

苏州市社会基本医疗保险管理办法 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E8_8B_8F_E5_B7_9E_E5_B8_82_E7_c80_304378.htm 苏州市人民政府令第102号《苏州市社会基本医疗保险治理办法》已经2007年9月8日市政府第77次常务会议讨论通过，现予发布。市长阎立二

七年十月十七日 苏州市社会基本医疗保险治理办法第一章 总则 第一条 为保障全体社会成员的基本医疗需求，统筹城乡医疗保障，建立与全面小康社会相适应的可持续发展的社会医疗保险制度，促进经济社会和谐发展，根据有关法律、法规，结合本市实际，制定本办法。 第二条 社会医疗保险由政府负责组织与实施，遵循以下原则：社会医疗保险水平与经济社会发展水平相适应；用人单位及其职工和其他社会成员应当参加社会医疗保险；社会医疗保险实行属地治理；社会医疗保险费根据用人单位、个人和财政的承受能力合理分担；建立以基本医疗保险为基础，补充医疗保险和社会医疗救助相结合的多层次社会医疗保险制度。 第三条 市劳动和社会保障局（以下简称劳动保障行政部门）负责全市社会医疗保险政策的制定、组织实施、监督治理以及医疗保险基金的征缴治理和监督检查。县级市劳动保障行政部门负责本行政区域医疗保险治理工作。市、县级市社会保险基金治理中心（以下简称社保经办机构）具体承办社会医疗保险基金的征收、使用、治理、检查等医疗保险事务。 第四条 卫生、食品药品监督管理局应当配合医疗保险制度改革，同步推进医药卫生体制改革，探索按病种结付和精神病预付制度，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。第五条 社会保障监督委员会由财政、审计等部门和人大代表、政协委员、工会代表、参保人员代表等组成，依法对医疗保障政策执行、基金治理等情况实施监督。卫生、食品药品监督、财政、物价、民政、公安等部门按照各自职责，做好社会医疗保险治理工作。

第二章 参保范围与对象

第六条 根据参保对象及其缴费水平的不同，社会医疗保险分为职工医疗保险、居民医疗保险、学生医疗保险。

第七条 职工医疗保险是强制性社会保险。本市行政区域的国家机关、事业单位、社会团体、企业、民办非企业单位、个体工商户等组织（以下简称用人单位），应当按照属地治理原则，依法参加职工医疗保险。用人单位的在职职工、自谋职业者等灵活就业人员和退休人员（以下简称参保职工），应当依法参加职工医疗保险。六级以上残疾军人（以下简称残疾军人）参加职工医疗保险的，可以按规定享受职工医疗保险优抚政策。在本市办理就业登记的外籍人员和港、澳、台人员，可以按规定参加职工医疗保险。

第八条 居民医疗保险是由政府组织，个人缴费与财政补助相结合的医疗保险制度。参保对象为下列人员：（一）具有本市户籍，未享受职工医疗保险待遇，男年满60周岁、女年满50周岁以上的城镇居民（以下简称老年居民）。（二）具有本市户籍，在劳动年龄范围内，持有《中华人民共和国残疾人证》，并已完全丧失或大部分丧失劳动能力的残疾人员（以下简称重症残疾人）。（三）本市1957年底前参加工作，1961年至1965年期间精减退职，20世纪80年代初已办理社会救济证的人员（以下简称精减退职人员）。（四）按照被征地农民基本生活保障的有关规定，按月领取生活补助费和征地保养

金的人员（以下简称征地保养人员）。（五）具有本市户籍，在劳动年龄范围内参加职工医疗保险确有困难的失业人员（以下简称失业人员）。第九条 学生医疗保险是由政府组织，家庭缴费，财政及用人单位共同补助的医疗保险制度。参保对象为下列人员：（一）在本市托儿所、幼儿园、小学、初中、高中、中专、非凡学校、技校与职校（不含大专段）就读的学生、儿童（以下简称中小學生）；（二）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學生和非在职研究生、高职高专學生、技校与职校的大专段學生（以下简称大学生）；（三）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，子女在外地学校（不包括国外及港澳台地区学校）就读的學生（以下简称少儿）。第十条 离休干部医疗保障按国家和省市有关规定执行，由社保经办机构实行统筹治理。第三章 职工医疗保险 第十一条 职工医疗保险基金包括基本医疗保险基金、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职工共同缴纳。用人单位统一按照全部职工工资总额的9%缴纳，在职职工按本人缴费工资的2%缴纳，由用人单位按月从职工工资中代扣代缴。灵活就业人员由个人按照职工医疗保险缴费基数11%按月缴纳。职工医疗保险缴费基数的上下限由市劳动保障行政部门会同财政部门提出，报经市政府批准后每年公布。（二）地方补充医疗保险费由用人单位（不包括由财政全额拨款的机关事业单位）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，社保经办机构从基本医疗保险费率中划出1%

，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。灵活就业人员由个人按照灵活就业人员医疗保险缴费基数1%按月缴纳。（三）大额医疗费用社会共济基金来源为参保职工每人每月5元，由在职职工和退休人员个人缴纳。由财政全额拨款的机关事业单位和人员在参加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。企业在按规定参加本统筹地区基本医疗保险的基础上，可以建立企业补充医疗保险，用于本单位参保人员个人负担过重部分的补助。企业补充医疗保险费在工资总额3%以内的部分，可以从成本中列支。

第十二条 基本医疗保险基金划分为医疗保险个人账户和基本医疗保险统筹基金两部分。

（一）社保经办机构为参保职工建立医疗保险个人账户，个人账户的记入标准和使用范围为：

- 1.在职职工个人账户按本人缴费工资总额的一定比例记入。其中：45周岁以下的职工按本人缴费工资总额的3%记入；45周岁以上（含45周岁）的职工，按本人缴费工资总额的4%记入。
- 2.退休人员个人账户按年龄段分别确定为：70周岁以下按全年800元记入；70周岁以上（含70周岁）按全年950元记入；建国前参加革命工作的老工人按全年1200元记入。从企业退休的劳动模范个人账户在以上标准基础上另行增加，其中：国家级劳动模范每人每年增加400元，省级劳动模范每人每年增加300元，市级劳动模范每人每年增加200元。
- 3.参保职工个人账户主要用于支付符合规定的门诊医疗费用。往年个人账户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。
- 4.参保

职工个人账户往年结余金额超过3000元的，可以按自愿原则，于每年4月向市社保经办机构提出申请，申领市全民健身活动中心的健身卡。往年账户结余在3000元以上6000元以下的，可以将不超过500元的个人账户资金转入健身卡；往年账户结余在6000元以上的，可以将不超过1000元的个人账户资金转入健身卡。健身卡仅限在定点运动场馆进行健身时使用，不得用于健身以外的其他消费。

5.凡养老金实行异地社会化发放、已办理长期居住外地医疗手续、且未申请门诊特定项目的退休人员，每年4月经社保经办机构核准，通过养老金社会化发放渠道，一次性发放其医疗保险当年预划个人账户和往年账户余额。

（二）用人单位缴纳的基本医疗保险费除记入个人账户以外的部分，作为基本医疗保险统筹基金，由社保经办机构统一治理，统筹使用。基本医疗保险统筹基金主要用于支付参保职工在定点医疗机构住院以及门诊特定项目的医疗费用。

第十三条 参保职工在定点医疗机构或定点零售药店发生的符合规定的门诊医疗费用由个人账户支付，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、退休人员累计自负400元后，在2500元以内由地方补充医疗保险统筹基金按在职职工60%、退休人员70%的标准予以补助。

第十四条 门诊特定项目包括：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、重症精神病（包括精神分裂症、重症抑郁症、伴有精神病症状的躁狂症、双相情感障碍症）、老年性白内障以及家庭病床。以上门诊特定项目经定点医疗机构诊断，社保经办机构确认后，在结算年度内发生的符合门诊特定项目结付规定的费用，由基本医疗保险统筹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、恶性肿瘤化疗放疗的药品及治疗费用累计在4万元（含4万元）以内的部分，由基本医疗保险统筹基金按90%的比例结付；4万元以上至10万元（含10万元）以内的部分，由基本医疗保险统筹基金按95%的比例结付。（二）重症精神病使用治疗精神病药品时所发生的费用，在2000元以内的部分，由基本医疗保险统筹基金按90%的比例结付。

（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2400元以内的部分，由基本医疗保险统筹基金按90%的比例结付。（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3000元以内的费用，由基本医疗保险统筹基金按90%的比例结付。

第十五条 在结算年度内，参保职工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）参保职工住院起付标准按不同等级医院确定：市级及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700元；区（县）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500元；乡镇等基层医院首次住院起付标准为在职职工与退休人员均为400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（含）以上住院的起付标准统一为200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10万元以内的费用，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4万元（含4万元）以下的部分，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；4万元以上至10万元（含10万元）的部分，基本医疗保险统筹基金都按95%的比例结付。

第十六条 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10万元以上的部分，由大额医疗费用社会共济基金结付95%，个人自负5%。

第十七条 残疾军人参加职工医疗保险个人不缴费，由用人单位按每人每年8000元标准，每年初一次性缴纳。建立残疾军人专项基金，单独核算、专款专用。

（一）社保经办机构应当为残疾军人建立模拟个人账户，每人每年1500元，残疾军人门诊发生的符合规定的医疗费用，先由个人账户支付，个人账户用完后再发生的费用由残疾军人专项基金结付90%，个人自负10%。模拟个人账户不属于个人所有，不能继续，当年结余可结转下年使用。

（二）残疾军人发生的符合规定的住院医疗费用，由残疾军人专项基金按95%的比例结付，个人自负5%。

（三）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。

第四章 居民医疗保险

第十八条 参加居民医疗保险的人员统称参保居民。居民医疗保险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面承受能力，合理确定，其中居民个人缴费不得高于40%，其余部分由财政予以补助。

（一）苏州市区居民医疗保险缴费标准为550元。其中老年居民由个人每年缴纳200元，财政按每人每年350元予以补助；2007年1月1日后户籍迁入本市不足10年，无养老金与医疗保障的老年居民，可以参加居民医疗保险，医疗保险费由个人全额缴纳。

（二）征地保养人员由国土治理部门在征地时按每人10000元标准一次性从征地成本中划拨。

（三）精减退职人员由用人单位按

政府规定的资金渠道，按每人10000元标准一次性缴纳。（四）失业人员由个人按居民医疗保险缴费标准全额缴纳。各统筹地区应当建立居民医疗保险制度，积极推行新型农村合作医疗保险制度向居民医疗保险制度过渡，具体实施办法由各统筹地区制定。

第十九条 参保居民在本人选定的定点社区医疗机构就诊，发生的符合规定的门诊医疗费用，在600元以内可享受居民医疗保险基金50%的医疗补助。

第二十条 参保居民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，由居民医疗保险基金按以下比例结付：（一）尿毒症透析、恶性肿瘤化疗放疗、器官移植后抗排异药物治疗的费用，在10万元以内的部分，由居民医疗保险基金按90%的比例结付；（二）重症精神病在门诊使用规定的治疗精神病药品时所发生的费用，在1000元以内的部分，由居民医疗保险基金按90%的比例结付。

第二十一条 参保居民在定点医院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以内的部分，由居民医疗保险基金和参保居民按以下比例结付：（一）参保居民住院起付标准按职工医疗保险在职职工标准执行；超过起付标准，在2万元（含2万元）以下的部分，居民医疗保险基金按60%的比例结付；2万元以上至4万元（含4万元）的部分，居民医疗保险基金按70%的比例结付；4万元以上至10万元（含10万元）以内的部分，居民医疗保险基金按80%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以10万元为封顶线，超过封顶线以上的医疗费用，居民医疗保险基金不再支付。

第五章 学生医疗保险

第二十二条 参加学生医疗保险的人员统称参保学生。学生医疗保险基金的来源分别为：（一）中小学生和少儿家

庭按每人每年100元缴纳；财政按每人每年100元的标准予以补助。（二）大学生按每人每年80元缴纳医疗保险费，其中学生个人缴纳40元，学校缴纳40元，市属学校交纳的部分由财政列入预算安排，其他学校由学校统筹解决。（三）社保经办机构按月从基本医疗保险基金中按缴费工资基数的5‰划转。本市用人单位的职工为其子女缴纳的学生医疗保险费，可以由参保学生父母双方单位各报销50%。

第二十三条 参加学生保险的中小学生和少儿享受门诊、门诊特定项目与住院医疗保险待遇；大学生享受门诊特定项目与住院医疗保险待遇。

第二十四条 参保中小学生和少儿在定点医疗机构门诊发生的符合规定的医疗费用，在600元以内享受学生医疗保险基金50%的医疗补助。

第二十五条 参保学生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，由学生医疗保险基金按以下比例结付：（一）尿毒症透析、恶性肿瘤化疗放疗、器官移植后抗排异药物治疗的费用，累计在10万元以内的部分，由学生医疗保险基金按90%的比例结付。（二）重症精神病使用治疗精神病药品时所发生的费用，在1000元以内的部分，由学生医疗保险基金按90%的比例结付。（三）再生障碍性贫血、血友病使用专科药物治疗时所发生的费用，在6000元以内的部分，由学生医疗保险基金按70%的比例结付。

第二十六条 参保学生在定点医院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以内的部分，由学生医疗保险基金和参保学生按以下比例结付：（一）参保学生住院起付标准为500元；超过起付标准，在2万元（含2万元）以下的部分，学生医疗保险基金按60%的比例结付；2万元以上至4万元（含4万元）的部分，学生医疗保险基金按70%的比

例结付；4万元以上至10万元（含10万元）的部分，学生医疗保险基金按80%的比例结付；10万元以上至20万元（含20万元）的部分，学生医疗保险基金按90%的比例结付。（二）参保学生在一个结算年度内住院与门诊特定项目累计医疗费用以20万元为封顶线，超过封顶线以上的医疗费用，学生医疗保险基金不再支付。

第二十七条 本市职工子女（不含大学生）在享受本办法规定的学生医疗保险待遇的同时，其门诊和住院自负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。

第六章 社会医疗救助

第二十八条 社会医疗救助对象是指经民政部门、总工会、残联与劳动保障行政部门审定的城乡困难人群，包括：（一）持有民政部门核发的《苏州市城市（镇）居民最低生活保障救济（补助）金领取证》的人员（以下简称低保人员）。（二）持有民政部门核发的《苏州市低保边缘困难人群生活救助领取证》的人员（以下简称低保边缘人员）。（三）持有民政部门核发的《苏州市三无对象救助证》的人员（以下简称三无对象）。（四）持有民政部门核发的《苏州市农村五保户供养证》的人员（以下简称五保人员）。（五）持有总工会核发的《苏州市特困职工救助证》的人员（以下简称特困职工）。（六）重症残疾人。（七）参保人员中个人自负费用负担过重的大病和重病患者。（八）市政府确定的其他救助对象。

第二十九条 社会医疗救助资金的来源为：（一）政府财政每年预算安排。（二）社会医疗保险统筹基金上年度结余部分按不高于5%的比例划转。（三）福利彩票公益金资助。（四）公民、法人及其他组织捐赠。（五）残疾人就业保障金资助。（六）其他来源。

第三十条 市红十字会、市慈

善总会负责接受公民、法人及其他组织社会医疗救助资金的捐赠，捐赠款应当根据捐赠人的意愿及时转入医疗救助资金财政专户，并向捐赠单位和个人发放慈善捐赠荣誉证书。社会医疗救助资金实行财政专户治理，专款专用，严禁挤占和挪用。

第三十一条 医疗救助对象应当按照规定在同一统筹地区参加相应的社会医疗保险，在此基础上可以享受相应的医疗救助待遇。

（一）本市城乡低保人员、低保边缘人员、三无对象、五保人员、特困职工、重症残疾人以及持有《中华人民共和国残疾人证》且父母没有工作的残疾学生，在按规定参加居民医疗保险和学生医疗保险时，个人免缴医疗保险费，其医疗保险费由各统筹地区本级财政全额补助，直接划拨到居民医疗保险和学生医疗保险财政专户。

（二）本办法第二十八条第一项至第五项规定的特困人员，在本市各级各类定点医疗机构就医时，免收普通门诊挂号费、诊疗费；其到政府指定的公惠医疗机构就医时，在享受相应的社会医疗保险待遇的基础上，自负医疗费用同步享受政府医疗救助待遇。具体办法由劳动保障行政部门会同有关部门另行制定。

（三）劳动保障行政部门应当会同财政等部门，于每年年初根据上年度正常参保人员（不含享受公务员医疗补助的人员）个人自负情况和社会医疗救助基金的实际承受能力，确定对参保人员中个人自负费用过重的大病重病患者的医疗救助标准。社会医疗救助金由劳动保障行政部门组织发放。

第三十二条 公惠医疗机构由卫生行政部门会同劳动保障、财政、民政等部门按照合理布局、方便就医、服务优良的原则在公立医疗机构中选择确定后向社会公布。

第七章 医疗保险基金治理

第三十三条 用人单位医疗保险费的列支渠道为：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，资金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。参保人员个人缴纳的社会保险费不计征个人所得税。

第三十四条 职工医疗保险费由地方税务机关和社保经办机构按月征缴。用人单位及其职工应当按照规定，按时足额缴纳医疗保险费。用人单位应当定期向职工公布医疗保险费的缴纳情况，接受工会组织和职工的监督。企业发生撤销、合并、兼并、转让、租赁、承包等情形时，接收或者继续经营者应当承担其单位职工的医疗保险责任，及时缴纳职工医疗保险费。破产企业应当按照规定优先清偿欠缴的医疗保险费。灵活就业人员的职工医疗保险费采取委托银行按月代为扣缴的方式缴纳，每月25日为扣缴截止日，因存款不足银行无法正常扣缴的，按当月中断缴费处理。用人单位未按规定足额缴纳和代扣代缴医疗保险费的，由征缴部门责令限期缴纳；逾期仍不缴纳的，除补缴欠缴本金外，从欠缴之日起，按日加收2‰滞纳金，滞纳金并入基本医疗保险统筹基金。

第三十五条 社区劳动保障服务站、学校及托幼机构为居民和学生医疗保险的代办单位，负责参保登记和医疗保险费的收缴工作。其中社区劳动保障服务站为本社区居民和少儿医疗保险的代办单位；学校及托幼机构为学生医疗保险的代办单位。居民及学生医疗保险费按年收缴。每年1月至3月份为居民医疗保险申报缴费期；9月至11月为学生医疗保险申报缴费期。新生儿应当在出生3个月以内，由父母持新生儿户口簿到户籍所在社区劳动保障服务站办理参保手续，在同一结算年度内，缴费标准不变。经有关部门新审核发证的医疗救助对象，可在结算期内到户籍所在社区劳动保

障服务站办理医疗保险参保、救助登记手续。第三十六条 用人单位与职工形成劳动关系期间，应当按照规定参加职工医疗保险，缴纳医疗保险费。用人单位未按规定缴纳医疗保险费的，该单位职工从次月起暂停享受医疗保险待遇，冻结社会保险卡，社会保险卡内账户余额不能使用，暂停期间所发生的医疗费用由用人单位和职工按规定承担。居民自按规定参加居民医疗保险后，应当连续不间断缴费。参保居民中断缴费期间，冻结社会保险卡，暂停享受医疗保险待遇；再次续保时，应保未保期间的医疗保险费由个人按规定标准补缴。

第三十七条 社会医疗保险基金纳入财政专户治理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。居民医疗保险基金与学生医疗保险基金并为同一财政专户治理，社会医疗保险当年基金不足支付时，由风险准备金予以调剂使用，风险准备金不足支付时，由统筹地区本级财政负责承担。财政部门负责本行政区域内社会医疗保险基金的专户治理，并对基金收支情况进行监督；审计部门依法对社会医疗保险基金进行审计监督。

第三十八条 建立社会医疗保险风险准备金，风险准备金的计提比例为社会医疗保险基金收入的5%。风险准备金列入财政专户治理，专款专用。风险准备金的用途为：突发性疾病流行或者自然灾害等不可抗力造成大范围参保人员伤害以及急危重病人抢救所需医疗费用；社会医疗保险基金收不抵支时，予以调剂使用。风险准备金的使用由统筹地区劳动保障行政部门提出，财政部门审核后，报同级人民政府备案。具体办法由劳动保障行政部门会同财政部门另行制定。

第三十九条 社保经办机构为参保职工建立医疗保险个人账户，于每一结算年度初按规定为参保人员预先记入当年个人账户

金额，并于结算年度末对个人账户金额按实际划转和使用情况进行清算；个人账户实际结余金额按国家规定计息，可以结转使用和依法继续。社保经办机构应当免费为缴费单位、缴费个人查询缴费记录或者个人账户提供服务。职工与居民医疗保险的结算年度为每年4月1日至次年3月31日，学生医疗保险结算年度为每年1月1日至12月31日。第四十条用人单位与参保职工解除或者终止劳动关系的，用人单位应当按照有关规定，及时到社保经办机构办理医疗保险关系保留或者转移手续。（一）参加职工医疗保险的人员，在与用人单位终止或者解除劳动关系后，社保经办机构应当根据本人意愿，给予保留、转移、接续医疗保险关系。社保经办机构在办理医疗保险关系跨统筹地区转移手续时，应对参保职工个人账户进行清算，缴费期内个人账户实际结余部分随同养老保险个人账户一并转移至转入地社保经办机构；转入地尚未实行基本医疗保险的，经本人申请，由社保经办机构将个人账户实际结余金额一次性结付给职工本人，终止医疗保险关系。

（二）职工在本市社会保险统筹地区（包括所辖县级市、吴中区、相城区）与实行公积金制度的苏州工业园区之间流动时，可以随养老保险关系一并转移医疗保险关系，医疗保险个人账户实际结余金额和公积金医疗账户结余金额应进行清算转移，其医疗保险（公积金）实际缴费年限和视同缴费年限可以接续计算。（三）从外地转入本市各统筹地区的参保职工，社保经办机构应根据转出地社保经办机构确认的参保情况，办理医疗保险关系接续手续，有医疗保险个人账户实际结余额转入的，到账后于本结算年度末个人账户清算时予以结转使用，复员转业军人首次在地方参保时其军队医疗保

险个人账户余额按本项接转。距法定退休年龄不满5年的参保人员跨统筹地区流动的，仍应当在原参保地或者转移至户籍所在地继续参保。（四）参保人员于结算年度内因死亡、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进行清算，其实际结余额可以按规定一次性予以支付，超支部分由个人或其家属补足。

第四十一条 参保职工享受医疗保险退休待遇的，必须同时符合下列条件：（一）按月领取基本养老金或者退休金；（二）职工医疗保险最低缴费年限：男满30年、女满25年；（三）外地转入人员在本市行政区域医疗保险实际缴费年限必须满10年。符合前款规定的人员，自社保经办机构办理退休手续后次月起，享受退休人员医疗保险待遇；缴费年限不符合前款规定的人员在办理退休手续时，应当由参保职工和用人单位按规定一次性补缴（ $\text{补缴金额} = \text{退休时上年全市职工平均工资} \times 6\% \times \text{不足缴费年限}$ ）后，方可享受退休人员医疗保险待遇，补缴的医疗保险费全部进入基本医疗保险统筹基金；不符合享受退休人员医疗保险待遇的，终止职工医疗保险关系。在2002年7月1日前参加工作的参保职工，其基本养老保险缴费年限可视作职工医疗保险的视同缴费年限；2002年7月1日后的医疗保险缴费年限仅指医疗保险实际缴费年限。

第四十二条 参保人员只能享受一种社会医疗保险待遇。失业人员可以以灵活就业人员身份参加职工医疗保险，以灵活就业人员身份缴费确有困难的，可以按规定参加居民医疗保险。失业人员参加居民医疗保险后，除在用人单位重新就业外，在一个结算年度内参保形式不予变更。参保居民在用人单位就业后参加职工医疗保险的，自正常缴费次月起按规定享受职工医疗保险待遇，同

时中断享受居民医疗保险待遇；连续缴费至法定退休年龄，符合本办法第四十一条规定的，可以享受退休人员医疗保险待遇；不符合享受退休人员医疗保险待遇的，社保经办机构应当对其个人账户进行清算，个人账户实际结余额可以清退给本人，职工医疗保险关系随之终止；符合居民医疗保险参保条件的人员，可以按规定参加居民医疗保险。第四十三条 各级政府有关部门应当依法对医疗保险欺诈行为进行防范与调查，及时纠正和查处医疗保险欺诈行为，保证医疗保险基金的安全运行。本办法所称医疗保险欺诈，是指公民、法人或者其他组织在参加医疗保险、缴纳医疗保险费、享受医疗保险待遇过程中，实施弄虚作假，隐瞒真实情况，少缴或者骗取医疗保险基金的行为。社保经办机构负责对享受医疗保险待遇人员的资格进行审查，对定点单位进行日常检查，受理社会保险欺诈行为的举报与投诉，对涉嫌欺诈行为进行调查、取证并责令退回非法所得，对情节严重的欺诈案件，移交劳动保障行政部门处理。劳动保障行政部门会同有关部门负责查处重大欺诈案件，奖励举报人，对欺诈案件相关当事人进行行政处理、处罚；对涉嫌构成犯罪的医疗保险欺诈案件，移交公安部门进行处理。公安部门应当对劳动保障行政部门移交的涉嫌构成犯罪的医疗保险欺诈案件及时立案处理。第四十四条 任何单位与个人都有权举报定点医疗机构、定点零售药店、参保人员以及相关部门工作人员的医疗保险违规、违法行为。举报内容属实的，由劳动保障行政部门按查实违规、违法金额的20%予以奖励，奖励金额最低300元，最高1万元，举报奖励等经费由同级财政安排。第八章 医疗保险定点单位治理 第四十五条 社会医疗保险实行定点医疗机构

和定点零售药店（以下统称定点单位）治理制度。本办法所称定点医疗机构，是指经卫生行政部门批准取得执业许可，并经劳动保障行政部门审核取得医疗保险定点资格的医疗机构。本办法所称定点零售药店，是指经食品药品监督部门批准取得经营资格，并经劳动保障行政部门审核取得医疗保险定点资格的零售药店。

第四十六条 劳动保障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，制定医疗保险定点单位设置规划，优先选择公立医院和社区卫生服务机构予以定点。定点单位的治理办法，由劳动保障行政部门会同相关部门另行制定。

第四十七条 社保经办机构应当与定点单位签订医疗保险服务协议，明确双方的权利、义务与责任。

第四十八条 参保人员在定点社区卫生服务中心（站）用药享受政府补贴与医疗机构主动让利，政府补贴专项资金列入各级政府预算安排。参保职工在具有地方补充医疗保险服务资格的社区卫生服务机构（包括定点社区卫生服务中心和站、门诊部、诊所、卫生所）就医，地方补充医疗保险统筹基金补助比例相应提高10%。参保居民应当自主选择一所社区医疗机构作为本人门诊定点医疗机构，社区医疗机构应当与参保居民签订医疗服务协议，建立参保居民健康档案，实行首诊负责制和双向转诊制，由家庭医师为参保居民提供门诊基本医疗服务和健康指导。

第四十九条 定点医疗机构的执业医师可以为参保人员提供医疗保险服务。执业医师应当按照《处方治理办法》的规定开具处方，参保职工可以在定点医疗机构配药或持医疗保险专用处方到定点零售药店购药。非处方药，参保职工可持就医凭证直接到定点零售药店划卡购买；医疗保险药品目录中的处方药，参保职工

必须凭定点医疗机构医师开具的医疗保险专用处方方可到定点零售药店购买。第五十条 医疗保险药品目录和医疗保险医疗服务项目实行准入制度。劳动保障行政部门应当会同卫生、食品药品监督管理部门根据有关规定制定《苏州市社会医疗保险用药范围》和《苏州市社会医疗保险医疗服务项目结付范围》。并根据本地定点医疗机构的用药习惯，将疗效确切、应用广泛、价格低廉的药品及预防免疫药品增补入本市地方补充医疗保险结付范围。定点单位应当执行社会医疗保险用药范围、社会医疗保险医疗服务项目结付范围和地方补充医疗保险药品目录；执行医疗收费标准和药品、医用材料政府集中采购中标价格规定。第五十一条 劳动保障行政部门会同有关部门，根据定点单位的执业范围、医疗保险治理水平和定点服务信誉等，将定点单位分为A、B、C三级，明确各级定点单位可以使用相应范围的社会医疗保险基金，实行升、降级的动态治理。（一）A级定点单位：可以按规定使用职工基本医疗保险基金、大额医疗费用社会共济基金、地方补充医疗保险统筹基金、居民医疗保险基金和学生医疗保险基金。（二）B级定点单位：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、职工医疗保险统筹基金、各类社会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、居民医疗保险基金和学生医疗保险基金；B级定点零售药店可使用参保职工个人账户资金、各类社会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。（三）C级定点单位：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居民、学生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级与B级定点单位中的公惠医疗机构可以按规定使用医疗救助基金。第五十二条 劳动保障行政部门可以对服务优良、治理完善、合理控制医疗费用、参保人员满足的定点单位及其工作人员给予表彰与奖励。第九章 医疗费用结算治理 第五十三条 社保经办机构应当为参保人员发放《社会医疗保险病历》、《社会医疗保险证》和《社会保险卡》（以下统称就医凭证），其中参保大学生不发放《社会保险卡》。参保居民与参保学生首次参保时的就医凭证由社保经办机构免费发放。第五十四条 参保人员从正常缴费次月起，可以享受相应的医疗保险待遇。参保人员持就医凭证按规定的就医范围在定点单位门诊就诊或配药时发生的医疗费用，属个人自费和个人自负的部分，由个人现金结付，其他属于社会医疗保险基金结付的，由社保经办机构与定点单位结算。参保居民在本人选定的社区卫生服务机构门诊就诊发生的医疗费用，按以上方法结付。参保居民经本人选定的社区卫生服务机构转诊，在定点医院门诊发生的医疗费用由个人现金结付后，持本人就医凭证、原始发票、费用明细清单等在结算年度内到选定的社区卫生服务机构按规定报销。参保人员住院费用中除应当由参保人员个人自费与自负的费用由个人现金结付外，其余费用由社保经办机构与定点医疗机构进行结算；精神病人在精神病专科医院住院治疗不设起付标准，住院费用直接由社会医疗保险基金按规定比例结付。第五十五条 门诊特定项目费用按照以下规定结付：器官移植后抗排异药物治疗、家庭病床的医疗费用，由参保人员个人垫付后，凭有效票据、费用明细清单、本人就医凭证到社保经办机构按规定审核结付；其他门诊特定项目费用，参保人员可以持

本人就医凭证按规定在B级（含B级）以上定点医疗机构和定点零售药店划卡结算。 社保经办机构应当加强对门诊特定项目患者的跟踪服务治理，并定期对重症患者组织体检和专家会诊，及时优化治疗方案，提高重症患者治疗效果。 第五十六条 定点医疗机构在与社保经办机构和参保人员结算医疗费用时，需同时向付费方提供有关检查、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，应当对患者或亲属履行书面告知义务，如患者病情危重急需立即实施救治的，可于救治后履行书面告知义务。 第五十七条 社保经办机构与定点单位实行按月结算。 社保经办机构对定点单位提交的结算单据经审核确认无误后，对符合规定的医疗费用结算95%，其余5%部分待年终考核后予以相应拨付。 对收治参保人员较多、业务量较大的定点单位，可给予适量的周转金。 住院费用结算办法由劳动保障行政部门另行制定。 第五十八条 参保人员发生以下医疗费用，由个人现金垫付后，持本人就医凭证、病历记录、费用明细清单和结算单据到社保经办机构按结算年度累计审核结算：（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上海、北京、南京三级以上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治理办法由劳动保障行政部门另行制定。（二）因急诊在非定点医疗机构发生的医疗费用。（三）外出期间发生的急诊和急救医疗费用。 第五十九条 参保职工在领取失业保险金期间，依照有关规定享受失业医疗补助待遇。 各级劳动就业治理机构负责失业医疗补助待遇

的审核与发放工作。第六十条 参保人员的就医凭证，仅限参保人员本人使用，参保人员应当妥善治理，不得转借他人冒名就医。参保人员发现《社会保险卡》遗失或者损坏的，应当凭本人身份证或者户口簿、护照等有效身份证件到指定银行办理挂失手续，银行在与社保经办机构核实后于7个工作日内补发，补发《社会保险卡》的费用由参保人员个人负担。

第十章 罚则 第六十一条 定点单位有下列行为之一的，应当追回违规费用。劳动保障行政部门可以给予警告、降级、暂停定点资格、取消定点资格，并可处以1万元以上3万元以下的罚款；对违规情节严重的定点单位工作人员，可以停止其为参保人员提供医疗保险服务，并交相关行政主管部门按照有关规定处理：（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）分解住院或者超量配药造成社会医疗保险基金浪费的。（五）非法获取和开具医疗保险专用处方，骗取医疗保险基金的。（六）通过出售假冒、伪劣、过期药品的手段，骗取医疗保险基金的。（七）通过提供虚假疾病诊断证实、病历、处方和医疗费票据等资料的手段，骗取医疗保险基金的。（八）重复收费，分解收费，多收医疗费用，增加患者负担或者造成医疗保险基金损失的。（九）搭车配药，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。（十）使用医疗保险就医凭证配售自费药品、非药品，以药易药、以药易物，套取医疗保险基金的。（十一）进销存账物严重不符，提供虚假票据，以非法手段返利促销，套取医疗

保险基金的。（十二）转借医疗保险POS机（服务终端）给非定点单位使用或者代非定点单位使用医疗保险基金进行结算的。（十三）其他违反医疗保险规定的欺诈行为。第六十二条 用人单位有下列行为之一的，应当追回违规费用。劳动保障行政部门可以责令改正，并可处以5000元以上2万元以下罚款：（一）不如实申报用工人数、医疗保险费数额等资料的。（二）将与本单位没有劳动关系的完全丧失或者大部分丧失劳动能力的患病人员参加医疗保险，骗取医疗保险待遇的。（三）将参保人员就医凭证提供给非参保人员或者工伤职工就医，骗取医疗保险基金的。（四）其他违反医疗保险规定的欺诈行为。用人单位不缴或者少缴职工医疗保险费的，由地方税务机关或者劳动保障行政部门依法处理。第六十三条 有下列行为之一的，应当追回违规费用、暂停参保人员享受医疗保险待遇。劳动保障行政部门对非经营活动中的违法行为，可处以1000元以下罚款；对经营活动中的违法行为，可处以1万元以上3万元以下罚款：（一）冒用他人《社会保险卡》就医配药的。（二）伪造、变造病历、处方、疾病诊断证实和医疗费票据等资料，骗取医疗保险基金的。（三）与定点单位或者其他人员串通，以药易药、以药易物，骗取医疗保险基金的。（四）短期内大量重复配药，造成医疗保险基金浪费的。（五）将本人身份证实和就医凭证转借他人使用，骗取医疗保险待遇的。（六）使用医疗保险就医凭证配取药品转手倒卖，骗取医疗保险基金的。（七）其他违反医疗保险规定的欺诈行为。第六十四条 有关部门及其经办机构工作人员有下列行为之一的，由相关行政部门给予行政处分：（一）工作失职、渎职或者违反财经纪律造成医疗保

险基金损失的。（二）与参保人员或者定点单位串通，将自费医疗费用列入医疗保险基金结付的。（三）征收医疗保险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）其他严重违反医疗保险规定，侵害参保人员利益的行为。

第十一章 附则 第六十五条 各统筹地区劳动保障行政部门、财政部门可以按照“以收定支，收支平衡”的原则，结合统筹地区实际，对社会医疗保险缴费标准和相关待遇提出调整意见，报同级人民政府批准后适时调整。

第六十六条 参保职工因工负伤的医疗费按工伤保险的有关规定结付，生育与计划生育手术费用按生育保险有关规定结付，围产期检查费用按医疗保险有关规定结付。

第六十七条 县级市可以根据本办法，结合各市实际，制定具体实施细则。

第六十八条 本办法自2008年4月1日起施行。2004年4月1日苏州市人民政府发布的《苏州市城镇职工基本医疗保险治理办法》同时废止。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com