

惠州市人民政府文件

惠府〔2015〕158号

惠州市人民政府关于印发 《惠州市社会基本医疗保险办法》的通知

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《惠州市社会基本医疗保险办法》业经十一届 118 次市政府常务会议通过。现印发给你们，请按照执行。



惠州市社会基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市社会基本医疗保险制度建设，保障人民群众的基本医疗，根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）和《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）等有关法律、法规和政策规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 将城镇职工基本医疗保险与城镇职工生育保险并轨运行，称为城镇职工基本医疗保险（以下统称职工医保）。

社会基本医疗保险包括职工医保和居民基本医疗保险（含居民生育保险，以下统称居民医保），由市人民政府负责组织实施，实行统一制度、统一政策、统一管理，并遵循以下原则：

（一）社会基本医疗保险水平与经济社会发展水平相适应。

（二）社会基本医疗保险覆盖本市辖区内用人单位全体职工、本市户籍全体居民和在本市各类全日制普通高等学校、科研院所就读的全日制研究生和本专科学生、在本市各中小学和幼儿园就读的异地务工人员子女及中等职业技术学校（院）与技工学校（院）就读的全日制学生。

（三）社会基本医疗保险实行属地管理。

（四）社会基本医疗保险费（以下简称医保费），由用人单位、个人和财政合理分担。

(五) 建立以社会基本医疗保险为基础, 补充医疗保险、大病二次补偿和公务员医疗补助与企业医疗补助相结合的多层次社会基本医疗保险制度。

社会基本医疗保险基金(以下简称医保基金)实行市级统筹。医保基金由市实行统一收支管理、统一财政专户和分户核算与分级负责的原则。

各级人民政府应组织符合本条第二项规定的单位和个人依照本办法参加社会基本医疗保险, 确保人人享有基本医疗保障; 保证医保基金的征集和医疗保险待遇(以下简称医保待遇)给付, 医保基金不足支付时, 由市、县(区)人民政府统筹解决。

第三条 市人力资源和社会保障部门(以下简称市人社部门)负责全市社会基本医疗保险政策的拟定、组织实施和监督管理。市社会保险基金管理局及其下属机构(以下统称社保经办机构)具体承办社会基本医疗保险相关事务和居民医保费的收缴。

市、县(区)卫生和计划生育、食品药品监督管理部门应当配合社会基本医疗保险制度改革, 同步推进医药卫生体制改革, 加强医药卫生从业人员职业道德教育, 规范医疗和经营行为, 满足参保人员的基本医疗服务需求。

县(区)人力资源和社会保障部门(以下简称县(区)人社部门)负责本行政区域内社会基本医疗保险管理工作。

市、县(区)地税部门(以下简称征收机构)负责职工医保费的征收, 确保完成职工医保的扩面征收任务。

市、县(区)发展改革、教育、公安、民政、财政、审计、工商等部门及残疾人联合会, 按照各自职责, 做好社会基本医疗

保险管理工作。

第四条 市、县（区）社会保险监督委员会设立社会基本医疗保险监督检查小组，负责指导、协调和监督检查当地社会基本医疗保险工作。

第五条 医保基金及其收益、医保待遇按国家规定免征税费。

第六条 社会基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店（以下统称定点机构）管理制度。

第二章 医保参保

第七条 参加社会基本医疗保险的人员统称为“参保人”，其中参加职工医保的称为“参保职工”、参加居民医保的称为“参保居民”。

第八条 本市行政区域内的机关、事业单位、社会组织、企业、民办非企业单位、个体工商户等组织（以下统称用人单位），应当按照属地管理原则，依法为全体职工办理职工医保。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，可依照本办法选择参加职工医保。

在本市实现就业的外国人及港澳台人员，可依照本办法参加职工医保。

（一）用人单位应按有关规定到经营地或工商登记地的税务部门及社保经办机构办理参保及缴费登记，并按规定每月到地税

部门申报缴纳职工医保费。

(二)本市户籍的非就业人员以灵活就业人员的身份办理职工医保时，携带本人身份证、户口簿到户籍所在地地税部门和社保经办机构办理参保、缴费和登记等相关手续。在全日制学校就读的学生或未满18周岁的居民(包括城镇和农村户籍，下同)，不能以灵活就业人员身份参加职工医保。

第九条 居民医保是由政府组织、个人缴费(以下统称居民医保费)与财政补助相结合的医疗保险制度。

(一)除按本办法第八条规定参加了职工医保之外的本市户籍居民，参加居民医保。居民医保以家庭为参保单位，到户籍登记地社保经办机构或乡镇(街道)社会保险管理所(以下简称社保所)办理参保手续；同一户口簿内符合参保条件的成员必须按同一缴费档次同时参保。

1. 居民以家庭为单位参保时，应向社保经办机构或社保所提供户口簿及复印件，同时填写《惠州市居民基本医疗保险参保登记表》，办理参保登记手续。

2. 村民委员会为本辖区内居民办理参保时，应由家庭填写《惠州市居民基本医疗保险参保登记表》，由村民委员会代收医保费。村民委员会应汇总《惠州市居民基本医疗保险参保登记表》报送所在地社保所或社保经办机构，办理参保登记手续。

3. 享受最低生活保障的对象、农村五保户、城镇“三无人员”(无经济来源、无劳动能力、无法定赡养人或抚养人)、低收入家庭的未成年人和60周岁以上老年人、经市、县(区)人民政府确认的其他特殊困难居民及完全丧失或大部分丧失劳动能力

的残疾居民(限各类残疾一级和二级人员)(以下统称特困群众),参加居民医保时,应持县级以上民政部门发放的有效证件或残疾人联合会发放的残疾证明随家庭一起参加居民医保。

(二)在我市各类全日制普通高等学校(含高职、民办高校、独立学院)、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科学生和研究生(含港、澳、台、华侨学生,以下统称大学生),在中职技校(院,含民办)接受全日制教育的学生(以下统称中职技校学生),参加居民医保(参加B档)。上述各类学生以下统称大中专学生。大中专学生由学校组织以学校或班级为单位参保,并统一填写《惠州市居民基本医疗保险参保登记表》,同时提供参保大中专学生的身份证复印件,到学校所在地社保经办机构或社保所办理参保手续。大中专学生参加居民医保的缴费时间,为每年的9月1日至11月30日。当年的9月1日至次年的8月31日为一个社保年度(以下简称学生社保年度)。

(三)异地务工人员参加本市职工医保后,其在本市中小学、幼儿园就读的子女,以学校或幼儿园为单位参保,并由学校或幼儿园统一填写《惠州市居民基本医疗保险参保登记表》,同时提供异地务工人员身份证复印件、结婚证、参保证明和子女身份证明材料,到学校所在地社保经办机构或社保所办理参保手续。夫妻一方为本市户籍并已参加职工医保的,其非本市户籍的子女可按此规定参加居民医保。

(四)因生产经营确有困难的国有、集体企业在职职工(以下统称困难企业人员),可依照本办法参加居民医保。困难企业应到当地税务部门 and 社保经办机构办理职工医保暂停手续,当企

业恢复生产或被转让、兼并后，原企业或承继企业应继续为其职工办理职工医保手续。困难企业进入破产资产清算时，应按相关法律、法规和政策的规定，优先为其职工缴纳社会保险费。

第十条 参保人有下列情形之一的，应及时到参保地税务部门、社保经办机构或社保所办理变更手续：

（一）参加职工医保的人员，在与用人单位终止或者解除劳动合同后，用人单位应在职工办理终止或解除劳动合同后的15个工作日内，到税务部门及社保经办机构办理医疗保险关系终结或转移等相关手续。

（二）参加居民医保的居民，实现就业后或以灵活就业人员身份参加职工医保的，自动中止居民医保关系，所缴的居民医保费不予退还。

（三）参保人应征入伍的，用人单位或家庭成员应在20个工作日内，凭当地政府征兵办发出的《入伍通知书》到户籍所在地税务部门及社保经办机构（或社保所）办理停保手续。退伍复员转业军人服役年限计算为累计缴费年限；新的续（参）保时间，从批准退出现役的时间开始计算。退伍复员转业军人在批准退出现役后3个月内办理续（参）保缴费手续的，其服现役时间视为职工医保或居民医保的连续缴费时间；超过3个月后再办理续（参）保的，按本年度内参保缴费的有关规定执行，其服役时间不计算为连续缴费时间（计划性安置或自主择（就）业的退伍复员转业军人因安置等情况造成的延期除外，但最长不超过6个月）。

（四）参加居民医保的家庭需改变缴费档次的，应在当年的

10至12月份到当地村民委员会、社保所或社保经办机构办理下一年度缴费资料变更手续。

第十一条 参加社会基本医疗保险的人员，应到指定的金融机构办理“惠州市社会保障卡”（以下简称社保卡），社保卡办理后，参保人凭社保卡就医或购药。在未办理社保卡前就医或购药的，参保人须出示本人身份证或户口簿原件。

第三章 医保基金征集

第十二条 职工医保费与生育保险费一并征收，统一管理。

医保基金分为：城镇职工基本医疗保险基金（以下简称职工医保基金）、居民基本医疗保险基金（以下简称居民医保基金）和基本医疗保险大病二次补偿基金（以下简称大病基金）。

职工医保基金分为：职工医疗保险统筹基金、职工补充医疗保险基金和职工个人账户（以下分别称职工医保统筹基金、补充医保基金和个人账户）。

第十三条 医保基金的来源：

- （一）用人单位和参保人缴纳的医保费。
- （二）各级财政补助资金。
- （三）基金的利息收入。
- （四）按规定收取的滞纳金。
- （五）其他收入。

第十四条 参加职工医保（包括综合基本医疗保险、住院基本医疗保险、补充医疗保险）应按以下规定缴纳职工医保费：

(一)机关、事业单位、社会团体的职工必须参加综合基本医疗保险;其他用人单位或个人可以根据实际选择参加综合基本医疗保险或住院基本医疗保险。

综合基本医疗保险的缴费标准为:单位按职工月平均工资总额的6.5%逐月缴纳,职工按本人月平均工资总额的2%逐月缴纳。职工月平均工资总额低于全市上年度在岗职工月平均工资60%的,按全市上年度在岗职工月平均工资的60%计征,职工月平均工资总额高于全市上年度在岗职工月平均工资300%的,高出部分不计征职工医保费。个人缴费部分由用人单位按月从职工工资中代扣代缴。

住院基本医疗保险的缴费标准为:单位按全市上年度在岗职工月平均工资的2%逐月缴纳,职工个人不缴费。

灵活就业人员参保缴费由个人负责。

(二)参加职工医保的,必须参加补充医疗保险,补充医疗保险费由用人单位按全市上年度在岗职工月平均工资的0.5%逐月缴纳(灵活就业人员由本人缴纳)。

企业按本办法规定参加了我市社会基本医疗保险后,可按规定建立企业医疗补助,用于本单位参保人员的医疗费补助。企业医疗补助费在职工工资总额3%以内的部分,可以从成本中列支。

(三)参加职工医保的人员退休后,符合下列条件的,用人单位和个人不再缴纳职工医保费,按规定享受职工医保待遇:

1. 2016年办理按月领取养老保险待遇手续的人员,累计缴费年限满14年,其中本市实际缴费年限满10年;
2. 2017年办理按月领取养老保险待遇手续的人员,累计缴

费年限满15年，其中本市实际缴费年限满11年；

3. 2018年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满16年，其中本市实际缴费年限满12年；

4. 2019年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满17年，其中本市实际缴费年限满13年；

5. 2020年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满18年，其中本市实际缴费年限满14年；

6. 2021年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满19年，其中本市实际缴费年限满15年；

7. 2022年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满20年，其中本市实际缴费年限满16年；

8. 2023年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满21年，其中本市实际缴费年限满17年；

9. 2024年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满22年，其中本市实际缴费年限满18年；

10. 2025年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满23年，其中本市实际缴费年限满18年；

11. 2026年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满24年，其中本市实际缴费年限满18年；

12. 2027年及以后办理按月领取养老保险待遇手续的参保女职工，累计缴费年限满25年，其中本市实际缴费年限满18年；

13. 参保男职工按上述方法推算至2032年及以后办理按月领取养老保险待遇手续的，累计缴费年限满30年，其中本市实际缴费年限满18年。

参保职工不满前款规定缴费年限的（含已办理退休手续和达到退休年龄而未领取养老金或退休金的灵活就业人员），可继续缴费至规定年限后停止缴费并继续享受职工医保待遇。选择参加综合基本医疗保险的，按其基本养老金或退休金的8.5%（单位缴纳时，企业和个人的缴费比例为：6.5%和2%）逐月缴纳（基本养老金或退休金低于全市上年度在岗职工月平均工资60%的，按全市上年度在岗职工月平均工资的60%计征，基本养老金或退休金高于全市上年度在岗职工月平均工资300%的，高出部分不计征职工医保费。未领取养老金或退休金的，以本市上年度在岗职工月平均工资的60%为缴费工资总额）；选择参加住院基本医疗保险的，按本市上年度在岗职工月平均工资的2%逐月缴纳。同时，按本市上年度在岗职工月平均工资的0.5%缴纳补充医疗保险费。

计划安置的军队、武警部队转业干部和退役士官及经组织、人社部门办理调动手续的参保人达到法定退休年龄时，达不到规定缴费年限的，由用人单位按前款规定缴纳；自主择业的军队、武警部队转业干部和符合计划安置的军队、武警部队退役士官选择自主就业的参保人达到法定退休年龄时，达不到规定缴费年限的，由安置地财政按前款规定承担。

按国家和省规定的医疗保险关系转移接续办法办理转移的市外医疗保险缴费年限，纳入本条的累计缴费年限计算。

（四）本办法实施前已办理退休手续并选择一次性趸缴或按月已缴满10年的人员不再缴纳医保费；已选择一次性趸缴的，所缴医疗保险费不予退还；办理按月缴纳的，达到本条第三项第一

目规定缴费年限后，可不再缴纳医保费，超出部分不予退还。

第十五条 居民医保基金由参保居民缴纳的医保费与各级政府财政补助组成。居民医保以家庭为参保单位，一个户口簿内符合参保条件的成员必须按同一缴费档次同时参保，参保单位可根据家庭实际选择以下缴费标准：

（一）A档：每人每年120元。

（二）B档：每人每年200元。

特困群众个人缴费部分（参加B档），由所在县（区）财政承担。

在我市就读的大中专学生以自愿为原则参加居民医保。其中，属于本市户籍已随家庭参加居民医保或本市行政区域外户籍已在户籍所在地参加城乡居民医保（含新型农村合作医疗）的学生，可不参加学校组织的居民医保。参保学生按B档的缴费标准缴纳医保费。

各级财政对居民医保的补助资金全部纳入居民医保基金（含中央和省对城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的补助资金）。市、县（区）财政补助居民医保的标准，按国家有关规定并结合我市实际，由市政府另行制定。

市财政按全市参加居民医保的人数，每人每年补助1元；各县（区）财政按本县（区）参加居民医保的人数，每人每年补助2元，作为居民生育保障补助资金，纳入居民医保基金统筹管理。

第十六条 居民医保费由社保经办机构负责征收，由参保居民按自然年度缴交。在一个年度内新参加居民医保的，应一次性缴纳当年医保费。连续参保的参保居民原则上应在每年的10月1

日起至 12 月 31 日，到户籍所在地社保经办机构或社保所办理参保手续，并缴纳下一年度的医保费。

各乡镇政府和街道办事处负责辖区内居民参保的宣传发动、政策咨询，并在每年的 10 至 12 月份组织村民委员会和社区工作站动员所有居民参加居民医保。

居民以家庭为单位办理参保缴费的，应凭社保经办机构或社保所打印的缴费凭证，到社保经办机构指定的收费单位缴纳居民医保费。

村民委员会可在本村居民自愿的基础上统一选定一个缴费档次，并统一为辖区内居民代办参保缴费手续；村民委员会应到社保经办机构指定的收费单位缴纳代收的居民医保费。

由学校组织参保的大中专学生及异地务工人员子女的医保费由学校代收代缴。

第十七条 市、县（区）财政部门应将本级财政承担的居民医疗保险补助资金纳入当年财政预算。市、县（区）财政承担的居民基本医疗保险补助资金，应在每年的 6 月 30 日前，按社保经办机构提供的本年度参加居民医保人数和补助标准，一次性拨入市居民医保基金财政专户。省级以上财政补助的居民医疗保险资金，由省直接划入市居民医保基金财政专户。

特困群众参加居民医保的个人缴费部分，由其户籍所在地财政部门按照社保经办机构提供的本年度特困群众参加居民医保人数和补助标准，在当年的 6 月 30 日前将本年度的个人缴费部分，拨入其户籍所在地社保经办机构。

参保大中专学生所需政府补助资金，按照学校（含分校区）

隶属关系，由同级财政负责安排。省财政对我市各类全日制普通高等学校和中职技校学生按照城镇居民参加基本医疗保险的补助办法给予补助；市、县（区）财政对大中专学生的补助标准按本市居民医保的补助标准执行。其中，市财政负担市属院校（含分校区或分支机构）及其县（区）所属中职技校参保学生的市级财政应补助资金；县（区）财政负担本县（区）参与举办的市属院校（含分校区或分支机构）及本县（区）所属中职技校参保学生的县（区）级财政应补助的资金。大学生日常所需的医疗资金，继续按高校隶属关系，由同级财政予以补助。

第四章 医保待遇

第十八条 参保职工和参保居民在本年度内参保缴费的，从参保人开始缴纳医保费的次月起按本办法规定享受医保待遇。

参保居民在规定缴费时间内缴纳下一年度医保费的，从下一年度1月1日起按本办法规定享受医保待遇。

参保人在应缴费日期内未缴费的，自欠缴医保费的次月起，停止享受医保待遇。

第十九条 参保人因病（含符合计划生育政策生育和意外伤害，下同）就医发生的在起付标准以上（特殊规定除外，下同）、最高支付限额以下的符合医保规定的药品、诊疗项目及医疗服务设施范围的门诊、住院医疗费用（以下简称政策内费用），由医保基金按规定的比例给予支付。医保药品按省规定的目录执行；诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准由市人社部门会同有关

部门根据国家和省有关规定另行制定。

第二十条 参保居民应就近选择一家乡镇卫生院（含所辖行政村卫生站）或社区卫生服务中心（以下统称基层卫生服务机构）；参保职工可选择一家基层卫生服务机构（含一级定点机构）或二级、三级定点医疗机构，作为本人的门诊首诊医疗机构（以下简称门诊定点机构）。参保人因病在门诊定点机构发生门诊政策内医疗费用（含产前检查费），医保基金根据参保人的参保方式和缴费标准的不同，按以下不同的标准支付：

（一）参加职工医保的，医保基金支付标准为：每人每年的累计支付限额为1000元；在本市行政区域内基层卫生服务机构、二级、三级定点医疗机构就医的，单次门诊费用医保基金支付比例分别为80%、60%、55%；经门诊定点机构转诊（含急诊）到本市行政区域内其他定点医疗机构就诊的门诊费用，支付比例分别减少10个百分点；每次支付限额为140元以下。

（二）参加居民医保A档的，医保基金支付标准为：每人每年的累计支付限额为500元；单次门诊费用支付比例为55%，每次支付限额为50元以下；经门诊定点机构转诊（含急诊）到本市行政区域内其他定点医疗机构就诊的门诊费用，支付比例为40%，每次支付限额为30元以下。

（三）参加居民医保B档的，医保基金支付标准为：每人每年的累计支付限额为800元；单次门诊费用支付比例为75%，每次支付限额为70元以下；经门诊定点机构转诊（含急诊）到本市行政区域内其他定点医疗机构就诊的门诊费用，支付比例为60%，每次支付限额为60元以下。

第二十一条 参保人因病发生的住院政策内费用（含为办理当次住院手续前24小时内在本院发生的政策内急诊和检查费用；留院观察期间发生的政策内费用，下同），在起付标准以上、最高支付限额以下的部分，由医保基金按规定支付。

起付标准按医院等级确定，一级医院200元、二级医院400元、三级医院800元。本市行政区域外的医院，起付标准统一为1200元。住院政策内费用在起付标准以下的由参保人自负。

第二十二条 参保人因病发生的住院政策内费用，医保基金在一个年度内的最高支付限额，按参保人的参保方式和缴费标准分别确定。参加职工医保的，职工医保统筹基金的最高支付限额为60万元；参加居民医保A档的为40万元、B档的为50万元。

参加职工医保的，年度内发生的住院政策内费用，超过职工医保统筹基金最高支付限额的部分，由补充医保基金支付。参加居民医保的，年度内发生的住院政策内费用，超过居民医保基金最高支付限额的，医保基金不再支付当年的住院医疗费用，由参保人自行承担。

第二十三条 参保人因病住院发生的政策内费用，按参保方式和缴费标准的不同，享受相应的医保待遇。

（一）参保职工连续缴费满6个月后（不含6个月），在本市行政区域内定点医疗机构或经批准转院到本市行政区域外定点医疗机构就医的（含本市行政区域外的急诊住院），发生的住院政策内费用，职工医保统筹基金的支付比例为95%。自行到本市行政区域外定点医疗机构就医的，医保基金支付比例为70%；到本市行政区域外非定点医疗机构就医或参保缴费不满6个月（含6

个月)的, 医保基金支付比例为50%。

(二) 参保职工年度内发生的住院政策内费用按规定报销后, 超过职工医保统筹基金最高支付限额的部分, 由补充医保基金支付95%, 个人自付5%。

(三) 参保居民因病住院, 发生的住院政策内费用, 居民医保基金的支付比例为:

1. 参加居民医保A档的, 支付比例为一级医院95%, 二级医院75%, 三级医院65%。

2. 参加居民医保B档的, 支付比例为一级医院95%, 二级医院85%, 三级医院75%。

3. 办理转院手续的参保居民, 到本市行政区域外定点医疗机构住院发生的住院政策内费用(含本市行政区域外的急诊住院), 居民医保基金支付比例按本市行政区域内同等级定点医疗机构的支付比例执行; 自行到市外定点医院住院政策内费用的报销比例, 各降20个百分点; 到市外非定点医院住院政策内费用的报销比例为: A档40%、B档45%(异地就读的学生除外)。

(四) 参保居民符合计划生育政策分娩或终止妊娠, 发生的住院政策内费用, 医保基金按下列比例支付: 一级医院100%, 二级和三级医院90%。

第二十四条 参保人一个年度内住院政策内费用, 经医保基金支付后的个人自付比例部分费用(含住院起付标准, 但不含特定门诊费用)累计达到10000元以上的部分, 由大病基金支付95%。下列医疗费用不纳入大病基金支付范围:

(一) 未经批准转院自行到本市行政区域外定点医疗机构或

到市外非定点医疗机构就医的（异地就读的学生和本市行政区域外的急诊住院除外）。

（二）办理异地就医后到非选定医疗机构就医（不包括到本市行政区域内定点医疗机构就医）的。

第二十五条 参保人连续参保缴费满1年（含1年）后，因患规定的门诊特定病种疾病时，可申请办理门诊特定病种疾病待遇（以下简称特定门诊）。参保人就医的相关资料经社保经办机构指定的定点医疗机构审核后，符合规定条件的凭社保经办机构指定定点医疗机构出具的相关证明到当地社保经办机构申请办理。根据参保人的参保方式和缴费标准，享受以下不同的特定门诊待遇：

（一）由医保基金支付一定额度的特定门诊政策内医疗费用。

（二）特定门诊费用年度限额为医保基金按比例支付部分和参保人个人按比例支付部分之和（以下称特定门诊限额）。

（三）参保职工年度内特定门诊费用和住院医疗费用的医保基金最高支付限额分别计算。

（四）参保居民年度内特定门诊医疗费和住院费用的医保基金支付额累计计算，超过当年医保基金最高支付限额的，医保基金不再支付当年的医疗费用。

特定门诊的诊断标准及相关规定，由市人社部门在征求有关部门和医疗专家意见后另行制定。

第二十六条 下列24项特定门诊限额为4000元，职工医保基金的支付比例为95%，个人的支付比例为5%；居民医保基金的支

付比例为55%，个人支付比例为45%。具体为：肝硬化（失代偿期）、慢性肾功能衰竭（尿毒症期）、恶性肿瘤（非放、化疗治疗）、慢性阻塞性肺气肿并反复肺感染、精神分裂症（经专科医院系统治疗1年以上）、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、肺结核活动期间、类风湿性关节炎、慢性活动性肝炎（不含聚乙二醇干扰素 α -2a<或2b>注射液治疗丙型肝炎）、帕金森病、糖尿病、冠心病（反复发作的心绞痛或心肌梗塞）、高血压病二期以上（含二期）、脑血管疾病及脑障碍性病变后遗症期、儿童白血病、艾滋病机会性感染、慢性粒细胞白血病、脑梗死、甲状腺功能亢进性心脏病、重症肌无力、骨髓增生异常综合症、心脏瓣膜置换和癫痫。

第二十七条 下列共10项特定门诊，医保基金的支付比例为95%，参保人个人的支付比例为5%。具体为：耐药性肺结核的特定门诊限额为1.5万元；恶性肿瘤（内分泌治疗）的特定门诊限额2万元；恶性肿瘤（放疗、化疗）、地中海贫血、慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素 α -2a<或2b>注射液治疗）和骨髓增生异常综合症（放、化疗）的特定门诊限额为3万元；血友病、内脏器官置换术及骨髓移植术后（抗排斥治疗期）和慢性肾功能衰竭（尿毒症期的透析治疗）特定门诊限额为5万元；甲磺酸伊马替尼治疗慢性粒细胞白血病和胃肠间质瘤的特定门诊限额为7万元。

第二十八条 参保人患2项以上（含2项）特定门诊病种疾病的，其特定门诊限额标准以其中最高的一种确定，并在此基础上增加定额1000元；参保职工如患2项以上（含2项）门诊特定病种疾病的，其中有1项规定应在定点医疗机构就医的，须在定点医疗机构就医。

第二十九条 参保职工经批准享受下列8项特定门诊待遇的，可在本市行政区域内由社保经办机构指定的定点机构就医、购药：慢性活动性肝炎（不含聚乙二醇干扰素 α -2a<或2b>注射液治疗丙型肝炎）、类风湿性关节炎、帕金森病、糖尿病、冠心病（反复发作的心绞痛或心肌梗塞）、高血压病二期以上（含二期）、脑血管疾病及脑障碍性病变后遗症期和内脏器官置换术及骨髓移植术后（抗排斥治疗期）。

第三十条 参保人经批准享受特定门诊待遇的，只能在本市行政区域内的定点医疗机构就诊；已办理异地就医手续、在本市行政区域外定点医疗机构就医的及符合本办法第二十九条规定的除外。

第三十一条 经批准享受特定门诊待遇的参保人，因患肺结核活动期间和慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素 α -2a<或2b>注射液治疗）等2项病种疾病的，特定门诊待遇有效期为6个月，临床表现符合继续治疗条件的，经具有副主任职称以上专科医师确定，最长不超过12个月；耐药性结核病最长不超过36个月。

第三十二条 经批准享受特定门诊待遇的参保人，特定门诊限额，原则上应按一个年度内的最高支付限额的月平均数逐月使用，不可跨年度使用。与特定门诊病种疾病诊疗无关的医疗费用，医保基金不予支付。

第三十三条 参加职工综合基本医疗保险的参保职工和退休人员，建立个人账户。

（一）个人账户由参保职工个人缴费和依据不同年龄段按规定比例划入的单位缴费部分及存款利息组成。单位缴纳部分具体

划入个人账户标准为：35周岁（含35周岁）以下的职工，按本人缴费工资的1%划入；35周岁以上至45周岁（含45周岁）的职工，按本人缴费工资的1.3%划入；45周岁以上至退休前的职工，按本人缴费工资的2%划入；退休人员以本人退休金（本人退休金低于全市上年度在岗职工月平均工资80%的，按全市上年度在岗职工月平均工资的80%计算）为基数按4.5%的比例划入。

（二）个人账户可用于支付参保职工本人及其配偶、父母、子女或本人其他亲属所发生的下列费用：

1. 在本市定点医疗机构就医发生的属个人支付的医疗费用和到定点零售药店购买符合规定的商品所发生的费用；
2. 健康体检和预防接种疫苗费用（按规定免费的除外）；
3. 购买商业健康保险和缴纳医保费。

（三）参保职工死亡的，个人账户余额可由其法定继承人提取现金或消费；参保职工异地转移时，其个人账户余额可提取现金，并终结医疗保险关系。参保职工办理异地就医手续的，个人账户每年以现金形式划入本人金融账户。

第五章 职工生育保险待遇

第三十四条 参保职工连续缴纳医保费不满6个月（含6个月），符合计划生育政策终止妊娠或分娩的，发生的住院政策内费用，医保基金的支付比例为70%；连续缴纳医保费满6个月后（不含6个月），医保基金的支付比例为100%。

参保职工符合计划生育政策，在本市行政区域外住院分娩或

终止妊娠的医疗费用（含生育时产生的其他医疗费用），以及参保职工未就业配偶未参加职工生育保险（本市职工医保）和户籍所在地新型农村合作医疗或城镇居民基本医疗保险（本市居民医保），符合计划生育政策住院分娩或终止妊娠产生的政策内住院医疗费用，实行总额包干，标准为2000元。

第三十五条 参保职工，按规定缴纳了职工补充医疗保险费，有下列情形之一的，享受生育津贴：

- （一）女职工生育享受产假。
- （二）享受计划生育手术休假。
- （三）法律、法规、规章规定的其他情形。

参保职工符合上述条件享受生育津贴时，应当同时具备下列条件：

（一）用人单位为职工累计缴费（灵活就业人员连续参保缴费）满12个月（含12个月）以上，并继续缴费；参保职工生育（含住院分娩、中止妊娠和计划生育手术，下同）前6个月直至用人单位申领生育津贴时均处于职工医保参保缴费状态。参加居民医保的缴费时间不予累计计算为享受生育津贴的时间。

（二）已在社保经办机构办理生育备案登记。

（三）符合国家和省人口与计划生育规定。

第三十六条 生育津贴发放的标准：

（一）计发基数：生育津贴按照职工所在用人单位上年度在岗职工月平均工资计发（即：以参保人生育假期开始之日时的市上年度在岗职工月平均工资计算），每天的计发基数为全市上年度在岗职工月平均工资除以30天。

(二) 生育假期的计算天数:

1. 产假: 未满4个月流产的, 15天; 满4个月流产的, 42天; 分娩假期, 98天; 难产的增加30天; 多胞胎的(每多一个), 增加15天; 大于23周岁怀孕生育第一孩的增加15天、领取独生子女证的增加35天;

2. 计划生育假: 取出宫内节育器的, 1天; 放置宫内节育器的, 2天; 结扎输卵管的, 21天; 施行输精管结扎的, 7天; 施行输卵管或者输精管复通手术的, 14天。同时施行两种节育手术的, 合并计算假期。

不符合前款规定的假期期间, 包括职工依照计划生育法律、法规规定享受奖励的产假或者看护假期, 由用人单位按照规定发放工资, 职工不享受生育津贴。

国家和省对前款规定的生育假期作出新规定的, 生育津贴的计算天数相应调整。

第六章 医保待遇管理

第三十七条 参保人在同一时间段内, 只能参加一种社会基本医疗保险, 享受相应的医保待遇。

失业人员在领取失业保险金期间应参加职工医保, 其单位缴费部分由失业保险基金承担, 个人缴纳部分在每月领取的失业保险金中扣缴。本市户籍的失业人员在领取失业保险金期满后可按本办法的有关规定参加职工医保或居民医保。

第三十八条 参保人在定点机构门诊、住院或配药时发生的

医疗费用，属个人支付的部分，由个人账户或现金支付；属于医保基金支付的，由社保经办机构与定点机构结算。医保基金与定点机构的具体结算办法由市人社部门会同市卫生和计划生育、财政、发展改革等行政部门另行制定。

参保人经本人选定的门诊定点机构转诊（含急诊）到本市行政区域内其他定点医疗机构门诊发生的医疗费用先由个人垫付后，持有效票据到选定的门诊定点机构按规定报销。

第三十九条 办理特定门诊的参保人到指定的定点机构就医、购药，个人只需支付个人自付部分，医保基金支付部分由社保经办机构与定点机构结算。

社保经办机构应加强对已办理特定门诊人员的跟踪服务管理，不定期组织对已办理特定门诊人员进行专项病种检查，检查所需的医疗费用由医保基金支付。

第四十条 参保人在本市行政区域外、本市行政区域内未与社保经办机构实行电脑联网的定点医疗机构住院发生的医疗费用，由个人现金垫付后，凭有效票据到社保经办机构或社保经办机构委托的医疗机构办理报销手续。

第四十一条 下列医疗费用不纳入医保基金支付范围：

（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）到本市行政区域内非定点医疗机构（急诊除外）就诊（含分娩或终止妊娠）及零售药店购药的费用；

（五）施行美容手术或先天性残疾进行非生理功能矫正治疗

所发生的医疗费用；

- (六) 预防保健、疗养费用；
- (七) 应由计划生育服务技术项目支付的费用；
- (八) 因非医学需要或自行终止妊娠的费用；
- (九) 实施人工辅助生殖术的费用；
- (十) 因医疗事故发生的应当由医疗机构承担的费用；
- (十一) 在境外（含港澳台地区）就医的；
- (十二) 法律、法规、规章规定不予支付的费用。

医疗费用依法应当由第三人负担的，事故发生之日起3个月后经公安、司法机关处理无法认定责任人或责任人无赔偿能力的，由基本医疗保险基金先行支付。社保经办机构，有权向第三人追偿。

第七章 医保基金管理

第四十二条 用人单位及其职工应按时足额缴纳医保费。用人单位应定期向职工公布医保费的缴纳情况，接受工会组织和职工的监督。

企业发生撤销、吊销、解散、合并、分立、转让、租赁、承包等情况时，接收或承续经营者应承担其单位职工的医疗保险责任，及时缴纳职工医保费。破产企业应按规定优先清偿欠缴的医保费。

破产、关闭的国有、县级以上集体企业应为距法定退休年龄5年以内（含5年）的职工，一次性以全市上年度在岗职工月平均

工资（以每年递增10%计算）为基数，按7%的缴费比例（含补充医疗保险）、个人按2%的比例缴至法定退休年龄；达到法定退休年龄后，缴费年限仍不符合本办法第十四条规定的，单位和个人缴费部分由个人缴至规定年限为止。

第四十三条 用人单位缴纳的医保费按下列渠道列支：机关和财政全额拨款的事业单位列入地方财政预算安排；其他事业单位和社会团体按原资金渠道解决；企业从成本中列支。

参保人个人缴纳的医保费不计征个人所得税。

第四十四条 用人单位未按规定缴纳医保费的，未缴费期间所属职工发生的医疗费用，由用人单位按本办法的相关规定承担（灵活就业人员由个人承担）。

用人单位未按规定足额缴纳和代扣代缴医保费的，由税务部门责令限期缴纳。

第四十五条 用人单位与参保职工解除或者终止劳动合同的，用人单位应当及时到税务部门及社保经办机构，办理医疗保险关系终结或者转移手续。

第四十六条 用人单位和职工个人缴纳的医保费，属于职工医保基金（含个人账户和统筹基金）；用人单位缴纳的补充医疗保险费，属于补充医保基金；居民个人缴纳的医保费与政府补助资金，属于居民医保基金；从职工补充医保基金和居民医保基金的历年结余按8: 2的比例提取的资金，属于大病二次补偿基金；职工生育津贴从职工补充医保基金中据实列支。

第四十七条 社保经办机构应及时将征集的居民医保费划入市居民医保基金财政专户，同时编制居民医保费划解清单及相

应的缴款凭证报送市财政部门，做好各级财政补助资金请拨、记账及对账工作；严格按照惠州市社会基本医疗保险基金会计核算管理的有关规定，对医保基金收支情况进行会计核算；市社保经办机构负责惠城区职工医保待遇的核发工作，并进行职工医保基金的会计核算。

每月3日前（逢节假日可顺延），各级地税部门和各级社保经办机构应将上月征集的医保费全额上缴至市医保基金财政专户。

由市医保基金财政专户预拨2个月的周转金到市社保经办机构医保基金支出专户，作为支付医疗费用的周转金。

社保经办机构可根据定点医疗机构的实际，预拨一定数量的周转金；预拨周转金应结合上年度医保基金支付该定点医疗机构医疗费用总额和年度考评结果确定，基层医疗机构不超过60%，其他医疗机构不超过15%。

第四十八条 门诊医疗费用按参保人参保方式和缴费标准的不同，实行年度定额包干给门诊定点机构使用，超支不补。门诊定额包干经费分别从职工医保基金和居民医保基金中列支。

门诊统筹的有关规定及包干经费的具体标准，由市人社部门会同市财政、发展改革、卫生和计划生育部门根据门诊包干经费的具体使用情况适时调整；另外按每人每年1元的标准增加门诊包干经费，作为参保人符合计划生育政策生育的产前检查费用。

第四十九条 医保基金纳入市财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用，不得用于平衡财政预算。

医保基金按国家规定利率计算利息。

第五十条 市、县（区）人社部门应加强对医保基金收支情况的监督，建立健全医保基金的预决算制度、财务会计制度和内部审计制度；市财政部门负责医保基金财政专户的管理；市、县（区）审计部门依法对医保基金进行审计监督。

第八章 医保经办服务

第五十一条 参保人跨年度住院的结算时间以出院时间为准，年度最高支付限额以出院时的自然年度计算。

参保居民在年度内转为参加职工医保的，在职工医保待遇生效前所发生的医疗费由居民医保基金支付；参保职工停保后在次月参加居民医保的，参保当月内发生的医疗费用，由居民医保基金按规定支付。

参保居民参保年度内选择参加职工医保的，视为职工医保连续缴费；居民医保参保缴费时间不计算为职工医保累计缴费年限。

第五十二条 符合本市入户条件的新生儿在出生后8个月（含8个月）内参保的，新生儿自出生之日起至办理参保缴费手续期间内因病住院（或因抢救无效死亡的）发生政策内费用，由居民医保基金按规定支付。新生儿跨年度产生的住院医疗费用，须缴纳上一年度的医疗保险费后，居民医保基金方可按规定支付；新生儿因抢救无效死亡的，凭医学死亡证明和夫妻双方的结婚证与户口簿登记参保缴费。

第五十三条 按国家和省规定的医疗保险关系转移接续办

法办理转入的，在3个月内（含3个月）办理参保缴费手续，其缴费年限接续计算。

参保人连续欠缴医保费未超过3个月（含3个月）的可以补缴，补缴后连续计算参保时间，并正常享受医保待遇，其间发生政策内费用可由医保基金按规定支付。

连续欠缴医保费超过3个月（不含3个月）要求补缴的，原则上不予办理补缴手续。连续超过3个月需要补缴的，补缴时间只计算为累计缴费时间，不计算为连续缴费时间，期间发生的医疗费用医保基金不予支付；超过3个月以后再参保或补缴的，从参保或补缴的次月起享受医保待遇。

第五十四条 参保人因学习、工作或长期在本市行政区域外居住连续满1年以上的，需办理异地就医登记手续；参保人就医的定点医疗机构在诊疗等方面不具备相应的条件或因病情需要到异地就医的，需办理相应的转院手续。异地就医的有关规定由市人社部门会同卫生和计划生育部门另行制定。

第五十五条 利用职工个人账户缴纳医保费的，可在30天内持缴费凭证和社保卡到社保经办机构或指定银行办理冲卡手续，但只能划出个人账户的现有金额。

职工个人账户购买商业健康保险的办法，由市人社部门另行制定。

办理异地就医手续的参保职工，其个人账户金额按社保经办机构规定的时间划入本人的金融账户。

参保人在年度内因死亡、出国定居等原因终止医疗保险关系的，由社保经办机构对其个人账户余额进行清算，并按规定一次

性予以支付。属于依法继承的，由继承人向社保经办机构提供本人与被继承人的法定证书或关系证明、被继承人的死亡证明及身份证复印件（需核对原件）。

第五十六条 参保人因病就医的，应出示本人社保卡（未办理社保卡的出示本人居民身份证，未办理居民身份证出示户口簿，转诊的需提供转院证明），在核对无误后办理就医手续。

（一）在与社保经办机构电脑联网的定点医疗机构就医的（市外定点机构需要提供转院证明），在本次医疗终结后，个人只需用个人账户余额或现金支付个人支付部分；属于医保基金支付的部分，由社保经办机构与定点医疗机构直接结算。

（二）在未与社保经办机构电脑联网或在本市行政区域外非定点机构及未联网结算的定点机构住院治疗的，医疗费用先由个人垫付，在本次医疗终结后6个月内（特殊情况下最长不超过12个月）凭疾病诊断证明书、出院小结原件、有效医疗费用票据原件、医疗费用明细清单、本人社保卡（复印件）、银行账号和本人身份证复印件（本人无身份证的提供户口簿，转院的需提供转院手续，异地就读的学生需提供学校证明）等资料，到社保经办机构或社保所办理报销手续。

（三）参保人在确诊怀孕后，应携带夫妻双方《身份证》、《结婚证》、《计划生育服务证》（需有本次怀孕的登记或审批）等相关证件，到参保地社保经办机构登记备案。未登记备案前发生的产前检查、生育等医疗费用，由参保人自负，医保基金不予支付。

参保人异地住院终止妊娠或分娩的，应按前款规定登记备

案，并在终止妊娠或分娩之日起1年内持夫妻双方《身份证》、《结婚证》、《计划生育服务证》（需有本次怀孕的登记或审批）等相关证件以及婴儿《出生医学证明》或《死亡证》、出院小结、有效医疗费用票据原件、医疗费用明细清单、本人社保卡（复印件）、银行账号等相关资料，到参保地社保经办机构办理报销手续（参保职工领取包干经费）。

（四）参保人在本市行政区域内因病住院，在办理出院手续时，其本人或家属应在《惠州市社会基本医疗保险住院费用结算单》上签名认可。对有争议的医疗费用，参保人有权向医院查询有关明细项目。

（五）参保人经本人选定的门诊定点机构转诊（含急诊）到本市行政区域内其他定点医疗机构门诊就诊的，医疗费用先由个人垫付，参保人应在就诊之日起60日内凭疾病诊断证明书、门诊病历、有效医疗费用票据原件、医疗费用明细清单、本人社保卡（复印件）、银行账号和本人身份证复印件（本人无身份证的提供户口簿），转诊证明等资料到本人选定的门诊定点机构办理报销手续。

经门诊定点机构转诊的参保人，在规定时间内只能报销当次的门诊医疗费用。

（六）参保人因意外伤害住院治疗的，应向医疗机构说明具体情况，并由医疗机构开具《惠州市社会基本医疗保险意外伤害住院医疗费用申请表》，经社保经办机构核实后按规定支付相关医疗费用。

（七）参保人因急诊、急救、抢救或确因实施急救和抢救的

医疗机构条件所限，在24小时内（不含24小时）确需转往其他医疗机构住院治疗的（或在此期间内死亡），期间产生的政策内医疗费用，由医保基金按住院的有关规定支付；其他在24小时内（不含24小时）住院无特殊规定情形的，按门诊统筹的有关规定执行。

参保人未在规定时限内申报医疗费用的，社保经办机构或门诊定点机构不予受理。

第五十七条 办理异地就医登记的参保人应到参保地社保经办机构或社保所领取《惠州市社会基本医疗保险异地居住就医登记表》一式两份，并选择1至2家居住地基本医疗保险定点医疗机构，经所选医疗机构和当地医疗保险经办机构盖章（需注明所选医疗机构的等级）确认后，交参保地社保经办机构备案。参保人在选定的医疗机构就医，及因病情需要由选定医疗机构办理转院手续到本市行政区域外定点医疗机构就医的，医保基金支付比例按本市行政区域内的同等级定点医疗机构标准执行。未办理转院自行到非选定医疗机构住院的，发生住院政策内费用，医保基金支付比例按本办法第二十三条的有关规定执行。

办理异地就医手续后，门诊医疗待遇按包干给门诊定点机构的费用标准一次性划入本人的金融账户。

异地就读的参保人只需凭就读学校的录取通知书或就读学校的其他有效证明（含证件），到参保地社保经办机构或社保所办理登记备案手续。门诊医疗待遇按前款规定执行。

参保大中专学生在本市行政区域内流动的，不办理异地就医手续。

参保大中专学生在假期和实习、休学期间因急危重病需异地

住院治疗的，可先在异地住院治疗，并应在住院后的7日内向参保地社保经办机构报告，返校后（当年毕业的应在10月31日前）凭疾病诊断证明书、出院小结原件、有效医疗费用票据原件、医疗费用明细清单、本人社保卡复印件、银行账号和本人身份证复印件等资料，到参保地社保经办机构办理报销手续。

第五十八条 参保人因病造成进食、翻身、大小便、穿衣和洗漱、自我移动五项中有一项不能自理者，可申请办理家庭病床。家庭病床原则上由基层卫生服务机构负责，经社保经办机构同意的可由二级、三级医院负责。办理家庭病床期间，参保人不再享受普通门诊医疗待遇。

（一）参保人办理家庭病床由定点医疗机构诊治医师出具家庭病床通知单，经该医疗机构审查同意，并持家庭病床通知单报当地社保经办机构或社保所批准后，在定点医疗机构办理家庭病床登记手续。

（二）家庭病床医疗费用实行由社保经办机构与定点医疗机构定额结算的办法，其定额标准按实施家庭病床的定点医疗机构定额标准的70%计算，每3个月计算一次定额，由定点医疗机构向社保经办机构结算。参保人选用家庭病床治病时，起付标准按负责家庭病床的定点医疗机构的住院起付标准执行，起付标准以上的医疗费用，按负责家庭病床的定点医疗机构住院支付比例由医保基金支付。

（三）在设立家庭病床诊疗期间，医患双方应严格执行定点医疗机构及社保经办机构的各项规定和制度。

第五十九条 参保人应在每年的12月31日前，选定下一年

度的门诊定点机构，并填写《惠州市门诊基本医疗保险登记表》。

具体方式为：

（一）参保人选定门诊定点机构后，由用人单位或个人到社保经办机构或社保所登记。

（二）本人凭社保卡和身份证到选定的门诊定点机构登记。

基层卫生服务机构应按方便参保人的原则，确定一定数量的行政村卫生站或社区卫生服务站作为其下属门诊定点机构，并报当地人社部门和社保经办机构备案，纳入该基层卫生服务机构管理。参保人原则上应在选定的门诊定点机构就医，因病情（不含急诊）需要到本市行政区域内其他定点机构就医的，门诊定点机构应按规定办理转诊手续，医疗费用报销按本办法第二十条和第五十六条第五项的规定执行。

参保人选定的门诊定点机构，原则上1个年度内保持不变。

参保大中专学生的门诊统筹，由学校统一选择本校举办的定点医疗机构或一家一级（二级）的公立定点医疗机构作为本学校参保大中专学生的门诊定点机构。基金支付比例统一按一级医院的有关规定执行。

第六十条 参保人申办特定门诊应凭社保经办机构指定的定点医疗机构出具的《惠州市社会基本医疗保险特定门诊申请表》和疾病诊断证明及其检查资料和病历等相关材料到当地社保经办机构办理手续。社保经办机构指定办理特定门诊申请的定点医疗机构，应严格执行人社部门和社保经办机构关于特定门诊的有关规定，不得为不符合规定条件的参保人开具相关的证明材料。

参保人申请特定门诊得到批复后，方可到指定的定点机构就诊、购药。

参保人转换医保险种后，特定门诊待遇按新参加的医保险种规定执行。

第六十一条 用人单位（包括灵活就业和退休人员）在达到本办法规定的享受生育津贴条件时，在职工生育结束后1年内向当地社会保险经办机构申请生育津贴。参保人享受生育假期间，用人单位因被吊销营业执照、责令关闭、撤销或者提前解散等客观原因或者无正当理由未按照规定发放生育假期间工资的，参保人可以在生育结束后1年内，凭相应证明和材料直接到当地社保经办机构申领生育津贴。

（一）应提供的材料：1. 单位申请时。（1）用人单位开具的书面委托证明及受托人的身份证（核对原件、留复印件）；（2）享受生育津贴职工的身份证（核对原件、留复印件）、婴儿出生证或死亡证明或流产证明（核对原件、留复印件），属计划生育手术的需提供相应的手术证明材料，属独生子女的需提供独生子女证（核对原件、留复印件）；（3）单位的开户银行及账号；（4）单位支付参保人生育假期的工资凭证。2. 个人申请时。用人单位因被吊销营业执照、责令关闭、撤销或者提前解散及灵活就业人员和退休人员，由个人申请。（1）参保人本人身份证（核对原件、留复印件），特殊情况需由配偶申请的须同时提供结婚证和配偶身份证（核对原件、留复印件）；（2）婴儿出生证或死亡证明或流产证明（核对原件、留复印件），属计划生育手术的需提供相应的手术证明材料，属独生子女的需提供独生子女证

(核对原件、留复印件); (3) 申请人社会保障卡(核对原件、留复印件)。

(二) 津贴发放: 参保人所在单位应按相关法律法规的规定全额发放参保人生育假期间的工资(含各类津补贴)。职工享受生育津贴时, 视同用人单位已支付相应数额的工资。生育津贴高于职工本人工资的, 用人单位应将高出本人工资的部分补发给参保人; 生育津贴低于职工本人工资的, 职工所在单位仍应按本人工资如实发放。

第九章 定点机构管理

第六十二条 定点机构实行信用等级和年度考评制度。定点机构的管理办法, 由市人社部门会同有关部门, 根据相关法律、法规、规章和政策另行制定。

第六十三条 社保经办机构应当与定点机构签订社会基本医疗保险服务协议, 明确双方的责任、权利与义务。

第六十四条 各基层定点医疗机构应按要求为参保人建立健康档案, 为参保人提供门诊基本医疗服务和健康指导。

第六十五条 社会基本医疗保险药品目录、诊疗目录及医疗保险费用支付范围按国家、省和市有关规定执行。市人社部门会同市发展改革、财政、卫生和计划生育和食品药品监督等有关部门, 根据国家和省有关规定制定相应的支付标准, 并制定惠州市社会基本医疗保险费用结算等管理规定。

第六十六条 定点机构应配备相应的社会基本医疗保险管

理机构和人员，负责社会基本医疗保险的相关工作。

定点医疗机构的医务人员应严格按社会基本医疗保险范围提供基本医疗服务，并接受病人的监督；对特殊检查、治疗以及转院的，应严格按照规定程序办理审批手续。定点医疗机构在与社保经办机构和参保人结算医疗费用时，应同时向付费方提供有关医疗费用的明细清单。定点医疗机构医务人员在使用自费药品和进行自费检查治疗前，应征得患者或患者亲属的同意，如患者病情危急需立即实施救治的，应在救治后履行书面告知义务。

非营利性定点医疗机构应严格按照县级以上价格主管部门核定的收费项目和标准收费。违反规定收取的费用，社保经办机构和参保人有权拒付。

定点医疗机构提供的超出社会基本医疗保险规定范围的服务项目、收费标准，未经县级以上卫生和计划生育、价格主管部门和人社部门批准的新技术、新项目发生的医疗费用，社保经办机构不予支付。

第六十七条 市、县（区）人社部门应组织卫生和计划生育、食品药品监督、价格主管等部门和社保经办机构，对定点机构执行社会基本医疗保险制度情况进行监督、检查和考评。

建立定点机构服务质量考评制度。社保经办机构应在定点机构基本医疗保险结算资金中按5%的比例暂扣服务质量考评金；使用个人账户结算的住院医疗费不设服务质量考评金，定点零售药店和无住院定点医疗机构每年12月份的个人账户记帐额度的50%作为全年的服务质量考评金。服务质量考评金根据年度考评结果给予返还或扣减，扣减的服务质量考评金全部划入居民医保

基金统一管理使用；定点机构的管理工作经费纳入财政预算。

定点机构应实行医疗保险信息化管理，与当地社保经办机构联网，并为社会保险基金电子监察系统提供相关数据。

第十章 罚 则

第六十八条 各级政府有关部门应依法对医保欺诈行为进行防范与调查，及时纠正和查处基本医保欺诈行为，保证医保基金的安全运行。

社保经办机构负责对基本医保待遇支付情况进行审核，对定点机构进行日常核查，受理医保欺诈行为的举报与投诉，对涉嫌医保欺诈行为进行调查、取证并责令退回非法所得，并移交人社部门处理。

市、县（区）人社部门会同有关部门负责查处重大的医保欺诈案件，奖励举报人，对医保欺诈案件相关当事人依法进行处理；对涉嫌犯罪的医保欺诈案件，依法移交相关部门处理。

第六十九条 任何单位与个人都有权举报定点机构、参保人、用人单位以及相关部门工作人员的医保违法违规行为。

第七十条 定点机构有下列行为之一的，由社保经办机构追回违规费用、暂停结算或按协议约定终止服务协议；由市、县（区）人社部门给予通报、降低信用等级，并根据有关法律、法规和规章的规定进行处理：

（一）采取减免参保人起付标准、检查费、自费费用、自付比例费用等不正当手段，诱导参保人住院的；

(二) 将本院科室承包、出租给个人或其他医疗机构，以本医疗机构名义开展诊疗活动，并列入医保费用结算的；

(三) 未经市人社部门同意，以慈善、义诊等名义开展免费医疗活动，诱导参保人住院并擅自将医疗费用列入医保结算的；

(四) 与参保人串通，冒名就医、配药或者挂名住院的；

(五) 将应当由参保人个人负担的费用列入医保基金支付的；

(六) 将非医保基金支付范围的医疗费用列入医保基金支付的；

(七) 分解住院或者超量配药造成医保基金流失的；

(八) 通过出售假冒、伪劣、过期药品等手段，骗取医保基金的；

(九) 通过提供虚假疾病诊断证明、病历、处方和医疗费票据等手段，骗取医保基金的；

(十) 重复收费、分解收费、多收医疗费用的；

(十一) 搭车配药、收取商业贿赂、损害参保人利益、增加医保基金支出的；

(十二) 使用社保卡配售非药品，以药易药、以药易物，套取医保基金的；

(十三) 进销和存账、存物严重不符，提供虚假票据，以非法手段返利促销等，套取医保基金的；

(十四) 转借医疗保险服务终端机（POS机）给非定点机构使用或者代非定点机构使用医保基金进行结算的；

(十五) 其他违反医保规定的行为。

社保经办机构可对违反上述规定的执业医师所开处方发生的医疗费用不予医保结算；情节严重的，由相关部门按有关法律、法规和规章的规定进行处理。

第七十一条 用人单位有下列行为之一的，由社保经办机构追回违规费用，由市、县（区）人社部门责令改正，并依据《社会保险法》、《社会保险征缴条例》等有关法律、法规和规章的规定处理：

（一）不如实申报用工人数、工资总额的；

（二）为与本单位没有劳动合同的人员参加职工医保，骗取医保待遇的；

（三）将参保人社保卡提供给非参保人或者工伤职工就医，骗取医保基金的；

（四）其他违反社会基本医疗保险规定的行为。

第七十二条 参保人有下列行为之一的，由社保经办机构追回违规费用，暂停当事人医保待遇6个月，并由市、县（区）人社部门依据相关法律、法规和规章的规定进行处理：

（一）冒用他人社保卡住院（含特定门诊）就医或将本人身份证明和社保卡转借他人使用，骗取医保待遇的；

（二）伪造病历、处方、疾病诊断证明和医疗费票据等资料，骗取医保基金的；

（三）与定点机构或者其他人员串通，以药易药、以药易物，骗取医保基金的；

（四）短期内大量重复配药，造成医保基金浪费的；

（五）使用社保卡配取药品转手倒卖，骗取医保基金的；

(六) 其他违反社会基本医疗保险规定的行为。

第七十三条 有关行政主管部门和社保经办机构工作人员有下列行为之一的，由所在单位或纪检、监察机关依法给予行政处分；构成犯罪的依法追究刑事责任：

(一) 工作失职、渎职或者违反财经纪律造成医保基金损失的；

(二) 与参保人或者定点机构串通，将自付医疗费用列入医保基金支付的；

(三) 征收医保费或者审核医疗费用时徇私舞弊的；

(四) 利用职权或者工作之便索贿受贿，牟取私利的；

(五) 其他严重违反社会基本医疗保险规定，侵害参保人利益的。

第十一章 附 则

第七十四条 离休人员的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决，支付确有困难的由当地政府解决。领取抚恤定期补助的优抚对象的医疗保障办法按国家、省、市的有关规定执行。

第七十五条 定点机构或定点医疗机构的医务人员对社保经办机构作出的处置有争议的，在60日内可申请复核或由同级人社部门协调处理；对同级人社部门协调的结果不服或对人社部门作出的处理决定有争议的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第七十六条 乡镇卫生院和社区卫生服务中心按一级医院

的结算标准执行；各专科医院有住院功能的按县级以上卫生行政部门确定的医院等级管理。营利性医疗机构开展的医疗服务项目属于医保基金支付范围的（含药品），结算时各项目价格不得高于卫生和计划生育与价格主管部门公布同类（级）医疗机构标准。

第七十七条 大病二次补偿的具体承办方式，由市政府另行规定。

第七十八条 本办法下列用语的含义：

本办法所称连续缴费，是指参保人在规定的时间缴纳医保费，包括本市户籍连续缴费的参保居民参加职工医保并缴费的、根据国家和省有关规定转移医保（含生育保险）关系并在3个月内（含3个月）参加本市职工医保的、欠缴（含停缴、间断缴等情形）不超过3个月（含3个月）并在期间内补缴的。

本办法所称灵活就业人员，是指具有本市户籍的未达到法定退休年龄的下岗失业人员及未实现就业的居民。

本办法所称退休人员，是指达到法定退休年龄，并符合本办法第十四条第三项规定的人员（含达到法定退休年龄及达到职工医保缴费年限，未按月领取养老保险待遇的人员）。

本办法所称基层卫生服务机构，是指乡镇卫生院、行政村卫生站和各街道办事处社区卫生服务中心。

本办法所称欠缴医保费，是指参保人因工作调动、辞职、社保关系中止与转移接续及其他情形下，终止（含中断）缴费或未在规定的时间内缴纳医保费。

本办法所称社会基本医疗保险欺诈，是指公民、法人或者其

他组织在参加医保、缴纳医保费、享受医保待遇过程中，弄虚作假，隐瞒真实情况，少缴或者骗取医保基金的行为。

本办法所称定点医疗机构，是指经县级以上卫生行政部门批准取得医疗机构执业许可证，并与社保经办机构签订服务协议的医疗机构。

本办法所称定点零售药店，是指经县级以上食品药品监督部门批准取得药品经营许可证和取得工商行政管理部门营业执照，并与社保经办机构签订服务协议的零售药店。

本办法所称意外伤害，是指参保人因非第三方所受的伤害。

本办法所称自付比例部分费用，是指参保人因病住院就医时产生的符合规定纳入医保基金支付范围，应由个人按一定比例支付的部分医疗费用。

本办法所称每年和年度，是指每年的1月1日至12月31日，即自然年度（有特殊规定的除外）。

第七十九条 市人社、财政部门可以根据我市经济社会发展情况，对医保缴费、财政补助和相关医保待遇标准提出调整意见，报市政府批准后执行。

第八十条 各县（区）政府应加强对医保基金收支的监督管理，必须完成市政府下达的基本医疗保险参保和医保费征收任务，确保基金收支平衡。

完成当年征收任务后，本县（区）医保基金出现收不抵支时，由医保基金统筹解决。

未完成当年征收任务的，本县（区）医保基金出现收不抵支时，由市、县（区）财政按2：8的比例分担。

第八十一条 惠城区居民参加居民医保应由惠城区财政承担的补助资金，由市财政按每人每年5元标准分担。

第八十二条 市人社部门应根据本办法会同相关部门制定并完善相应的配套文件。

第八十三条 本办法自2016年1月1日起施行。《惠州市社会基本医疗保险办法》（惠府令第74号）、《惠州市社会基本医疗保险实施细则（试行）》（惠府〔2010〕第129号）、《关于调整社会基本医疗保险有关政策的通知》（惠府办〔2012〕第36号）、《惠州市人民政府办公室关于扩大基本医疗保险门诊特定病种范围及待遇的通知》（惠府办〔2013〕第18号）、《惠州市人民政府办公室关于提高基本医疗保险门诊特定病种待遇的通知》（惠府办〔2013〕第78号）、《惠州市人民政府办公室关于调整社会基本医疗保险政策的通知》（惠府办〔2014〕第23号）同时废止；市人民政府及其所属部门在此前发布的有关社会基本医疗保险的相关文件，与本办法不一致的，按本办法的有关规定执行。本办法有效期5年。

公开方式：主动公开

抄送：市委有关部委办局，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委办公室，市中级人民法院、市检察院，驻惠部队、惠州军分区。

惠州市人民政府办公室

2015年11月5日印发
