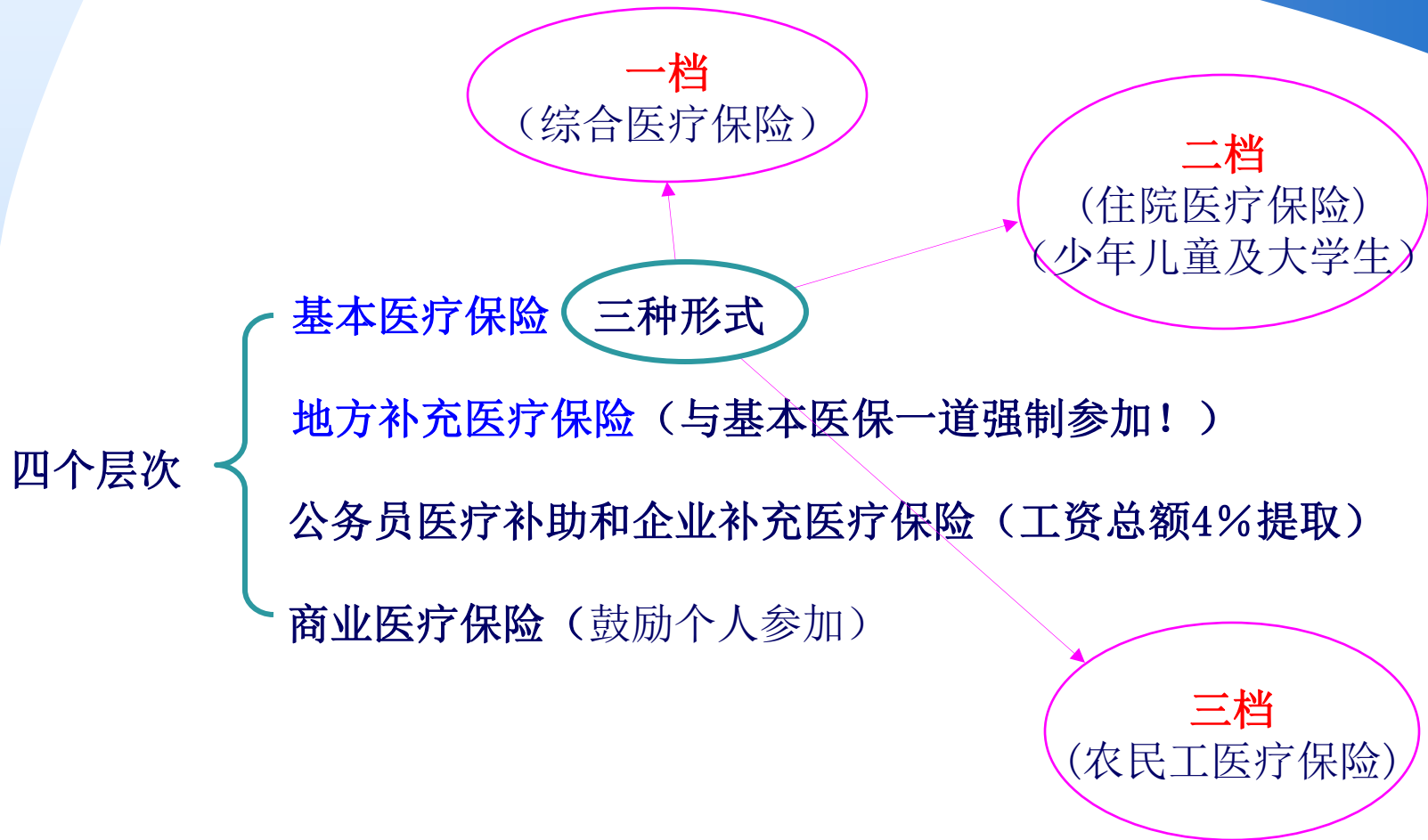




《深圳市社会医疗保险办法》及其相关政策 解 读

深圳市社会保险基金管理局福田分局

多层次的社会医疗保险制度



多形式的社会医疗保险制度

基本医疗保险

分一档、二档、三档三种形式，实行统一的“三个目录”（药品、诊疗项目、服务设施标准）、“两条线”（住院“起付线”和“封顶线”），不同点只是缴费比例、缴费基数、偿付比例或金额的多少等。

少年儿童和大学生参加的基本医疗保险二档有些特殊规定：参保缴费（年缴：当年9月～次年8月）、逐年提高参保补贴（**2013年9月1日起282元；324元；360元**）、门诊绑定、保留原有增加的目录（西药44、中成药45）、住院偿付标准单独制定等。

医保形式的转换

基本医疗保险有三种形式，每人只能参加和享受其中一种（深户职工参加一档）。

用人单位可按规定为非本市户籍职工选择参加其中一种，但在医保年度内不得变更。

基本医疗保险不同形式的参保年限合并计算。

参保人住院期间变更医疗保险形式的，其住院医疗费用按入院时医疗保险形式的待遇标准执行。

社会医疗保险缴费比例（略）

参保人性质	缴费对象	一档			二档			三档	
		基本	地补	生育	基本	地补	生育	基本	地补
在职人员 (劳动年龄人员)	单位	6%	0.2%	0.5%	0.5%	0.1%	0.2%	0.40%	0.05%
	个人	2%	0	0	0.2%	0	0	0.10%	0
	合计	8%	0.2%	0.5%	0.7%	0.1%	0.2%	0.50%	0.05%
	总计	8.7%			1%			0.55%	
达退休年龄人员		11.5%	0.2%	X	0.7%	0.1%	X		
少年儿童及大学生	个人	二档		含在册，且父母一方在本市参保满一年的非本市户籍少儿					
非从业居民	个人	一档或二档		达法定退休年龄前入户，且年满18周岁的					
随迁入户老人	个人	一档		达法定退休年龄后入户，且没有按月领取职工养老保险待遇的					
低保人员	民政部门	一档		享受最低生活保障待遇的本市户籍非从业居民					
残疾居民	残联部门								
失业人员	社保机构	二档		在本市领取失业保险金期间					
退休人员	个人	一档或二档		本市按月领取养老保险待遇人员，未达规定医保缴费年限的					
延缴延退人员	个人	一档或二档		按在职人员规定缴费并享受待遇					
行业统筹人员	原单位	一档		驻深行业统筹单位的退休人员，退休前已参加本市医保的					

一档缴费基数（略）

在职人员：本人月工资总额（**60%~300%**）；

退休人员：本人月基本养老金；

非从业居民：上年度在岗职工月平均工资的**40%~300%**之间选择；

随迁入户老人：上年度在岗职工月平均工资；

行业统筹人员：按本市按月领取养老保险待遇人员的规定办理。需要继续缴费的，以上年度在岗职工月平均工资为基数，由原单位**一次性缴足**规定的年限!**?**

注：本办法实施前老人（已退休、一次性缴费人员）老办法（参保缴费的资金渠道）！

退休时基本医保的应缴费年限

办理按月领取养老待遇时间	累计缴费年限	本市实际缴费年限
2014	15	10
2015	16	11
2016	17	12
2017	18	13
2018	19	14
2019	20	15
2020	21	15
2021	22	15
2022	23	15
2023	24	15
2024年及以后	25	15

达不到规定缴费年限的退休人员？

- ❖ 可由其本人继续缴费至规定年限后，停止缴费并继续享受基本医疗保险待遇。
- ❖ 停止缴费并继续享受基本医疗保险待遇的人员，参加一档满**15**年的享受一档待遇；不满**15**年的享受二档待遇。
- ❖ 前款人员参加一档不满**15**年的，可申请由其本人继续缴费参加一档至**15**年后享受一档待遇。经市社会保险机构核准后，其医疗保险形式不再变更。继续缴费人员中断缴费期间，不享受基本医疗保险待遇。

医疗保险缴费中断，能否补缴？

在职员工：单位可以申请补缴两年内的（**滞纳金**）！
个人缴费人员：不予补缴！

医疗保险年度内累计中断参保不超过3个月的，重新缴费后其中断前后的连续参保年限可以合并计算；超过3个月的，重新计算（**但用人单位按规定补缴医疗费、滞纳金，补缴前后的参保时间合并计算！**）。

失业人员领取失业保险金期间，因办理领取失业保险金手续中断参保不超过**30日**的，视同参保人仍参加原医疗保险形式并享受相应待遇。

每医保年度支付限额（“封顶线”）

连续参保年限（月）	<6	6~<12	12~<24	24~<36	36~<72	≥72
基本医疗保险	1倍	2倍	3倍	4倍	5倍	6倍
地方补充医疗保险	1万	5万	10万	15万	20万	100万

备注：基本医疗保险支付限额中的“几倍”，是指我市上年度在岗职工年平均工资（2013年7月~2014年6月期间执行的是2012年的标准：59010元）的倍数。

保底线：在本市定点医疗机构住院发生的基本医疗费和地补医疗费用超出地补基金支付限额的部分，由地补基金支付**50%**！

社会医疗保险基金（略）

基金组成

包括基本医疗保险基金、地方补充医疗保险基金和生育医疗保险基金。

基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户组成，统筹基金由大病统筹基金、社区门诊统筹基金和调剂金组成。

基金收支原则

医疗保险基金实行以支定收、收支平衡、略有节余的原则。

一档个人帐户分帐比例



一档参保人建立个人账户，用于门诊医疗费用等。

个人帐户分帐表

参保人	按8%缴交的		按11.5%缴交的
	未满45周岁	满45周岁	
入帐比例	5%	5.6%	8.05%

备注：每月进入参保人个人账户的金额 = 缴费基数 × 入帐比例（ $6\% \times \underline{50\%} + 2\%$ ； $6\% \times \underline{60\%} + 2\%$ ； $11.5\% \times \underline{70\%}$ ）

停止缴费并继续享受一档待遇的：计入个帐的划入基数为市上年度在岗职工月平均工资的60%（比例：8.05%）？

二档、三档分帐及用途

- ❖ **社区门诊统筹基金**：用于支付参保人在选定社康中心发生的门诊费用。（市上年度在岗职工月平均工资的0.2%/人/月）
- ❖ **调剂金**：用于选定社康中心结算医院之间的医疗费用调剂。（1元/人/月）
- ❖ **大病统筹基金**：除进入**社区门诊统筹基金**和**调剂金**以外的其余部分。

医疗保险关系终结（略）

- ❖ 参保人跨地区流动就业的，其基本医疗保险关系的转移接续根据有关规定执行（**但转业或退伍安置在本市的参保人！**）。
- ❖ **参保人个人账户无法转移的**，提供转入地社会保险机构相关证明，可申请一次性领取个人账户余额。
- ❖ 一档参保人出境定居或注销国籍的，可申请一次性领取个人账户余额，并终结医疗保险关系。
- ❖ 参保人死亡的，其个人账户余额由其继承人申请一次性领取，并终结医疗保险关系；一次性缴交医疗保险费中尚未划入个人账户部分转入基本医保大病统筹基金。

就医原则



- 1、一档参保人参保人应在市内定点医疗机构就医。
- 2、二档参保人门诊应在选定社康中心就医；住院及门诊大病在市内定点医疗机构就医。
- 3、三档参保人门诊应在选定社康中心就医；门诊大病在市内定点医疗机构就医；住院在选定社康中心的结算医院就医。

注：二档参保人门诊就医转诊、三档参保人门诊和住院就医转诊的，应经原结算医院同意。转诊应逐级转诊或转诊到市内同级有专科特长的医疗机构，转出医院应向接受转诊的医院出具转诊证明（转诊告知！）。

就医要出示社会保障卡！

- ❖ 参保人在定点医疗机构就医时应出示本人的社会保障卡。定点医疗机构在接受参保人就医时，**应查验参保人社会保障卡并可要求参保人提供身份证明。**
- ❖ 定点医疗机构确定参保人所持社会保障卡为其本人的，应对其发生的医疗费用按规定予以记账；**无法确定参保人所持社会保障卡为其本人的，可拒绝为其提供医疗保险服务。**
- ❖ 参保人就医时**不按规定出示社会保障卡或不表明参保人身份**，要求享受医疗保险待遇和服务的，定点医疗机构和市社会保险机构**不予受理**。（《承诺书》）

市外就医规定——转诊与备案！

参保人患公布的转诊疾病种类、经本市市属三级医院或市级专科医院检查会诊未能确诊的疑难病症、属于本市市属三级医院或市级专科医院目前无设备或技术诊治的危重病人需到市外就医的，应按程序办理市外转诊手续。

（一档、二档参保人患指定病种（如恶性肿瘤）需到市外定点医疗机构就医的，应到有资格的定点医疗机构（各区级人民医院均可）开具“异地就医介绍信”。）

异地居住备案——本市户籍参保人及达法定退休年龄后参保人在市外长期居住、或本市直通车企业参保人长期派驻市外工作的，可选定三家当地的定点医疗机构就医！并先到参保属地社保机构登记备案。

1、一档参保人发生的医疗费用可以核销（普通门诊费用充减其个人帐户）或报销（记帐！）；

2、二、三档参保人发生的住院医疗费可以报销（记帐！）
（按不高于本市医疗收费标准及有关规定的执行！）

市外转诊程序

- 1、填写《市外转诊申请表》；
- 2、由转出医院主诊医生或科主任出具意见；
- 3、院医保办审核并加盖医院公章。

转出医院应同时将转诊信息报市社保机构备案！

参保人转往本市定点的市外医疗机构就医的，可凭**转诊申请表**办理记账（**一年内**）；转往市外其他医疗机构就医的，向市社保机构申请审核报销。

接受转诊的医疗机构应当是转出医疗机构**同级或以上的当地医疗保险定点医疗机构**。

需要**再转诊**的，应当由就诊的市外医疗机构出具**再转诊证明**。

到结算医院报销的情形

二档、三档参保人下列情形就医发生的门诊医疗费用，由结算医院按规定审核报销：

1、经结算医院同意转诊到非结算医院发生的门诊医疗费用；

2、因工外出或出差在非结算医院急诊抢救发生的门诊医疗费用；

3、就诊的定点医疗机构发生电脑故障、《社会保障卡》损坏或补办期间不能记账的。

到就诊的医疗机构报销的情形

参保人住院发生的医疗费用或一档参保人门诊发生的医疗费用，到就诊的医疗机构按规定报销的情形：

- 1、经医院同意，住院时凭医生处方在院外购买医保目录范围内的药品；
- 2、经医院同意，住院时在院外进行医保目录范围内的诊疗项目。（乙方应在住院期间内按外送医疗机构的项目收费标准在医保系统内提交该诊疗项目并在项目后标明外送，纳入当次住院费用一并结算）。（PET/CT?）
- 3、就诊的定点医疗机构发生电脑故障、《社会保障卡》损坏或补办期间不能记账的；

到社保机构报销的情形（略）

参保人除本办法第四十条、第四十一条规定情形外由本人先行支付的医疗费用，符合本办法规定的，可凭有关单据和资料向市社会保险机构（属地）申请审核报销。

报销时限：费用发生或出院之日起十二个月内申请。

报销所需基本资料（略）

- ❑ 1、原始收费收据（遗失怎么办？）
- ❑ 2、费用明细清单（分类）
- ❑ 3、疾病诊断证明（门诊）、出院诊断证明书或出院小结（住院）
- ❑ 4、盖有就诊医院印章的门诊病历或住院病历复印件！
- ❑ 5、社会保障卡、身份证复印件（验原件）
- ❑ 6、结婚证、计划生育证明、出生医学证明（限报销生育医疗费用的）
- ❑ 7、国有银行（中、建、工、农）存折（卡）复印件等。

待遇享受时间

参保人自办理参保手续、足额缴交医疗保险费后次月的1日起享受待遇。**每月20日前申报参保的按当月参保处理，每月20日后申报参保的按次月参保处理。**

本市户籍的婴幼儿在入户30天以内凭出生证明和母亲身份证复印件办理参保手续的，可从其出生之月起缴费，并自出生之日起享受待遇；入户30天以后办理参保手续的，从申请当月起缴费，并从缴费的次月起享受待遇。

由所在学校、科研院所或托幼机构统一办理参保手续的学生、幼儿，自当年9月至次年8月享受医疗保险待遇。

个人帐户的使用范围

- ❖ 用于支付一档参保人门诊基本医疗费用、地方补充医疗费用、在定点零售药店购买目录内处方药的费用。不足支付部分由个人自付。
- ❖ 参保人连续参保满一年，在同一医疗保险年度内个人自付的门诊基本医疗费用和地方补充医疗费用超过本市上年度在岗职工平均工资**5%**的，超过部分由基本医疗保险大病统筹基金或地方补充医疗保险基金按规定支付**70%**，参保人年满**70**周岁以上的支付**80%**——“门诊通道”（门诊大病统筹，与门诊其它共济基金支付待遇不重叠享受！）。

个人帐户的其他用途

个人账户积累额**超过**市上年度在岗职工平均工资**5%（2950.8元）**的，超过部分可用于支付：

（一）本人在定点零售药店购买基本医保和地方补充医保药品目录范围内的非处方药品费用；

（二）本人及其已参加本市基本医保的配偶及直系亲属在定点医疗机构就诊时自付的基本医疗费用、地方补充医疗费用—“家庭通道”（自付与自费项目的区别？）；（**？**）

（三）本人及其已参加本市基本医保的配偶及直系亲属的健康体检、预防接种费用；

（四）国家、广东省、市政府规定的其它费用。

引导参保人利用社区医疗服务

1、二档、三档参保人门诊实行社区首诊负责制，需要在选定的社康中心就诊、逐级转诊。（“守门员制度”？）

2、引导一档参保人利用社区医疗服务。

一档参保人在本市定点社康中心发生的基本医保和地方补充医保费用，70%由个人账户支付，30%由基本医保大病统筹基金或地方补充医保基金**按规定**支付。但**以下项目费用除外**：

- （一）口腔科治疗费用；
- （二）康复理疗费用；
- （三）大型医疗设备检查治疗费用；
- （四）市政府规定的其它项目费用。

参保人就医待遇

一档参保人门诊费用由个人帐户支付（但门诊大病、大型设备检查治疗、门诊通道）

门诊 (二、三档)	药费		诊疗项目、材料	门诊大病 (三个险种)			三个险种 门诊输血	在非结算 医院的急 诊、转诊
	甲类	乙类	90%，但最高支付 金额≤120元	3+4				
	80%	60%		支付比例与年限挂钩	90/70%	标准90%		
住院 (一、二档)	药品、 诊疗项 目、一 般材料	医院级别	一级医院	二级医院	三级医院	市外医院	在非结算 医院发生 的急诊抢 救住院	
		住院起付线（元）	100	200	300	400或1000		
	90% (95%)	三档住院支付比例	85%	80%	75%	70%	标准90%	

备注：一档参保人门诊做大型医疗设备检查和治疗费用80%记帐偿付；二档、三档参保人门诊（含急诊）费用限额：**1000元/医保年度**；未办理转诊或备案的市外医院住院起付线**1000元**。

参保人门诊大病待遇？

参保人因慢性肾功能衰竭门诊透析，器官移植后门诊用抗排斥药，恶性肿瘤门诊化疗、介入治疗、放疗或核素治疗，血友病、再生障碍性贫血、地中海贫血、颅内良性肿瘤的专科门诊费用按以下比例支付（与连续参保时间挂钩，需要先进行大病认定）：

1、未满12个月，60%；

2、满12个月～未满36个月的，75%；

3、满36个月的，90%。

注：老人老办法——原已核定的门诊大病待遇不变（基本**90%**、地补**80%**）；待遇享受时间：连续参保满**36个月**的申请之日、未**满**的社保核准之日起。

参保人住院使用特材待遇

参保人住院时使用基本医保诊疗项目范围内的特殊医用材料及单价在**1000**元以上的一次性医用材料、安装或置换人工器官，按下列规定支付，但最高支付金额不超过社保行政部门公布的普及型价格：

- (一) 使用国产材料的，按其实际价格的**90%**支付；
- (二) 使用进口材料的，按其实际价格的**60%**支付。

参保人住院床位费？

一档、二档参保人：最高不超过市价格主管部门确定的非营利性医疗机构普通病房A级房间双人房床位费政府指导价格的第一档（**60元/日**）；

三档参保人：最高不超过市价格主管部门确定的非营利性医疗机构普通病房B级房间三人房床位费政府指导价格的第一档（**37元/日**）。

退休人员体检补助

本市按月领取养老保险待遇并继续享受基本医保一档待遇的参保人，在领取养老待遇的次月，可领取一次性体检补贴**500元**，并按月享受体检补助，不满**70**周岁**20元**，满**70**周岁**40元**，从地方补充医保基金中列支并划入其个人账户。

生育医保待遇

参加生育医保的参保人符合计划生育政策的，其产前检查、分娩住院、产后访视、计划生育手术的基本医疗费用（不含婴儿费用）由生育医保基金支付（其中产前检查的基本医疗费用自提供计划生育证明之日起由生育医保基金支付！？）。

参保人在国内异地发生的符合本办法规定的生育医疗费用，按不高于本市医疗收费标准及市级医院偿付标准予以报销（将来拟定额！）。

自行市外就医的费用处理

- ❖ 未办理转诊、备案到本市市外定点医疗机构、市外非本市定点医疗机构住院发生的医疗费用，按本办法规定支付标准的90%、70%支付（急诊也一样!）；
- ❖ 未按本办法规定办理转诊、备案，非本市定点医疗机构门诊发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付，但属于个人账户支付范围的，在个人账户余额中扣减；
- ❖ 三档参保人未办理转诊手续到结算医院外的本市市内定点医疗机构发生的住院医疗费用，由医疗保险基金按本办法规定应支付标准的90%支付。

医保基金不支付情形

- 1、除本办法第四十七条、四十八条规定情形外自购药品的；
- 2、应当从工伤保险基金、生育保险基金中支付的；
- 3、应当由第三人负担的；（**如何申请医保先行支付？**）
- 4、应当由公共卫生负担的；
- 5、**到国外、港、澳、台就医的**；
- 6、国家、广东省**及本市**规定的基金不予支付的情形。

注：符合医保外伤住院条件的参保人住院，乙方应在病历记录中客观记录参保人受伤的时间、地点及原因，描述受伤过程（必要时附相关部门的证明材料）（《协议书》第**26**条）

定点医疗机构和定点零售药店

- ❖ 医疗服务原则：“因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、按规定收费”；
- ❖ 医师医保服务管理：具有执业资格的医师可按协议规定为参保人提供医疗保险服务。医师违反医疗保险有关规定造成医疗保险基金损失的，市社保机构可拒绝其提供医疗保险服务。——协议医师管理！
- ❖ 市外转诊结算：参保人按照本办法规定转往市外医疗机构就诊，其所患病种不属于市社保行政部门公布的转诊疾病种类的，其在转入医院发生的医疗费用超出本市转出医院普通住院次均标准以上费用的**90%**由医保基金**按规定**支付，其余部分纳入转出医院偿付费用结算（《协议书》第六十四条）。

社会保障卡的管理

- ❖ **社会保障卡遗失**：参保人的社会保障卡遗失造成医疗保险统筹基金损失的，市社保机构可向医疗机构或冒用人追偿。**参保人社会保障卡遗失未挂失导致其卡被冒用的，造成的个人账户损失由其本人承担。**
- ❖ **异常消费的锁卡**：市社保机构发现社会保障卡使用异常的，为避免医保基金和参保人遭受损失，**可暂停该卡的记帐功能，并通知参保人说明情况。**暂停记帐期间发生的医疗费用由参保人支付，经核查没有违规情形的，市社保机构应当恢复该卡记帐功能并按本办法规定报销暂停期间发生的医疗费用。

参保人违规后的锁卡！

参保人有下列违规情形之一的（或以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取待遇的），市社保机构可暂停其社会保障卡记账功能**3个月**；造成**医保基金损失**的，暂停记账功能**12个月**。暂停记账期间，参保人发生的医疗费用符合医保基金支付范围的，可申请报销，但医保统筹基金支付的待遇减半支付。

（一）转借社会保障卡供他人使用的；

（二）通过以药易药、以药易物或倒卖药品套取医疗保险基金的；

（三）采用多次就医方式获取统筹基金支付的药品超出正常剂量的。

法律责任？

- ❖ 不办理登记的责任：用人单位不办理社保登记的，由市社保行政部门责令限期改正；逾期不改正的，对用人单位处应缴社保费数额**三倍的罚款**，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员处三千元罚款。
- ❖ 未参保职工的待遇支付：用人单位应当参加社会医疗保险而未参加的，其职工发生的医疗费用，由用人单位按照本办法规定的待遇标准支付（**但补缴后！**）。
- ❖ 骗保的法律责任：单位或个人骗取医保基金的，由市社保行政部门责令返还，**并处骗取金额5倍的罚款**（对署名检举人予以20%的奖励——有最高限额！）；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。（**案例？**）

随迁老人的生存验证规定（略）

- ❖ 达到法定退休年龄、未在本市领取养老保险待遇的参保人，应当按规定提供其本人的指纹，并在以后每年（相应月份）向市社保机构提供一次指纹；无法提供指纹的，应当提供其它有效的生存证明材料。
- ❖ 未能按时进行生存验证的，自次月起停止支付医保待遇；补办手续后，自次月起继续支付医保待遇。停止支付医保待遇期间，参保人发生的医疗费用由其先行支付，补办手续后按有关规定申请报销。

小结——新办法的主要变化？

- ❖ **参保缴费方面**：更名、费率调整、停止缴费的年限、随迁入户人员月缴费、允许补缴两年等；
- ❖ **待遇方面**：增加大病病种（满三年的地补待遇提升**10%**）、保底线、三档和不满半年的增加地补待遇、退休老人住院的地补支付比例提升到**95%**、二档和三档门诊待遇限额提升到**1000**元、降低自行市外就医的自付比例**10%**、降低个人帐户用于家庭共济支出的最低余额要求等；
- ❖ **规范管理方面**：大病待遇（与年限挂钩、起点）；取消市外急诊住院规定；产前检查待遇起点、违规锁卡（待遇减半）；保障卡管理、转诊备案、生存验证、违规行为纳入信用评价体系、医保医师管理等。

如何贯彻落实好医保新办法？

- ❖ 一是加强政策培训：每个人！
- ❖ 二是加强宣传：宣传栏、宣传单张、办事指南等；
- ❖ 三是医保服务信息系统的对接与完善！
- ❖ 四是管理制度的修订！
- ❖ 五是及时的沟通与学习！



谢谢!

