭重病重残对象；

（二）本市退役军人事务部门核定的享受国家定期抚恤补助的重点抚恤优待对象；

（三）总工会核定的本市特困职工救助对象；

（四）具有本市户籍，持有县级以上残疾人联合会核发的《中华人民共和国残疾人证》且等级达到视力、听力、言语、肢体一至二级，智力、精神一至四级，以及经市劳动能力鉴定委员会鉴定为已完全丧失或者大部分丧失劳动能力的残疾人员；

（五）享受民政部门定期定量生活补助费的 20 世纪 60

年代精减退职职工；

（六）市人民政府规定的其他特殊困难人员。

第四十条【医疗救助基金来源】医疗救助基金通过财政预算安排、福利彩票公益金资助、社会捐赠等渠道筹集，纳入财政专户，实行专账核算、专项管理。

第四十一条【医疗救助方式】县级以上地方人民政府应当对医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分给予全额补助。

县级以上地方人民政府应当对医疗救助对象经过基本医疗保险、大病医疗保险保障后由个人负担的符合规定的医疗费用给予补助。救助标准由市人民政府按照国家 and 省有关规定确定。

第六章 其他医疗保障

第四十二条【补充医疗保险】鼓励用人单位建立补充医疗保险，用于本单位参保人员个人负担过重部分的补助。补充医疗保险资金从用人单位成本中列支。

第四十三条【商业保险】本市积极发展商业医疗保险，满足人民群众多元医疗保障需求。鼓励个人购买商业医疗保险。鼓励用人单位为职工购买商业医疗保险。

引导和支持商业保险公司开发面向所有基本医疗保险参保人员，不设置健康状况、既往病史等限制投保条件，保费与个人疾病风险脱钩，体现普惠公益导向和便捷理赔原则，

与基本医疗保险相衔接的商业医疗保险产品。

职工基本医疗保险参保人员可以使用个人账户余额购买符合本条第二款规定的商业医疗保险产品。

第四十四条【社会参与】支持医疗互助有序规范发展。鼓励工会等群团组织开展医疗互助。

鼓励和引导社会力量通过捐赠、设立基金、志愿服务等方式开展慈善医疗救助。

本市建立健全困难群众高额医疗费用综合保障机制，在基本医疗保障、大病保险、医疗救助制度基础上，综合运用商业医疗保险、医疗互助和慈善救助等方式，降低困难群众医疗费用负担。

第四十五条【长护险参保对象】本市建立完善长期护理保险制度，建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金、服务保障。

参加本市职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的人员，按照规定参加长期护理保险。

第四十六条【长护险筹资】长期护理保险基金通过个人缴费、职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险统筹基金划转筹集。筹资标准和办法，由市人民政府按照省、市有关规定执行。

第四十七条【长护险待遇】参保人员因年老、疾病、伤

残等导致失能，生活不能自理，经过一段时间治疗病情稳定后，需要长期护理的，经失能评定和资格认定，可享受长期护理保险待遇。

长期护理保险待遇包括机构护理补贴、居家护理补贴及辅助器具租赁补贴等。

第四十八条【公务员医疗补助】由财政全额拨款的机关事业单位的公务员和参照公务员管理的工作人员在参加职工基本医疗保险的基础上，按有关规定享受国家公务员医疗补助。

第七章 医疗保障基金

第四十九条【基本要求】医疗保障基金包括基本医疗保险（含生育保险）基金、医疗救助基金等。

医疗保障基金执行国家统一的会计制度、财务制度和基金预决算制度，存入财政专户，专款专用，任何组织和个人不得侵占、挪用。

大病保险基金、长期护理保险基金参照医疗保障基金管理。

第五十条【税务机关征缴】税务机关应当依法按时足额征收用人单位和灵活就业人员应当缴纳的职工基本医疗保险费，按照规定按年征收城乡居民基本医疗保险费，并及时将征缴信息通报医疗保障部门。

第五十一条【不予退还】参保人员进入待遇享受期后，

除另有规定外，已缴纳的医疗保险费不予退还。

第五十二条【暂停享受待遇】在暂停享受医疗保险待遇期间，参保人员发生的医疗费用按下列方式承担：

（一）因参保人员未按时足额缴费等原因造成暂停享受医疗保险待遇的，由参保人员自行承担；

（二）因用人单位未按时足额缴纳医疗保险费造成该单位职工暂停享受医疗保险待遇的，医疗费用中按规定可由医疗保险基金支付的费用由用人单位承担。

第五十三条【不得重复享受】参保人员在不同统筹地区或者不同医疗保险险种间重复参保的，待遇不得重复享受。在本市同时参加职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的，享受职工基本医疗保险待遇。

第五十四条【一次性支取】参保人员出国定居、死亡的，医疗保障经办机构应当按照规定及时终止参保关系。参保关系终止的，本人、继承人可以申请一次性支取个人账户余额。个人账户超支使用的，应当予以补足。

参保人员被判刑收监的，自判决生效次月起中止医疗保险关系，中止期间不享受基本医疗保险待遇。

第五十五条【风险准备金】本市建立基本医疗保险基金风险准备金制度。风险准备金按职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险基金收入的5%计提，达到上年度基金月平均支付水平或者上年度出现收不抵支时不再计提。风险准备金

列入财政专户管理，按险种分别核算，专款专用。

风险准备金的使用由市医疗保障部门提出，经财政部门审核后，报同级人民政府备案。

风险准备金主要用于以下情形：

（一）发生突发性流行疾病造成的大范围参保人员抢救所需医疗费用；

（二）因自然灾害等不可抗力造成的大范围参保人员伤害以及急危重病人抢救所需医疗费用；

（三）社会基本医疗保险基金出现收不抵支时；

（四）其他造成大范围参保人员就医所需医疗费用情况。

第五十六条【市级统筹】职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险实行市级统筹。基本医疗保险（含生育保险）基金、大病保险基金实行市级统收统支和市级社保基金财政专户管理。

建立基本医疗保险基金风险分担机制，市、县级市（区）两级人民政府在基本医疗保险基金出现支付不足时，按照规定的比例共同承担补贴责任，保障基本医疗保险基金稳健运行。

第五十七条【不纳入管理】下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金、大病保险基金支付范围：

（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;
- (五) 国家规定不予支付的其他费用。

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, 属于基本医疗保险基金支付范围的费用由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后, 有权向第三人追偿。

第八章 医药管理

第五十八条【基本医疗管理】基本医疗保险基金支付实行目录管理。符合基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等目录(以下统称基本医疗保险目录)的医疗费用, 由基本医疗保险基金支付。

基本医疗保险目录的支付规则、支付标准, 按照国家、省规定确定, 并适时调整。

第五十九条【医保支付方式】本市对定点医疗机构实行总额预算管理下的多元复合医保支付方式。

第六十条【医联体支付】本市按照国家、省规定对紧密型医疗卫生共同体实施按总额付费, 加强监督考核, 实行结余留用、合理超支分担。

第六十一条【定点管理】本市按照国家规定实行医疗机构和零售药店医疗保障定点管理。医疗保障经办机构与符合条件的医药机构签订医疗保障服务协议, 将其确定为定点医

药机构。

市医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划、参保人员用药需求等确定本市定点医药服务的资源配置。

第六十二条【分级分类管理】本市对定点医药机构实行分类分级管理。根据定点医药机构的执业范围、医疗保险管理水平和基金使用绩效考核等因素，将定点医疗机构分为 A、B、C、D 四级，将定点零售药店分为 B、C、D 三级，按规定可以使用不同范围的基本医疗保险基金，并实行升、降级管理，具体办法由市医疗保障行政部门制定。

（一）A 级定点医疗机构可以使用职工个人账户资金、职工基本医疗保险统筹基金和城乡居民基本医疗保险统筹基金；

（二）B 级定点医疗机构和定点零售药店可以使用职工个人账户资金，以及职工基本医疗保险统筹基金和城乡居民基本医疗保险统筹基金中用于门诊统筹和门诊特殊病（慢性病）的部分；

（三）C 级定点医疗机构和定点零售药店可以使用职工个人账户资金，以及职工基本医疗保险基金中门诊统筹的一定限额；

（四）D 级定点医疗机构和定点零售药店可以使用职工个人账户资金。

定点救助医疗机构可以按规定使用社会医疗救助基金。

第六十三条【政策配套】医疗保障部门应当制定与分级诊疗制度相适应的配套政策，制定医疗费用结算管理办法。

第六十四条【医药服务】定点医疗机构应当规范执行基本医疗保险药品等目录，按照规定提供医药服务，执行实名就医和购药管理规定，优先配备、使用列入基本医疗保险目录的药品和医用耗材，为参保人员提供必要、合理的基本医疗服务，做到因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药、规范收费，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率。

定点零售药店应当按照药品和医疗保险相关规定为参保人员提供药品销售服务。

经批准开展互联网医药服务的实体定点医药机构与医疗保障经办机构签订补充协议后，其提供的网上医药服务所产生的费用，符合基本医疗保险基金支付范围的，由基本医疗保险基金按照规定支付。

第六十五条【处方销售】定点零售药店凭符合规定的定点医疗机构开具的外配处方销售医保目录内药品，药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品，参保人员发生的符合规定的费用可以纳入医保统筹基金支付范围。

第六十六条【数据保障】医疗保障行政部门、经办机构、服务网点应当规范数据管理和应用权限，建立健全全流程数据安全管理制度，加强数据安全和信息保护教育培训，采取

相应的技术措施和其他必要措施，保护信息和数据安全。

医疗保障定点医药机构应落实医疗保障信息管理要求，遵守医疗保障信息技术规范，贯彻相应技术接口标准、数据标准。将其有关信息系统与医疗保障信息系统有效对接，全面准确及时传送医疗保障相关数据和信息。

第六十七条【创新药品目录】市医疗保障部门推荐符合条件的创新药品纳入国家医保目录，推荐创新医疗器械纳入省医保目录。

本市采取措施，加大对创新药品和医用耗材、创新医疗服务项目的医保支付支持力度。鼓励定点医疗机构技术创新，配备使用技术领先、疗效显著的创新药品和医疗器械。

定点医疗机构在国家医保药品目录更新发布后，根据临床需求及时配备使用相应的国谈药品

第六十八条【公开交易】公立医疗机构使用药品、医用耗材应当按照规定通过阳光采购监管平台公开交易，不得违反规定线下采购、线下议价，不得虚构采购数据。公立医疗机构应当参加集中带量采购，执行采购结果，优先使用中选药品和医用耗材。

鼓励非公立医疗机构、定点零售药店参加集中带量采购。

第六十九条【价格管理】公立医疗机构提供的基本医疗服务项目实行政府指导价管理。特需医疗服务和试行期内新增医疗服务项目实行市场调节价，由公立医疗机构按照规定

报市医疗保障部门。非公立医疗机构提供的医疗服务项目实行市场调节价。

依法实行市场调节价的药品和医用耗材，以及医疗服务应当按照公平、合法、质价相符、诚实守信的原则形成价格。

纳入医保定点的医药机构的药品和医用耗材，以及医疗服务价格按照定点协议管理。

医疗机构应当执行医疗服务价格政策，依法公示收费标准。

第七十条【数据共享】本市依法推动医疗保障数据共享运用，在维护数据安全、保护个人信息和商业秘密前提下，推动建立医疗保障数据共享机制和使用平台，支持医疗保障数据在保险、医疗、医药等领域的合规运用。

本市支持将创新性强、疗效确切、临床急需的创新药品和医疗器械纳入商业健康保险支付范围。

第九章 公共服务和监督管理

第七十一条【服务体系】本市建立健全全市统一的医疗保障公共服务体系，配备与服务的参保人员数量相匹配的专业化、职业化人员，实现医疗保障公共服务全覆盖。

医疗保障行政部门、医疗保障经办机构与人力资源社会保障行政部门、社会保险经办机构应当加强协作，通过信息互通、数据共享等方式，实现基本医疗保险、社会保险参保登记等服务事项一站办理、联合办理。

医疗保障部门可以委托商业银行、商业保险机构办理相关医疗保障经办业务。受委托的单位应当将相关经办数据与医疗保障经办机构共享。

第七十二条【结算机制】本市建立健全基本医疗保险、大病医疗保险、医疗救助等相衔接的医疗费用一单制直接结算机制。

参保人员在定点医药机构发生的医疗费用中应当由医疗保障基金支付的部分，由医疗保障经办机构与定点医药机构直接结算；因下列特殊情况不能直接结算的，参保人员可以向医疗保障经办机构申请手工、零星报销：

（一）职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险人员异地就医未联网刷卡结算，发生符合医疗保险结付规定的医疗费用；

（二）因突发急、危、重病，就近在医疗机构发生的符合医疗保险结付规定的医疗费用；

（三）户籍或学籍在外地的本市参保学生，在其户籍或学籍地发生的符合医疗保险规定的医疗费用。

（四）参保患者异地就医使用“双通道”管理及单独支付药品发生的符合规定的费用，纳入异地就医直接结算；非直接结算的，由个人现金垫付后，回参保地零星报销。

（五）符合省、市医疗保险规定、需报销结付的其他费用。

报销手续应当在医疗费用发生时的结算年度内办理，需要跨年度报销的，可延长至下一结算年度末。参保人员发生的上述医疗费用，列入办理报销结付手续的年度累计。

第七十三条【异地就医直接结算】医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当优化异地就医公共服务，规范异地就医备案手续，提高备案办理效率，合理调整异地就医结算待遇；加强异地就医直接结算监测工作，完善异地就医基金监管机制。

第七十四条【行政执法】本市健全完善医疗保障基金监督管理机制，根据履行维护医疗保障基金安全职责的需要，加强执法队伍和能力建设。医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作。

医疗保障行政部门应当根据医疗保障基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素，确定检查重点，组织开展专项检查。

第七十五条【执法检查】医疗保障行政部门对定点医药机构规范执行医疗保险规定的情况进行行政执法检查。

医疗保障经办机构按照协议，对定点医药机构的服务质量、管理水平、医疗费用控制、价格合理、参保人员满意度等协议执行情况进行日常管理。

第七十六条【参保人员就医管理】医疗保障行政部门建立参保人员就医管理制度。医疗保障经办机构对参保人员日

就医次数及其发生的医疗保险费用进行实时监测，发现异常或者超出规定范围的，应当书面告知参保人员。告知后发生的医疗保险费用仍处于异常或超出规定范围的，医疗保障经办机构可以按规定改变医疗保险费用结算方式。

医疗保障经办机构采取改变医疗保险费用结算方式措施的，应当通知参保人员，并对其就医情况及时进行审核。经审核未发现有违反医疗保险规定行为的，应当恢复即时结算。

第七十七条【记分管理】医疗保障经办机构对定点医药机构涉及医疗保障基金使用的相关工作人员违反医疗保障法律法规和服务协议、违背服务承诺的行为，按照国家、省和市规定实施记分管理。

第十章 法律责任

第七十八条【法律责任】违反本办法规定，法律、法规、规章已有处罚规定的，从其规定。

第七十九条【信用惩戒】市医疗保障行政部门依法建立健全医疗保障信用评价体系，根据信用评价结果实施分级分类监督管理。医疗保障行政部门应当按照国家、省和市有关规定，将医疗保障领域公共信用信息纳入公共信用信息系统，依法实施守信激励和失信约束。

第十一章 附 则

第八十条【词义解释】 本办法所称的“以上”、“以

下”、“以内”，包括本数；所称的“超过”，不包括本数。

第八十一条【结算年度】本办法所称职工基本医疗保险的结算年度按自然年度计算。

第八十二条【离休待遇】离休干部医疗费用统筹管理办法由市医疗保障部门会同财政部门、老干部局制定。

第八十三条【施行日期】本办法自 202X 年 XX 月 XX 日起施行。