

DYCR—2018—002002

东营市人民政府办公室文件

东政办发〔2018〕5号

东营市人民政府办公室 关于印发东营市社会医疗保险办法的通知

各县区人民政府，市政府各部门、单位：

《东营市社会医疗保险办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

东营市人民政府办公室

2018年3月1日

东营市社会医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为规范社会医疗保险关系,保障参保人享受社会医疗保险待遇合法权益,促进社会医疗保险事业健康发展,根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险费征缴暂行条例》等有关法律法规和政策规定,结合本市实际,制定本办法。

第二条 本市行政区域内社会医疗保险的参保、待遇、服务及其监督管理,适用本办法。

第三条 建立与经济社会发展水平及参保人基本医疗需求相适应、资金来源多渠道、待遇水平多层次、城乡一体、可持续的社会医疗保险体系。

社会医疗保险体系包括职工社会医疗保险和城乡居民社会医疗保险。

职工社会医疗保险由职工基本医疗保险、职工大病保险、职工大额医疗补助、公务员医疗补助等制度组成,城乡居民社会医疗保险由城乡居民基本医疗保险、居民大病保险等制度组成,并与医疗救助、补充医疗保险等制度相衔接,满足参保人多层次的医疗保障

需求。

第四条 市、县区人民政府应当将社会医疗保险事业纳入国民经济和社会发展规划,加大对社会医疗保险事业的投入,统筹协调医疗、医药、医保制度改革,逐步提高参保人的社会医疗保障水平。

各县区人民政府、乡镇人民政府(街道办事处)应当组织做好本辖区内社会医疗保险参保、政策宣传等工作。

第五条 县级以上人力资源社会保障部门负责社会医疗保险的行政管理工作,社会保险经办机构负责社会医疗保险经办管理工作。

发展改革、教育、公安、民政、财政、卫生计生、审计、食品药品监管、物价、电子政务、工会、老龄、残联、慈善总会等有关部门、单位,按照各自职类协同做好社会医疗保险相关工作。

第二章 社会医疗保险参保与缴费

第六条 本市行政区域内的下列单位和人员,应当参加职工基本医疗保险:

- (一)各类企业、事业、民办非企业及其职工;
- (二)国家机关及其工作人员;
- (三)社会团体及其专职人员;
- (四)有雇工的个体工商户及其雇工;

(五)法律法规及政策规定的其他单位及其人员。

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(以下称灵活就业人员)可以按照本市规定参加职工基本医疗保险。

第七条 本市行政区域内的下列人员,应当纳入公务员医疗补助范围:

(一)符合《中华人民共和国公务员法》和《〈中华人民共和国公务员法〉实施方案》规定的机关公务员及其退休人员;

(二)经省委组织部、省人力资源社会保障厅批准列入参照公务员法管理的人民团体和群众团体机关工作人员及其退休人员;

(三)经省委组织部、省人力资源社会保障厅批准列入参照公务员法管理的事业单位工作人员及其退休人员。

其他事业单位工作人员及其退休人员,可以纳入公务员医疗补助范围。

第八条 本市行政区域内的下列人员,可以参加城乡居民基本医疗保险:

(一)具有本市户籍且未参加职工基本医疗保险的城乡居民;

(二)各类全日制高等学校(含民办高校、技师学院)和中等职业学校的非本市户籍全日制学生;

(三)持有本市居住证的人员及其新生儿。

第九条 职工基本医疗保险费依法由用人单位和职工按下列标准缴纳:

(一)用人单位以本单位上年度全部职工工资总额作为缴费基数,按照 6.5%的比例缴纳;

(二)在职职工以上年度本人工资总额作为缴费基数,按照 2%的比例缴纳,由用人单位代扣代缴。

缴费基数低于上年度全省在岗职工平均工资 60%的,按上年度全省在岗职工平均工资的 60%作为缴费基数;高于上年度全省在岗职工平均工资 300%的部分,不计入缴费基数。

失业人员在领取失业保险金期间应当缴纳的职工基本医疗保险费,从失业保险基金中支付,个人不缴纳职工基本医疗保险费。

退休人员不缴纳职工基本医疗保险费。

第十条 灵活就业人员选择参加职工基本医疗保险,其医疗保险费由个人承担,可以自主确定缴费基数,按照 8.5%的比例缴纳。灵活就业人员职工基本医疗保险费缴费基数不低于上年度全省在岗职工平均工资的 60%,不高于上年度全省在岗职工平均工资。

灵活就业人员可以按月缴纳职工基本医疗保险费,也可以按季度、半年、年合并缴纳职工基本医疗保险费。

第十一条 公务员医疗补助资金按照本办法第七条范围内人员的上年度工资总额或者养老金总额的 5%筹集。

公务员医疗补助资金筹资标准,由市人力资源社会保障部门会同市财政部门根据公务员医疗补助基金收支情况适时调整。

第十二条 职工大额医疗补助资金依规定由用人单位或者个

人按下列标准缴纳：

(一)有用人单位的,由用人单位按每人每月5元标准缴纳。

(二)灵活就业人员根据自愿原则,按第(一)项相同标准由个人缴纳。灵活就业人员退休时,达到本市规定的基本医疗保险缴费年限的,从本人个人账户中代扣。

职工大额医疗补助资金筹集标准,由市人力资源社会保障部门会同市财政部门根据职工大额医疗补助基金收支情况适时调整。

第十三条 城乡居民基本医疗保险实行个人缴费和各级政府补助相结合的筹资方式。个人应当在年度集中参保缴费期内缴费。每年9月1日至12月20日为下年度城乡居民基本医疗保险集中参保缴费期。各级政府补助标准按照有关规定执行。

本市居住证持有人选择参加本市城乡居民基本医疗保险的,个人按当地参保居民相同标准缴费,政府按当地参保居民相同标准给予补助。

城乡居民基本医疗保险筹资标准,参考本市财政、城乡居民人均可支配收入和基金收支情况等因素,由市人力资源社会保障部门会同市财政部门按年度适时公布。

第十四条 下列人员的城乡居民基本医疗保险个人缴费部分由政府代缴,代缴资金按标准拨付同级城乡居民基本医疗保险基金。

(一)具有本市户籍的贫困人员〔含城乡低保对象、特困人员、

孤儿(含事实无人抚养儿童)及符合条件的优抚对象;

(二)具有本市户籍的70周岁及以上参保居民、重度残疾人(一、二级)、建档立卡贫困人员。

参保居民同时符合多重身份的,政府代缴个人缴费时只能选择一种身份。

符合第(一)项范围的参保居民,政府代缴的个人缴费部分,从城乡医疗救助资金和优抚对象医疗补助资金中列支;符合第(二)项范围的参保居民,政府代缴的个人缴费部分,由县区财政部门按规定列支。

第十五条 城乡居民基本医疗保险费可以按照下列方式缴纳:

(一)成年居民和未入学(含学前教育机构)的少年儿童,由县区人民政府统一组织,由其户籍所在地或者居住地的乡镇人民政府(街道办事处)和村(社区)负责代收;

(二)大学生和已入学(含学前教育机构)的少年儿童,由其所在学校或者学前教育机构负责代收。

各县区人民政府可以结合本县区实际,大力推行网上缴费、银行代收等方式,提高参保缴费信息化、便利化水平。

第三章 社会医疗保险基金

第十六条 社会医疗保险基金包括职工基本医疗保险基金、

职工大额医疗补助基金、公务员医疗补助基金、城乡居民基本医疗保险基金和大病保险资金等。

社会医疗保险基金来源主要包括：

- (一)用人单位和个人缴纳的社会医疗保险费收入；
- (二)各级财政补助资金收入；
- (三)上级补助和下级上解收入；
- (四)利息收入；
- (五)其他合法收入。

第十七条 职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户两部分组成。

城乡居民基本医疗保险基金只设统筹基金,不设个人账户。

第十八条 用人单位和职工个人缴纳的职工基本医疗保险费暂按下列规定计入个人账户：

- (一)在职职工 45 周岁及以下的,按照本人月缴费工资总额的 2.7% 计入；
- (二)在职职工 45 周岁以上的,按照本人月缴费工资总额的 4.2% 计入；
- (三)退休人员按照本人月养老金的 5.7% 计入。

灵活就业人员、失业人员领取失业保险金期间个人账户的计入标准按照第(一)(二)项规定执行。

个人账户归个人所有,滚存积累,超支不补,可以按照规定继承。参保人离开本市,可以将个人账户余额转入新的医疗保险关

系所在地社会保险经办机构；无法转移的，可以将个人账户余额一次性支付给本人。

个人账户计入标准，由市人力资源社会保障部门会同市财政部门根据职工基本医疗保险费筹资等情况适时调整。

第十九条 个人账户用于支付在协议管理的基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店(以下称定点医药机构)发生的符合规定的医疗费用。

第二十条 基本医疗保险统筹基金来源。

(一)职工基本医疗保险统筹基金来源：用人单位、参保人缴纳的职工基本医疗保险费总额，扣除计入个人账户资金后的剩余部分。

(二)城乡居民基本医疗保险统筹基金来源：城乡居民个人缴费和财政补助资金及其利息收入。

第二十一条 公务员医疗补助资金按个人缴费工资总额(退休人员养老金)的2%计入个人账户，剩余部分列入公务员医疗补助基金，由社会保险经办机构集中管理。

第二十二条 大病保险资金来源。

(一)职工大病保险资金原则上从职工基本医疗保险统筹基金中划拨，统筹基金结余不足时，也可以通过职工大额医疗补助基金等途径筹集，筹资标准按照省有关规定执行。

(二)居民大病保险资金由城乡居民基本医疗保险基金和市、县区财政负担，筹资标准按照省有关规定执行。其中，城乡居民基

本医疗保险基金划拨比例不超过当年基金总额的10%。

第二十三条 社会医疗保险基金实行收支两条线,纳入财政专户管理,专款专用,基金之间不得相互挤占和调剂。

第二十四条 社会医疗保险基金入不敷出时,按照财政部《社会保险基金财务制度》(财社〔2017〕144号)等有关规定执行。

第二十五条 社会保险经办机构负责社会医疗保险基金预决算草案编制、社会医疗保险基金筹集和医疗费用结算给付、社会医疗保险基金会计核算和个人账户记录、管理等工作。

社会保险经办机构应当建立健全内部管理制度,加强社会医疗保险基金收支管理,并接受人力资源社会保障、财政、审计等部门的监督检查。

第二十六条 人力资源社会保障部门负责对社会医疗保险基金的收支、管理情况进行监督检查,审核社会保险经办机构编制的社会医疗保险基金预决算草案。

财政部门负责对社会医疗保险有关财务会计管理进行监督检查,负责社会医疗保险基金的保值增值、财政监督和基金预决算草案的审核。

审计部门依法对社会医疗保险基金收入、支出和结余的情况进行审计监督。

民政、残联等部门、单位按职责对本办法第十四条所列特殊人群进行确认,实行动态管理。

第二十七条 社会保险经办机构应当每年定期向社会公布参

加社会医疗保险情况以及社会医疗保险基金收入、支出、结余和收益情况。

第四章 社会医疗保险待遇

第二十八条 社会医疗保险待遇包括基本医疗保险待遇、职工大额医疗补助待遇、公务员医疗补助待遇、大病保险待遇以及国家、省规定的其他待遇等。

基本医疗保险待遇包括职工和城乡居民住院待遇、普通门诊待遇、门诊慢性病待遇,由统筹基金按规定予以支付。

一个年度内,职工基本医疗保险参保人在定点医药机构发生的住院、普通门诊和门诊慢性病医疗费用,合并使用统筹基金最高支付限额,最高支付限额为 20 万元;城乡居民基本医疗保险参保人在定点医药机构发生的住院和门诊慢性病医疗费用,合并使用统筹基金最高支付限额,最高支付限额为 16 万元。

第二十九条 统筹基金支付费用范围应当符合省、市关于职工和城乡居民基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围与标准的规定以及有关医疗保险法律法规的规定。

市人力资源社会保障部门会同有关部门,按照社会医疗保险水平与本市经济社会发展水平相适应、保持基本医疗保险待遇合理梯度和提高医疗资源使用效率的原则,对基本医疗保险统筹基金支付标准、最高支付限额等适时调整。

第三十条 住院设立统筹基金起付标准。一个年度内,参保人住院治疗由个人按医疗机构的等级自负统筹基金起付标准。在一、二、三级定点医疗机构就医起付标准分别为 200 元、500 元、800 元。社区定点医疗机构起付标准按一级定点医疗机构执行。

一个年度内,参保人前两次住院个人自负起付标准;第三次及以上住院不设起付标准。单次住院发生的符合统筹基金支付范围的费用未达起付标准的,不累计当年住院次数。在本市内由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构,只补计起付标准差额;由高级别定点医疗机构转往同级别或者低级别定点医疗机构,不再另计起付标准。

第三十一条 参保人在定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费用纳入统筹基金支付范围,按下列规定执行:

(一)职工基本医疗保险参保人在一、二、三级定点医疗机构住院,使用甲类药品和统筹基金支付的诊疗项目、医疗服务设施发生的医疗费用,分别按 95%、90%、85% 支付;使用乙类药品和统筹基金部分支付的诊疗项目、医疗服务设施发生的医疗费用,参保人自负 10% 后,再由统筹基金按规定支付。

(二)城乡居民基本医疗保险参保人在一、二、三级定点医疗机构住院,使用甲类药品和统筹基金支付的诊疗项目、医疗服务设施发生的医疗费用,分别按 90%、75%、60% 支付;使用乙类药品和统筹基金部分支付的诊疗项目、医疗服务设施发生的医疗费用,参保人自负 20% 后,再由统筹基金按规定支付。

第三十二条 门诊慢性病设立统筹基金起付标准,每季度门诊慢性病医疗起付标准为 150 元,由参保人自负。

参保人在定点医疗机构发生的符合规定的门诊慢性病医疗费用纳入统筹基金支付范围,分别按照本办法第三十一条职工和城乡居民基本医疗保险住院报销比例的有关规定执行。

第三十三条 参保人在定点医疗机构发生的符合规定的普通门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围,按下列规定执行:

(一)职工基本医疗保险参保人在签约的一、二级定点医疗机构普通门诊治疗,起付标准以上,使用甲类药品和统筹基金支付的诊疗项目、医疗服务设施发生的医疗费用,分别按 80%、70% 支付;使用乙类药品和统筹基金部分支付的诊疗项目、医疗服务设施发生的医疗费用,参保人自负 10% 后,再由统筹基金按规定支付。

一个年度内,职工基本医疗保险普通门诊统筹基金起付标准为每人 400 元,最高支付限额为 1000 元。

(二)城乡居民基本医疗保险参保人在参保地一级及以下定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用,不设起付标准,按比例报销至年度最高支付限额。

一个年度内,城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹基金最高支付限额为 200 元。

第三十四条 职工大额医疗补助待遇按下列规定执行:

一个年度内,按规定缴纳职工大额医疗补助资金的人员发生符合统筹基金支付范围的医疗费用,超过职工基本医疗保险统筹

基金最高支付限额以上部分,由职工大额医疗补助基金按 95% 支付。

第三十五条 参保人在定点医药机构发生的医疗费用,按省有关规定纳入大病保险资金支付范围:

(一)职工大病保险资金用于支付参保人使用合规特药产生的医疗费用。

(二)居民大病保险资金用于支付省定居民大病保险补偿范围内产生的医疗费用和参保人使用合规特药产生的医疗费用。

第三十六条 参保人符合本办法第三十五条规定的医疗费用,大病保险按下列规定执行:

(一)职工大病保险。

省定标准补偿办法。一个年度内,设立起付标准和最高支付限额,补偿标准和最高支付限额按省规定执行。

市定标准补偿办法。合规特药费用总额的 80% 减去省定标准补偿额;市定标准补偿额与职工大额医疗补助待遇合并使用最高支付限额,一个年度内,最高支付限额为 30 万元。

(二)居民大病保险。

居民大病补偿和特药补偿办法按省规定执行。

根据省规定,综合考虑本市经济发展水平、医疗消费水平和基本医疗保险基金承受能力等因素,市人力资源社会保障部门会同市财政部门确定大病保险起付标准。

第三十七条 公务员医疗补助待遇按下列规定执行:

一个年度内,参加公务员医疗补助的,在职工基本医疗保险和
大额医疗补助支付范围内个人自负费用超过本人年缴费基数
10%以上部分,由公务员医疗补助基金按 95%支付。

第三十八条 有下列情形之一的,不享受社会医疗保险待遇:

- (一)在非定点医疗机构就诊(因急危重症、抢救的除外);
- (二)职业病、因工负伤或者工伤旧病复发等应当由工伤保险
基金支付的;
- (三)因本人吸毒、打架斗殴、违法违规等造成伤害的;
- (四)因自杀、自残、酗酒、戒毒等原因进行治疗的;
- (五)因交通事故、医疗事故或者其他责任事故造成伤害的;
- (六)对先天性非功能性残疾进行矫正治疗的;
- (七)应当由公共卫生负担的;
- (八)在境外就医的;
- (九)国家、省有关规定不予支付的其他情形。

第三十九条 参保人到本市行政区域外的定点医疗机构就
医,因下列情形发生的符合规定的医疗费用,纳入社会医疗保险基
金支付范围:

(一)参保人因本市医疗条件限制和疾病诊疗需要,转往异地
三级定点医疗机构或者已实现异地联网结算的定点医疗机构住
院、门诊慢性病治疗的;

(二)参保人因出差、探亲等原因离开本市期间,突发急症通过
急救在异地医疗机构住院治疗的;

(三)参加职工社会医疗保险的在职职工,因工作需要被单位长期派出在异地工作,在异地定点医疗机构住院、门诊慢性病治疗的;

(四)参加职工社会医疗保险的退休人员和参加城乡居民社会医疗保险的参保人员在异地长期居住1年以上,在居住地定点医疗机构住院、门诊慢性病治疗的。

符合第(一)项异地就医情形,住院治疗的需经辖区内二级及以上定点医疗机构(公立医院)出具转院证明;慢性病患者门诊治疗的需经本人签约的定点医疗机构出具转诊证明。转院转诊证明报参保地社会保险经办机构备案后,其异地就医医疗费用符合本市基本医疗保险用药、诊疗项目、医疗服务设施标准规定范围的,统筹基金支付比例在按本市三级定点医疗机构住院、门诊慢性病报销比例基础上降低10%;未经备案的,降低20%。

符合第(二)(三)(四)项异地就医情形,参保人在就医地医疗机构发生纳入本市基金支付范围的医疗费用按本市同级别定点医疗机构就医支付比例执行,其中第(三)(四)项异地就医情形,应当报参保地社会保险经办机构备案。

第四十条 参加职工基本医疗保险的机关事业单位参保人员、灵活就业人员和城乡居民参保人员,在定点医疗机构发生的符合计划生育政策的相关住院费用,由社会医疗保险统筹基金按规定支付。

第四十一条 参保人因年老、疾病或者伤残等丧失自理能力

需要长期照护的,由社会保险经办机构按照规定评估后,根据参保人的失能状况和护理方式确定长期照护保险待遇标准。

长期照护保险制度由市人力资源社会保障部门会同市财政、卫生计生等部门制定,报市政府批准后实施。

第五章 社会医疗保险待遇管理

第四十二条 符合参加职工社会医疗保险条件的人员,应当在30日内及时办理参保缴费。自缴费当月连续缴费不满3个月(以下称等待期)的,只享受基本医疗保险个人账户待遇;连续缴费满3个月及以上的,从缴费到账确认次月起按照规定享受职工社会医疗保险待遇。

在本市连续参加城乡居民基本医疗保险的参保人参加职工社会医疗保险,自缴费当月起连续缴费3个月内,享受职工社会医疗保险个人账户待遇和缴费期内原城乡居民基本医疗保险待遇;连续缴费满3个月及以上,按照规定享受职工社会医疗保险待遇。

毕业当年度参加职工社会医疗保险的各类学校全日制应届毕业生、转业或者复员1年内参加职工社会医疗保险的军转干部和复员退伍军人以及其他符合政策规定的人员,从缴费到账确认次月起按照规定享受职工社会医疗保险待遇。

第四十三条 用人单位和参保人应当按时足额缴纳职工社会医疗保险费,未按时足额缴纳社会保险费的,由社会保险经办机构

根据《中华人民共和国社会保险法》第八十六条规定,责令限期缴纳或者补足,并自欠缴之日起,按日加收万分之五的滞纳金;逾期仍不缴纳的,由人力资源社会保障部门处欠缴数额1倍以上3倍以下的罚款。连续欠费在6个月内,享受职工社会医疗保险待遇。连续欠费6个月以上的,从缴费到账确认次月起享受职工社会医疗保险待遇,欠费期间发生的医疗费用,职工社会医疗保险基金不予支付,因用人单位原因造成中断参保的,产生的医疗费用由用人单位负担。

第四十四条 灵活就业人员参加职工社会医疗保险后,应于每年12月31日前缴纳当年的职工基本医疗保险费。未在当年年底前按时足额缴费的,视为中断缴费。连续中断缴费在6个月内,可以补缴中断期间的医疗保险费,补缴后补计个人账户,享受职工社会医疗保险待遇;连续中断缴费6个月以上再次参保的,从缴费当月重新计算等待期。

失业人员领取失业保险金期满后6个月内继续参保缴费的,享受职工社会医疗保险待遇;超过6个月参保缴费的,从缴费当月重新计算等待期。

中断参保期间和等待期内发生的医疗费用,统筹基金不予支付。

第四十五条 参保人累计缴纳职工社会医疗保险费年限(含视同缴费年限)男满25年、女满20年的,从其本人退休次月起不再缴纳基本医疗保险费,按照规定享受职工社会医疗保险待遇。

参保人缴纳职工基本医疗保险费后,退休时达不到规定缴费年限的,可以一次性补缴不足年限部分。补缴时以上年度全省在岗职工平均工资为缴费基数,按4.5%的比例一次性补缴不足年限部分。缴费年限不足,又不办理一次性补缴的,退休后不享受职工社会医疗保险待遇,符合条件的可以参加城乡居民基本医疗保险。

第四十六条 参加城乡居民社会医疗保险并按照规定在集中缴费期缴费的,社会医疗保险待遇享受期为下一年度的1月1日至12月31日。

新入学的大学生按照规定及时参保缴费的,自入学当年9月1日起享受城乡居民社会医疗保险待遇。

新生儿(自出生之日起12个月内的儿童)可在办理本市户籍登记后,当年随时参保缴费。新生儿自出生之日起3个月内参保缴费的,自出生之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇;超过3个月参保缴费的,自缴费次月起享受城乡居民基本医疗保险待遇。集中缴费期外参保的,可以选择缴纳上一年度和当前年度费用,按规定享受对应年度待遇;集中缴费期内参保的,可选择缴纳当前年度和下一年度费用,享受对应年度待遇。

符合参保条件未及时参保缴费或者中断参保缴费的城乡居民,中断参保期间不享受城乡居民社会医疗保险待遇。本办法实施后,可以在年度集中缴费期内补缴自本办法实施年度起中断参保期间应由个人缴纳的城乡居民基本医疗保险费。未办理补缴

的,中断参保年限每满1年,发生的符合规定的住院、门诊慢性病医疗费用,城乡居民基本医疗保险统筹基金支付比例在按照本办法规定的基础上降低1%。

第四十七条 参保人不得同时享受职工社会医疗保险待遇和城乡居民社会医疗保险待遇,也不得同时享受本统筹地区和其他统筹地区的社会医疗保险待遇。

第六章 社会医疗保险服务管理与监督检查

第四十八条 实行社会医疗保险医药服务机构定点管理。社会保险经办机构根据管理服务的需要,可以与医疗机构、药品经营单位签订服务协议,规范医疗服务行为,实施日常监督与考核,对定点医药机构违反有关管理规定发生的医疗费用不予支付。

市人力资源社会保障部门应当制定社会医疗保险定点医药机构管理办法,并向社会公布定点医药机构具体评估标准和规程。

第四十九条 定点医药机构应当建立和完善医疗保险服务内部管理制度,明确医疗保险工作机构和专(兼)职工作人员,做好医疗保险服务和管理工作。

定点医药机构应当根据社会医疗保险联网结算和实时监控的要求,配备必要的信息管理系统,遵守社会医疗保险信息技术规范和信息安全相关规定,及时上传社会医疗保险结算费用、完整病案记录等相关信息。

第五十条 参保人按照规定享受各项社会医疗保险待遇,有权查询个人参保信息、待遇记录,对定点医疗机构提供的医疗服务享有知情权,对超出基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的费用享有知情权和选择权。

参保人应当遵守社会医疗保险有关规定,按照规定及时足额缴纳个人社会医疗保险费,就医购药时如实提供个人相关信息,并支付个人应当负担的医疗费用。

第五十一条 社会保险经办机构与定点医药机构医疗费用的结算,按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则,以社会医疗保险年度基金预算为基础,实行总额控制下的按人头付费、按病种分值付费、按项目付费等多种方式相结合的多元复合式医保支付方式,并与医疗服务质量挂钩,建立结余奖励、超支分担的激励约束机制。

具体办法由市人力资源社会保障部门会同市财政、卫生计生、物价等部门制定,报市政府批准后实施。

第五十二条 按照公开、公正、竞争、择优的原则,建立社会保险经办机构与定点医药机构、药品及医用材料供应商的谈判机制,控制医药费用不合理增长,优化资源配置,提高基金使用效益,降低参保人负担,促进定点医药机构健康发展。

第五十三条 参保单位和个人不得有下列行为:

(一)伪造户籍、学籍、劳动关系或者冒用他人资料参加社会医疗保险;

(二)伪造、冒用他人的社会保障卡(证)就医购药;

(三)伪造、变造票据或者有关证明材料骗取社会医疗保险待遇;

(四)变卖由社会医疗保险基金结算的药品、医疗器械、医用材料,骗取社会医疗保险基金支出;

(五)将本人社会保障卡(证)出借他人使用,或者将本人的社会医疗保险待遇转让他人享受;

(六)使用个人账户资金支付非医疗用品费用或者套取个人账户资金;

(七)其他骗取社会医疗保险待遇的行为。

第五十四条 定点医药机构应当严格执行社会医疗保险管理规定和医疗服务协议,因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗,控制统筹基金支付范围外费用占医疗总费用的比例。

定点医药机构及其工作人员不得有下列行为:

(一)无正当理由拒绝为参保人提供医疗服务;

(二)未经参保人或者家属同意,使用统筹基金支付范围外药品,或者提供统筹基金支付范围外诊疗项目和服务设施;

(三)将应当由统筹基金支付的费用转由参保人个人负担;

(四)无正当理由拒绝实时联网结算,不为参保人提供结算单据;

(五)将参保人个人账户资金用于非医疗支出或者套取个人账户现金;

(六)采取降低住院标准收治参保患者住院或者采取挂床住院、叠床住院、虚假住院等手段骗取社会医疗保险基金；

(七)将非参保人的医疗费用纳入社会医疗保险基金支付范围,或者通过串换药品、诊疗项目等手段将非社会医疗保险基金支付范围的医疗费用纳入社会医疗保险基金支付；

(八)擅自将社会医疗保险结算信息系统提供给非协议管理定点医药机构使用,或者将社会医疗保险业务交由无相关社会医疗保险使用权限机构、人员办理；

(九)超出本机构定点服务范围提供医疗保险服务,骗取社会医疗保险基金；

(十)伪造、变造医疗文书、财务账目、药品(医用材料)购销凭证等资料及虚开发票骗取社会医疗保险基金；

(十一)违反疾病诊疗常规、技术操作规程等,为参保人提供过度或者无关的检查、治疗,出院带药超过规定用量,造成医疗资源浪费和社会医疗保险基金损失；

(十二)违反药品或者医疗服务收费价格管理规定,擅自提高收费标准,增加收费项目,通过分解收费、乱收费等手段,骗取社会医疗保险基金；

(十三)违反规定通过优惠项目诱导参保人住院、冒名住院、分解住院；

(十四)其他违反社会医疗保险管理规定的行为。

第五十五条 人力资源社会保障部门对定点医药机构执行社

会医疗保险管理规定和履行社会医疗保险服务协议情况,按年度进行分级管理考核评定,建立完善定点医药机构管理的分级激励机制和退出机制。

第五十六条 人力资源社会保障部门应当建立社会医疗保险服务医师、服务药师等医务工作人员登记、考核、诚信评定等管理制度,并加强监督检查。

第五十七条 人力资源社会保障部门应当加强对定点医药机构遵守社会医疗保险法律法规和政策规定等情况的监督检查,有权调阅定点医药机构的医疗文书、会计核算资料及药品进销存凭据等有关材料。定点医药机构应当如实提供有关材料,不得伪造、变造或者隐匿。

人力资源社会保障、卫生计生、食品药品监管、物价等部门应当按照各自职责加强对定点医药机构的考核监督,定期公布定点医药机构医疗费用等相关情况,接受社会监督。

第五十八条 人力资源社会保障部门对不属于本部门职责范围的执法事项,及时移交公安、卫生计生、食品药品监管、物价等相关部门。相关部门应当及时处理,不得推诿。

第五十九条 人力资源社会保障部门应当向社会公布统一的社会医疗保险监督电话和投诉信箱,接受举报和投诉,并依法及时处理。

属于实名举报或者投诉的,人力资源社会保障部门应当自收到举报或者投诉之日起 30 日内将处理情况书面答复举报人或者

投诉人。

举报内容核实后,人力资源社会保障部门对实名举报人予以奖励。举报奖励资金由同级财政列入年度预算。举报奖励办法按省有关规定执行。

人力资源社会保障部门应当对举报人信息予以保密。

第六十条 运用商业保险机制,创新社会医疗保险公共服务。在确保社会医疗保险基金和信息安全的前提下,探索推进具有资质的商业保险机构参与社会医疗保险经办服务,提高社会医疗保险监管和经办服务水平。

第七章 法律责任

第六十一条 参保单位和个人有本办法第五十三条规定行为之一,骗取社会医疗保险待遇的,由人力资源社会保障部门根据《中华人民共和国社会保险法》第八十八条规定,责令退回骗取的社会医疗保险金,处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。

第六十二条 定点医药机构及其工作人员有本办法第五十四条第(一)至(四)项规定行为之一的,由人力资源社会保障部门视情节轻重,对定点医药机构暂停医疗保险业务或者解除医疗服务协议,对直接负责的医疗保险服务医师、服务药师等医务工作人员通报。

第六十三条 定点医药机构及其工作人员有本办法第五十四

条第(五)至(十四)项规定行为之一的,由人力资源社会保障部门根据《中华人民共和国社会保险法》第八十七条规定,责令退回骗取的社会医疗保险金,处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。情节较轻的,对直接负责的医疗保险服务医师、服务药师等医务工作人员暂停6个月的医疗保险服务;情节严重的,解除定点医药机构服务协议,1年内不得重新定点,直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的,建议授予其执业资格的有关主管部门依法吊销其执业资格。

第六十四条 社会保险经办机构及其工作人员有下列情形之一的,由其主管部门责令改正,并对直接负责的主管人员和其他直接责任人员予以处理;造成社会医疗保险基金损失的,责令追回已支付的社会医疗保险基金;给用人单位、定点医药机构、参保人造成损失的,依法承担赔偿责任。

(一)违反社会医疗保险基金管理规定,造成社会医疗保险基金损失的;

(二)违反规定签订社会医疗保险定点医药机构协议的;

(三)违反规定核定或者支付社会医疗保险待遇的;

(四)泄露用人单位或者个人社会医疗保险信息的;

(五)其他违反社会医疗保险法律法规的行为。

第六十五条 违反本办法规定,根据《中华人民共和国社会保险法》第九十四条规定,构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第六十六条 离休人员、建国前老工人、老红军和一至六级伤残退役军人的医疗费用按原资金渠道解决,医疗待遇按国家、省有关规定执行。

第六十七条 鼓励有条件的县区、用人单位和个人在参加职工社会医疗保险的基础上,建立或参加补充医疗保险。

第六十八条 本办法实施期间,国家、省对社会医疗保险政策作出调整的,由市人力资源社会保障部门及时作相应调整。

第六十九条 本办法未尽事项由市人力资源社会保障部门会同有关部门出台配套规定予以明确。

第七十条 本办法所称年度为每年1月1日至12月31日。

第七十一条 本办法由市人力资源社会保障局负责解释。

第七十二条 本办法自2018年4月1日起施行,有效期至2022年12月31日。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院，胜利石油管理局有限公司，石油大学，东营军分区，济军基地，省黄河三角洲农高示范区管委会。

东营市人民政府办公室

2018年3月1日印发
