

(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/s1271/201309/679832.htm>)

附錄

# 東莞市 人 民 政 府 文 件

東府〔2013〕117號

## 關於印發《東莞市重大疾病醫療保險試行辦法》 和《東莞市補充醫療保險辦法》的通知

各鎮人民政府（街道辦事處），市府直屬各單位：

現將《東莞市重大疾病醫療保險試行辦法》和《東莞市補充醫療保險辦法》印發給你們，請認真貫徹執行。

東莞市人民政府  
2013年9月11日

### 東莞市重大疾病醫療保險試行辦法

第一條 為有效減輕我市社會基本醫療保險參保人的重大疾病醫療費用負擔，進一步健全我市多層次醫療保障體系，根據《關於開展城鄉居民大病保險工作的指導意見》（發改社會〔2012〕2605號）、《廣東省人民政府辦公廳關於印發開展城鄉居民大病保險工作實施方案（試行）的通知》（粵辦函〔2013〕134號）等文件精神 and 要求，結合我市實際，制定本辦法。

第二條 本辦法所指重大疾病醫療保險（以下簡稱“大病保險”）是指由本市社會基本醫療保險延伸出來、對參保人因患重大疾病超出社會平均承受能力的經濟負擔給予再次補償，或對參保人因意外傷害而產生的醫療費用按規定給予補償的一種機制。

第三條 參加我市社會基本醫療保險的參保人，同時參加大病保險；未參加社會基本醫療保險的參保人不能單獨參加大病保險。

第四條 市社會保險行政部門負責大病保險政策的指導和檢查。大病保險實行全市統籌，參照社會基本醫療保險基金的管理方式，由社會保險經辦機構負責實施。

第五條 大病保險資金直接從社會基本醫療保險上年或歷年結餘基金中劃轉，用人單位和參保人不再另行繳費。

大病保險的籌資標準不超過上年社會基本醫療保險基金徵收總額的5%。

大病保險可接受公益慈善等多渠道來源的資金。

第六條 大病保險資金參照社會基本醫療保險的管理方式進行年度核實，納入社會保險基金財政專戶，實行統一管理、分科列賬，專款專用，任何組織和個人不得侵佔或者挪用。

每年度大病保险资金结余部分返还社会基本医疗保险基金。大病保险政策性亏损可先由社会基本医疗保险累计结余基金垫付或从下年度的大病保险资金中列支。垫付资金报请市人民政府同意列支后，从社会基本医疗保险累计节余基金中作支出处理。

第七条 大病保险待遇按“以收定支、收支平衡”的原则确定。

第八条 参保人参加社会基本医疗保险并符合社会基本医疗保险享受待遇条件的，可按规定同步享受大病保险待遇。

第九条 大病保险起付标准为 3.5 万元。参保人年度内自付的合规医疗费用（含住院和特定门诊费用）累计超过大病保险起付标准以上的部分，由大病保险资金按规定支付。

第十条 大病保险资金年度累计支付参保人因疾病发生的住院和特定门诊医疗费用，不超过本人参保期内最高支付限额。本人参保期内年度最高支付限额根据参保人连续参保缴费时间确定：

（一）参保时间满 2 个月不足 6 个月的，期内发生的合规医疗费用最高支付限额为 10 万元；

（二）满 6 个月不足 1 年的，期内发生的合规医疗费用最高支付限额为 15 万元；

（三）满 1 年不足 2 年的，期内发生的合规医疗费用最高支付限额为 20 万元；

（四）满 2 年不足 3 年的，期内发生的合规医疗费用最高支付限额为 25 万元；

（五）满 3 年以上的，以后每年度发生的合规医疗费用最高支付限额为 30 万元。

大病保险期内最高支付限额与社会基本医疗保险期内最高支付限额分别核算。

第十一条 大病保险合规医疗费用，在最高支付限额以内按以下分段比例支付：

超过起付标准，不足或等于 10 万元的合规医疗费用，支付 60%；

超过 10 万元的合规医疗费用，支付 70%。

第十二条 参保人因意外伤害住院产生的基本医疗费用，由大病保险资金按规定支付。起付标准、支付比例、可报项目范围及自付比例、最高支付限额等参照社会基本医疗保险住院基本医疗待遇有关规定执行。

其中，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，大病保险资金先行支付后，有权向第三人追偿。

第十三条 市社会保险行政部门可根据社会基本医疗保险基金的收支、社会收入水平、医疗消费水平变化情况和大病保险运行情况及相关政策，对大病保险的筹资及待遇标准提出调整方案，报市人民政府批准后执行。

第十四条 社会保险经办机构应为参保人提供“一站式”服务，支付参保人社会基本医疗保险待遇的同时，及时足额支付参保人大病保险待遇。

第十五条 参保人在能够开展本市社会基本医疗保险即时结算的医疗机构发生的符合大病保险支付范围的医疗费用，可凭本人有效就医凭证进行即时结算；在不能开展即时结算的医疗机构发生的符合大病保险支付范围的医疗费用，先由本人垫付现金，待医疗终结后凭有效医疗发票、出院小结和费用清单等必需资料，到社会保险经办机构办理核付手续。

第十六条 本办法所指合规医疗费用，指参保人在医疗机构就医发生的符合本市社会保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围、重大疾病支付项目范围及社会基本医疗保险相关规定的医疗费用。参保人违规降报费用以及非医疗相关的费用不属于合规医疗费用。

第十七条 本办法由市社会保险行政部门负责解释。

市社会保险行政部门可根据本办法制定实施细则，确保本办法顺利实施。待条件成熟后可通过招标交由商业保险机构承办。

第十八条 本办法自 2013 年 10 月 1 日起实施，有效期至 2015 年 12 月 31 日。

## 东莞市补充医疗保险办法

### 第一章 总 则

第一条 为进一步完善本市多层次的基本医疗保障体系,满足参保人不同层次的医疗需求,根据《中华人民共和国社会保险法》及省、市基本医疗保险有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称补充医疗保险是本市多层次医疗保障体系的重要组成部分，是结合我市实际情况，建立的地方性基本医疗保险制度。

第三条 本办法适用于本市行政区域内已参加本市社会基本医疗保险（以下简称“基本医疗保险”）的用人单位、村（社区）及个人。

第四条 本办法所称补充医疗保险包括医疗保险个人账户（以下简称“医保个帐”）和住院补充医疗保险两部分。

在参加本市基本医疗保险的基础上，用人单位或村（社区）可以单位、村（社区）为单位参加住院补充医疗保险；条件许可的用人单位或村（社区）在参加住院补充医疗保险的基础上，可选择同时参加医保个帐，按规定缴纳相关医疗保险费，并享受相应的医疗保险待遇。

第五条 市社会保险行政部门可根据本市经济社会发展、医疗消费水平和补充医疗保险基金收支情况，对补充医疗保险缴费及待遇标准进行调整，报市人民政府批准后执行。

第六条 补充医疗保险按“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则建立。

第七条 补充医疗保险由市社会保险行政部门负责组织实施和管理，社会保险经办机构负责具体经办。

第八条 补充医疗保险参照本市基本医疗保险有关规定进行监督管理。

### 第二章 基金筹集和管理

第九条 补充医疗保险费与基本医疗保险费同时缴纳，由社会保险费征收机构按月征收。

第十条 住院补充医疗保险费按上年度本市城镇在岗职工月平均工资的 2%征收，职工由用人单位按月缴纳，城乡居民等由个人按月缴纳。

医保个帐按本人工资收入的 4.5%征收，职工由用人单位和参保职工共同承担，用人单位缴纳 3%，职工个人缴纳 1.5%；城乡居民等其他人员参加医保个帐，按上年本

市城乡居民年人均可支配收入（或年人均纯收入）核定医保个帐缴费基数，缴费比例参照职工标准执行。其中，单位缴费部分由个人承担。

第十一条 以职工身份参加补充医疗保险的人员达到法定退休年龄时，补充医疗保险累计缴费年限男性不少于30年、女性不少于25年，退休后不再缴纳补充医疗保险费。退休时未达到规定年限的，可以缴至规定年限。

补充医疗保险缴费年限按参保人在本市实际缴费月数计算，住院补充医疗保险和医保个帐年限分别累计计算。

以城乡居民身份参加补充医疗保险的，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补充医疗保险的累计缴费年限。

本办法实施前参加原综合基本医疗保险的缴费年限可视同补充医疗保险缴费年限累计计算，本办法实施后参加补充医疗保险的人员缴费年限计算办法另行制定。

第十二条 参加补充医疗保险的用人单位、村（社区）或个人应当按月足额缴纳补充医疗保险费，不得减免。

连续中断缴费超过3个月的，视为重新参保。

第十三条 住院补充医疗保险费全数纳入住院补充医疗保险统筹基金（以下简称“住院补充保险基金”）；医保个帐缴费先划入参保人本人医保个帐，余额建立医疗保险个人账户基金（以下简称“医保个帐基金”）。

第十四条 住院补充保险基金和医保个帐基金构成补充医疗保险基金，纳入社会保险基金财政专户，实行统一管理，分科列账，可调剂使用。

### 第三章 待遇

第十五条 参保人连续足额缴纳住院补充医疗保险费满6个月的，从第7个月起可享受住院补充医疗保险待遇。

参加医保个帐的，从缴费当月起可享受医保个帐待遇。

达到法定退休年龄的城乡居民及达到法定退休年龄且达到本办法第十一条规定缴费年限的参保职工，可享受退休补充医疗保险待遇。

第十六条 参加住院补充医疗保险的参保人可按以下规定享受补充医疗保险待遇：

（一）参保人因疾病住院发生符合社会保险药品目录、诊疗项目及医疗服务设施范围的基本医疗费用，在享受社会基本医疗保险待遇的同时，由补充医疗保险基金按以下分段比例进行补助：

5万元以上，不足或等于10万元的，补助20%；

10万元以上，不足或等于15万元的，补助30%；

15万元以上，不超过基本医疗保险最高支付限额所对应基本医疗费用的，补助40%。

（二）参保人因疾病住院发生的基本医疗费用，超过基本医疗保险最高支付限额所对应基本医疗费用的，由补充医疗保险基金按以下分段比例进行补助：

不足或等于10万元的，补助85%；

10万元以上的，补助70%。

(三) 对符合享受基本医疗保险生育医疗待遇的参保女职工，一次性支付生育津贴 1500 元，已领取独生子女证的，再一次性支付独生子女津贴 800 元；符合国家和省、市计划生育政策及相关计生管理要求且已领取独生子女证的参保男职工，一次性支付假期工资津贴 280 元。

(四) 参保人因特定门诊补充病种发生的符合规定的基本医疗费用，由补充医疗保险基金补助 75%，符合享受退休补充医疗保险待遇的人员增加 5 个百分点。特定门诊补充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。

第十七条 医保个帐按下列方式建立：

职工个人缴纳部分全部划入医保个帐，用人单位缴纳部分按职工年龄分段划入医保个帐。其中，45 周岁以下的职工，按本人工资的 2.5% 划入；45 周岁（含本数）以上的职工，按本人工资的 2.8% 划入。

符合享受退休补充医疗保险待遇的人员，按本单位职工平均工资的 4.5% 划入，全部由医保个帐基金划入。

城乡居民等其他人员，医保个帐的划入比例参照上述标准，计算基数为本办法第十条规定的城乡居民医保个帐缴费基数，其中应由单位缴费划入部分全部由个人缴费划入。

第十八条 医保个帐资金用于支付本人及家庭成员在本市社会保险定点医药机构发生的规定范围内的医药费用，以及预防接种、健康体检等相关费用；余额超过 1000 元时，超出部分可用于支付住院自费医疗费用。

第十九条 医保个帐资金实行按月划入，实账管理。医保个帐余额按国家有关规定计息，本、息为本人所有，可结转、继承，不得提取现金或挪作他用。

第二十条 符合享受退休补充医疗保险待遇的异地就医人员的医保个帐资金通过银行每月划入本人社会保障卡的金融账户，由本人自行管理使用。

第二十一条 参保人死亡的，其医保个帐余额按法定程序继承。无人继承的，其医保个帐余额返还医保个帐基金。

第二十二条 参保人可凭本人社会保障卡上的医保个帐与定点医药机构进行有关费用结算。因特殊情况未能正常使用医保个帐的，可先垫付现金，后持发票、医药费用清单及本人身份证等资料到社会保险经办机构办理冲卡，从医保个帐余额中将相应资金划转到本人社会保障卡上的金融账户中。

第二十三条 医保个帐资金转移办法按国家和省有关规定执行。

#### 第四章 附 则

第二十四条 补充医疗保险的参保、停保、人员变更等由本市社会保险经办机构按有关规定办理。

第二十五条 补充医疗保险的费用结算、付费方式及就医管理等参照本市基本医疗保险的有关规定执行。

第二十六条 本办法实施前已完成一次性预缴的原综合基本医疗保险参保人，不再另行缴纳补充医疗保险费，已预缴的费用余额中的住院补充及医保个帐部分随之转入住院补充保险基金和医保个帐基金，继续享受退休补充医疗保险待遇。

本办法实施前已完成一次性预缴的原社会基本医疗保险参保人参加补充医疗保险，应按本办法规定缴纳补充医疗保险费。

原东莞市职工住院补充医疗保险结余基金和综合基本医疗保险统筹基金及医保个帐相应余额分别转入住院补充保险基金和医保个帐基金。社会保险行政部门及经办机构做好新旧办法实施的衔接过渡。

第二十七条 本办法由市社会保险行政部门负责解释。市社会保险行政部门可根据本办法制定实施细则，确保本办法顺利实施。

第二十八条 本办法自 2013 年 10 月 1 日起实施，有效期至 2018 年 9 月 30 日。《东莞市职工补充医疗保险试行办法》（东府办〔1999〕157 号）同时废止。