

(以下附錄節錄自東莞市人民政府的網站，全文可參閱
<http://xxgk.dg.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/cndg/s1271/201309/679836.htm>)

附 錄

东莞市人民政府令
第 135 号

《东莞市社会基本医疗保险规定》已经市人民政府同意，现予发布。

市长 袁宝成
东莞市人民政府
2013年9月12日

东莞市社会基本医疗保险规定

第一章 总 则

第一条 为建立健全本市社会医疗保险制度，保障参保人的基本医疗待遇，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规，结合本市实际，制定本规定。

第二条 本市实行多层次的社会医疗保险制度。
政府建立社会基本医疗保险（以下简称“基本医疗保险”）制度和补充医疗保险制度。
基本医疗保险实行“住院统筹”和“社区门诊统筹”相结合的形式。

第三条 基本医疗保险的建立遵循城乡一体、全民医疗保障的原则；坚持“广覆盖、保基本、可持续”的基本原则；坚持属地管理、因地制宜、量力而行的原则。
基本医疗保险基金的使用遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则。

第四条 基本医疗保险水平必须与本市经济社会发展水平和各方面承受能力相适应。基本医疗保险由市人民政府统一实施，运用行政、经济、法律等手段保证基本医疗保险基金的筹集和支付。

市人民政府可根据本市经济发展水平、社会收入水平、医疗消费水平以及基本医疗保险基金支出情况，对基本医疗保险基金筹集标准和支付标准等作相应调整。

市人民政府在基本医疗保险基金出现支付不足时，给予补贴。

第五条 基本医疗保险制度改革应与医药卫生体制改革同步推进，以基本医疗保险推动医药卫生体系完善，促进医药卫生资源的优化配置，提高资源的利用效率，合理控制医疗服务成本和提高医疗服务质量。

第六条 市社会保险行政部门主管并负责组织实施基本医疗保险工作，社会保险经办机构负责具体经办。

市社会保险监督委员会掌握、分析基本医疗保险基金收支、管理和投资运营情况，对基本医疗保险工作提出咨询意见和建议，实施社会监督。

市财政部门应加强对基本医疗保险基金财政专户的监督管理。

市审计部门应对基本医疗保险基金收支情况和管理情况进行审计。

市卫生部门应加强对定点医疗机构的监督管理，将执行基本医疗保险规定纳入定点医疗机构综合目标管理的考核内容。

市物价部门应加强对定点医药机构执行国家和省、市医疗服务和药品价格政策的监督。

市食品药品监督管理部门应加强对定点医药机构药品质量的监督。

市发改、税务、民政、工商、教育等有关部门及镇（街）政府按照各自职能协同实施本规定。

第二章 参保范围

第七条 按规定参加基本医疗保险的用人单位和参保人有缴纳基本医疗保险费的义务，参保人有按规定享受基本医疗保险待遇的权利。

本规定所称用人单位，是指本市行政区域内所有国家机关、事业单位、社会团体、企业、民办非企业单位、个体经济组织。

本规定所称参保人，是指已参加基本医疗保险的人员。

第八条 下列人员应当参加本市基本医疗保险：

（一）本市行政区域内所有用人单位的在职人员；

（二）本市户籍的城乡居民及灵活就业人员；

（三）按月领取本市养老待遇及失业保险待遇的人员；

（四）本市行政区域内各类全日制普通高等学校（包括民办高校）、科研院所、中等职业教育院校的非本市户籍全日制在校学生（以下简称“大中专学生”）；

（五）其他按属地原则应当在本市参加基本医疗保险的人员。

非本市户籍参保职工在本市中（小）学校（含托幼机构）就读的子女（以下简称“中小学生”）可参照本规定参加基本医疗保险。

第三章 基金的筹集与管理

第九条 基本医疗保险基金实行全市统筹，按国家和省市有关规定筹集、管理和核算。

第十条 基本医疗保险费按“多方筹资，财政补贴”的原则，以上年度全市职工月平均工资为基数，按住院 2%、社区门诊 1%的费率建立全市基本医疗保险基金。

各类参保人的基本医疗保险费缴费比例及财政补贴比例如下：

（一）以职工身份参保的缴费费率，住院部分单位 2%；社区门诊部分单位 0.3%，个人 0.5%，市、镇（街）财政补贴 0.2%。

灵活就业人员缴费标准参照职工缴费标准确定，其中单位缴费部分由个人缴纳。

(二)以城乡居民身份参保的缴费费率，住院部分个人 1%，市镇（街）财政补贴 1%；门诊部分个人 0.5%，市、镇（街）财政补贴 0.5%。

大中专学生及中小学生缴费标准参照城乡居民缴费标准确定，其中大中专学生缴费财政补贴部分由市财政承担，省属学校按省有关规定执行。

第十一条 以职工身份参加基本医疗保险的人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限男性不少于 30 年、女性不少于 25 年，且在本市实际缴费年限累计不少于 10 年的，退休后不再缴纳基本医疗保险费。退休时未达到规定年限的，可以缴至规定年限。

基本医疗保险缴费年限按参保人实际缴费月数计算。

本规定实施前以职工身份参加基本医疗保险的缴费年限累计计算。

以城乡居民身份参加基本医疗保险的，暂不执行本条款规定，对应的缴费年限暂不纳入其以职工身份参加基本医疗保险的累计缴费年限。

第十二条 基本医疗保险费由社会保险费征收机构按月征收。职工个人缴纳的基本医疗保险费，由用人单位从其工资中代扣代缴；个体经济组织从业人员、灵活就业人员等可以委托银行代扣代缴；城乡居民由村（居）民委员会代收代缴；大中专学生及中小学生由所在学校代收代缴。

第十三条 用人单位及参保人应按月足额缴纳基本医疗保险费。连续中断缴费超过 3 个月的，视为重新参保。

基本医疗保险费不得减免。

第十四条 用人单位发生依法解散、撤销、破产时，必须按国家有关法律法规的规定，与工资同等顺序清偿欠缴的基本医疗保险费，并缴足本单位依法应当承担责任的的基本医疗保险费。

第十五条 基本医疗保险基金来源为：

- (一) 用人单位、参保人缴纳的基本医疗保险费；
- (二) 基本医疗保险费的利息；
- (三) 财政补贴；
- (四) 依法应纳入基本医疗保险基金的其他收入。

第十六条 基本医疗保险基金及其运营收益、基本医疗保险各项待遇，按国家规定免征税、费。

基本医疗保险基金的银行计息办法，按国家有关规定执行。

第十七条 基本医疗保险基金全部纳入财政专户，实行收支两条线管理，专款专用，不得挤占挪用。基本医疗保险基金依法实行预决算制度，其收支、使用、管理依法接受监督。

第四章 待遇

第十八条 基本医疗保险基金实行全市统筹使用，用于支付参保人符合规定的社区门诊、住院、特定门诊及生育医疗费用等基本医疗保险待遇。

第十九条 参保人连续参保并足额缴费满 2 个月的，从参保缴费第 3 个月起可按规定享受社区门诊、住院及特定门诊基本医疗保险待遇；连续参保并足额缴费满 12 个月的，从参保缴费第 13 个月起可按规定享受生育医疗费用待遇。

达到法定退休年龄的城乡居民，及达到法定退休年龄且符合本规定第十一条缴费年限规定的参保职工，可享受退休基本医疗保险待遇。

符合参保条件的新生儿出生后 7 个月内参保并足额缴费的，从出生之日起至完成参保缴费手续期间可享受住院及特定门诊基本医疗保险待遇，参保次月起可按规定享受各项基本医疗保险待遇。

第二十条 参保人停保，从停保的次月起停止享受基本医疗保险待遇。

第二十一条 符合本市医疗服务收费标准、本市社会保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围以及本市基本医疗保险就医管理、特殊检查、特殊治疗和特定门诊等相关规定的本基本医疗保险费用，可按规定从基本医疗保险基金中支付。

第二十二条 社区门诊统筹实行社区首诊、逐级转诊及双向转诊制度。

参保人在选定的定点社区卫生服务机构就医发生符合规定的基本医疗费用，基本医疗保险基金按 70% 支付。

首诊社区卫生服务机构可根据病情诊治需要为参保人办理转诊。转诊到本镇（街）定点社区卫生服务中心，发生符合规定的基本医疗费用，基本医疗保险基金按 70% 支付；转诊到镇（街）定点医院门诊部或定点专科医院门诊部的，发生符合规定的基本医疗费用，基本医疗保险基金按 60% 支付；转诊到市内三级定点医院门诊部的，发生符合规定的基本医疗费用，基本医疗保险基金按 50% 支付；转诊到其他医疗机构所发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

参保人直接到本镇（街）定点社区卫生服务中心门诊抢救，发生符合规定的基本医疗费用，基本医疗保险基金按 70% 支付；直接到选定的定点社区卫生服务机构及本镇（街）定点社区卫生服务中心以外的市内医疗机构门诊抢救，发生符合规定的基本医疗费用，基本医疗保险基金按 60% 支付。

参保人在选定的定点社区卫生服务机构服务时间外，因急诊直接到本镇（街）定点社区卫生服务中心就医，发生符合规定的基本医疗费用，基本医疗保险基金按 70% 支付。

第二十三条 参保人因疾病住院发生的在起付标准以上的基本医疗费用，由基本医疗保险基金按分段累计办法支付。

（一）基本医疗保险起付标准按市内、外医院等级确定为：市内三级医院 1300 元，二级医院 800 元，一级及以下医院 500 元；市外三级医院 2000 元，二级医院 1500 元，一级及以下医院 1000 元。

参保人每次住院发生的基本医疗费用在起付标准以下的，由个人支付。

（二）参保人每次住院发生的起付标准以上部分的基本医疗费用按以下分段比例计算，在最高支付限额以内支付：

1. 在一级定点医疗机构住院的，基本医疗费用不足或等于 5 万元的，按 95% 支付；5 万元以上，不足或等于 10 万元的，按 75% 支付；10 万元以上，不足或等于 15 万元的，按 55% 支付；15 万元以上的，按 45% 支付。符合享受退休基本医疗保险待遇的人员，上述各段支付比例增加 5 个百分点；

2. 在二级定点医疗机构住院的，各段支付比例减少 5 个百分点；
3. 在市内三级定点医疗机构住院的，各段支付比例减少 10 个百分点；
4. 在市外三级定点医疗机构住院的，各段支付比例减少 15 个百分点。

(三) 参保人因疾病需要住院治疗应首先选择市内定点医疗机构，经市内首诊医疗机构诊治，确因病情需要转院的，应由市内首诊医疗机构按规定转院。属急诊抢救的除外。

1. 参保人因病情需要由市内首诊医疗机构按规定转院到定点医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例按本条第(二)项执行；转院到非定点医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第(二)项基础上减少 15 个百分点。

2. 未按有关转院规定自行选择市内其他定点医疗机构或市外定点医疗机构住院的，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第(二)项基础上减少 15 个百分点；自行到户籍所在地的非本市定点医疗机构住院的，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第(二)项基础上减少 30 个百分点；自行到其他非定点医疗机构住院的，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第(二)项基础上减少 50 个百分点。

第二十四条 参保人发生的特定门诊基本医疗费用，在其病种基本医疗费用限额及基本医疗保险年度最高支付限额内，由基本医疗保险基金按 75% 支付。符合享受退休基本医疗保险待遇的人员，上述支付比例增加 5 个百分点。

特定门诊病种目录及费用限额等有关规定由市社会保险行政部门另行制定。

第二十五条 基本医疗保险基金累计支付参保人因疾病发生的住院及特定门诊医疗费用，不超过本人参保期内最高支付限额。本人参保期内最高支付限额根据参保人连续参保缴费时间确定：

- (一) 参保时间不足 6 个月的，期内发生的基本医疗费用最高支付限额为 1 万元；
- (二) 参保时间满 6 个月不足 1 年的，期内发生的基本医疗费用最高支付限额为 2 万元；
- (三) 参保时间满 1 年不足 2 年的，期内发生的基本医疗费用最高支付限额为 5 万元；
- (四) 参保时间满 2 年不足 3 年的，期内发生的基本医疗费用最高支付限额为 10 万元；
- (五) 参保时间满 3 年以上的，以后每年度内发生的基本医疗费用最高支付限额为 20 万元。

第二十六条 女性参保人连续参保并足额缴费满 12 个月，且符合国家、省、市计划生育有关政策，按规定在计生部门申报登记人口计生信息并接受计划生育技术管理服务的，生育后可按以下标准享受生育医疗待遇：经产道分娩一次性计发 2000 元，剖宫产一次性计发 3500 元。

参保男职工连续参保并足额缴费满 12 个月后，其未就业配偶可享受同等生育医疗费用待遇。

第二十七条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- (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) 国家和省规定的其他不予支付的项目。

第二十八条 参保人同一次就医不得在两个及以上基本医疗保险统筹地区同时享受基本医疗保险待遇。

基本医疗保险待遇不得重复申领。

第五章 医疗、医药管理

第二十九条 基本医疗保险有关医药服务实行定点医疗机构（含定点社区卫生服务机构）和定点零售药店管理。

定点医疗机构和定点零售药店的社会保险定点资格由市社会保险行政部门审查确定，经审查符合条件的定点医药机构，可与社会保险经办机构签订服务协议。

第三十条 市社会保险行政部门根据国家、省有关规定制定社会保险药品目录、诊疗项目及医疗服务设施范围，并会同有关部门建立健全定点医疗机构和定点零售药店监督管理及评价、医疗保险费用结算、社会保险医师管理等配套制度。

第三十一条 定点医疗机构和定点零售药店必须严格遵守国家和省、市基本医疗保险各项规定，遵守协议约定，遵守职业道德规定和技术规范，根据参保人的病情需要提供相关的基本医疗服务，不得擅自增设收费项目和提高收费标准，不得分解和重复收费，应保障参保人享受基本医疗服务。

定点医疗机构、定点零售药店提供的超出收费标准的医药费用，以及使用未经有关部门核定的新技术、新项目、新药品发生的医药费用，基本医疗保险基金不予支付。

第三十二条 定点医疗机构的工作人员必须严格按基本医疗保险范围提供基本医疗服务，遵守诊疗常规等各项医疗规章制度，合理诊疗、合理用药、优质服务。需给参保人进行特殊检查、特殊治疗或转诊转院的，必须按规定程序办理。需提供超出基本医疗保险范围的医疗服务和用药时，须向参保人说明并征得其书面同意。否则，由此发生的医疗费用基本医疗保险基金和参保人不予支付。

第三十三条 对参保人的合理基本医疗费用，市社会保险经办机构与定点医疗机构、定点零售药店按“总额控制、定额结算”方式进行结算。

市社会保险经办机构与定点医疗机构对参保人转院发生的基本医疗费用按照“逐级转院、费用分担”的原则进行结算。

第三十四条 参保人应持本人有效的“社会保障卡”、身份证等身份证明材料在我市定点医疗机构、定点零售药店就医、购药，所发生的医药费用，属个人自费的部分，由个人支付，其他由社会保险经办机构与定点医疗机构、定点零售药店按规定结算。

在非定点医疗机构发生的住院或特定门诊医疗费用，先由参保人垫付，再由社会保险经办机构审核并按规定支付。

第三十五条 社会保险行政部门及社会保险经办机构可查阅定点医疗机构、定点零售药店的全部诊治资料及财务会计账目资料。

第六章 法律责任

第三十六条 市社会保险行政部门依据评价结果对定点医疗机构、定点零售药店及其工作人员给予相应奖励或处理。对评价结果不合格或严重违反服务规范的定点医疗机构或定点零售药店，按照有关管理规定进行处理。

第三十七条 定点医疗机构、定点零售药店违反与社会保险经办机构所签协议的，依照有关约定追究其违约责任。

第三十八条 定点医疗机构、定点零售药店的工作人员因违反基本医疗保险规定造成基本医疗保险基金不合理支付的，市社会保险行政部门应当扣回不合理支付的费用，并可依据约定解除有关人员的医疗保险医师服务协议。

第三十九条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险基金支出的，依据《中华人民共和国社会保险法》第八十七条、第八十八条的规定，责令退回骗取的医疗保险金，并处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。属于社会保险服务机构的，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。

第四十条 社会保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由市社会保险行政部门责令其改正；给社会保险基金、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：

- (一) 未履行社会保险法定职责的；
- (二) 未将社会保险基金存入财政专户的；
- (三) 克扣或者拒不按时支付社会保险待遇的；
- (四) 丢失或者篡改缴费记录、享受社会保险待遇记录等社会保险数据、个人权益记录的；
- (五) 有违反社会保险法律、法规的其他行为的。

第七章 附 则

第四十一条 本规定所称的基本医疗是指符合国家和省市有关社会保险用药、诊疗项目、医疗服务设施范围等各项规定的医疗服务，由此产生的医疗费用称为基本医疗费用。

第四十二条 因突发性疾病流行和自然灾害等原因导致大范围急、危、重病人抢救及治疗所产生的医疗费用，由市人民政府综合协调解决。

第四十三条 离休人员、老红军医疗待遇问题按现行政策执行。

一至六级残疾军人医疗待遇问题按国家和省有关规定执行。

第四十四条 参保职工跨统筹地区流动就业时，其基本医疗保险关系转移按国家和省有关规定办理。

第四十五条 本规定实施前已享受退休基本医疗保险待遇的人员，可继续享受退休基本医疗保险待遇。其中，已经完成一次性预缴的人员，不再缴纳基本医疗保险费；目前仍在按月

缴纳基本医疗保险费的退休人员，可按在职职工标准，选择一次性缴足所缺年限的基本医疗保险费或继续按月缴纳。

第四十六条 本规定实施后，市社会保险行政部门负责做好本规定与原综合基本医疗保险有关政策的衔接过渡工作。

第四十七条 本规定由市社会保险行政部门负责解释。市社会保险行政部门根据本规定制定实施细则及相关配套管理办法。

第四十八条 本规定从 2013 年 10 月 1 日起实施，有效期至 2018 年 9 月 30 日。《东莞市职工基本医疗保险暂行规定》（1999 年东莞市人民政府令第 21 号）、《关于建立东莞市社会基本医疗保险制度的通知》（东府〔2008〕51 号）、《关于提高东莞市社会基本医疗保险待遇的通知》（东府〔2008〕145 号）、《关于调整我市社会基本医疗保险待遇标准的通知》（东府办〔2011〕78 号）同时废止。本市其他基本医疗保险文件与本规定相抵触的，以本规定为准。