

(以下附錄節錄自中華人民共和國東莞市人民政府的網站，全文可參閱  
<http://app.dg.gov.cn/u/solicitation/0C0E6AD8F35E5C7418E6257962DE8B1A>)

附錄

## 关于公开征求《东莞市社会医疗保险办法（征求意见稿）》意见的公告

为进一步增强政府立规工作的透明度，提高制度建设质量，促进科学民主决策，现将市社保局起草的《东莞市社会医疗保险办法（征求意见稿）》全文公布，公开征求意见。

社会公众提出建议和意见的，请于2018年8月7日前向东莞市法制局提交。具体提交的途径如下：

1. 邮寄至东莞市鸿福路99号东莞市法制局规范性文件管理科（邮政编码：523888）；
2. 电话/传真：(0769) 22831398；
3. 电子邮箱：dgsfzj@126.com。

提交意见请留下姓名和联系方式，以便作进一步联系。

东莞市法制局  
2018年7月23日

## 东莞市社会医疗保险办法 (征求意见稿)

### 第一章 总 则

**第一条【目的】** 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》等法律法规精神，结合本市实际，制定本办法。

**第二条【制度框架】** 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”）、重大疾病医疗保险（以下简称“大病保险”）和补充医疗保险。

补充医疗保险包括住院补充医疗保险和医疗保险个人账户（以下简称“医保个账”）两部分。

**第三条【建立原则】** 社会医疗保险的建立遵循覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的原则。

**第四条【基金使用原则】** 社会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。

**第五条【实施保证】** 社会医疗保险由市人民政府统一实施，市人民政府运用行政、经济、

法律等手段保证社会医疗保险基金的筹集和支付。

**第六条【调整原则】** 社会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。

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

市人民政府在社会医疗保险基金出现支付不足时，给予补贴。

**第七条【与医改同步推进】** 社会医疗保险制度改革应与医药卫生体制改革同步推进，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。

**第八条【部门职责】** 市社会保险行政部门主管并负责组织实施社会医疗保险工作，社会保险经办机构负责具体经办及管理。

市社会保险监督委员会依法对社会医疗保险基金收支、管理、服务和投资运营情况实施社会监督。

市财政部门应加强对社会医疗保险基金财政专户的监督管理以及社会医疗保险基金预决算的监督管理。

市审计部门应对社会医疗保险基金收支情况和管理情况进行审计。

市卫生行业主管部门应加强对定点医疗机构的监督管理，将执行社会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（园区）政府按照各自职能协同实施本办法。

各村（社区）居民委员会、学校等应当分别按规定办理本辖区城乡居民、在校学生社会医疗保险的有关事务。

## 第二章 参保及缴费

**第九条【参保范围】** 下列人员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职工；
- （二）本市户籍的城乡居民；
- （三）本市行政区域内未达到法定退休年龄的无雇工个体工商户、本市户籍未达到法定退休年龄且未在用人单位参加基本医疗保险的灵活就业人员；
- （四）按规定在本市参加养老保险的其他人员；
- （五）其他按规定应当在本市参加基本医疗保险的人员。

**【非户籍学生参保】** 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”），连续参加本市基本医疗保险并足额缴费满一年以上的参保职工在本市义务教育阶段及高中阶段学校就读的非本市户籍子女（以下简称“中小學生”）可参照本市户籍城乡居民规定参加基本医疗保险。

**第十条【同步参加大病保险】** 参加本市基本医疗保险的参保人，同时参加大病保险，未参加本市基本医疗保险的人员不得单独参加大病保险。

**第十一条【补充险参保条件】** 在参加本市基本医疗保险的基础上，可以用人单位、村（社区）为单位统一选择参加住院补充医疗保险；已参加住院补充医疗保险的用人单位或村（社区）可选择为全部或部分人员参加医保个账。

无雇工的个体工商户、灵活就业人员由个人选择参加补充医疗保险；大中专学生、中小學生，由所在学校统一选择参加补充医疗保险。

未参加本市基本医疗保险的人员不得单独参加补充医疗保险，未参加住院补充医疗保险的人员不得单独参加医保个账。

**第十二条【基本险筹资标准】** 基本医疗保险按上年度全市职工月平均工资的3%按月征收，其中：职工由用人单位承担2.3%，个人承担0.5%，财政补贴0.2%；城乡居民由个人承担1.5%，财政补贴1.5%；财政补贴部分由市、镇街（园区）财政按市政府规定比例分担。

无雇工的个体工商户、灵活就业人员参照职工缴费标准确定，其中单位缴费部分由个人承担。

大中专学生及中小學生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，低保、重度残疾的大中专学生参保所需个人缴费部分由市财政给予补贴。

**第十三条【大病保险资金来源】** 大病保险资金从基本医疗保险上年或历年结余基金中划转，用人单位和参保人不另行缴费。

**第十四条【住院补充缴费标准】** 住院补充医疗保险按上年度全市职工月平均工资的2%按月征收，职工由用人单位承担，按月缴纳；城乡居民、无雇工的个体工商户、灵活就业人员等其他人员由个人承担，按月缴纳。

**第十五条【个账缴费标准】** 医保个账按本人工资收入的4.5%按月征收，职工由用人单位和职工共同承担，用人单位缴纳3%，职工个人缴纳1.5%；城乡居民、无雇工的个体工商户、灵活就业人员等其他人员参加医保个账，按上年度全市医保个账参保人员月平均缴费工资核定缴费基数，缴费比例参照职工标准执行，用人单位缴费部分由个人承担。

本人工资收入由用人单位按职工本人工资收入按月申报，最低不低于上年度全市在岗职工月平均工资的60%，最高不高于上年度全市在岗职工月平均工资的300%。

**第十六条【规定缴费年限】** 参保人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，不再缴纳社会医疗保险费，可按规定享受相应社会医疗保险待遇。

社会医疗保险缴费年限按参保人实际缴费月数计算。

基本医疗保险、住院补充医疗保险和医保个账缴费年限分别累计计算。

**第十七条【未达规定缴费年限】** 达到法定退休年龄未达到第十六条规定缴费年限，按国家和省有关规定符合继续在本市享受基本医疗保险待遇的人员，可继续缴至规定年限。其中职工或参照职工标准缴费的人员，可一次性缴足规定年限或继续按月缴至规定年限；其他人员继续按月缴纳。

参加基本医疗保险、住院补充医疗保险的人员，选择一次性缴足规定年限的，以办理一次

性缴费时上年度全市职工月平均工资为缴费基数；选择继续按月缴费的，以上年度全市职工月平均工资为缴费基数。

参加医保个账的人员，选择一次性缴足规定年限的，以办理一次性缴费时上年度全市医保个账参保人员月平均缴费工资为缴费基数；继续按月缴费的，以上年度全市医保个账参保人员月平均缴费工资为缴费基数；选择继续按月缴费且原用人单位继续聘用的人员，以本人工资为缴费基数。

选择一次性缴纳所缺年限社会医疗保险费或继续按月缴纳所缺年限社会医疗保险费的人员，各部分缴费均须同时足额缴纳，方可享受相应社会医疗保险待遇。

**第十八条【征收】** 社会医疗保险费由社会保险费征收机构按月征收。在职职工缴纳的社会医疗保险费，由用人单位从其工资中代扣代缴；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；无雇工的个体工商户、灵活就业人员及其他无单位人员委托银行代扣代缴。

**第十九条【手续办理】** 参保、停保、人员变更等手续，职工由用人单位负责办理，城乡居民由所属村（社区）负责办理，大中专学生及中小学生由所在学校负责办理，无雇工的个体工商户、灵活就业人员及其他无单位人员由个人到所在镇街（园区）社会保险经办机构办理。

**第二十条【中断缴费】** 用人单位及参保人应按时按月足额缴纳社会医疗保险费。

用人单位或参保人连续2个月中断缴费或未足额缴纳社会医疗保险费的，社会保险经办机构暂停支付该参保人的社会医疗保险待遇；用人单位或参保人按规定补缴所欠社会医疗保险费和滞纳金后，视同连续参保，期间相关社会医疗保险待遇可按规定支付。连续3个月及以上中断缴费或未足额缴费的，中断缴费或未足额缴费期间发生的一切医疗经济责任由用人单位或参保人承担，恢复正常足额缴纳社会医疗保险费后，其社会医疗保险待遇按新参保人员有关规定计算，并重新计算连续参保缴费时间。

在本市参加基本医疗保险实际缴费年限累计达到10年以上的非本市户籍人员，因转换工作等原因导致中断缴费的，可由个人到社会保险经办机构申报缴费，接续基本医疗保险关系，单位缴费部分由个人承担。

**第二十一条【停保】** 参保人停保的，从办理停保的次月起停止缴纳社会医疗保险费，并终止社会医疗保险待遇，停保前已缴纳的社会医疗保险费不予退还。

停保后3个月内办理续保的，视同连续参保；停保超过3个月的，视为重新参保，按新参保人员有关规定享受社会医疗保险待遇，并重新计算连续参保缴费时间。停保前的缴费年限计入累计缴费年限。

**第二十二条【用人单位解散】** 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社会医疗保险费，并缴足本单位依法应当承担责任的的社会医疗保险费。

### 第三章 基金管理

**第二十三条【全市统筹】** 社会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。

**第二十四条【基本险基金】** 用人单位和参保人缴交的基本医疗保险费及财政补贴全部纳入基本医疗保险基金。

**第二十五条【基本险基金管理】** 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。

**第二十六条【大病资金管理】** 大病保险的筹资标准原则上不超过上年度基本医疗保险基金征收总额的5%，大病保险筹集资金总额按公开招标结果执行。

大病保险筹集资金总额由市社会保险经办机构按合同约定按季度划拨至大病保险承办机构，大病保险资金管理实行专户管理、独立核算、专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

**第二十七条【补充险基金管理】** 用人单位和参保人缴交的住院补充医疗保险费全部进入住院补充医疗保险基金。医保个账实行实账管理,医保个账缴费先划入参保人本人医保个账，余额建立医疗保险个人账户基金（以下简称“医保个账基金”）。住院补充医疗保险基金和医保个账基金构成补充医疗保险基金，实行统一管理，分科列账，可调剂使用。

**第二十八条【基金来源】** 社会医疗保险基金来源为：

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

**第二十九条【免征税费】** 社会医疗保险基金及其运营收益、社会医疗保险各项待遇，按国家规定免征税、费。

**第三十条【计息办法】** 社会医疗保险基金（包括医保个账余额）的银行计息办法，按国家有关规定执行。

## 第四章 待 遇

**第三十一条【储备期】** 参保人连续参保并按时足额缴纳基本医疗保险费满2个月的，从参保缴费的第3个月起按规定享受基本医疗保险待遇，并同步享受大病保险待遇。

连续参保并按时足额缴纳住院补充医疗保险费满6个月的，从第7个月起按规定享受住院补充医疗保险待遇。参加医保个账的，从缴费当月起按规定享受医保个账待遇。

**第三十二条【基金支付范围】** 参保人发生的符合本市社会保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围以及本市社会医疗保险就医管理、医疗服务价格管理等相关规定的基本医疗费用，可按规定从社会医疗保险基金中支付。

**第三十三条【社区门诊】** 基本医疗保险建立社区门诊统筹，实行社区首诊、逐级转诊及双向转诊制度。

（一）**【社区门诊就医点确定】** 社会保险经办机构按属地就近原则确定参保地村（社区）辖区对应的一家定点社区卫生服务机构为该区域参保人的社区门诊就医点。

参保人因户籍迁移、工作单位变更或用人单位迁移等导致参保地变更，其社区门诊就医点

随参保地变更。

同一自然年度内，参保人可在本镇街（园区）定点社区卫生服务机构范围内申请变更一次社区门诊就医点，变更后当年无特殊情况不得再次变更。

在同一镇街（园区）范围内申请变更社区门诊就医点的，须持本人社会保障卡和身份证等有效身份证明材料到接收方定点社区卫生服务站申请变更，接收方定点社区卫生服务站核准后为其办理变更手续。

在同一镇街（园区）范围内因居住地或工作单位变更等特殊需再次变更的，须持本人社会保障卡、身份证及工作单位证明或在居住地居住的有效证明材料到本镇街（园区）定点社区卫生服务中心申请变更，本镇街（园区）定点社区卫生服务中心核准后为其办理变更手续。

参保人居住地与本人社区门诊就医点所在地不在同一镇街（园区），需将社区门诊就医点变更至居住地的，须持本人社会保障卡、身份证及在居住地居住的有效证明材料，到居住地所在镇街（园区）社区卫生服务中心申请变更，居住地所在镇街（园区）社区卫生服务中心核准后为其办理变更手续。

社区门诊就医点变更当月办理，次月生效。参保人申请变更社区门诊就医点后，其社区门诊就医点不再随参保地变更而变更，确需再次变更，并符合变更条件的，可提供户籍迁移或单位变更等相关资料按上述变更手续办理。

（二）【**辅助就医点**】工作地（含就学所在地，下同）或居住地不在其社区门诊就医点服务范围内的参保人，可申请增加工作地或居住地对应的一家定点社区卫生服务机构为社区门诊就医点，其中一个作为辅助就医点。

增加辅助就医点手续按上述变更手续办理，当月办理，次月生效，有效期 12 个月。需继续申请该辅助就医点的，需于到期前 3 个月内办理确认手续；到期后未办理确认手续的，视同放弃辅助就医点。

参保人在辅助就医点就医和在其社区门诊就医点就医同等享受规定的基本医疗保险待遇。

**第三十四条【社区门诊统筹待遇】** 参保人在其社区门诊就医点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。按规定签订家庭医生服务协议的参保人（以下简称“签约参保人”）按 75% 支付。

**第三十五条【社区转诊】** 参保人在其社区门诊就医点就医，主诊医生可根据病情诊治需要为参保人办理转诊，转诊到本镇街（园区）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，签约参保人按 75% 支付；转诊到镇街（园区）定点医疗机构门诊部或定点专科门诊部发生的基本医疗费用，按 50% 支付；转诊到本市三级定点医疗机构门诊部发生的基本医疗费用，按 35% 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。

**第三十六条【社区门诊急诊抢救】** 参保人在定点社区卫生服务机构服务时间外，因急诊直接到本镇街（园区）定点社区卫生服务中心就医发生的基本医疗费用，基本医疗保险基金按 70% 支付，签约参保人按 75% 支付。

参保人因急、危重病就近在本市医疗机构门诊抢救产生的基本医疗费用，基本医疗保险基金按 70% 支付，签约参保人按 75% 支付。

除本办法第三十五、三十六条规定情形外，自行到社区门诊就医点以外的医疗机构就医不

得享受社区门诊统筹待遇。

**第三十七条【特定门诊待遇】** 参保人按照特定门诊规定发生的基本医疗费用，在其病种基本医疗费用限额内，由社会医疗保险基金按 75% 支付。达到法定退休年龄且达到第十六条规定缴费年限的参保人，上述支付比例增加 5 个百分点。

特定门诊实行病种目录及基本医疗费用年度限额管理，按月核定，不跨自然年度使用，从申报之月起核定当年实际支付限额，最高不超过该病种当年剩余月数限额。

基本医疗保险特定门诊病种目录及年度基本医疗费限额见附件 1。

补充医疗保险特定门诊病种目录及年度基本医疗费限额见附件 2。

参保人患有基本医疗保险特定门诊病种目录范围内疾病时可申报基本医疗保险特定门诊待遇；参加住院补充医疗保险的参保人患有补充医疗保险特定门诊病种目录范围内疾病时可申报补充医疗保险特定门诊待遇。参保人同时患有同一险种的两种以上（含两种）特定门诊疾病时，年度基本医疗费限额以实际支付限额最高的病种为基础，增加 2000 元/年，按月核定。

参保人同时申报基本医疗保险和补充医疗保险特定门诊病种的，分别按基本医疗保险和补充医疗保险独立核算费用限额。

特定门诊待遇与社区门诊统筹待遇不得重复享受。

**第三十八条【特定门诊申报】** 患特定门诊病种目录范围内疾病的参保人可凭相关疾病诊治资料向社会保险经办机构申报特定门诊待遇。经批复享受特定门诊待遇的参保人，可同时选定两家定点医疗机构及一家定点零售药店作为特定门诊选定医药机构，在其特定门诊选定医药机构就医购药发生的，与其批复的特定门诊病种诊治相关的基本医疗费用，可享受特定门诊待遇。

参保人选定特定门诊医疗机构时，应在本市定点医疗机构范围内进行选择，病情需要确需到市外就医的，可选择一家已接入本省异地就医结算平台的本省省会三级医疗机构。

**第三十九条【特定门诊续审】** 市社会保险经办机构每年制定并公布特定门诊续审办法，对已批复享受特定门诊待遇的参保人进行年度复核，确定下年度是否继续享受特定门诊待遇，续审通过后可继续享受该特定门诊待遇。

社会保险经办机构对参保人特定门诊申报、续审的有关资料进行审核，对申报、续审有关资料不全或病情需要进一步核实的，可要求参保人进一步提供资料或到定点医疗机构进行复查确认，参保人及医疗机构应当予以配合。

参保人未按规定办理续审、不配合社会保险经办机构进行复查、病情已发生变化不再符合特定门诊病种范围或享受待遇条件的，社会保险经办机构可终止其相应的特定门诊待遇。

**第四十条【基本险住院待遇】** 参保人因疾病住院发生的起付标准以上的基本医疗费用，由基本医疗保险基金按以下规定在基本医疗保险最高支付限额以内进行支付。

（一）【起付标准】参保人每次住院起付标准按市内、外医疗机构等级确定为：市内三级医疗机构 1300 元，二级医疗机构 800 元，一级及以下医疗机构 500 元；市外三级医疗机构 2000 元，二级医疗机构 1500 元，一级及以下医疗机构 1000 元。

14 周岁以下的儿童起付标准按上述标准的 50% 确定。

参保人在本市定点医疗机构范围内连续住院（出院后次日内办理入院）且符合转院规定的，连续计算起付标准，按转诊前后最高等级医疗机构的起付标准确定。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)【**基本险支付比例**】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，由基本医疗保险基金按以下年度累计分段支付：

1.在本市一级定点医疗机构住院的，基本医疗费用不足或等于 8 万元的，按 95%支付；8 万元以上，不足或等于 16 万元的，按 85%支付；16 万元以上，按 75%支付；

2.在本市二级定点医疗机构住院的，各段支付比例依次为 90%、80%、70%；

3.在本市三级定点医疗机构住院的，各段支付比例依次为 85%、75%、65%；

达到法定退休年龄且达到第十六条规定缴费年限的参保人，上述各段支付比例增加 5 个百分点。

(三)【**转院待遇**】参保人因疾病需要住院治疗应首先选择本市定点医疗机构，经本市首诊医疗机构诊治，确因病情需要转院的，应由本市首诊定点医疗机构按规定转诊。

符合以下情形之一，转院到本市定点医疗机构或已接入本省异地就医结算平台的本省省会三级医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例按本条第(二)项同级标准执行；转院到其他已接入本省异地就医结算平台或国家跨省异地就医结算平台(以下统称为“异地就医结算平台”)的医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第(二)项同级基础上减少 15 个百分点；转院到未接入异地就医结算平台的医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第(二)项同级基础上减少 30 个百分点：

1.属本市首诊医疗机构多次检查会诊仍未确诊的疑难病症，需转往上级或专科医疗机构诊治；

2.病情严重且本市首诊医疗机构无条件(无设备或技术等)进行的检查治疗项目或无足够条件诊治抢救，需转往上级或专科医疗机构诊治。

3.诊断明确、经过治疗病情稳定转入恢复期的可转往下级或专科医疗机构诊治。

符合转院诊治情形的参保人，先由本市定点医疗机构主诊医生提供病历摘要，提出转诊理由，按规定程序核准登记备案后出具有效转院证明。对于急、危重病例可视病情先行转院，但应于 3 天内补办转院手续。转院证明当次有效，有效期 30 天。

【**继续治疗**】因患恶性肿瘤，已在市外医疗机构进行住院放、化疗或手术治疗且需在该医疗机构继续进行住院治疗的参保人，可凭该医疗机构进行住院放、化疗或手术治疗的有关诊治资料向社会保险经办机构提出市外医疗机构继续治疗申请，社会保险经办机构核准后，按转院支付相关待遇。

(四)【**自行就医**】参保人未经本市定点医疗机构首诊或未按本条第(三)项规定转院、未按规定申请异地就医登记备案，自行选择其他医疗机构住院，属本市其他定点医疗机构的，基本医疗保险基金各段支付比例按本条第(二)项同级规定支付；属已接入本省异地就医结算平台的本省省会三级医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第(二)项同级基础上减少 15 个百分点；属已接入异地就医结算平台的其他医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第(二)项同级基础上减少 30 个百分点；属未接入异地就医结算平台的医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第(二)项同级基础上减少 40 个百分点。

(五)【**高收费病区**】在医疗机构高收费病区住院的，参保人如能提供与普通病区费用差价的，则按普通病区收费标准计报；不能提供的，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第(二)



项同级基础上减少 40 个百分点。

按本条第（四）、（五）项规定减少支付的医疗费用不纳入大病保险、住院补充医疗保险支付范围。

**第四十一条【护理院住院待遇】** 符合规定在定点护理院住院发生的基本医疗费用，由基本医疗保险基金按本办法第四十条规定支付。

在定点护理院以外的护理院住院发生的医疗费用，社会医疗保险基金不予支付。

**第四十二条【日间手术】** 符合规定的日间手术、日间放化疗等特殊治疗以及家庭病床等基本医疗费用纳入本市社会医疗保险基金支付范围。

**第四十三条【大病保险待遇】** 参保人年度内住院发生的经基本医疗保险核付后属个人负担的医疗费用及特定门诊发生的经基本医疗保险或补充医疗保险核付后属个人负担的医疗费用，累计达到大病保险起付标准后，由大病保险资金按以下规定在大病保险最高支付限额以内进行支付：

（一）大病保险起付标准为 3 万元。参保人个人负担的医疗费用中，以下费用不纳入计算大病保险起付标准及大病保险支付范围：

- 1.参保人住院或特定门诊就医过程中产生的与诊疗无关的费用；
- 2.本市社会保险药品目录、诊疗项目及医疗服务设施范围规定不予支付的营养保健性医药及材料项目费用；
- 3.按本办法第四十条第<四>、<五>项规定减少支付的基本医疗费用；
- 4.因其他违规违法行为导致不予支付或减少支付的医疗费用。

（二）参保人个人负担的医疗费用累计超过大病保险起付标准以上且符合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社会医疗保险就医管理、医疗服务价格管理等相关规定的部分，不足或等于 10 万元的，由大病保险资金支付 60%；超过 10 万元的，大病保险资金支付 70%。

**第四十四条【最高支付限额】** 基本医疗保险基金及大病保险资金年度累计支付参保人因疾病发生的住院及特定门诊基本医疗费用，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）参保缴费时间满 2 个月不足 1 年的，期内发生的基本医疗费用，基本医疗保险年度最高支付限额为 3 万元，大病保险年度最高支付限额为 15 万元；

（二）参保缴费时间满 1 年不足 2 年的，期内发生的基本医疗费用，基本医疗保险年度最高支付限额为 5 万元，大病保险年度最高支付限额为 20 万元；

（三）参保缴费时间满 2 年以上的，以后每年度内发生的基本医疗费用，基本医疗保险年度最高支付限额为上年度全市职工年平均工资的 8 倍，大病保险年度最高支付限额为上年度全市职工年平均工资的 10 倍。

**第四十五条【困难群体待遇】** 经本市有关主管部门认定的特困供养人员、建档立卡的贫困人员及最低生活保障对象，其大病保险待遇的起付标准、最高支付限额及支付比例按以下标准执行：

（一）特困供养人员，起付标准为 6000 元，不设年度最高支付限额；超过起付标准，不足或等于 10 万元的基本医疗费用，支付 80%；超过 10 万元的基本医疗费用，支付 85%；

(二) 建档立卡的贫困人员、最低生活保障对象，起付标准为 9000 元，不设年度最高支付限额；超过起付标准，不足或等于 10 万元的基本医疗费用，支付 70%；超过 10 万元的基本医疗费用，支付 75%。

**第四十六条【意外伤害】** 参保人因意外伤害住院产生的基本医疗费用，由大病保险资金按本办法第四十条规定支付，个人自付的基本医疗费用可按本办法第四十三条规定享受大病医疗待遇。

年度内大病保险资金支付参保人大病医疗待遇及意外伤害医疗待遇的限额独立核算。其中，支付意外伤害医疗待遇的限额不超过其基本医疗保险参保期内最高支付限额。

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。

**第四十七条【补充险住院待遇】** 参加住院补充医疗保险的参保人每次住院发生的按基本医疗保险、大病保险规定核付后属个人负担的符合社会保险药品目录、诊疗项目及医疗服务设施范围规定部分支付或全部支付项目的医疗费用，由补充医疗保险基金按以下年度累计分段支付：不足或等于 10 万元的，补助 90%；10 万元以上的，补助 75%。

**第四十八条【医保个账划入】** 参加医保个账的参保人，按下列方式建立医保个账，按月划拨：

职工个人缴纳部分全部划入医保个账，用人单位缴纳部分按职工年龄分段划入医保个账：45 周岁以下的职工，按本人缴费基数 2.5% 划入；45 周岁（含本数）以上的职工，按本人缴费基数 2.8% 划入。城乡居民、无雇工的个体工商户、灵活就业人员等其他人员，医保个账的划入比例参照上述标准，其中应由单位缴费划入部分全部由个人缴费划入。

达到法定退休年龄且医保个账缴费年限达到第十六条规定缴费年限的人员，按上年度全市医保个账参保人员月平均缴费工资的 4.5% 划入，全部由医保个账基金划入。

**第四十九条【医保个账使用范围】** 医保个账由本人管理使用，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医药费用、预防接种、健康体检、本市家庭医生签约服务费及购买商业健康保险等相关费用。

医保个账与社会医疗保险基金不重复支付。

**第五十条【医保个账其他规定】** 参加医保个账的用人单位或个人停保、中断缴费或未足额缴费的，从停保、中断缴费或欠费的当月起停止享受医保个账待遇，其医保个账余额可继续使用。

医保个账余额本、息为本人所有，可结转、继承，不得违规提取现金或挪作他用。

参保人死亡的，其医保个账余额按法定程序继承。

**第五十一条【急诊抢救】** 参保人因急、危重病就近在非本市定点医疗机构急诊住院发生的住院基本医疗费用，可按在本市同级定点医疗机构住院的待遇标准支付。

参保人因急、危重病就近在非本市医疗机构门诊抢救无效死亡产生的基本医疗费用，基本医疗保险基金按 70% 支付。

**第五十二条【新生儿待遇】** 符合参保条件的新生儿出生后 7 个月内（从出生次月起计）参保并补缴出生到办理参保期间基本医疗保险费（指本金）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医疗保险待遇，出生之日起至 7 个月内大病保险起付标准参照

第四十五条第（二）项执行。

**第五十三条【异地就医】** 符合以下范围的长期异地定居或工作的参保人，可到本市社会保险经办机构办理异地就医备案手续，申请异地就医：

- （一）异地安置人员：退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员；
- （二）异地长期居住人员：在异地居住生活 12 个月以上的人员；
- （三）常驻异地工作人员：本市用人单位派驻国内其他地区工作 12 个月以上的人员。

经本市社会保险经办机构确认备案的异地就医人员，在备案地已接入异地就医结算平台的医疗机构住院，发生的符合规定的基本医疗费用，可按本市同级定点医疗机构待遇标准支付，在其他医疗机构住院均按到市外医疗机构就医的相关规定核算待遇；在异地医疗机构门诊就医不享受本市社区门诊统筹待遇，社会保险经办机构每年按本市社区门诊统筹人头定额标准从其缴纳的基本医疗保险费中一次性划转其本人社会保障卡金融账户供其门诊就医使用；同时申报特定门诊的，选定特定门诊医疗机构时应在其备案地已接入异地就医结算平台的医疗机构中选择；参加医保个账的人员，每月应划入其医保个账的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。

异地就医人员返回本市长期工作或居住的，参保人或用人单位应及时到本市社会保险经办机构办理异地就医注销手续。

异地就医备案及注销手续当月办理，次月生效。

异地就医备案、结算及就医管理等其他事项按国家和省有关规定执行。

**第五十四条【基金不予支付范围】** 下列医疗费用不纳入社会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。

**第五十五条【重复享受待遇】** 社会医疗保险待遇不得重复申领。

参保人同一次就医不得在两个及以上医疗保险统筹地区同时享受社会医疗保险待遇。

已由其他保险或相关责任人支付的医疗费用，社会医疗保险基金不重复支付。

## 第五章 就医管理

**第五十六条【持卡就医】** 参保人应持本人有效的社会保障卡在本市定点医药机构就医、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药机构按规定结算。

除本办法第四十九条规定情形外，参保人不得将本人社会保障卡转借他人就医或冒用他人社会保障卡就医。

**第五十七条【住院登记】** 参保人在定点医疗机构住院，入院当天应凭本人社会保障卡、身份证等有效身份证明材料办理社会保险住院登记。因急诊、抢救住院未能在当天办理以上手续的，应在入院 3 天内补办。

**第五十八条【遵守就医规定】** 参保人必须遵守定点就医及有关转诊转院、药品目录、诊疗项目、医疗服务设施支付范围及支付标准等方面的规定。就医过程中，参保人应尊重医务人员的诊疗决定，不得干预医务人员合理合规的诊疗行为，不得提出不合理的诊疗、用药要求。

**第五十九条【足额支付】** 参保人应及时足额支付按规定由个人承担的费用。

**第六十条【结算】** 参保人就医购药发生的符合规定的基本医疗费用，按以下有关规定进行结算。

(一)**【现场结算】** 以下情形发生的医疗费用可凭本人社会保障卡、有效身份证明材料及相关就医资料在定点医药机构现场办理社保结算：

- 1.在联网定点医疗机构住院发生的医疗费用；
- 2.按规定在本市定点社区卫生服务机构门诊就医或经其转诊发生的医疗费用；
- 3.在联网定点医药机构发生的符合规定的特定门诊医疗费用；
- 4.参加医保个账的参保人在定点医药机构发生的符合医保个账使用范围的医药费用，可直接使用社会保障卡现场划卡结算。

(二)**【零星报销】** 以下情形发生的医疗费用，先由参保人垫付，参保人应在就医结算后持必需的资料及时到社会保险经办机构（或社区卫生服务中心）办理零星报销手续：

- 1.在未联网的医疗机构发生的住院或特定门诊医疗费用；
- 2.住院期间符合规定的院外购药、检查、化验等相关医疗费用；
- 3.门诊抢救发生的医疗费用；
- 4.参加医保个账的参保人在联网定点医药机构因设备故障、社会保障卡故障或遗失等原因无法现场划卡结算的医药费用及因急诊在其他医疗机构门诊发生的医疗费用。

住院、特定门诊、符合规定的院外购药、检查、化验、在市外医疗机构门诊抢救无效死亡相关医疗费用及医保个账零星报销应于费用发生后一年内到本市社会保险经办机构办理，特定门诊医疗费用零星报销可每年一次性办理，在市内医疗机构门诊抢救发生的医疗费用零星报销应在费用发生后 60 天内到相应镇街（园区）社区卫生服务中心办理。

办理零星报销手续应提供合法有效的就医结算及身份证明等资料，转诊转院的参保人还应提供有效的转诊转院证明，已申请特定门诊、市外医疗机构继续治疗及异地就医的参保人，应分别提供相应的有效批复资料。

## 第六章 服务机构管理

**第六十一条【协议管理】** 社会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、定点护理院）和定点零售药店服务协议管理。

符合条件的医疗机构和零售药店可向社会保险经办机构提出申请并签订服务协议。

**第六十二条【对定点医药机构的管理要求】** 定点医疗机构和定点零售药店（以下统称定点医药机构）必须严格遵守国家和省、市社会医疗保险各项规定，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，不得分解和重复收费，应保障参保人享受基本医疗服务。

定点医药机构提供的超出有关规定的医疗费用，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，社会医疗保险基金不予支付。

**第六十三条【对工作人员的管理要求】** 定点医疗机构的工作人员必须严格按社会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。需给参保人进行转诊转院的，必须严格按照规定程序办理。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社会医疗保险基金和参保人不予支付。

**第六十四条【费用结算】** 对参保人的合理基本医疗费用，由市社会保险经办机构与定点医药机构按规定进行结算。市社会保险行政部门按国家深化医改的有关要求，推进社会医疗保险支付方式改革，建立完善符合本市医疗服务特点的多元复合式医保支付方式。

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。

**第六十五条【查阅相关资料】** 社会保险行政部门及社会保险经办机构可查阅定点医药机构的全部诊治资料及财务会计账目资料。

**第六十六条【大病保险承办机构管理】** 市社会保险行政部门按照政府采购相关规定，利用政府统一的招标平台，选定符合条件的大病保险承办机构，每一承办期原则上为3年。

市社会保险行政部门与大病保险承办机构依照合同协议建立大病保险预付款制度。大病保险承办机构应依照合同协议按时足额支付相关医疗费用，并承担开展大病保险业务相关费用。

市社会保险经办机构与大病保险承办机构遵循收支平衡、保本微利的原则，对大病保险划拨资金进行年度清算，每年对超出大病保险承办合同约定的结余或因政策调整带来的亏损，按照国家规定在签订合同时载明处理办法。

## 第七章 法律责任

**第六十七条【考核评价】** 市社会保险行政部门依据评价结果对定点医药机构及其工作人员给予相应激励或处理。对评价结果不合格或严重违反服务规范的定点医药机构，按有关管理规定进行处理。

**第六十八条【定点医药机构违约责任】** 定点医药机构违反与社会保险经办机构所签订协议的，依照有关约定追究其违约责任。

**第六十九条【定点机构工作人员违规责任】** 定点医药机构的工作人员因违反社会医疗保险规定造成社会医疗保险基金不合理支付的，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。

**第七十条【大病保险承办机构违约责任】** 大病保险承办机构违反合同约定，或发生其他严重损害参保人权益的情况，市社会保险行政部门可按照约定提前终止或解除合同，大病保险资金剩余部分全额收回基本医疗保险基金，并要求大病保险承办机构承担违约责任。

**第七十一条【骗保责任】** 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会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，按照服务协议追究责任，根据情节严重程度，暂停履行或者解除服务协议；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。

**第七十二条【社保机构违规责任】** 社会保险行政部门、社会保险经办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。

**第七十三条【参保人违规责任】** 参保人有下列情形之一的，所发生的费用，社会医疗保险基金不予支付，已经支付的，由社会保险经办机构要求其全额退回社会医疗保险基金，情节严重的，按照国家有关法律法规处理：

（一）不能出示合法有效的身份证明材料就医或拒不签署参保人住院登记信息及有关事项告知等资料；

（二）冒用他人证件、社会保障卡或故意伪造、涂改处方、诊断证明及其他有关资料，违规转借本人证件、社会保障卡供他人使用；

（三）病情未达住院指征要求住院，病情治愈或可以医疗终结而拒不出院；

（四）通过以药易药、以药易物或倒卖药品等手段套取社会医疗保险基金；

（五）采用多次就医方式获取社会医疗保险基金支付的药品超出正常剂量，自行提出不适合病情需要或不合理合规的诊疗要求；

（六）在医疗机构挂床治疗或同时在两家以上（含两家）医疗机构住院就医，住院期间自行到门诊部或其他医药机构就医、购药，为家属、陪人等非当事人进行检查、治疗、用药，进行与特定门诊病种、住院疾病病情无关的检查、治疗、用药；

（七）违反社会保险法律、法规的其他行为。

**第七十四条【不诚信行为处罚】** 任何单位或者个人有权向社会保险经办机构举报、投诉违反本办法规定的行为，涉嫌违法犯罪的可直接向公安机关报案。

一经查实，用人单位或个人违反本办法规定的不诚信行为将纳入我市信用信息管理系统，并在“信用东莞网”公示。

## 第八章 附 则

**第七十五条【概念解释】** 本办法所称用人单位，是指本市行政区域内所有国家机关、事业单位、企业、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体工商户。

本办法所称参保人，是指已参加本市社会医疗保险的人员。

本办法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。

本办法所称年度或当年是指自然年度。

本办法所称上年度全市职工月平均工资、上年度全市在岗职工月平均工资以本市统计部门公布的上年度全市职工年平均工资、上年度全市在岗职工年平均工资除以 12，按四舍五入规则取整到个位数确定，医保个账缴费工资申报范围也按四舍五入规则取整到个位数确定，每年七月根据当年本市统计部门公布的数据调整。

本办法所称上年度全市医保个账参保人员月平均缴费工资、本市社区门诊统筹人头定额标

准由市社会保险经办机构确定。

本办法所称意外伤害是指参保人遭受的除工伤以外的非疾病造成的身体伤害。

本办法所称联网定点医疗机构是指与本市社会保险经办机构实现电脑联网结算的定点医疗机构，包括所有本市定点医疗机构、已接入异地就医结算平台的医疗机构。联网定点零售药店是指与本市社会保险经办机构实现电脑联网结算的定点零售药店。两者统称联网定点医药机构。

**第七十六条【突发性疾病流行】** 因突发性疾病流行和自然灾害等原因导致大范围急、危、重病人抢救及治疗的医疗费用，由市人民政府综合协调解决。

**第七十七条【离休干部参保】** 本市离休干部、建国前参加革命的退休老工人按本办法规定参加社会医疗保险，所需经费由同级财政给予补助。离休干部、建国前参加革命的退休老工人身份由市委组织部和市委老干部局认定。市属离休干部、建国前参加革命的退休老工人由市委老干部局统一办理参保缴费等相关事项，镇属离休干部、建国前参加革命的退休老工人由镇街统一办理。中央、省属单位离休干部按原渠道参保，不设住院基本医疗费起付标准。

**第七十八条【军人参保】** 部队转业或退伍安置在本市的参保人，按国家有关规定执行。

**第七十九条【集体户参保】** 以城乡居民身份参加社会医疗保险的集体户人员，按属地原则由所属镇街（园区）新型社区负责办理参保缴费等相关事项，其缴费中财政补贴部分由市、镇街（园区）财政按市政府规定比例分担。

**第八十条【职工子女参保】** 用人单位可为本单位参保职工具有本市户籍的子女参加社会医疗保险至 20 周岁，缴费标准参照职工缴费标准确定，所需费用可由用人单位承担。

**第八十一条【其他特殊群体参保】** 市政府对其他群体参保缴费等另有规定的，按市政府有关规定执行。

**第八十二条【关系转移】** 参保人跨统筹地区流动就业时，其基本医疗保险关系转移及医保个账转移按国家和省有关规定办理。

**第八十三条【达到缴费年限未达到法定退休年龄】** 社会医疗保险缴费年限累计达到本办法第十六条规定缴费年限的参保人，在达到法定退休年龄前，仍须按本办法规定继续参加本市社会医疗保险并足额缴纳医疗保险费，按未达到法定退休年龄人员标准享受社会医疗保险待遇。

**第八十四条【缴费年限衔接】** 本市城镇职工基本医疗保险制度改革前参加本市职工社会医疗保险（1992 年 3 月至 2000 年 2 月）的有效缴费年限，纳入基本医疗保险、住院补充医疗保险及医保个账缴费年限累计计算。

本市社会基本医疗保险制度改革前按规定参加本市住院基本医疗保险（2000 年 3 月至 2013 年 9 月）的有效缴费年限，纳入基本医疗保险缴费年限累计计算；按规定参加综合基本医疗保险（2000 年 3 月至 2013 年 9 月）的有效缴费年限，纳入基本医疗保险、住院补充医疗保险及医保个账缴费年限累计计算；按规定参加职工补充医疗保险（2000 年 3 月至 2013 年 9 月）的有效缴费年限，纳入基本医疗保险、住院补充医疗保险及医保个账缴费年限累计计算。综合基本医疗保险与职工补充医疗保险缴费年限不重复计算。

本市职工基本医疗保险与农（居）民基本医疗保险合并实施前参加本市农（居）民基本医疗保险（2004 年 7 月至 2008 年 6 月）的有效缴费年限，纳入基本医疗保险缴费年限累计计算。

**第八十五条【新旧办法衔接】** 本办法实施前已享受住院及特定门诊支付比例增加 5 个百

分点待遇的人员及医保个账按 4.5%划入的人员，可继续享受该待遇。

本办法实施前按用人单位在职职工月平均工资核定医保个账缴费及划入基数的人员，本办法实施上月用人单位在职职工平均工资低于全市医保个账参保人员月平均缴费工资的，按全市医保个账参保人员月平均缴费工资调整。本办法实施上月用人单位在职职工平均工资高于全市医保个账参保人员月平均缴费工资的，继续按本办法实施上月该用人单位在职职工平均工资核定其医保个账缴费及划入基数，直至全市医保个账参保人员月平均缴费工资与本办法实施上月该用人单位在职职工平均工资持平，再按全市医保个账参保人员月平均缴费工资调整；全市医保个账月平均缴费工资与本办法实施上月该用人单位在职职工平均工资持平前，该用人单位达到法定退休年龄时未达到本办法第十六条规定缴费年限的人员，医保个账缴费及划入基数按本办法实施上月该用人单位在职职工平均工资核定。

本办法实施前已申请免缴医保个账个人缴费部分的医保个账参保人，可继续免缴医保个账个人缴费部分至缴足规定年限，医保个账划入比例在本办法第四十八条基础上减除个人应缴费部分。医保个账缴费达到规定缴费年限后，医保个账划入比例为 4.5%。

**第八十六条【特定门诊卡】** 原持有效特定门诊卡就医结算的参保人，可继续持特定门诊卡就医结算，其特定门诊待遇按原批复的标准执行；参保人申请取消特定门诊卡，按本办法规定重新核定特定门诊待遇；特定门诊卡取消或失效后不再恢复。

2013 年 10 月 1 日前已批复一类特定门诊且目前仍有效的异地就医人员，其特定门诊待遇继续有效，享受原批复的特定门诊待遇。

**第八十七条【配套管理】** 市社会保险行政部门根据国家、省有关要求制定社会保险药品目录、诊疗项目及医疗服务设施范围支付标准，并会同有关部门制定定点医药机构监督管理及评价、社会医疗保险费用结算、医师管理、日间手术管理、家庭病床及医保个账购买商业健康保险等配套办法。

市社会保险经办机构根据本办法制定有关办理流程。

**第八十八条【解释】** 本办法由市社会保险行政部门负责解释。

**第八十九条【实施有效期】** 本办法从 2018 年 10 月 1 日起实施，有效期至 2022 年 12 月 31 日。《东莞市社会基本医疗保险规定》（东莞市人民政府令第 135 号）、《关于印发〈东莞市重大疾病医疗保险试行办法〉和〈东莞市补充医疗保险办法的通知〉》（东府〔2013〕117 号）、《东莞市人民政府办公室关于进一步完善我市重大疾病医疗保险制度的通知》（东府办〔2016〕122 号）、《东莞市人民政府办公室关于进一步调整我市重大疾病医疗保险政策有关事项的补充通知》（东府办〔2017〕142 号）、《关于我市大中专院校在校学生参加社会基本医疗保险有关问题的通知》（东府〔2009〕65 号）、《关于调整我市社会医疗保险待遇标准的通知》（东府〔2017〕53 号）同时废止。

- 附件：1. 东莞市社会基本医疗保险特定门诊病种目录及年度基本医疗费限额  
2. 东莞市补充医疗保险特定门诊病种目录及年度基本医疗费限额



## 附件 1

东莞市社会基本医疗保险特定门诊病种目录  
及年度基本医疗费限额

序号	病种名称	年度基本医疗费限额标准(元)
1	慢性化脓性骨髓炎	4000
2	精神分裂症	4000
3	分裂情感性障碍	4000
4	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	4000
5	双相（情感）障碍	4000
6	癫痫所致精神障碍	4000
7	精神发育迟滞伴发精神障碍	4000
8	艾滋病	4000
9	高危性心律失常（病态窦房结综合征符合安装永久起搏器指征而暂未安装者；二度Ⅱ型及三度房室阻滞）	5000
10	肺结核	5000
11	帕金森病	6000
12	癫痫	6000
13	强直性脊柱炎	6000
14	克罗恩病	6000
15	多发性硬化	6000
16	慢性再生障碍性贫血	7000
17	恶性肿瘤（非放、化疗治疗）	7000
18	类风湿性关节炎	7500
19	慢性肾功能衰竭（尿毒症期）	7500
20	系统性红斑狼疮	8500
21	恶性肿瘤（放疗、化疗）	25000
22	耐药性肺结核	25000
23	慢性肾功能衰竭（尿毒症期的透析治疗）	25000
24	重型地中海贫血	36000
25	血友病	50000
26	肾脏及骨髓移植术后（药物治疗）	60000
27	肝、肺、心脏移植术后	70000

## 附件 2

东莞市补充医疗保险特定门诊病种目录及年度基本医疗费限额

序号	病种名称	年度基本医疗费限额标准 (元)
1	慢性肾小球肾炎	4500
2	冠心病(缺血性心肌病型)	5000
3	心脏瓣膜替换术后	6000
4	各种心脏疾病导致的慢性心力衰竭(心功能Ⅲ级及以上)	6000
5	糖尿病(空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或餐后 2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ )	7000
6	慢性阻塞性肺气肿并反复肺感染	7000
7	高血压 2 级及以上(伴有心、脑、肾或血管损害)	7000
8	脑血管疾病(脑出血、蛛网膜下腔出血、脑血栓形成、脑栓塞)及脑内占位性病变后遗症期	7000
9	冠心病(反复发作的心绞痛或心肌梗塞型)	7500
10	慢性病毒性肝炎(伴肝功能损害)	8000
11	肝硬化(失代偿期)	8500