

关于修改《广州市城镇职工基本医疗保险试行办法》的决定  
广州市人民政府令  
第 80 号

《关于修改〈广州市城镇职工基本医疗保险试行办法〉的决定》已经 2012 年 5 月 14 日市政府第 14 届 15 次常务会议讨论通过，现予以公布，自公布之日起施行。

市长 陈建华  
二〇一二年七月三十日

关于修改《广州市城镇职工基本医疗保险试行办法》的决定

市政府第 14 届 15 次常务会议决定对《广州市城镇职工基本医疗保险试行办法》作如下修改：

**第六十条** 修改为“……；迟延缴费的，由人力资源和社会保障部门或者地税部门自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金；逾期拒不缴纳医疗保险金、滞纳金的，由人力资源和社会保障部门或者地税部门处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。逾期拒不缴纳医疗保险金、滞纳金的，由人力资源和社会保障部门或者地税部门申请人民法院强制执行”。

本决定自公布之日起施行。

《广州市城镇职工基本医疗保险试行办法》根据本决定修改后重新公布。

广州市城镇职工基本医疗保险试行办法

(2008 年 7 月 30 日广州市人民政府令〔2008〕第 11 号公布，根据 2012 年 7 月 30 日广州市人民政府令第 80 号修正)

第一章 总则

**第一条** 为保障城镇职工的基本医疗，建立基本医疗保险制度，根据《中华人民共和国劳动法》及国家和省的有关规定，结合本市实际情况，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于本市行政区域内企业、个体经济组织、事业单位、国家机关、社会团体、民办非企业单位(以下统称用人单位)及其在职职工和退休人员(以下统称参保人员)。

**第三条** 基本医疗保险实行属地管理。跨地区、生产流动性较大的用人单位及其职工，应当按相对集中的方式参加所在统筹地区的基本医疗保险。

**第四条** 基本医疗保险的水平应当与本市生产力发展水平以及财政、用人单位和个人的承受能力相适应；基本医疗保险费应当由用人单位和职工双方共同负担；基本医疗保险基金实行社会统筹和个人医疗账户相结合；逐步形成多层次的医疗保障体系。

**第五条** 市人力资源和社会保障部门主管本市城镇基本医疗保险工作，负责本办法的组织实施。区、县级市人力资源和社会保障部门依职权负责辖区内医疗保险的管理和服务工作。

人力资源和社会保障部门的社会保险经办机构具体办理医疗保险事务。

财政、地税、物价、卫生、食品药品监管、工商、审计、民政、教育、工会等有关部门和组织，按照各自职责协同实施本办法。

## 第二章 医疗保险费的征缴

**第六条** 用人单位应当按照人力资源和社会保障部门的规定，到指定的社会保险经办机构办理基本医疗保险登记手续。新设立的用人单位，应当在设立之日起 30 日内办理基本医疗保险登记手续。

用人单位依法终止或者基本医疗保险登记事项发生变更的，应当自终止或者变更之日起 30 日内，到原登记机构办理注销或者变更登记手续。

**第七条** 在职职工和用人单位应当按月足额缴纳基本医疗保险费。

在职职工的缴费基数为本人上年度申报个人所得税工资、薪金收入的月平均数；单位新增职工的缴费基数为参加社会保险当月本人申报个人所得税工资、薪金收入总额。个人所得税工资、薪金收入月平均数超过上年度本市单位职工月平均工资 300% 的，超过部分不计入缴费基数；低于上年度本市单位职工月平均工资 60% 的，以上年度本市单位职工月平均工资的 60% 为缴费基数。用人单位的缴费基数为本单位在职职工缴费基数之和。

在职职工个人应当按其缴费基数的 2% 缴纳基本医疗保险费，用人单位应当按其缴费基数的 8% 缴纳基本医疗保险费。

**第八条** 参保人员办理退休手续时，基本医疗保险实际缴费年限(以下简称缴费年限)须满 10 年，退休后方可享受基本医疗保险待遇。缴费年限不满 10 年的，应当一次性缴纳不足年限(按月计算)的过渡性基本医疗保险金(以下简称过渡金)；一次性缴纳确有困难的，经市人力资源和社会保障部门批准可以按月缴纳。过渡金的缴费标准为上年度本市单位职工月平均工资的 7·5%。

用人单位应当按参保人员在本单位工作期间未参加基本医疗保险的年限为其一次性缴纳过渡金，仍不足缴费年限部分由其本人一次性缴纳，并由用人单位代收代缴。

军队转业或者经人力资源和社会保障部门批准调入本市行政区内用人单位的职工，其之前的工作年限，由调入的首家用人单位承认，连续计算工龄，并按照前款的规定为其缴纳过渡金。

**第九条** 用人单位与年满 50 岁的男性职工、年满 40 岁的女性职工解除或者终止劳动关系时，其职工达到以上年龄至解除或者终止劳动关系期间未参加基本医疗保险的年限，用人单位应当按其在本单位的实际工作年限一次性计缴过渡金，计算其参加基本医疗保险的缴费年限。

**第十条** 社会申办退休的人员不足缴费年限应缴纳的过渡金，扣除单位计缴、计发部分后的剩余部分，按以下标准享受各级人民政府设立的专项资金资助：2001 年 12 月 1 日前养老保险缴费年限(含视同养老保险缴费年限，下同)满 25 年的，由政府专项资金全额资助缴纳；满 20 年不满 25 年的，由政府专项资金资助缴纳 50%，本人缴纳 50%；不满 20 年的，其过渡金全部由本人缴纳。

具有本市城镇户籍，年满 50 岁的男性、年满 40 岁的女性失业后再就业的人员，在新单位退休时，应由个人缴纳的过渡金由各级人民政府设立的专项资金参照前款规定资助缴纳。

**第十一条** 用人单位应当缴纳的基本医疗保险费和过渡金，按照财税部门的规定列支。职工个人按规定比例缴纳的基本医疗保险费，从个人所得税应纳税所得额中扣除。

**第十二条** 用人单位应当缴纳的基本医疗保险费和过渡金，统一由地税部门征收，及时缴入社会保障基金财政专户。社会保险经办机构协同做好征缴的相关工作。

职工个人应当缴纳的基本医疗保险费，由用人单位按月从其本人工资中代扣代缴。

依法缴纳的基本医疗保险费和过渡金一经缴纳，不予退还。

**第十三条** 基本医疗保险缴费率的调整，由市人力资源和社会保障部门会同财政部门提出，经省、市人民政府批准后，由市人民政府公布。

**第十四条** 用人单位应当如实申报上年度个人所得税的工资、薪金收入的月平均数，社会保险经办机构按照规定核定基本医疗保险费缴费基数。

**第十五条** 用人单位依法转让、分立、合并、关闭、破产时，应当依法清偿欠缴的基本医疗保险费、过渡金、利息及滞纳金。

### **第三章 统筹基金和个人医疗账户**

**第十六条** 用人单位和职工缴纳的基本医疗保险费以及当期的过渡金，由社会保险经办机构建立统筹基金和个人医疗账户，按照统账的支付范围分别核算，不得互相挤占。

用人单位或者个人缴纳的过渡金，以及由各级人民政府设立的专项资金资助缴纳的过渡金，根据当月享受医疗保险待遇的退休人员人数，以上年度本市单位职工月平均工资 $7 \cdot 5\%$ 的 $75\%$ 为标准，按月计提使用。

**第十七条** 当年统筹基金由下列各项构成：

(一)用人单位缴纳的基本医疗保险费和当年划拨的过渡金，按规定划入个人医疗账户的部分除外。

(二)统筹基金的结余及利息。

(三)按规定收取的滞纳金。

(四)政府资助金。

(五)合法收入。

**第十八条** 参保人员个人医疗账户由下列各项构成：

(一)在职职工个人缴费的全部。

(二)从用人单位缴纳的基本医疗保险费和过渡金中，按本办法第十九条规定划入的部分。

(三)个人医疗账户的利息等合法收入。

**第十九条** 个人医疗账户划入基数：在职职工为本年度本人基本医疗保险月缴费基数，退休人员为上年度本市单位职工月平均工资。

从用人单位缴纳的基本医疗保险费和当期的过渡金中，按月划入个人医疗账户的比例为：

(一)35周岁以下为 $1\%$ 。

(二)满35周岁至45周岁以下为 $2\%$ 。

(三)满45周岁至退休前为 $2 \cdot 8\%$ 。

(四)退休人员为 $5 \cdot 1\%$ 。

**第二十条** 个人医疗账户的本金和利息用于支付基本医疗费用，可以结转使用，不得提取现金或者挪作他用。

参保人员死亡后，个人医疗账户余额划入其继承人的个人医疗账户；继承人未参加基本医疗保险的，个人医疗账户余额可以一次性支付给继承人；没有继承人的，个人医疗账户余额纳入基本医疗保险统筹基金。

**第二十一条** 个人医疗账户年末储存余额的利率和计息办法，按照国务院《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》的有关规定执行。

社会保险经办机构及相关银行应当为参保人员查询个人医疗账户资金收支情况提供便利。

#### **第四章 医疗保险费用的支付与结算**

**第二十二条** 用人单位及其职工按规定参加基本医疗保险并按时足额缴费的，参保人员可以在次月享受基本医疗保险待遇。终止医疗保险关系后，在停止缴费的次月，停止享受基本医疗保险待遇，但个人医疗账户余额可以继续使用。

用人单位和参保人员不按时缴纳医疗保险费(以下简称欠缴费)的，在欠缴费次月起，参保人员暂不享受基本医疗保险待遇；在3个月内补缴欠缴费用、利息和滞纳金，可以补付延期缴费期间应由统筹基金支付的医疗费用，累计参保人员缴费年限并将相应金额补划入个人医疗账户；在3个月后补缴欠缴费用、利息和滞纳金的，累计参保人员缴费年限并补划拨个人医疗账户，不补付基本医疗保险统筹待遇，期间参保人员发生的有关医疗费用由用人单位负责。

**第二十三条** 医疗保险金支付参保人员的医疗费用，应当符合基本医疗保险用药范围、诊疗项目范围、医疗服务设施范围和支付标准及基本医疗保险的规定。

基本医疗保险用药、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准根据国家、省的规定另行公布。

市人力资源和社会保障部门可以根据经济发展水平和实际情况调整基本医疗保险用药、诊疗项目、医疗服务设施的统筹基金支付比例，报市人民政府批准后执行。

**第二十四条** 统筹基金按比例支付起付标准以上、最高限额以下住院、门诊特定项目的基本医疗费用以及指定慢性病的基本医疗费用。

个人医疗账户支付下列基本医疗费用：

- (一)门诊普通疾病、急诊的基本医疗费用。
- (二)住院、门诊特定项目及指定慢性病等基本医疗费用中，应当由个人负担的费用。
- (三)持处方到定点零售药店配药，或者购买非处方药的费用。
- (四)国家、省医疗保险政策规定的其他费用。

**第二十五条** 门诊特定项目包括下列范围：

- (一)在二、三级定点医疗机构急诊观察室留院观察进行的治疗。
- (二)在一、二级定点医疗机构或者定点社区卫生服务机构开设的家庭病床进行的治疗。
- (三)患恶性肿瘤在指定的定点医疗机构进行的门诊化学治疗、放射治疗及其期间的辅助治疗，患尿毒症在指定的定点医疗机构进行的门诊透析治疗。
- (四)在指定的定点医疗机构施行肾移植治疗手术后，继续在指定的定点医疗机构门诊进行的抗排异治疗。
- (五)患血友病在三级综合定点医疗机构进行的门诊治疗。

(六)按照本办法第三十条规定增设的疾病或者治疗项目。

**第二十六条** 参保人员每次住院基本医疗费用统筹基金的起付标准(以下简称起付标准)，按以下标准确定：

(一)在职职工：一级医疗机构为 500 元；二级医疗机构为 1000 元；三级医疗机构为 2000 元。

(二)退休人员：一级医疗机构为 350 元；二级医疗机构为 700 元；三级医疗机构为 1400 元。

参保人员住院发生的指定单病种、项目的起付标准，由市人力资源和社会保障部门、财政部门另行制定并公布。

**第二十七条** 门诊特定项目基本医疗费用的起付标准，按以下标准确定：

(一)急诊留院观察起付标准按在职人员在三级定点医疗机构住院的起付标准确定，每一社会保险年度计算 1 次。

(二)家庭病床起付标准按参保人员在一级定点医疗机构住院的起付标准确定，每 90 日计算 1 次。

(三)其他门诊特定项目不设基本医疗费用统筹基金起付标准。

**第二十八条** 参保人员住院和门诊特定项目起付标准以上的基本医疗费用，统筹基金按以下比例支付：

(一)在职职工：一级医院为 90%；二级医院为 85%；三级医院为 80%。

(二)退休人员：一级医院为 93%；二级医院为 89.5%；三级医院为 86%。

家庭病床起付标准以上的基本医疗费用，统筹基金按参保人员在一级定点医疗机构住院的支付比例确定。

**第二十九条** 在每一社会保险年度内，基本医疗保险统筹基金支付参保人员住院、门诊特定项目和指定慢性病基本医疗费用，累计最高限额为上年度本市单位职工年平均工资的 4 倍。

**第三十条** 统筹基金支付住院发生的指定单病种或者项目、门诊特定项目和指定慢性病的范围、标准及办法，由市人力资源和社会保障部门会同财政部门、卫生部门另行制定，并向社会公布。

参保人员住院及门诊特定项目基本医疗费用的起付标准及共付比例的调整，由市人力资源和社会保障部门会同财政部门根据医疗保金收支结余情况提出，报市人民政府批准后施行。

**第三十一条** 有下列情形之一的，参保人员就医所发生的医疗费用，医疗保险金不予支付：

(一)自杀、自残的(精神病除外)；

(二)斗殴、酗酒、吸毒及因犯罪或者治安违法行为所致伤病的；

(三)交通事故、意外事故、医疗事故等明确由他人承担医疗费赔偿责任的部分；

(四)未经批准在非定点医疗机构就医或者在非定点零售药店购药、配药的；

(五)在国外或者香港、澳门特别行政区以及台湾地区进行治疗的；

(六)属于工伤保险或者生育保险支付范围的；

(七)按有关规定不予支付的情形。

**第三十二条** 参保人员就医或者购药、配药所发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用，按照下列规定办理结算：

(一)属于统筹基金支付的，由定点医疗机构或者定点零售药店如实按标准记账。定点医疗机构、定点零售药店以及结算银行对属于统筹基金支付的记账医疗费用和从参保人员个人医疗账户中划扣的医疗费用，每月向指定的社会保险经办机构申报结算。

(二)属于个人医疗账户资金支付的，由定点医疗机构或者定点零售药店从参保人员的个人医疗账户中划扣。个人医疗账户不足支付的部分由本人自付。

**第三十三条** 参保人员在境内异地安置、异地工作或者外出学习期间就医，以及在境内因公出差或者探亲、旅游期间急诊就医，在当地医疗机构发生的属于本市统筹基金支付的医疗费用，由社会保险经办机构按规定予以报销。

参保人员异地就医办法由市人力资源和社会保障部门另行规定并公布。

**第三十四条** 社会保险经办机构应当根据市人力资源和社会保障部门确定的有关标准，按下列付费方式与定点医疗机构结算医疗费用：

(一)普通门(急)诊及部分门诊特定项目基本医疗费用，按服务项目方式结算。

(二)一般疾病住院基本医疗费用，按年度人次或者床日平均费用定额方式结算或者按服务项目方式结算。

(三)指定慢性病及部分门诊特定项目基本医疗费用，按服务项目及月度最高支付限额相结合的方式结算。

(四)家庭病床基本医疗费用，按服务项目或者按床日(月)平均定额费用方式结算。

(五)部分指定病种或者治疗项目医疗费用，按年(月)度人次平均费用定额或者周期限额方式结算。

(六)其他付费方式。

## 第五章 就医和医疗保险服务管理

**第三十五条** 持有卫生部门或者食品药品监管部门颁发的有效执业许可证的医疗机构和零售药店，以及经军队主管部门批准有资格开展对外服务的军队医疗机构，可以向市人力资源和社会保障部门提出承担基本医疗保险定点服务的申请，由市人力资源和社会保障部门审定其资格。符合定点资格的，与社会保险经办机构签订基本医疗保险服务协议后确定为定点医疗机构、定点零售药店，由市人力资源和社会保障部门向社会公布。

承担特殊病种、诊疗科目、配药等基本医疗服务的医疗机构或者零售药店，由市人力资源和社会保障部门在取得医疗保险定点资格机构的范围内确定，并由社会保险经办部门与其签订补充协议。

根据经济社会发展水平、医疗保险金节余情况、医疗价格调整情况和医疗服务实际产生费用等情况，适时调整与医疗机构的结算标准。

**第三十六条** 参保人员到定点医疗机构就医或者到定点零售药店购药、配药，须出示有效的医疗保险凭证；在其出示有效的医疗保险凭证前，就医、购药和配药所发生的费用全部由参保人员自行承担。

急诊入院或者由于昏迷等意识不清等情况不能当场出示的，应当在入院3日内补办相关手续。因参保人昏迷等原因不能出示的，家属或其他陪同人员应当配合办理相关手续。

**第三十七条** 定点医疗机构、定点零售药店应当严格执行国家、省、市规定的价格政策和标准，执行基本医疗保险制度的有关规定，建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度，指定机构和必要的人员，负责基本医疗保险服务管理的具体工作，准确提供参保人员就医和医疗费用等有关资料。

**第三十八条** 市人民政府有关部门根据各自的职责加强对定点医疗机构和定点零售药店提供医疗保险服务的管理。

## **第六章 城镇职工其他医疗保障**

**第三十九条** 本市在实行基本医疗保险的基础上，建立重大疾病医疗补助制度，实行公务员医疗补助办法和工伤、生育医疗管理办法，建立城镇职工补充医疗保险制度，鼓励用人单位和个人建立互助医疗保障制度，参加商业医疗保险，实行社会医疗救助，满足不同医疗消费水平和不同经济承受能力的用人单位及其职工的多层次医疗保障需求。

**第四十条** 建立重大疾病医疗补助制度。参保人员在参加基本医疗保险的基础上参加重大疾病医疗补助。

用人单位应当为其所属的参保人员每人每月按上年度本市单位职工月平均工资的0.26%缴纳重大疾病医疗补助金。

对享受政府专项资金资助或者用人单位计缴过渡金的参保人员，政府专项资金或者用人单位应当一并资助或者计缴相应年限的重大疾病医疗补助金。

在享受失业保险待遇期间参加基本医疗保险的失业人员，应当按规定标准缴纳重大疾病医疗补助金，并从发放的失业保险金中代扣代缴。但是，失业人员明确表示不同意代扣代缴的除外。

**第四十一条** 参保人员发生的基本医疗费用，年度累计超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额后，由重大疾病医疗补助金按下列标准支付：

- (一)住院及门诊特定项目基本医疗费用，由重大疾病医疗补助金按95%的标准支付。
- (二)指定慢性病门诊基本医疗费用，由重大疾病医疗补助金按相应规定的标准支付。

在一个社会保险年度内，重大疾病医疗补助金累计支付参保人员住院及门诊特定项目基本医疗费用和指定慢性病门诊基本医疗费用的最高限额为15万元。

参加基本医疗保险退休人员应缴纳的补充医疗保险费从重大疾病医疗补助金列支。

重大疾病医疗补助金缴费率和待遇标准、支付范围的调整，由市人力资源和社会保障部门会同财政部门根据医疗保险收支结余情况提出，报市人民政府批准后施行。

**第四十二条** 建立城镇职工补充医疗保险制度。用人单位及其在职职工在参加基本医疗保险和重大疾病医疗补助的基础上，可以参加补充医疗保险。

企业及其他经济组织，也可自行建立补充医疗保险制度，企业补充医疗保险办法应当报市人力资源和社会保障部门备案。

企业或者自收自支事业单位缴纳补充医疗保险费和自行建立补充医疗保险制度的费用，在本单位上年度工资总额4%以内的部分，按财务有关规定列支；财政核补事业单位的补充医疗保险经费在本单位上年度工资总额4%以内部分，在事业支出或者经营支出的社会保障费中列支。财务处理与税收规定不一致的，按税收规定在计算企业所得税时作纳税调整处理。

其他用人单位补充医疗保险经费的列支渠道参照执行。

**第四十三条** 发展、完善本市的社会医疗救助制度，有关部门应当采取措施，多方筹集资金，解决城镇贫困人群的医疗问题。

符合本市城镇居民家庭最低生活保障标准的人员，无生活来源的人员，无劳动能力的人员，无法定赡养、抚养人或者法定赡养、抚养人没有赡养、扶养能力的人员，以及优抚对象，按照国家、省、市医疗保障的有关规定，享受相应的医疗救助和医疗补助，医疗经费按相应渠道解决。

**第四十四条** 用人单位参加基本医疗保险后，应当继续承担职工体检、女工保健、公共卫生预防、劳动保护、家属劳保等基本医疗保险以外的医疗卫生保健的责任和义务。

**第四十五条** 参保人员因患病治疗个人负担过重的，用人单位应当通过其他保障措施帮助解决。

## **第七章 医疗保险金管理和监督**

**第四十六条** 人力资源和社会保障部门负责贯彻执行医疗保险的法律、法规和有关规定；组织实施医疗保险制度；研究制定医疗保险的政策、发展规划和有关标准；指导社会保险经办机构的工作；审核社会保险经办机构编制的医疗保险金预、决算；监督检查医疗保险费的征缴和医疗保险金的支付；监督检查定点医疗机构、定点零售药店执行基本医疗保险规定的情况。

**第四十七条** 社会保险经办机构承担以下职责：

- (一)办理本市城镇基本医疗保险及各种补充医疗保险等社会保险事务。
- (二)医疗保险金的支付、管理和稽核。
- (三)编制医疗保险金预、决算，审核支付医疗保险费用。
- (四)建立和管理基本医疗保险个人医疗账户。
- (五)与定点医疗机构、定点零售药店签订医疗保险服务协议。
- (六)协助人力资源和社会保障部门对定点医疗机构、定点零售药店执行基本医疗保险政策、规定及服务协议等情况进行指导、监督、检查和考核，对考核较差或者违约、违规的医药机构，根据医疗保险有关规定和服务协议的约定给予处理。
- (七)定期向社会公布参保人员在定点医疗机构、定点零售药店发生的医、药费用总体情况。
- (八)对医疗保险金收支、参保人员医疗费用等情况进行统计分析。
- (九)向用人单位和参保人员提供医疗保险查询、咨询服务。
- (十)国家、省和本市规定的其他职责。

**第四十八条** 医疗保险金实行统一筹集、统一管理和统一使用。

医疗保险金纳入社会保障基金财政专户，分账核算，实行收支两条线管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。

社会保险经办机构所需经费由财政预算解决，不得从医疗保险金中提取。

**第四十九条** 医疗保险金的银行计息按规定执行，医疗保险金免征税、费。

**第五十条** 财政部门负责医疗保险有关财务会计管理制度的制定和监督检查，负责医疗保险金财政专户核算和审核社会保险经办机构编制的预、决算，按时拨付医疗保险金支出账户所需资金和社会保险经办机构的经费。



**第五十一条** 审计部门依法对医疗保险金收、支、结余情况和社会保障基金财政专户收、支、结余情况进行审计监督。

## **第八章 其他规定**

**第五十二条** 建立城镇居民基本医疗保险制度。将本市城镇未成年人、非从业城镇居民以及达到国家规定的退休年龄不能按月领取基本养老金或者用人单位退休费的城镇居民等人群纳入城镇居民基本医疗保险范围。

**第五十三条** 有关城镇居民基本医疗保险、非本市城镇户籍从业人员医疗保险、补充医疗保险、公务员医疗补助及高等院校、中等职业学校、技工学校全日制学生的医疗保障、定点医疗机构和定点零售药店管理等具体办法，以及医疗费用结算方式及有关标准，由市人力资源和社会保障部门会同有关部门共同制定，报市人民政府批准后实施。

**第五十四条** 具有本市城镇户籍，男年满 60 岁，女年满 55 岁，不能按月领取基本养老金或者用人单位退休费的人员，参加城镇职工基本医疗保险缴费年限满 10 年的，享受退休人员的基本医疗保险待遇；不足 10 年的，可以按本办法规定的标准，一次性缴纳过渡金后，享受退休人员的基本医疗保险待遇。

**第五十五条** 具有本市城镇户籍、符合本市基本养老保险参保缴费年龄范围的自由职业者或者以非全日制、临时性或者弹性工作等形式就业的人员，以及未按月领取失业保险金的失业人员，按本市有关规定参加医疗保险。

**第五十六条** 与用人单位建立劳动关系的非本市城镇户籍从业人员，可以由用人单位选择按本办法或者非本市城镇户籍从业人员医疗保险办法参加医疗保险。

**第五十七条** 社会化管理退休人员在一次性缴纳过渡金和重大疾病补助金后，相关的医疗保险事务，由户籍所在区退休人员社会化管理服务机构协助社会保险经办机构办理。

**第五十八条** 离休人员、老红军的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

**第五十九条** 因传染病流行、自然灾害和突发性事件等因素造成大范围急、危、重伤病员抢救的医疗费用，由市人民政府协调解决。

## **第九章 法律责任**

**第六十条** 用人单位违反有关财务、会计、统计的法律、行政法规和国家有关规定，伪造、变造、故意毁灭有关账册、材料，或者不设账册，致使医疗保险缴费基数无法确定的，依照国务院《社会保险费征缴暂行条例》处理；迟延缴费的，由人力资源和社会保障部门或者税务部门自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金；逾期拒不缴纳医疗保险金、滞纳金的，由人力资源和社会保障部门或者税务部门处欠缴数额 1 倍以上 3 倍以下的罚款。逾期拒不缴纳医疗保险金、滞纳金的，由人力资源和社会保障部门或者税务部门申请人民法院强制执行。

**第六十一条** 用人单位未按照规定办理医疗保险登记、变更登记或者注销登记，或者未按照规定申报应当缴纳的医疗保险费数额的，由人力资源和社会保障部门责令限期改正；情节严重的，对其直接负责的主管人员和直接责任人员可以处 1000 元以上 5000 元以下的罚款；情节特别严重的，对直接负责的主管人员和直接责任人员可以处 5000 元以上 1 万元以下的罚款。

**第六十二条** 用人单位未按规定从职工工资中代扣代缴医疗保险费，或者未按规定向职工公布本单位医疗保险费缴纳情况的，由人力资源和社会保障部门或者税务部门给予警告，并可以处 500 元以上 1000 元以下的罚款。

**第六十三条** 个人骗取医疗保险金的，由社会保险经办机构负责追回；情节严重，未构成犯罪的，由公安机关按照《中华人民共和国治安管理处罚法》处理；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

**第六十四条** 定点医疗机构有下列行为之一的，由社会保险经办机构向其追回已支付的医疗费用，由人力资源和社会保障部门给予警告，同时，可以处 3000 元以上 1 万元以下的罚款。对其机构负责人、直接负责的主管人员和直接责任人员可以处 200 元以上 500 元以下的罚款；情节严重构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任：

(一)将未参加医疗保险人员的医疗费用由医疗保险统筹基金支付的；

(二)将应当由个人负担的医疗费用由医疗保险金支付的；

(三)将不符合现行住院标准的病人安排住院治疗；或者伪造病历挂名住院、分解住院；或者故意延长病人住院时间；或者将不符合出院标准的参保人员安排出院的；或者不遵守转院规定，不合理地重复使用大型设备为参保人员检查的；

(四)将属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用转由参保人员个人支付的；

(五)将不属于基本医疗保险支付的医疗费用由医疗保险金支付的；

(六)采取不正当手段获取医疗保险金的。

有前款所禁止的行为，情节严重或者经警告仍不改正的，人力资源和社会保障部门应当取消其定点医疗机构的资格。

**第六十五条** 定点零售药店有下列行为之一的，由社会保险经办机构向其追回已支付的费用，由人力资源和社会保障部门给予警告；同时，可以处 3000 元以上 1 万元以下的罚款；对药店负责人、直接负责的主管人员和直接责任人可以处 200 元以上 500 元以下的罚款；情节严重构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任：

(一)不按处方药物、剂量配药的；

(二)将不属于基本医疗保险支付范围的费用由医疗保险金或者参保人员个人医疗账户资金支付的；

(三)将处方药物换成其他药品、物品的；

(四)违反基本医疗保险管理规定的行为。

有前款所禁止的行为情节严重或者责令限期改正仍不改正的，人力资源和社会保障部门应当取消其定点零售药店的资格。

**第六十六条** 社会保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由人力资源和社会保障部门责令改正，对直接负责的主管人员和直接责任人由人力资源和社会保障部门或者监察机关依法给予行政处分；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任；造成医疗保险金流失的，由人力资源和社会保障部门或者地税部门负责追回：

(一)减免用人单位和在职职工应当缴纳的医疗保险费的；

(二)不按规定审核用人单位、职工的缴费工资基数，以及违反医疗保险金使用管理规定，造成医疗保险金损失的；

(三)擅自更改基本医疗保险待遇或者放宽审批支付标准的。

有其他法律、法规和规章禁止行为的，依法追究行政或者刑事责任。

**第六十七条** 人力资源和社会保障部门及其工作人员不履行本办法规定的监督检查职责或者滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的，对其部门负责人、直接负责的主管人员和直接责任人依法给予行政处分；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

**第六十八条** 财政、地税、卫生、食品药品监管、物价、审计、工商、民政、教育等部门及其工作人员不履行本办法规定的相应职责或者滥用职权、徇私舞弊、失职渎职的，对其部门负责人、直接负责的主管人员和直接责任人员依法给予行政处分；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

**第六十九条** 人力资源和社会保障部门或者地税部门的工作人员有本办法第六十八条、第六十九条所列行为，致使医疗保险金流失的，以及单位或者个人挪用医疗保险金的，按照国务院《社会保险费征缴暂行条例》的有关规定处理。

## 第十章 附则

**第七十条** 本办法所称的医疗保险金包括基本医疗保险基金、过渡金、重大疾病医疗补助金、补充医疗保险金、公务员医疗补助金。

本办法所称的社会申办退休人员是指参加社会养老保险，达到法定退休年龄，符合退休条件，向人力资源和社会保障部门申办并经批准退休的社会人员。

本办法所称的社会化管理退休人员是指参加社会养老保险，并按规定办理有关手续，由区、县级市退休职工管理机构接收管理的退休人员。

本办法所称的基本医疗费用是指属于基本医疗保险范围的药品、诊疗和医疗服务项目费用，但不含个人按规定比例先自付的费用。

本办法所称的社会保险年度是指从每年7月1日至次年6月30日。

**第七十一条** 本市行政区域内的城镇职工基本医疗保险制度实行市级统筹，分步实施。在实行市级统筹之前，花都区、番禺区和县级市以及暂未纳入本市统筹管理的行业，经报市人民政府批准，可以按照统一政策、独立统筹、自行管理的原则，建立城镇职工基本医疗保险制度。其医疗保险办法及待遇标准的调整，应当报市人民政府批准后实施。

参保人员在本市行政区域内转移医疗保险关系，互认基本医疗保险缴费年限；转移医疗保险关系的参保人员，办理退休时应缴纳的过渡金按转入地标准执行。

**第七十二条** 本办法自2008年9月1日起施行。

資料來源: 廣州市人民政府網站

<http://www.gz.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/gzgov/s8263/201208/968776.html>