

青 岛 市 人 民 政 府 令

第 235 号

《青岛市社会医疗保险办法》已经 2014 年 9 月 2 日市十五届人民政府第 52 次常务会议通过，现予公布，自 2015 年 1 月 1 日起施行。

市 长

A red cursive signature in Chinese characters, reading '张新起' (Zhang Xinqi), the Mayor of Qingdao.

2014 年 9 月 17 日

青岛市社会医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为了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的合法权益，促进社会医疗保险事业的健康发展，根据《中华人民共和国社会保险法》等有关法律法规，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 本市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制度。

本市社会医疗保险分为职工社会医疗保险和居民社会医疗保险。居民社会医疗保险按照缴费标准和待遇水平划分不同的档次。

第四条 本市社会医疗保险包括基本医疗保险、大病医疗保险、大病医疗救助等制度，并与社会医疗救助、职工医疗互助、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。

第五条 市、区（市）人民政府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。

各区（市）人民政府、街道办事处（镇人民政府）应当组织做好本辖区内居民参保、政策宣传等工作。

第六条 人力资源社会保障行政主管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基金征缴、支付和经办管理工作。

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

第二章 参保与缴费

第七条 本市行政区域内的机关、社会团体、企业、事业单位、民办非企业单位、其他组织和有雇工的个体工商户（以下称用人单位）及其在职职工和退休（职）人员，应当按照规定参加职工社会医疗保险。

无雇工的个体工商户、非全日制从业人员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社会医疗保险。

第八条 下列人员参加居民社会医疗保险：

（一）具有本市中等以下学校学籍的全日制学生、学前教育

机构在册儿童，以及其他具有本市户籍未满十八周岁的少年儿童（以下称少年儿童）。其中非本市户籍的学前教育机构在册儿童参加居民社会医疗保险，需其父母一方正在参加本市社会保险并满一年以上；

（二）驻青高校以及高等职业技术学院的全日制在校学生（以下称大学生）；

（三）其他具有本市户籍且不属于职工社会医疗保险参保范围的成年居民（以下称成年居民）。

第九条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工按月共同缴纳：

（一）用人单位以本单位职工工资总额为缴费基数，按照9%的比例缴纳；

（二）在职职工以本人工资为缴费基数，按照2%的比例由所在单位代扣代缴。

灵活就业人员按照个人缴费基数的11%缴纳。

失业人员在领取失业保险金期间应当缴纳的基本医疗保险费，从失业保险基金中支付。

第十条 居民社会医疗保险费（含基本医疗保险费和大病医疗保险费）由个人按年度缴纳，财政予以补贴。

2015年个人缴费标准：少年儿童每人110元；大学生每人80元；成年居民分两个缴费档次，一档每人350元，二档每人110元，由成年居民以户为单位，按年度选择同一缴费档次。其

中，原参加城镇居民基本医疗保险的成年居民按一档标准缴费。

2015年财政补贴标准：一档缴费成年居民，每人补贴560元；二档缴费成年居民、少年儿童和大学生，每人补贴440元。

享受最低生活保障待遇家庭参保人、抚恤定补优抚对象、农村五保供养对象的个人缴费部分，由财政给予全额补贴，其中成年居民按照一档标准补贴；低保边缘家庭参保人、重度残疾人的个人缴费部分，由财政补贴50%。

第十一条 居民社会医疗保险筹资标准应当参考城乡居民人均可支配收入增长情况和基金收支情况，由市人民政府适时调整，逐步统一缴费档次。

具备条件的区（市）人民政府、街道办事处（镇人民政府）、城乡集体经济组织可以对居民个人缴费给予资金扶持。

第十二条 居民社会医疗保险费可以按照以下方式缴纳：

（一）成年居民和未入学（含学前教育机构）的少年儿童，由区（市）人民政府统一组织，由其户籍所在地或者居住地的街道办事处（镇人民政府）和居（村）民委员会负责代收；

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

各区（市）人民政府可以结合本地实际，确定代收方式。

第十三条 居民个人缴纳的社会医疗保险费按年度收缴，每年9月1日至12月20日为下一年度居民社会医疗保险集中缴费期。

第三章 社会医疗保险基金

第十四条 社会医疗保险基金由基本医疗保险基金、大病医疗保险资金、大病医疗救助资金组成，实行市级统筹、分级管理。来源包括：

- (一) 用人单位和个人缴纳的社会医疗保险费；
- (二) 各级财政补贴资金；
- (三) 社会捐赠的资金；
- (四) 利息收入；
- (五) 其他合法收入。

基本医疗保险基金、大病医疗保险资金按职工和居民分别建账、分账核算。大病医疗救助资金统一建账、统一核算。

第十五条 职工基本医疗保险基金建立统筹基金与个人账户；居民社会医疗保险基金只建立统筹基金，不设立个人账户。

第十六条 用人单位和职工个人缴纳的基本医疗保险费暂按以下规定按月计入个人账户：

(一) 在职职工 35 周岁以下的，按照本人月缴费基数 2% 计入；

(二) 在职职工 35 周岁及以上至 45 周岁以下的，按照本人月缴费基数的 2.2% 计入；

(三) 在职职工 45 周岁及以上的，按照本人月缴费基数的 3% 计入；

(四) 退休(职)人员按照本人月养老金的4.5%计入。其中,70周岁以下月计入额低于80元的按80元计入;70周岁及以上月计入额低于90元的按90元计入。

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前款第(一)、(二)、(三)项执行。

个人账户计入标准,由市人力资源社会保障行政主管部门按照个人账户计入总量不超过当年职工基本医疗保险费筹集总量30%的原则测算确定,报市人民政府批准后适时调整。

第十七条 个人账户用于支付在定点医疗机构和定点零售药店(以下称定点医药机构)发生的符合规定的费用。

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社保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。

第十八条 大病医疗保险资金来源:

(一) 职工大病医疗保险资金由两部分组成,一部分按照不超过职工个人月缴费基数总额0.2%的标准,按月从职工基本医疗保险统筹基金中划转;另一部分按照每人每月5元标准,按月从参保人个人账户中代扣;

(二) 居民大病医疗保险资金,按照不超过当年居民社会医疗保险费筹资总额10%的比例,从居民社会医疗保险基金中划转。

第十九条 大病医疗救助资金来源：

(一) 财政投入。每年预算安排一定资金，由市、区（市）两级财政按照 1：1 比例分担；

(二) 社会捐助和各种形式的赞助。

大病医疗救助资金坚持以收定支的原则。

第二十条 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，任何单位和个人不得挤占、挪用。

第二十一条 社会保险经办机构负责社会医疗保险预决算草案编制、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，并接受审计、财政、人力资源社会保障等行政主管部门的监督检查。

第二十二条 人力资源社会保障行政主管部门负责对社会医疗保险基金的收支、管理和运营情况进行监督检查，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。

财政行政主管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财政监督和基金预决算草案的审核。

审计行政主管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。

第二十三条 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。

第二十四条 社会医疗保险基金收不抵支时，由市、区（市）财政给予补贴。

第四章 社会医疗保险待遇

第二十五条 社会医疗保险待遇包括基本医疗保险待遇、大病医疗保险待遇和大病医疗救助（包括大额救助、特药特材救助和特殊医疗救助）待遇。

一个年度内，职工和居民社会医疗保险参保人在定点医药机构发生的住院、门诊大病医疗费用，基本医疗保险统筹基金最高支付限额分别为 20 万元和 18 万元；大病医疗保险资金最高支付限额为 60 万元；大额救助最高支付限额为 10 万元，特药特材救助暂不设最高支付限额。

第二十六条 基本医疗保险统筹基金支付范围（以下称统筹支付范围），应当符合国家和省、市关于基本医疗保险用药范围、医疗服务项目范围、医疗服务设施范围和支付标准的规定及社会医疗保险法律、法规的有关规定。

市人力资源社会保障行政主管部门会同卫生计生、财政、物价等行政主管部门，可以对基本医疗保险用药范围、医疗服务项目范围、医疗服务设施范围和支付标准适时调整。

第二十七条 基本医疗保险统筹基金支付的住院和门诊大病

医疗费用设立起付标准。一、二、三级定点医疗机构起付标准分别为 200 元、500 元、800 元，社区定点医疗机构起付标准按照一级定点医疗机构执行。

参保人住院治疗，在一个年度内第一次住院的，起付标准按照 100% 执行；第二次住院的，起付标准按照 50% 执行；第三次及以上住院的，起付标准统一按照 100 元执行。

参保人门诊大病治疗，在一个年度内负担一个起付标准。

尿毒症透析治疗、器官移植、恶性肿瘤、精神病等门诊大病参保人个人负担的起付标准可以适当减免。

第二十八条 参保人在定点医疗机构住院发生的统筹支付范围内医疗费用，起付标准以上的部分，由基本医疗保险统筹基金按照以下标准支付：

（一）职工社会医疗保险参保人在一、二、三级定点医疗机构住院，年度累计在 4 万元以下的部分，退休（职）前支付比例分别为 90%、88%、86%，退休（职）后支付比例分别为 95%、94%、93%；年度累计 4 万元以上的部分，退休（职）前统一支付比例为 95%，退休（职）后统一支付比例为 97%；

（二）居民社会医疗保险参保人在一、二、三级定点医疗机构住院，一档缴费的成年居民支付比例分别为 85%、80%、70%；二档缴费的成年居民支付比例分别为 80%、70%、55%；少年儿童和大学生支付比例分别为 90%、85%、80%。成年居民在实行基本药物制度的街道、镇卫生院（社区卫生服务中心）

住院，支付比例提高 5 个百分点。

参加职工社会医疗保险的灵活就业人员和居民社会医疗保险参保人，在定点医疗机构发生的、符合计划生育政策的住院分娩医疗费用，由基本医疗保险统筹基金按规定支付。

第二十九条 建立门诊大病保障制度，设立限额和非限额管理病种，实行病种准入、定点医疗。一个年度内，参保人在定点医疗机构发生的统筹支付范围内门诊大病医疗费用，起付标准以上的部分，由基本医疗保险统筹基金按照以下标准支付：

（一）职工社会医疗保险参保人门诊大病治疗，在一、二、三级定点医疗机构支付比例分别为 90%、88%、86%，超过病种限额标准以上的部分支付比例为 50%；在社区定点医疗机构支付比例为 92%，超过病种限额标准以上的部分支付比例为 70%；

（二）居民社会医疗保险参保人门诊大病治疗，在一、二、三级定点医疗机构，一档缴费的成年居民支付比例分别为 80%、70%、65%；二档缴费的成年居民支付比例分别为 75%、65%、55%；少年儿童和大学生支付比例分别为 90%、85%、80%。在社区定点医疗机构，支付比例按照一级定点医疗机构执行。成年居民在实行基本药物制度的社区定点医疗机构使用基本药物发生的医疗费用，支付比例提高 10 个百分点。超过病种限额标准以上的部分不予支付。

第三十条 建立门诊统筹保障制度，实行定点签约、限额管

理。参保人在社区定点医疗机构发生的符合门诊统筹支付范围的普通门诊医疗费用，由基本医疗保险统筹基金按照以下标准支付：

（一）职工社会医疗保险参保人，支付比例为 60%，一个年度内最高支付 1120 元；

（二）居民社会医疗保险参保人，一档缴费的成年居民支付比例为 50%，一个年度内最高支付 720 元；二档缴费的成年居民及少年儿童支付比例为 40%，一个年度内最高支付 300 元；大学生支付比例为 70%，暂不设最高支付限额。

职工和居民社会医疗保险参保人使用基本药物发生的医疗费用，支付比例提高 10 个百分点。

第三十一条 鼓励社区定点医疗机构为参保人提供健康与慢性病管理服务，提高参保人健康保障水平。具体办法由市人力资源社会保障行政主管部门会同卫生计生、财政等行政主管部门制定，报市人民政府批准后实施。

第三十二条 建立意外伤害医疗保障制度。参保人因意外伤害在定点医疗机构发生的住院医疗费用，以及少年儿童和大学生因意外伤害在定点医疗机构发生的门诊医疗费用，由社会医疗保险基金按照规定支付。具体办法由市人力资源社会保障行政主管部门会同财政、卫生计生、公安、民政等有关行政主管部门制定，报市人民政府批准后实施。

第三十三条 享受独生子女待遇的少年儿童，其住院医疗、

门诊大病医疗、意外伤害门诊医疗的费用，基本医疗保险基金在本办法支付比例的基础上增加 5 个百分点。

第三十四条 建立长期护理保险制度。参保人因年老、疾病或者伤残等丧失自理能力需要长期护理的，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护理保险待遇标准。长期护理保险资金来源：

（一）职工长期护理保险资金由两部分组成，一部分按照不超过基本医疗保险历年结余基金的 20% 一次性划转；另一部分每月按照个人账户月计入基数总额 0.5% 的标准，从职工基本医疗保险基金中划转；

（二）居民长期护理保险资金，按照不超过当年居民社会医疗保险费筹资总额的 10%，从居民社会医疗保险基金中划转。

第三十五条 参保人在境内异地转诊、异地急诊住院以及长期在异地居住、工作的，经社会保险经办机构核准后，在异地定点医疗机构发生的医疗费用，由社会医疗保险基金按照规定支付。

第三十六条 参保人在定点医药机构发生的住院、门诊大病医疗费用，基本医疗保险统筹基金按照规定支付后，个人负担的下列费用纳入大病医疗保险资金支付范围：

（一）符合统筹支付范围、超出基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的医疗费用；

（二）符合统筹支付范围、个人按照起付标准和自负比例负

担的医疗费用；

(三) 乙类药品、医疗服务项目、医疗服务设施纳入统筹支付范围前个人按照自负比例负担的医疗费用。

第三十七条 参保人个人负担的、符合本办法第三十六条规定范围的医疗费用，由大病医疗保险资金按照以下标准支付：

(一) 本办法第三十六条第(一)项医疗费用，职工社会医疗保险参保人支付比例为90%；居民社会医疗保险参保人，一档缴费的成年居民、少年儿童和大学生支付比例为80%，二档缴费的成年居民支付比例为70%。一个年度内最高支付40万元；

(二) 本办法第三十六条第(二)、(三)项医疗费用，在一个年度内累计超过大病医疗保险起付标准以上的部分，职工社会医疗保险参保人支付比例为75%；一档缴费的成年居民、少年儿童和大学生支付比例为60%；二档缴费的成年居民支付比例为50%。其中，尿毒症透析治疗、器官移植抗排异治疗参保人的大病医疗保险起付标准为3000元，超出起付标准以上的部分，职工社会医疗保险参保人支付比例为75%；一档缴费的成年居民、少年儿童和大学生支付比例为70%；二档缴费的成年居民支付比例为60%。一个年度内最高支付20万元。

大病医疗保险起付标准由市人力资源社会保障行政主管部门参考上年度本市城乡居民人均可支配收入，按照大病医疗保险资金以收定支的原则测算确定。

第三十八条 参保人在享受基本医疗保险待遇和大病医疗保险待遇的同时，在定点医药机构发生的下列住院、门诊大病医疗费用纳入大病医疗救助资金支付范围：

（一）符合条件的参保人使用特药特材发生的医疗费用；

（二）基本医疗保险药品目录、医疗服务项目和医疗服务设施目录外治疗必需的医疗费用；

（三）基本医疗保险药品目录、医疗服务项目和医疗服务设施目录最高费用限额以上治疗必需的医疗费用。

第三十九条 参保人个人负担的、符合本办法第三十八条规定范围的医疗费用，由大病医疗救助资金按照以下标准支付：

（一）本办法第三十八条第（一）项医疗费用纳入特药特材救助，支付比例为70%；

（二）本办法第三十八条第（二）、（三）项医疗费用以及第（一）项个人按照比例负担的医疗费用纳入大额救助。大额救助起付标准为5万元，一个年度内累计超出起付标准以上的部分，支付比例为60%。抚恤定补优抚对象、低保和低保边缘家庭参保人不设大额救助起付标准。一个年度内大额救助最高支付10万元。

符合条件的低收入家庭参保人在享受前款规定的特药特材救助和大额救助待遇基础上，按规定享受特殊医疗救助。

建立大病医疗救助待遇调整机制，优先保障困难人员的大病医疗救助待遇。具体办法由市人力资源社会保障、民政行政主管部门

部门会同财政等行政主管部门制定，报市人民政府批准后实施。

第五章 社会医疗保险待遇管理

第四十条 符合参加职工社会医疗保险条件的人员，应当在三个月内及时办理参保缴费。连续缴费不满六个月（以下称等待期）的，只享受基本医疗保险个人账户待遇；连续缴费满六个月后，按照规定享受职工社会医疗保险待遇。

在本市连续参加居民社会医疗保险的参保人参加职工社会医疗保险后，在连续缴费六个月内，享受基本医疗保险个人账户待遇和原居民社会医疗保险待遇；连续缴费满六个月后，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、转业或者复员一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，从缴费次月起按照规定享受职工社会医疗保险待遇。

第四十一条 参保人参加本市职工社会医疗保险应当连续缴费。职工社会医疗保险参保人中断缴费三个月及以内的，可以补缴中断期间的社会医疗保险费。补缴后，计算连续缴费时间，并按照本办法第四十条规定享受职工社会医疗保险待遇。

职工社会医疗保险参保人中断缴费超过三个月以上，以及未按照规定在三个月内及时参保缴费的，视为中断参保。中断参保后再次参保时，用人单位和个人可以按照规定补缴中断参保期间

的社会医疗保险费，补缴后补记个人账户，累计缴费年限；从缴费当月起重新计算连续缴费时间，并按照本办法第四十条规定享受职工社会医疗保险待遇。中断期间和等待期内发生的医疗费用，基本医疗保险统筹基金、大病医疗保险资金、大病医疗救助资金不予支付，其中因用人单位原因造成中断参保的，由用人单位负担。

第四十二条 职工社会医疗保险参保人累计缴费年限男满二十五年、女满二十年的，退休（职）后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。

符合退休（职）条件办理退休（职）手续时，达不到前款规定最低缴费年限的，可以按照规定一次性补缴差额年限的基本医疗保险费，并从办理补缴次月起享受职工社会医疗保险待遇。缴费年限不满，又不办理一次性补缴的，退休（职）后不享受职工社会医疗保险待遇，符合条件的可以参加本市居民社会医疗保险。

第四十三条 参加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，自入学报到之日起享受居民社会医疗保险待遇；婴儿在出生六个月内参加居民社会医疗保险的，自出生之日起享受居民社会医疗保险待遇；其他新符合参保条件的居民应当在三个月内缴纳居民社会医疗保险

费，从缴费次月起按照规定享受居民社会医疗保险待遇。

符合参保条件未及时参保缴费或者中断参保缴费的居民，可以在年度集中缴费期内办理参保。参保时，应当补缴历年应由个人缴纳的居民社会医疗保险费，并自缴费次月起按照规定享受居民社会医疗保险待遇，补缴期间不享受居民社会医疗保险待遇。

第四十四条 参保人员不得同时享受本市职工社会医疗保险待遇和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

第四十五条 本市对社会医疗保险医药服务机构实行定点管理。人力资源社会保障行政主管部门按照市场竞争、公开公平、方便就医的原则确定定点医药机构，并建立健全退出机制。社会保险经办机构应当与定点医药机构签订服务协议，规范其服务行为，并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行政主管部门应当会同卫生计生、食品药品监管等行政主管部门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审查条件和规程。

第四十六条 定点医药机构应当建立和完善医疗保险内部管理制度，明确医疗保险工作机构，确定医疗保险专（兼）职工作人员，做好本单位医疗保险管理和服务工作。

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等相关信息。

第四十七条 市卫生计生行政主管部门应当会同人力资源社会保障、财政、物价等行政主管部门制定分级诊疗办法，实行基层首诊、分级诊疗、双向转诊。

第四十八条 参保人按照规定享有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、医疗服务项目、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。

第四十九条 参保人在本市定点医药机构就医、购药、付费，实行社会保障卡“一卡通”和即时结算。社会保险经办机构与定点医药机构按月结算。

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、病种付费、项目付费等多种方式相结合的复合式结算办法，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行政主管部门会同财政、卫生计生、物价等行政主管部门制定。

第五十条 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。

特药特材的谈判和招标工作，由市人力资源社会保障行政主管部门会同财政行政主管部门负责组织，市社会保险经办机构具体实施。

第五十一条 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）冒用、伪造他人的社会保障卡（证）在定点医药机构就医购药；

（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）将个人社会保障卡（证）出借给他人使用，或者将本人的社会医疗保险待遇转让给他人享受；

（五）变卖由社会医疗保险基金结算的药品、医疗器械、医用材料或者诊疗项目，骗取社会医疗保险基金支出；

（六）使用个人账户资金支付日用品、食品等非医疗用品费用或者套取个人账户现金；

(七) 其他违反社会医疗保险管理规定的行为。

第五十二条 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，使用统筹支付范围外药品，或者提供统筹支付范围外医疗服务项目和服务设施；

(三) 将应当由社会医疗保险基金支付的费用转由参保人个人负担；

(四) 使用参保人个人账户资金支付日用品、食品等非医疗用品费用或者套取个人账户现金；

(五) 无正当理由拒绝实时联网结算，不为参保人提供结算单据；

(六) 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、医疗服务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资质的机构、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）购销凭证等材料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，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，骗取社会医疗保险基金；

(十三) 其他违反社会医疗保险管理规定的行为。

第五十三条 人力资源社会保障行政主管部门、社会保险经办机构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，按年度进行信用等级考核评定，并根据评定结果对定点医药机构及相关工作人员予以奖惩。

卫生计生行政主管部门对医疗机构的业务考核结果，纳入社会医疗保险信用等级考核评定。

第五十四条 社会保险经办机构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。

第五十五条 人力资源社会保障行政主管部门、社会保险经办机构应当加强对定点医药机构遵守社会医疗保险法律、法规和规章等情况的监督检查，并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、参保人及其他相关单位、人员应当如实提供，不得伪造、变造或者隐匿。

人力资源社会保障、卫生计生、物价、食品药品监管等行政主管部门应当按照各自职责加强对定点医药机构的考核监督，并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。

第五十六条 人力资源社会保障行政主管部门、社会保险经办机构对不属于本部门、本机构职责范围的执法事项，应当移交卫生计生、食品药品监管、物价、税务及公安等行政主管部门。相关部门应当及时处理，不得推诿。

第五十七条 人力资源社会保障行政主管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，人力资源社会保障行政主管部门应当自收到举报或者投诉之日起三十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，人力资源社会保障行政主管部门对实名举报人予以奖励。奖励办法由市人力资源社会保障行政主管部门会同财政行政主管部门制定，报市人民政府批准后实施。

人力资源社会保障行政主管部门应当对举报人信息予以保密。

第五十八条 运用商业保险机制，创新社会医疗保险公共服

务。在确保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，提高医疗保险监管和经办服务水平。

第七章 法律责任

第五十九条 有本办法第五十一条行为之一，骗取社会保险待遇的，由人力资源社会保障行政主管部门责令退回骗取的社会医疗保险基金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六十条 定点医药机构及其工作人员有本办法第五十二条第二款第（一）、（二）、（三）、（五）项行为之一的，由人力资源社会保障行政主管部门对定点医药机构处一千元以下罚款，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员处五百元以上一千元以下罚款；由社会保险经办机构视情节轻重，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暂停三个月至六个月的社會医疗保险服务。

定点医药机构及其工作人员有本办法第五十二条第二款第（二）、（三）项行为之一，给参保人造成经济损失的，相关费用由定点医药机构承担。

第六十一条 定点医药机构及其工作人员有本办法第五十二条第二款第（四）、（六）、（七）、（八）、（九）、（十）、（十一）、

(十二)、(十三) 项行为之一，由人力资源社会保障行政主管部门责令退回骗取的社会医疗保险基金，并对定点医药机构处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，处五百元以上一千元以下罚款。社会保险经办机构视情节轻重，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、服务药师等医务人员暂停六个月至一年的社会医疗保险服务。情节严重的，由人力资源社会保障行政主管部门取消定点医药机构资格，两年内不得重新定点。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六十二条 人力资源社会保障行政主管部门、社会保险经办机构、社会医疗保险费代收机构及其工作人员有下列情形之一的，由其主管单位责令改正，并对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予行政处分；造成社会医疗保险基金损失的，责令追缴应当缴纳的社会医疗保险费，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。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

(一) 违反社会保险基金管理规定，造成社会医疗保险基金损失的；

(二) 违反规定审批社会医疗保险定点医药机构资格的；

(三) 未按照规定代收或者拒收参保人缴纳社会医疗保险费的；

(四) 违反规定核定或者支付社会医疗保险待遇的；

(五) 泄露用人单位或者个人社会医疗保险信息的；

(六) 其他违反社会医疗保险法律法规的行为。

第八章 附 则

第六十三条 鼓励有条件的区（市）、用人单位和个人在参加社会医疗保险基础上，建立补充医疗保险或者参加由社会保险经办机构谈判团购的补充医疗保险。职工社会医疗保险参保人可以使用个人账户资金支付补充医疗保险费。

第六十四条 本办法所称年度为每年1月1日至12月31日。

本办法所称特药特材，是指基本医疗保险药品目录、医疗服务项目和医疗服务设施目录外，重大疾病治疗必需、疗效显著、费用较高且难以使用其他治疗方案替代的药品或者医用材料。

本办法所称社区定点医疗机构，是指经人力资源社会保障行政主管部门审定，与社会保险经办机构签订社区医疗服务协议，为社会医疗保险参保人提供门诊统筹、门诊大病等医疗服务的街道（镇）卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）等基层医疗机构。

第六十五条 本办法自2015年1月1日起施行。《青岛市城镇职工基本医疗保险规定》（青岛市人民政府令第176号）、《青岛市城镇居民基本医疗保险暂行办法》（青岛市人民政府令第191号）、《青岛市人民政府办公厅转发市卫生局等部门〈关于建

立新型农村合作医疗制度的意见〉的通知》（青政办发〔2003〕16号）同时废止。

送：各区、市人民政府，市政府各部门，市直各单位。

市委各部委，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市法院，市检察院，中央、省驻青单位，驻青部队领导机关，各民主党派，人民团体。

青岛市人民政府办公厅

2014年9月17日印发
