

苏州市人民政府令

第 138 号

《苏州市社会基本医疗保险管理办法》已于 2016 年 7 月 27 日经市政府第 56 次常务会议讨论通过，现予公布，自 2016 年 10 月 1 日起施行。

市长：

2016 年 8 月 16 日

（此件公开发布）

苏州市社会基本医疗保险管理办法

第一章 总 则

第一条 为了规范社会基本医疗保险关系，保障参保人员享受社会基本医疗保险待遇的合法权益，统筹城乡医疗保障，根据《中华人民共和国社会保险法》《江苏省社会保险基金监督条例》等有关法律、法规，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内社会基本医疗保险参保、待遇享受、服务及其监督管理等行为。

第三条 本办法所称社会基本医疗保险包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、补充医疗保险以及社会医疗救助。

第四条 本市社会基本医疗保险制度坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，遵循多渠道筹资、保障水平与经济社会发展水平相适应、权利和义务相对应的原则，实行属地管理，逐步推进市级统筹。

第五条 市、县级市（区）人民政府（管委会）将社会基本医疗保险事业纳入国民经济和社会发展规划，加大对社会基本医疗保险事业的投入。

市、县级市（区）人民政府（管委会）成立社会基本医疗保险政策咨询委员会，由人力资源和社会保障、发展和改革、民政、财政、卫生计生、食品药品监督管理、价格等部门负责人组成，

对社会基本医疗保险发展目标、规划和各项政策制定提出咨询意见和建议。

第六条 市社会保险行政部门负责全市社会基本医疗保险政策的制定、组织实施、监督管理以及社会基本医疗保险基金的管理工作。县级市（区）人民政府（管委会）社会保险行政部门负责本行政区域社会基本医疗保险管理工作。

市、县级市（区）人民政府（管委会）社会保险经办机构提供社会基本医疗保险服务，具体承办与社会基本医疗保险基金收支及使用相关的医疗保险事务，负责社会保险登记、个人权益记录、医疗保险待遇支付、医药机构协议管理、医疗费用稽核和结算等工作。

市、县级市（区）人民政府（管委会）财政部门负责本行政区域内社会基本医疗保险基金的专户管理，并对基金收支情况进行监督；审计部门依法对社会基本医疗保险基金进行审计监督。

市、县级市（区）人民政府（管委会）卫生计生、食品药品监督管理、价格、民政、公安、教育、地税，残联、总工会等部门和单位按照各自职责，做好社会基本医疗保险管理工作。

第二章 职工基本医疗保险

第七条 下列人员应当参加职工基本医疗保险：

- （一）职工；
- （二）在本市领取失业保险金期间的失业人员（以下简称在

领失业金人员)；

(三) 在本市办理就业登记的外籍人员以及香港、澳门、台湾地区人员；

(四) 一级至六级残疾军人(以下简称残疾军人)。

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和其他本市户籍的灵活就业人员，以及其他符合规定的人员可以参加职工基本医疗保险。

参加职工基本医疗保险的人员统称为参保职工。

第八条 职工基本医疗保险基金包括基本医疗保险基金(分为个人账户和基本医疗保险统筹基金)、地方补充医疗保险统筹基金和大额医疗费用社会共济基金：

(一) 基本医疗保险费由用人单位和在职职工共同缴纳。用人单位的缴费标准按照有关规定执行，在职职工按本人缴费工资的2%缴纳。灵活就业人员的缴费基数按照有关规定执行，缴费比例为单位和在职职工缴费比例之和。残疾军人参加职工基本医疗保险个人不缴费，由管理单位按定额标准于每年年初一次性缴纳。

(二) 地方补充医疗保险费由用人单位缴费、灵活就业人员缴费、基本医疗保险统筹基金划转和财政补贴组成。用人单位按照全部职工工资总额的1%按月缴纳，财政全额拨款的机关事业单位不缴纳；灵活就业人员由个人按照灵活就业人员基本医疗保险缴费基数的1%按月缴纳；社会保险经办机构从基本医疗保险费中划出全部职工工资总额的0.5%，按月转入地方补充医疗保险统筹

基金；各社会保险统筹地区（以下简称统筹地区）本级财政按退休人员每人每年 100 元标准列入当年财政预算，直接划拨到地方补充医疗保险统筹基金专户。

（三）大额医疗费用社会共济基金由在职职工和灵活就业人员按每人每月 5 元的标准缴纳；退休人员个人不缴纳，由社会保险经办机构按每人每年 60 元的标准从基本医疗保险统筹基金中划转。

（四）在领失业金人员应当缴纳的基本医疗保险费、地方补充医疗保险费、大额医疗费用社会共济基金，由社会保险经办机构从失业保险基金中按月划转，个人不缴纳。

（五）其他参加职工基本医疗保险人员的缴费标准按照有关规定执行。

第九条 用人单位缴纳医疗保险费的列支渠道为：企业从成本中列支，行政机关和由财政全额拨款的事业单位列入单位部门预算，其他事业单位和社会团体按原资金渠道解决。

第十条 基本医疗保险基金分为个人账户和基本医疗保险统筹基金。

（一）社会保险经办机构为参保职工建立个人账户，个人账户的计入标准为：

1. 在职职工个人账户按本人缴费工资总额的一定比例计入：不满 45 周岁的职工按本人缴费工资总额的 3% 计入，45 周岁以上的职工按本人缴费工资总额的 4% 计入。其中在职职工个人缴纳的

基本医疗保险费全部计入个人账户，不足部分从用人单位缴纳的基本医疗保险费中计入。

2. 退休人员个人账户按年龄段定额计入。企业退休的劳动模范个人账户在定额标准上另行增加，具体标准由社会保险行政部门会同财政部门报市人民政府批准后确定。

3. 残疾军人个人账户按定额计入，具体标准由社会保险行政部门会同财政部门报市人民政府批准后确定。

（二）社会保险经办机构于每一结算年度初为参保职工预先计入本结算年度个人账户金额（以下简称个人账户当年预划金额），并于结算年度末对个人账户当年预划金额按结算年度内实际缴费和使用情况进行清算，个人账户实际结余金额按规定计息后，结转至下一结算年度使用（以下简称个人账户往年结余）。个人账户当年预划金额在结算年度内不作调整，参保职工跨统筹地区转入的医保个人账户金额，在年末清算时予以结转使用。

（三）个人账户的使用范围为：

1. 个人账户主要用于支付符合规定的门诊医疗费用。个人账户往年结余既可以用于支付符合规定的门诊费用，也可以用于支付住院医疗费用中的自负部分。

2. 个人账户往年结余超过规定金额的，可以按自愿原则向社会保险经办机构提出申请，将规定结余金额用于符合规定的健身消费或者购买商业健康保险。

3. 个人账户往年结余金额超过 6000 元以上的部分，自动直

接结付在定点医疗机构就医时发生的个人自费的准字号药品、医疗器械（耗材）和诊疗项目的费用。

（四）已办理长期居住外地医疗手续、养老金实行异地社会化发放且未申请异地就医结算登记和门诊特定项目的退休人员，经社会保险经办机构核准，通过养老金社会化发放渠道，于每年4月一次性发放其个人账户当年预划金额和个人账户往年结余。

（五）用人单位缴纳的基本医疗保险费除计入个人账户以外的部分，作为基本医疗保险统筹基金统筹使用。基本医疗保险统筹基金用于支付参保职工符合规定的住院和门诊特定项目的医疗费用，以及特殊药品、一般诊疗费、残疾人康复等费用。

第十一条 已缴纳地方补充医疗保险费的参保职工发生的符合规定的门诊医疗费用由个人账户支付，每一结算年度个人账户用完后发生的门诊医疗费用，在职职工累计自负600元后在3800元以内由地方补充医疗保险统筹基金按60%的比例结付，退休人员累计自负400元后在4500元以内由地方补充医疗保险统筹基金70%的比例结付。参保职工在基层医疗机构（包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、门诊部、诊所、卫生所等）就医的，在职职工地方补充医疗保险统筹基金结付比例提高至80%，退休人员地方补充医疗保险统筹基金结付比例提高至90%。

第十二条 门诊特定项目包括：在门诊治疗的尿毒症透析、恶性肿瘤化疗放疗、器官移植后的抗排异药物治疗、重性精神病

（精神分裂症、重症抑郁症、伴有精神病症状的躁狂症、双相情感障碍症、偏执性精神病、分裂情感性精神障碍、癫痫所致精神障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍等）、老年性白内障在门诊行白内障超声乳化加人工晶体植入术、家庭病床、再生障碍性贫血以及血友病等。

以上门诊特定项目经定点医疗机构诊断，社会保险经办机构确认后，在结算年度内发生的符合门诊特定项目结算规定的费用，由基本医疗保险统筹基金按以下比例结算：

（一）尿毒症透析、器官移植后抗排异药物治疗、恶性肿瘤化疗放疗治疗期的药品及治疗费用与住院费用累计在 40000 元以内的部分按 90%的比例结算；超过 40000 元至 200000 元以内的部分按 95%的比例结算。参保职工在恶性肿瘤康复期使用肿瘤辅助药品和中草药饮片的费用，在 8000 元限额内按 90%的比例结算。

（二）重性精神病使用治疗精神病药品时所发生的费用，在 3000 元限额内按 100%的比例结算。在精神病专科医院住院治疗不设起付标准。

（三）老年性白内障在门诊行白内障超声乳化加人工晶体植入术的费用，在 3800 元限额内按 90%的比例结算。

（四）家庭病床的医疗费用以 180 天为一结算周期，每一结算周期起付标准为 400 元，超过起付标准累计在 4000 元限额内按 90%的比例结算。

（五）再生障碍性贫血使用专科药品的费用，在 8000 元限

额内按 90%的比例结付。

(六)血友病使用专科药品的费用,在 60000 元限额内按 90%的比例结付。

门诊特定项目管理办法由市社会保险行政部门另行制定。

第十三条 参保职工在结算年度内发生的符合规定的住院费用,在起付标准以上至最高支付限额 200000 元以内的部分,由基本医疗保险统筹基金和参保职工按比例结付:

(一)住院起付标准按不同等级医院确定:市级以上医院首次住院起付标准为在职职工 800 元,退休人员 600 元;县(区)级医院、专科医院首次住院起付标准为在职职工 600 元,退休人员 400 元;乡镇等基层医院首次住院起付标准为在职职工 300 元,退休人员 200 元。当年第二次住院的起付标准为该院首次起付标准的 50%;当年第三次以上住院的起付标准统一为 100 元。职工连续住院超过 180 天的,每 180 天作一次住院结算,超过 180 天的部分按再次住院处理。起付标准内的医疗费用由参保职工个人自负。

(二)参保职工住院费用超过起付标准,在最高支付限额以内的费用,由基本医疗保险统筹基金与个人按结算年度累计分段结付。其中 40000 元以内的部分,基本医疗保险统筹基金按在职职工 90%、退休人员 95%的比例结付;超过 40000 元至 200000 元以内的部分,基本医疗保险统筹基金按 95%的比例结付。

第十四条 参保职工在结算年度内符合规定的住院和门诊

特定项目医疗费用，累计超过 200000 元以上的部分，由大额医疗费用社会共济基金结付 95%，个人自负 5%。

第十五条 在领失业金人员、灵活就业人员的各项职工基本医疗保险待遇按照在职职工标准执行。

第十六条 残疾军人个人账户用完后发生的符合规定的门诊医疗费用，由基本医疗保险统筹基金结付 90%，个人自负 10%。

残疾军人发生的符合规定的住院医疗费用，由基本医疗保险统筹基金按 95%的比例结付，个人自负 5%。

残疾军人因旧伤复发而发生的医疗费用，按工伤保险有关规定结付。

第十七条 职工基本医疗保险的结算年度为每年 4 月 1 日至次年 3 月 31 日。

第十八条 参保职工享受医疗保险退休待遇，应当同时符合下列条件：

（一）按月领取基本养老金或者退休金；

（二）职工基本医疗保险最低缴费年限：男性满 25 年、女性满 20 年；

（三）在本市行政区域医疗保险实际缴费年限应当满 10 年，经县级以上党委组织部门或者社会保险行政部门批准调动至苏州市的人员、按照国家安置政策规定由苏州市接收并安置的转业军官、符合规定引进的高层次和高技能人才以及市人民政府确定的其他人员除外。

符合前款规定的人员，自社会保险经办机构办理职工基本医疗保险退休待遇核定手续后次月起，享受职工基本医疗保险退休待遇；缴费年限不符合前款规定的人员在办理退休手续时，按规定一次性补足，补缴金额为规定基数的 6%乘以不足缴费年限。补缴的医疗保险费全部进入基本医疗保险统筹基金；不符合享受职工基本医疗保险退休待遇的，终止职工基本医疗保险关系。

在全面实施基本医疗保险制度之前参加工作的参保职工，其基本养老保险缴费年限可计算为职工基本医疗保险的视同缴费年限；在全面实施基本医疗保险制度之后的医疗保险缴费年限仅指医疗保险实际缴费年限。纳入职工养老保险的被征地农民按规定换算的职工养老保险缴费年限，可全部计算为职工基本医疗保险视同缴费年限。

第十九条 用人单位和参保职工当月按时足额缴纳医疗保险费的，次月起享受职工基本医疗保险待遇；中断缴纳或未按时足额缴纳医疗保险费的，次月起冻结个人账户，并依法暂停其职工基本医疗保险待遇。

第三章 城乡居民基本医疗保险

第二十条 下列人员可以参加本市城乡居民基本医疗保险：

（一）男性年满 60 周岁、女性年满 50 周岁，未享受职工基本医疗保险待遇和异地退休金（或者养老金）待遇的本市户籍居民（以下简称老年居民）。

（二）养老年龄段被征地农民和劳动年龄段被征地农民中的大龄人员。

（三）在劳动年龄范围内未参加职工基本医疗保险的本市户籍失业人员（以下简称失业人员）。

（四）在本市托儿所、幼儿园、小学、初中、高中、中专、特殊学校、技校与职校（不含大专段）就读的学生、儿童。其中非本市户籍人员的子女首次参加城乡居民基本医疗保险的，应当符合市人民政府相关规定。

（五）具有本市户籍，年龄在 18 周岁以下的不在校少年儿童和婴幼儿，以及父母为本市户籍，在外地学校就读的中小學生。

（六）在本市各类高等院校中接受普通高等学历教育的全日制本科学生和非在职研究生、高职高专学生、技校与职校的大专段学生，以及在外地大学就读的本市户籍人员子女（以下简称大学生）。

（七）符合规定的其他人员。

参加城乡居民基本医疗保险的人员统称为参保居民，其中（一）至（三）项合称非就业居民，（四）、（五）项合称学生少儿。

第二十一条 城乡居民基本医疗保险基金由个人缴费、财政补助、集体资助等组成。城乡居民基本医疗保险基金筹资标准由各统筹地区根据当地经济社会发展水平和各方承受能力合理确定。各类参保居民的筹资方式为：

(一) 老年居民、学生少儿、大学生按确定的居民个人缴费标准缴纳城乡居民基本医疗保险费,各级财政负责财政补助部分;

(二) 失业人员和 2007 年 1 月 1 日后户籍迁入本市不足 10 年的老年居民不享受财政补助,按老年居民个人缴费和财政补助之和全额缴纳;

(三) 养老年龄段被征地农民和劳动年龄段被征地农民中的大龄人员按照征地补偿有关规定,由国土资源部门在征地时从征地成本中列支资金缴纳城乡居民基本医疗保险费。

第二十二条 非就业居民按规定参加城乡居民基本医疗保险后,应当连续不间断缴费。中断缴费的,再次续保时应当补缴应保未保期间的医疗保险费。

第二十三条 符合按月领取基本养老金或者退休金条件的参保职工,办理职工基本医疗保险退休待遇核定手续时,其以非就业居民按年缴费的城乡居民基本医疗保险缴费年限,可以按比例折算为职工基本医疗保险实际缴费年限。

第二十四条 非就业居民于结算年度内在以下定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,在 1000 元限额以内由城乡居民基本医疗保险基金按照以下比例补助:

- (一) 签约的社区卫生服务机构及乡镇等基层医院为 60%;
- (二) 非签约的社区卫生服务机构及乡镇等基层医院为 40%;
- (三) 县(区)级医院、专科医院为 40%;
- (四) 市级以上医院为 35%。

学生少儿、大学生结算年度内符合规定的门诊医疗费用在1000元限额以内由城乡居民基本医疗保险基金按60%的比例补助。

第二十五条 参保居民于结算年度内在门诊发生的符合规定的门诊特定项目医疗费用，由城乡居民基本医疗保险基金按以下比例结付：

（一）尿毒症透析、器官移植后抗排异药物治疗、恶性肿瘤化疗放疗治疗期的医疗费用与住院费用累计在200000元以内的部分，按90%的比例结付。参保居民在恶性肿瘤康复期使用肿瘤辅助药品和中草药饮片的费用，在8000元限额内按90%的比例结付。

（二）重性精神病使用治疗精神病药品的费用，在2000元限额以内按100%的比例结付。在精神病专科医院住院治疗不设起付标准。

（三）老年性白内障在门诊行白内障超声乳化加人工晶体植入术的费用，在3800元限额以内按90%的比例结付。

（四）再生障碍性贫血使用专科药品的费用，在8000元限额内按90%的比例结付。

（五）血友病使用专科药品的费用，在60000元限额内按90%的比例结付。

第二十六条 参保居民结算年度内在定点医疗机构发生的符合规定的住院费用，在起付标准以上至最高支付限额200000

元以内的部分，由城乡居民基本医疗保险基金按以下比例结付：

（一）非就业居民首次住院起付标准按退休人员标准执行，当年第二次以上住院的起付标准为 100 元；学生少儿、大学生住院起付标准为 500 元。超过起付标准，在 40000 元以内的部分，城乡居民基本医疗保险基金按 75%的比例结付；超过 40000 元至 100000 元以内的部分，城乡居民基本医疗保险基金按 80%的比例结付；超过 100000 元至 200000 元以内的部分，城乡居民基本医疗保险基金按 90%的比例结付。

（二）参保居民在结算年度内住院与门诊特定项目累计医疗费用超过 200000 元的部分，城乡居民基本医疗保险基金不予支付。

第二十七条 参保居民符合国家计划生育政策规定和法定生育条件的，城乡居民基本医疗保险基金按定额标准对其生育及产前检查费用予以补助。

第二十八条 城乡居民基本医疗保险费按年缴纳。非就业居民于 1 月至 3 月，学生少儿、大学生于 9 月至 11 月申报缴纳下一结算年度的城乡居民基本医疗保险费。新生儿的申报缴费期为出生后 3 个月内。

城乡居民基本医疗保险的结算年度分别为：非就业居民为每年 4 月 1 日至次年 3 月 31 日，学生少儿、大学生为每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

第二十九条 参保居民应当在规定的申报缴费期内足额缴

纳医疗保险费，从下一结算年度起享受医疗保险待遇；未在规定的申报期内足额缴纳医疗保险费的，下一结算年度暂停享受医疗保险待遇。

符合以下条件之一的人员，可以在结算年度内申请参加当年度城乡居民基本医疗保险，按全年标准缴费后，次月起享受城乡居民基本医疗保险待遇：

- （一）达到参保年龄的；
- （二）户籍迁入本市的；
- （三）与用人单位终止解除劳动关系后失业的；
- （四）鉴定为重症残疾的；
- （五）出生三个月以内的。

第四章 补充医疗保险

第三十条 单位可以建立补充医疗保险，用于本单位参保人员个人负担过重部分的补助。

第三十一条 政府鼓励建立长期护理保险制度，减轻失能、半失能人员的护理负担。

第三十二条 本市用人单位的职工为其子女缴纳的城乡居民基本医疗保险费，可以由双方单位各报销 50%。本市职工子女（不含大学生）在享受城乡居民基本医疗保险待遇的同时，其门诊和住院自负医疗费用享受职工子女医疗费用补助待遇。具体办法由财政部门会同有关部门另行制定。

第三十三条 由财政全额拨款的机关事业单位的公务员和参照公务员管理的工作人员在参加职工基本医疗保险的基础上，按有关规定享受国家公务员医疗补助。

第五章 社会医疗救助

第三十四条 社会医疗救助资金根据救助需要和财力状况，通过财政预算、基本医疗保险统筹基金、福利彩票公益金地方留成部分、社会捐赠等进行筹集，并纳入财政专户，实行专账核算、专项管理。

第三十五条 下列人员可以申请社会医疗救助：

- （一）最低生活保障人员；
- （二）特困供养人员；
- （三）临时救助对象中的大重病患者；
- （四）享受民政部门定期定量生活补助费的 20 世纪 60 年代精减退职职工；
- （五）重点优抚对象；
- （六）符合条件的参核退役人员；
- （七）市、县级市（区）总工会核定的特困职工；
- （八）低保边缘重病困难对象、重症残疾人等县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

第三十六条 社会医疗救助包括保费补助、实时救助、年度救助、自费救助等四种方式。医疗救助对象适用的救助方式由市

社会保险行政部门会同市民政部门确定，报市人民政府批准后实施。各救助方式的具体标准由市社会保险行政部门会同财政部门确定，报市人民政府批准后执行。

第六章 社会基本医疗保险基金管理

第三十七条 社会基本医疗保险基金实行预算管理制度，纳入财政专户管理、专款专用，任何单位和个人不得侵占挪用。

第三十八条 参保人员进入待遇享受期后，已缴纳的医疗保险费不予退还。

第三十九条 用人单位和在职职工的医疗保险费由社会保险费征收机构按月征缴，在职职工个人缴纳的医疗保险费由用人单位按月从职工工资中代扣代缴。灵活就业人员的医疗保险费由社会保险经办机构委托银行按月征缴。

城乡居民基本医疗保险费由社会保险经办机构按年征收。在校学生的城乡居民基本医疗保险费由学校及托幼机构登记代收后交社会保险经办机构，其他参保人员由劳动保障服务站登记代收或者委托银行收缴。

第四十条 在暂停享受医疗保险待遇期间，参保人员发生的医疗费用按下列方式承担：

（一）因参保人员未按时足额缴费等原因造成暂停享受医疗保险待遇的，由参保人员自行承担；

（二）因用人单位未按时足额缴纳医疗保险费造成该单位职

工暂停享受医疗保险待遇的，医疗费用中按规定可由医疗保险基金支付的费用由用人单位承担。

补缴医疗保险费的，医疗保险基金不予支付补缴对应期间的医疗费用。

第四十一条 参保人员在不同统筹地区或者不同医疗保险险种间重复参保的，待遇不得重复享受。在本市同时参加职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的，享受职工基本医疗保险待遇。

第四十二条 参保职工跨统筹地区流动就业的，社会保险经办机构按照国家规定为其办理职工基本医疗保险关系转移接续手续，参保人员在转出、转入地的职工基本医疗保险缴费年限可累计计算。

参保职工申请跨统筹地区转出职工基本医疗保险关系的，自转出地社会保险经办机构为其出具医疗保险参保凭证之日起，停止享受转出地职工基本医疗保险待遇；参保职工应当持医疗保险参保凭证及时向转入地社会保险经办机构提出接续申请。

第四十三条 参保人员因跨统筹地区流动就业办理医疗保险关系转移手续，或者因死亡、离境定居等原因办理个人参保关系注销手续的，医疗保险关系终止，其个人账户有实际结余金额的，按规定予以转移、提取或者继承；超支使用的，应当予以补足。

第四十四条 参保人员被判刑收监的，自判决生效次月起中

止医疗保险关系，不得享受社会基本医疗保险待遇，按照规定享受监狱提供的医疗保健。

第四十五条 风险准备金按职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险基金收入的 5% 计提，达到上年度基金 12 个月平均支付水平或者上年度出现收不抵支时不再计提。风险准备金列入财政专户管理，按险种分别核算，专款专用。风险准备金的计提使用办法由市社会保险行政部门和财政部门另行制定。

风险准备金的使用由统筹地区社会保险行政部门提出，经财政部门审核后，报同级人民政府备案。

风险准备金主要用于以下情形：

（一）发生突发性流行疾病造成的大范围参保人员抢救所需医疗费用；

（二）因自然灾害等不可抗力造成的大范围参保人员伤害以及急危重病人抢救所需医疗费用；

（三）社会基本医疗保险基金出现收不抵支时；

（四）其他造成大范围参保人员就医所需医疗费用情况。

第四十六条 建立医疗保险市级统筹调剂金制度，用于解决各统筹地区医疗保险基金缺口问题。

第四十七条 社会基本医疗保险费用支付实行目录管理。

社会基本医疗保险药品、诊疗项目和特殊医用材料目录由市社会保险行政部门根据国家和省相关规定制定并公布，并按定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点医药机构）类型和待遇

类别进行分类管理。

社会基本医疗保险药品、诊疗项目和特殊医用材料的医疗保险支付标准按照国家、省、市规定确定，并适时调整。

第四十八条 社会基本医疗保险基金结付参保人员医疗费用采用即时结算和零星报销两种方式。

参保人员持社会保障卡在定点医药机构就医购药的费用即时结算，社会保险经办机构与定点医药机构直接结算社会基本医疗保险基金支付部分，参保人员支付自负费用和自费费用。

因下列情形之一不能即时结算的，参保人员在垫付相关医疗费用后，可以持本人社会保障卡、病历记录、费用明细清单和结算单据等材料到社会保险经办机构办理零星报销：

（一）已办理长期居外医疗手续的参保人员，居外期间在指定医疗机构发生的医疗费用；因患有限于本市医疗技术和设备条件不能诊治的疑难重症疾病，经市级以上医院诊断并办理转往外地三级医院或者国家重点专科所在医院就诊手续后发生的住院医疗费用。参保人员转外居外医疗管理办法由社会保险行政部门另行制定。

（二）因突发急、危、重病，就近在非定点医疗机构发生的医疗费用；外出期间因突发急、危、重病，就近在外地医疗机构发生的急诊和急救医疗费用。

（三）社会保险行政部门规定的其他情形。

报销手续应当在医疗费用发生时的结算年度内办理，需要跨

年度报销的，可延长至下一结算年度末。参保人员发生的上述医疗费用，列入办理报销结付手续的年度累计。

第七章 定点医药机构协议管理

第四十九条 市、县级市（区）人民政府（管委会）社会保险行政部门应当根据城乡格局变化、行政区划设置和参保人员分布等实际情况，制定定点医药机构设置规划，确定并公布定点医药机构应当具备的条件。

第五十条 社会保险经办机构对提出申请的医药机构组织评估，根据评估结果，与医药机构平等沟通、协商谈判，选择符合条件的医药机构签订服务协议，并向社会公布。医药机构与社会保险经办机构签订服务协议后成为定点医药机构，为参保人员提供医疗保险服务。

第五十一条 社会保险行政部门根据定点医药机构的执业范围、医疗保险管理水平和服务信誉等因素，将定点医药机构分为 A、B、C 三级，按照下列规定明确各级定点医药机构可以使用不同类别的社会基本医疗保险基金，并实行升、降级动态管理：

（一）A 级：A 级定点医疗机构可以按规定使用职工基本医疗保险基金和城乡居民基本医疗保险基金。

（二）B 级：B 级定点医疗机构可以按规定使用参保职工个人账户资金、基本医疗保险统筹基金、社会基本医疗保险基金对门诊特定项目的补助、地方补充医疗保险统筹基金和城乡居民基

本医疗保险基金；B级定点零售药店可以使用参保职工个人账户、社会基本医疗保险基金对门诊特定项目的补助和地方补充医疗保险统筹基金。

（三）C级：C级定点医疗机构可以按规定使用参保职工个人账户资金和城乡居民基本医疗保险基金中的门诊医疗补助部分；C级定点零售药店可以使用参保职工个人账户资金。

前款A级和B级定点医疗机构中的救助医疗机构可以按规定使用社会医疗救助资金。

第五十二条 社会保险行政部门应当制定与分级诊疗制度相适应的配套政策，制定医疗费用结算管理办法和医师基本医疗保险服务管理制度。

社会保险经办机构根据定点医药机构的类型、级别和费用类型等，采用以总额预付为主，按病种付费、按床日费用付费和按服务项目付费等多种付费方式相结合的支付方式，建立社会保险经办机构与定点医药机构的风险分担和奖惩机制。

第五十三条 社会保险行政部门对定点医药机构规范执行医疗保险规定的情况进行行政执法检查。

社会保险行政部门根据考核情况对优秀的定点医药机构给予表彰与奖励。

社会保险经办机构按照协议，对定点医药机构的服务质量、管理水平、医疗费用控制、价格合理、参保人员满意度等协议执行情况进行日常管理。

第五十四条 定点医疗机构应当为参保人员提供必要、合理的基本医疗服务，做到因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药、规范收费。

定点零售药店应当按照药品和医疗保险相关规定为参保人员提供药品销售服务。

定点医药机构应当执行社会基本医疗保险药品、诊疗项目和特殊医用材料目录和医疗保险支付标准规定。

第五十五条 参保人员可以持社会保障卡到定点零售药店购买非处方药。购买医疗保险药品目录中的处方药的，还应当持定点医疗机构的医师开具的医疗保险处方。

第五十六条 定点医疗机构在与社会保险经办机构和参保人员结算医疗费用时，应当同时向双方提供有关检查、治疗和用药的明细清单。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，应当对患者或者其亲属履行书面告知义务；因病情危重急需救治的，应当于救治后及时履行书面告知义务。

第八章 监督和检查

第五十七条 社会保险行政部门建立参保人员就医管理制度。社会保险经办机构对参保人员日就医次数及其发生的医疗保险费用进行实时监测，发现异常或者超出规定范围的，应当书面告知参保人员。告知后发生的医疗保险费用仍处于异常或超出规定范围的，社会保险经办机构可以按规定改变医疗保险费用结算

方式。

社会保险经办机构采取改变医疗保险费用结算方式措施的，应当通知参保人员，并对其就医情况及时进行审核。经审核未发现有违反医疗保险规定行为的，应当恢复即时结算。

第五十八条 社会保险行政部门制定定点医药机构管理办法并实施监督。社会保险经办机构建立定点医药机构及其从业人员信息库，对定点医药机构与医疗保险相关的医疗服务过程实施监管。

第五十九条 社会保险行政部门与食品药品监督管理、卫生计生、公安等部门建立联合执法机制，完善信息共享机制，纠正和查处医疗保险违法违规行为。

第六十条 社会保险行政部门建立由医疗保险、医药卫生、价格管理等相关专业人员组成的专家评审委员会，开展医疗保险服务质量评审。

第六十一条 任何单位与个人都可以举报医疗保险违法违规行为。举报内容属实的，由社会保险行政部门给予奖励。举报奖励经费由同级财政安排，举报奖励的具体办法由社会保险行政部门会同财政部门另行制定。

第九章 法律责任

第六十二条 违反本办法规定，法律、法规、规章已有处罚规定的，从其规定。

第六十三条 公民、法人或者其他组织有下列以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会基本医疗保险待遇的行为之一的，依照《中华人民共和国社会保险法》第八十八条规定处理：

（一）冒用他人社会保障卡就医购药的；

（二）伪造、变造病历、处方、疾病诊断证明和医疗费票据等资料的；

（三）与定点医药机构或者其他人员串通，以药易药、以药易物的；

（四）将本人身份证明和社会保障卡转借他人使用的；

（五）使用社会保障卡配取药品转手倒卖的；

（六）以合法形式掩盖非法目的的；

（七）有其他以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会基本医疗保险待遇的行为的。

第六十四条 社会保险经办机构、定点医药机构等社会保险服务机构有下列以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会基本医疗保险基金支出的行为之一的，依照《中华人民共和国社会保险法》第八十七条规定处理：

（一）与参保人员串通，发生冒名就医、配药或者挂名住院的；

（二）采取不正当手段将应当由参保人员个人负担的费用列入医疗保险基金结付的；

（三）将非医疗保险基金结付范围的医疗费用列入医疗保险

基金结付的；

（四）非法获取和开具医疗保险专用处方的；

（五）出售假冒、伪劣、过期药品的；

（六）提供虚假疾病诊断证明、病历、处方和医疗费票据等资料的；

（七）重复收费、分解收费、多收医疗费用的；

（八）收取商业贿赂，损害参保人员利益，增加医疗保险基金支出的；

（九）使用社会保障卡配售自费药品、非药品，以药易药、以药易物的；

（十）进销存账物严重不符的；

（十一）以非法手段返利促销的；

（十二）转借医疗保险服务终端给非定点医药机构使用或者代非定点医药机构使用医疗保险基金进行结算的；

（十三）有其他以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会基本医疗保险基金支出的行为的。

第六十五条 公民、法人或者其他组织有本办法第六十三条、第六十四条规定的违法行为的，相关违法信息纳入公共信用信息系统。

第六十六条 违反本办法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十章 附 则

第六十七条 市社会保险行政部门和财政部门对缴费标准、缴费基数、待遇标准制定调整办法，报市人民政府批准后执行。各统筹地区根据本办法，结合各地实际，制定具体实施细则。

第六十八条 本办法所称的“以上”、“以下”、“以内”，包括本数；所称的“超过”“不满”，不包括本数。

第六十九条 离休干部医疗费用统筹管理办法由市人民政府另行制定。

第七十条 本办法自 2016 年 10 月 1 日起施行。2007 年 10 月 17 日发布的《苏州市社会基本医疗保险管理办法》（苏州市人民政府令第 102 号）同时废止。

主送：各市、区人民政府，苏州工业园区、苏州高新区、太仓港口管委会；市各委办局，各直属单位。

抄送：市委各委办局，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院，军分区，市各民主党派，市各人民团体，市工商联，各大专院校。

苏州市人民政府办公室

2016 年 8 月 19 日印发