（以下附錄節錄自廣州市人民政府法制辦公室的網站，全文可參閱
http://www.gzlo.gov.cn/sofpro/gecs/addidea2_opinion.gecs?opinion.opinionSeq=7562）

附錄

关于公开征求对《广州市社会医疗保险办法（草案征求意见稿）》意见和建议的公告

为保障参保人员的基本医疗需求，规范社会医疗保险关系，促进社会医疗保险事业的健康发展，贯彻落实《广州市社会医疗保险条例》，有关部门起草了《广州市社会医疗保险办法（草案征求意见稿）》。现根据《广州市规章制定公众参与办法》有关规定，向社会公众公开征求意见。

公众的意见或建议请于 2014 年 8 月 10 日前向市法制办反映或提交。具体途径如下：

1.在新浪微博“广州政府法制”提交；
2.登录广州市人民政府法制办公室（http://www.gzlo.gov.cn），通过网站上的“立法征求意见”栏目提交；
3.邮寄至广州市府前路 1 号 4 号楼广州市人民政府法制办公室法规处（邮政编码：510032）；
4.传真：83125287；
5.电子邮箱：gzlfgc@126.com。

提交意见请留下姓名和联系方式，以便作进一步联系。

附件：广州市社会医疗保险条例实施办法（草案征求意见稿）及说明.doc

广州市人民政府法制办公室
2014 年 7 月 10 日

广州市社会医疗保险办法
（草案征求意见稿）

第一章　总　　则

第一条　　（目的和依据） 为保障参保人员的基本医疗需求，规范社会医疗保险关系，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》、《广州市社会医疗保险条例》，制定本办法。

第二条　　（适用范围） 本办法适用于本市行政区域内的社会医疗保险参保、服务及其监督管理等活动。

第三条　　（制度内容） 建立职工社会医疗保险、职工重大疾病医疗补助、职工补充医疗保险，满足参保职工多层次的医疗保障需求。

建立城乡居民社会医疗保险、城乡居民大病医疗保险，满足参保居民多层次的医疗保障需求。

第四条　　（部门责任） 市人力资源社会保障行政管理部门主管本市社会医疗保险工作，组织实施本办法。负责贯彻执行社会医疗保险的法律、法规和有关规定；组织实施社会医疗保险制度；研究制定社会医疗保险的政策、发展规划和有关标准；指导社会保险经办机构的工作；监督检查参保单位、参保人员及社会医疗保险服务机构执行社会医疗保险政策、规定的情况。

区人力资源社会保障行政管理部门依职权负责辖区内社会医疗保险的管理工作。

社会保险经办机构在职责范围内具体负责本市社会医疗保险的日常管理和服务工作。

市发展改革、教育、民政、财政、卫生、审计、物价、食品药品监管、地税、工会、残联应当在各自的职责范围内负责有关的社会医疗保险工作，协同实施本办法。

街道办事处、镇人民政府、学校应当协助社会保险经办机构和社会保险费征收机构办理本辖区城乡居民、在校学生社会医疗保险的有关事务。

第二章　社会医疗保险待遇

第五条　　（职工医保参保人群） 本市行政区域内的国家机关、企事业单位、个体经济组织、社会团体、民办非企业单位、等用人单位应当为其职工参加职工社会医疗保险。

在本市按月领取失业保险金期间的失业人员（以下简称失业人员）参加职工社会医疗保险。

本市户籍的灵活就业人员，包括就业年龄范围内无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工社会医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，可以参加职工社会医疗保险。

第六条　　（城乡居民医保参保人群） 下列人员参加城乡居民社会医疗保险：

（一）在本市行政区域内的各类中小学校、高等学校、中等职业技术学校、技工学校及科研院所等学校全日制就读的在校学生；

（二）本市户籍的未参加职工社会医疗保险的城乡居民，包括未成年人、灵活就业人员、非从业人员以及老年居民。

第七条　（退休延缴人员参保） 达到法定退休年龄时，职工社会医疗保险累计缴费年限未达到规定年限的下列人员（以下统称退休延缴人员），可以继续参加职工社会医疗保险：

（一）在本市行政区域内的社会保险经办机构按月领取职工养老保险基本养老金或者用人单位领取退休费的退休人员；

（二）参加职工社会医疗保险的本市户籍灵活就业人员；

（三）在本市行政区域内的社会保险经办机构延缴职工基本养老保险费的人员；

（四）符合国家和省流动就业人员医疗保险关系转移接续规定可以在本市延缴职工社会医疗保险费的人员。

本市户籍的退休延缴人员，不延缴职工社会医疗保险费的，可以参加城乡居民社会医疗保险。

第八条　（待遇范围） 职工社会医疗保险参保人员按照规定享受住院、指定单病种和指定结算项目、门诊特定项目、门诊指定慢性病、普通门诊以及个人账户待遇。

城乡居民社会医疗保险参保人员按照规定享受住院、指定单病种和指定结算项目、门诊特定项目、门诊指定慢性病、普通门诊以及符合计划生育政策规定的生育相关待遇。

第九条　（基金支付范围） 社会医疗保险统筹基金支付普通住院基本医疗费用，应当符合国家和省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的规定。

社会医疗保险统筹基金支付指定单病种和指定结算项目、门诊特定项目、门诊指定慢性病、普通门诊基本医疗费用，应当符合社会医疗保险指定单病种和指定结算项目、门诊特定项目、门诊指定慢性病、普通门诊药品目录、诊疗项目目录范围及社会医疗保险的相关规定。具体目录范围由市人力资源社会保障行政管理部门另行确定。

城乡居民社会医疗保险基金支付生育相关待遇医疗费用，应当符合计划生育政策规定、国家和省生育保险药品目录、诊疗项目目录范围及城乡居民社会医疗保险的相关规定。

第十条　（基金不予支付范围） 社会医疗保险基金不予支付下列医疗费用：

（一）应当从工伤保险基金中支付的；

（二）交通事故、意外事故、医疗事故等明确应当由第三人负担的；

（三）应当由公共卫生负担的计划免疫、妇幼保健、应急救治、采供血以及传染病、慢性病、地方病的预防等；

（四）在香港、澳门特别行政区以及台湾地区就医的，或者在国外就医的。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由社会医疗保险基金先行支付。社会医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第十一条 （职工医保乙类先自付比例） 职工社会医疗保险参保人员使用基本医疗保险乙类药品、特殊诊疗项目及特殊医用材料，个人先自付费用比例按以下规定执行：

（一）使用基本医疗保险药品目录范围中的乙类药品，个人先自付费用比例为 5%。

（二）使用基本医疗保险诊疗项目范围中基金支付部分费用的诊疗项目，个人先自付费用比例分别为治疗项目 10%，检查项目 15%，可单独收费的一次性医用材料 10%，安装

各种人造器官和体内置放材料 20%。

第十二条（职工医保待遇享受条件）按时足额缴纳职工社会医疗保险费的参保人员，从缴费次月开始享受相应的职工社会医疗保险待遇。

已参加城乡居民社会医疗保险的人员，在居民医保年度内参加职工社会医疗保险的，从职工社会医疗保险缴费次月开始享受相应的职工社会医疗保险待遇，在享受职工社会医疗保险待遇期间不再享受城乡居民社会医疗保险待遇。

第十三条 （职工医保个人账户划入标准）参加职工社会医疗保险的人员建立个人账户。个人账户按月划入标准为：

（一）不满 35 周岁为本年度本人职工社会医疗保险月缴费基数的 2%。

（二）满 35 周岁至不满 45 周岁为本年度本人职工社会医疗保险月缴费基数的 3%。

（三）满 45 周岁至退休前（含退休延缴人员）为本年度本人职工社会医疗保险月缴费基数的 3.8%。

（四）退休人员为上年度本市在岗职工月平均工资的 4.1%。

第十四条 （职工医保个人账户支付范围）参加职工社会医疗保险的人员可以使用个人账户的资金支付本人或者其直系亲属的下列费用：

（一）在定点医疗机构就医发生的、属于个人负担的医疗费用；

（二）在定点医疗机构预防接种和体检的费用；

（三）在定点零售药店购买药品及医疗用品的费用；

（四）需个人缴交的社会医疗保险费、补充医疗保险费等费用；

（五）其他符合国家、省、本市规定的费用。

第十五条 （个人账户支取） 个人账户资金不得提取现金，或者挪作他用，本金和利息可以结转使用和继承。

参保人员死亡后，个人账户在结清相关医疗费用后仍有结余的，按照其继承人的意愿划入其继承人的个人账户或由其继承人一次性支取现金；继承人在参保人员死亡之日起 2 年内没有申领的，个人账户余额纳入社会医疗保险统筹基金。

参保人员已办理长期异地就医确认手续或者出境定居的,个人账户余额可以支取现金，保留其个人账户。

跨统筹地区流动就业的人员，转移社会医疗保险关系时，个人账户余额可以凭相关资料转移或支取现金。

第十六条 （缴费年限计算）2014 年 1 月 1 日后首次办理本市职工社会医疗保险参保登记手续并缴费的，以及 2013 年 12 月 31 日前已办理本市职工社会医疗保险参保登记手续但未在 2014 年 1 月 31 日前缴费的人员，职工社会医疗保险缴费年限按 15 年执行。

2013 年 12 月 31 日前已办理本市职工社会医疗保险参保登记手续且在 2014 年 1 月 31 日前缴费的人员，职工社会医疗保险缴费年限仍按 10 年执行。

原参加本市城镇灵活就业人员基本医疗保险的缴费年限计算为职工社会医疗保险的缴费年限。

转业或退伍安置在本市的参保人员，符合国家和省有关规定条件的，其军龄视同本市职工社会医疗保险缴费年限。

第十七条 （职工医保退休待遇）达到法定退休年龄时，职工社会医疗保险累计缴费年限达到规定年限的人员，经社会保险经办机构核准后，从达到法定退休年龄次月起按规定享受退休人员的职工社会医疗保险待遇。

达到法定退休年龄时职工社会医疗保险累计缴费年限未达到规定年限的人员，可以缴费至规定年限。在延缴职工社会医疗保险费期间，按规定享受职工的社会医疗保险待遇。

第十八条 （职工医保住院起付标准）职工社会医疗保险参保人员每次住院基本医疗费用统筹基金的起付标准（简称住院起付标准），按以下标准确定：

（一）职工：一级定点医疗机构为 400 元；二级定点医疗机构为 800 元；三级定点医疗机构为 1600 元。

（二）退休人员：一级定点医疗机构为 280 元；二级定点医疗机构为 560 元；三级定点医疗机构为 1120 元。

（三）患精神病的参保人员在定点精神病专科医疗机构或精神病专科病区住院治疗发生的基本医疗费用，不设住院起付标准。

第十九条 （职工医保住院支付比例）职工社会医疗保险参保人员住院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）职工：一级定点医疗机构为 90%；二级定点医疗机构为 85%；三级定点医疗机构为 80%。

（二）退休人员：一级定点医疗机构为 93%；二级定点医疗机构为 89.5%；三级定点医疗机构为 86%。

第二十条 （职工医保指定病种项目调整）职工社会医疗保险参保人员按规定就医发生的指定单病种和指定结算项目、门诊特定项目、门诊指定慢性病基本医疗费用，由统筹基金按规定比例支付。

具体病种和项目范围、准入标准、支付标准及办法，由市人力资源社会保障行政管理部门会同财政、卫生行政管理部门另行制定，并向社会公布。

第二十一条 （职工医保门诊待遇） 职工社会医疗保险参保人员按规定就医发生的普通门诊基本医疗费用，由统筹基金按规定比例支付。

参保人员在患病住院治疗期间，不得同时享受普通门诊统筹待遇；参保人员享受门诊特定项目、门诊指定慢性病统筹待遇的部分，统筹基金不再重复支付普通门诊统筹待遇。

具体支付标准和办法由市人力资源社会保障行政管理部门会同财政、卫生行政管理部门另行制定。

第二十二条 （一般诊疗费、基本药物制度） 一般诊疗费、国家基本药物和省增补基本药物全部纳入职工社会医疗保险统筹基金支付范围，其中基本药物统一按甲类药品管理。

参保人员在经卫生行政部门批准实施基本药物制度、并实行基本药物零差率销售的定点医疗机构就医，一般诊疗费由职工社会医疗保险统筹基金按不低于 70%支付；使用基本药物发生的费用，职工社会医疗保险统筹基金的支付比例在相应规定标准基础上增加 10%，但增加后统筹基金最高支付比例不得超过 95%。

第二十三条 （职工医保基金最高支付限额） 在一个职工医保年度内，职工社会

医疗保险统筹基金对参保人员住院、指定单病种和指定结算项目、门诊特定项目、门诊指定慢性病及普通门诊就医发生的符合规定范围内的医疗费用，累计最高支付限额为上年度本市在岗职工年平均工资的 6 倍。

第二十四条　（职工大病补助待遇）职工社会医疗保险参保人员发生的医疗费用，年度累计超过职工社会医疗保险统筹基金最高支付限额后，由职工重大疾病医疗补助按下列标准支付：

（一）住院、门诊特定项目基本医疗费用，由职工重大疾病医疗补助基金按 95%的标准支付；

（二）门诊指定慢性病、普通门诊基本医疗费用，由职工重大疾病医疗补助基金按相应规定的标准支付；

（三）其他符合国家、省、本市规定的费用。

在一个职工医保年度内，职工重大疾病医疗补助基金累计支付参保人员就医医疗费用的最高限额为上年度本市在岗职工年平均工资的 3 倍。

第二十五条　（职工补充医保待遇） 足额缴纳职工补充医疗保险费的参保人员，从缴费次月开始享受职工补充医疗保险待遇。

在一个职工医保年度内，职工补充医疗保险参保人员因病住院或进行门诊特定项目治疗发生的符合规定范围内的医疗费用中，属于职工社会医疗保险统筹基金最高支付限额以下所对应的个人自付医疗费用，累计 2000 元以上部分由职工补充医疗保险金支付 70%。

第二十六条　（城乡居民医保待遇标准） 城乡居民社会医疗保险、城乡居民大病医疗保险的具体待遇标准及办法另行制定。

第三章　社会医疗保险费征缴

第二十七条　（单位参保登记）新设立的用人单位，应当自成立之日起 30 日内按照规定凭营业执照、登记证书或者单位印章到指定地税部门办理社会医疗保险费缴费登记，同时到社会保险经办机构办理社会医疗保险登记手续。

用人单位依法终止或者社会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，到地税部门和社会保险经办机构办理注销或者变更登记手续。

第二十八条　（职工医保个人参保登记）参加职工社会医疗保险的用人单位职工，应当按规定由用人单位自用工之日起 30 日内统一到地税部门办理社会医疗保险缴费登记手续。

参加职工社会医疗保险的灵活就业人员和退休延缴人员，应当按照规定到地税部门办理社会医疗保险缴费登记手续。

需变更参保资料或者停止参加职工社会医疗保险的，到地税部门办理变更登记或者注销手续。

第二十九条　（城乡居民医保个人参保登记）参加城乡居民社会医疗保险的人员，应当按照规定到街道办事处、镇人民政府或者学校办理社会医疗保险登记手续。

第三十条 （保费征缴） 职工社会医疗保险费、职工重大疾病医疗补助费、补充医疗

保险费由地税部门负责征收。
城乡居民社会医疗保险费由社会保险经办机构负责征收。

第三十一条　（职工医保费缴纳） 参加职工社会医疗保险的用人单位和个人，应当按月足额缴纳职工社会医疗保险费。
本办法实施前已参加本市城镇灵活就业人员基本医疗保险的灵活就业人员，在本办法实施3个月内应当办理参加职工社会医疗保险或者城乡居民社会医疗保险的变更手续，逾期未办理变更手续的暂停参加社会医疗保险。

第三十二条　（城乡居民医保费缴纳） 参加城乡居民社会医疗保险的人员，应当在新居民医保年度前的规定时间内办理参保缴费手续，并按保险年度足额缴纳城乡居民社会医疗保险费。
上一居民医保年度已参加城乡居民社会医疗保险的人员在新居民医保年度不需重新办理参保登记手续，在其缴纳新居民医保年度城乡居民社会医疗保险费后，保险关系自动延续。
居民医保年度内，属以下情形的城乡居民，可以在当年度内参保缴费：

（一）终止职工社会医疗保险关系的人员；
（二）本市行政区域外转入本市各类学校全日制就读的学生；
（三）新出生婴儿；
（四）新迁入户人员；
（五）新增的医疗救助对象；
（六）经社会保险经办机构审核确认需年度内中期参保的其他情形。

第三十三条　（社会化管理） 由区退休职工管理机构接收管理的社会化管理退休人员，相关的社会医疗保险事务，由退休人员管理关系所在区退休职工社会化管理服务机构根据职责协助社会保险经办机构办理。

第三十四条　（缴费基数） 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医疗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在岗职工月平均工资300%的，超过部分不计入缴费基数；低于上年度本市在岗职工月平均工资60%的，以上年度本市在岗职工月平均工资的60%为缴费基数。
用人单位的缴费基数为本单位职工缴费基数之和。
失业人员、灵活就业人员及退休延缴人员的缴费基数为上年度本市在岗职工月平均工资的60%。

第三十五条　（职工医保缴费标准） 职工个人应当按其缴费基数的2%按月足额缴纳职工社会医疗保险费。用人单位应当按其缴费基数的8%按月足额缴纳职工社会医疗保险费，并代扣代缴职工个人应当缴纳的职工社会医疗保险费。
失业人员应当由失业保险基金按其缴费基数的9%为其缴纳职工社会医疗保险费。
灵活就业人员及退休延缴人员应当按其缴费基数的9%按月足额缴纳职工社会医疗保险费。

第三十六条　（职工医保欠费补缴） 职工社会医疗保险参保人员终止职工社会医

疗保险关系后，在停止缴费的次月，停止享受职工社会医疗保险待遇，但个人账户余额可以继续使用。

用人单位不按规定为职工参加职工社会医疗保险的，补缴应缴费用、利息和滞纳金后，职工社会医疗保险累计参保人员缴费年限，不补付待遇，期间参保人员发生的有关医疗费用及应享受的待遇由负有缴费义务的用人单位承担。

用人单位和参保人员不按时缴纳职工社会医疗保险费的，从欠缴次月起，参保人员暂不享受职工社会医疗保险待遇；在欠缴之日起 3 个月内（从开始欠缴之月起连续计算至补缴上月止，下同）补缴欠缴费用、利息和滞纳金的，职工社会医疗保险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个人账户；在欠缴之日起 3 个月后补缴欠缴费用、利息和滞纳金的，职工社会医疗保险累计参保人员缴费年限，不补付待遇，期间参保人员发生的有关医疗费用及应享受的待遇由负有缴费义务的用人单位承担。

利息按照补缴时中国人民银行公布的居民活期存款基准利率计算。

第三十七条　（社会申办退休人员政府资助） 职工社会医疗保险累计缴费年限未达到规定年限的社会申办退休人员，不足规定年限应缴纳的职工社会医疗保险费，扣除单位按原规定计缴、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：本市养老保险缴费年限（含视同养老保险缴费年限，以及在省社会保险经办机构参加养老保险的缴费年限及视同缴费年限）满 25 年的，由政府专项资金一次性全额资助缴纳；满 20 年不满 25 年的，由政府专项资金按月资助缴纳 50%，本人按月缴纳 50%；不满 20 年的，由本人按月全额缴纳。计算养老保险缴费年限的截止时间，以其办理领取基本养老金手续的所在原独立统筹区启动实施医疗保险制度时点的上月确定：市本级 2001 年 11 月，花都区 2006 年 2 月，番禺区 2003 年 4 月，从化市 2005 年 12 月，增城市 2005 年 11 月，广州铁路（集团）公司 2004 年 9 月。

本市户籍，年满 50 岁的男性、年满 40 岁的女性失业后再就业并在新单位退休的人员，退休时应由个人缴纳的职工社会医疗保险费由各级人民政府设立的专项资金参照前款规定资助缴纳。

经市组织、人力资源社会保障行政管理部门批准从市外调入本市的人员，经批准安置在本市的军队转业干部、复员干部、退伍义务兵、转业士官、干部随军家属等人员，其从异地转入的养老保险缴费年限计入政府资助年限计算。

参保人员参加职工社会医疗保险的政府资助资金，按参保人员在本市行政区域内工作时间最长单位的隶属关系，由同级财政全额承担。

第三十八条　（职工重大疾病医疗补助征缴） 参保人员在参加职工社会医疗保险的基础上同时参加职工重大疾病医疗补助。

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在岗职工月平均工资的 0.2%缴纳职工重大疾病医疗补助费。

对享受政府专项资金资助职工社会医疗保险费的参保人员，政府专项资金应当一并资助相应年限的职工重大疾病医疗补助费。

失业人员应当由失业保险基金为其缴纳职工重大疾病医疗补助费。

第三十九条　（职工补充医疗保险征缴） 用人单位和个人在参加职工社会医疗保险的基础上，可以参加职工补充医疗保险。用人单位参加职工补充医疗保险，应当以全体职工为整体参保。

职工补充医疗保险费的缴费标准，以上年度本市在岗职工月平均工资为基数，每人每月缴纳 0.5%。

职工补充医疗保险费可以由用人单位全额负担，也可由用人单位按有关规定的程序或方式，经职工代表大会或全体职工大会讨论通过，确定用人单位和职工个人共同分担比例。职工补充医疗保险费由用人单位统一缴交，属于职工个人负担的部分，由用人单位代收代缴。

已参加本市职工社会医疗保险并符合享受职工社会医疗保险待遇条件的退休人员，其应缴纳的职工补充医疗保险费由职工重大疾病医疗补助基金全额资助缴纳。

参加职工补充医疗保险的失业人员应当按规定标准缴纳职工补充医疗保险费，并从发放的失业保险金中代扣代缴。

第四十条 （城乡居民医保筹资标准） 城乡居民社会医疗保险、城乡居民大病医疗保险的具体筹资标准及办法另行制定。

第四十一条　（资助资金来源和划拨） 各级政府和社会医疗救助金的资助资金应按时足额划入社会保障基金财政专户。

具体财政分担办法、划拨办法由市财政部门会同市人力资源社会保障、民政行政管理部门另行制定。

第四十二条　（医保关系转移接续） 未达到法定退休年龄的参保人员，因流动就业从省内其他统筹区转移职工社会医疗保险关系至本市的，按照省的有关规定，本市对参保人员在省内其他统筹地区参加职工社会医疗保险并足额缴费的缴费年限予以互认并累计计算。

参保人员将社会医疗保险关系从本市转移至市外统筹区的，社会保险经办机构应在其办理停保手续后，根据个人申请为其出具参保凭证或办理社会医疗保险关系转移手续，并保留其参保信息。

省外统筹区的参保人员将社会医疗保险关系转移至本市的，社会保险经办机构按照国家和省的有关规定执行。

第四章　社会医疗保险管理

第四十三条　（经办机构职责） 社会保险经办机构承担以下职责：

（一）办理本市社会医疗保险事务；

（二）负责社会医疗保险基金的支付、管理和稽核；

（三）编制社会医疗保险基金预、决算，审核支付社会医疗保险费用；

（四）设立和管理社会医疗保险个人账户，以及就医凭证在社会医疗保险事务领域的管理和应用；

（五）与定点医疗机构、定点零售药店签订社会医疗保险服务协议；

（六）对定点医疗机构、定点零售药店执行社会医疗保险政策、规定及履行服务协议

等情况进行日常监督检查、业务指导和考核，按照社会医疗保险有关规定和服务协议的约定予以处理；

（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）负责个人权益记录管理，向用人单位和参保人员宣传社会医疗保险政策，并提供社会医疗保险查询、咨询服务；

（九）负责社会医疗保险信息系统的应用管理；

（十）国家、省和本市规定的其他职责。

第四十四条　（用人单位和个人职责） 用人单位和个人应当遵守以下规定：

（一）如实提供资料办理社会医疗保险有关手续；

（二）按时足额缴纳社会医疗保险费；

（三）按社会医疗保险有关规定使用社会医疗保险统筹基金或个人账户资金，按规定结算医疗费用；

（四）遵守有关行政管理部门规定的医疗机构和零售药店规章制度；

（五）遵守国家、省和本市社会医疗保险的其他规定。

第四十五条　（定点资格确定） 持有卫生行政管理部门或者食品药品监管行政管理部门颁发的有效执业证件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，可以向市人力资源社会保障行政管理部门提出承担社会医疗保险定点服务的申请，由市人力资源社会保障行政管理部门审查其资格。符合定点资格的，与社会保险经办机构签订社会医疗保险服务协议书后确定为定点医疗机构、定点零售药店，由市人力资源社会保障行政管理部门向社会公布。

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，由市人力资源社会保障行政管理部门在取得社会医疗保险定点资格机构的范围内确定，并由社会保险经办机构与其签订协议。

第四十六条　（定点医疗机构资格条件） 定点医疗机构应当具备以下资格条件：

（一）遵守国家、省和市有关医疗服务及物价管理的法律、法规和标准，有健全和完善的医疗服务管理制度；

（二）取得执业许可证并正式营业的时限、医疗服务场地使用权和面积、在册执业医师数量等符合社会医疗保险有关规定；

（三）诊疗科目、科室设置、人员配置、设备配备、技术水平、服务设施、备药数量及质量和管理水平等符合卫生行政部门有关法律法规的要求，满足社会医疗保险参保人员的医疗服务需求；

（四）信息系统等条件能满足社会医疗保险参保人员就医管理及费用结算需求；

（五）医疗机构及其职工已按规定参加本市社会保险，并按时足额缴纳社会保险费；

（六）医疗机构负责人及相关人员熟悉本市社会医疗保险规定与基本操作，熟悉医疗卫生的政策、法规。

对符合条件的镇卫生院、社区卫生服务机构、中医医疗机构、村卫生站及养老机构内设的医疗机构，市人力资源社会保障行政管理部门应当给予优先定点。

第四十七条　（定点零售药店资格条件） 定点零售药店应当具备以下资格条件：

（一）遵守药品管理及物价管理等法律法规，严格规范药品进货渠道，对药品购进、销售、库存实行计算机管理，有健全和完善的药品质量保证制度和设施；

（二）不得经营日用品、食品等非医疗用品；

（三）经营场所使用权、面积和布局符合社会医疗保险有关规定，并正式营业，且近一年内在食品药品监管等行政部门无违法违规记录；

（四）符合食品药品监管行政部门有关法律法规的要求，销售药品服务设施及信息管理系统等能满足社会医疗保险参保人员对销售药品服务、药品费用结算及监督管理要求；

（五）零售药店及其职工已按规定参加本市社会保险，并按时足额缴纳社会保险费；

（六）零售药店负责人及相关人员了解社会医疗保险的规定与基本操作，熟悉药品管理与销售的政策、法规。

定点零售药店应当在 2015 年 12 月 31 日之前对其经营日用品、食品等非医疗用品的行为进行整改。逾期未整改的，由市人力资源社会保障行政管理部门取消其定点零售药店资格。

第四十八条　（定点标牌管理） 定点医疗机构、定点零售药店标牌由市人力资源社会保障行政管理部门委托社会保险经办机构统一制作、管理、颁发，定点医疗机构、定点零售药店应妥善保管、维护，不得复制、伪造、转让或损毁，遗失或意外损毁应及时向社会保险经办机构报告，并予以相应处理。

社会保险经办机构终止或解除协议后，医疗机构、零售药店应当将标牌交回社会保险经办机构处理。

第四十九条　（定点医药机构考核） 社会保险经办机构应当对定点医疗机构、定点零售药店进行年度综合考核，考核内容包括：

（一）社会医疗保险基础管理情况；

（二）为参保人员提供社会医疗保险服务情况；

（三）定点零售药店经营质量管理情况；

（四）定点医疗机构医疗费用控制情况；

（五）社会医疗保险信息系统建设及管理情况；

（六）属于社会医疗保险服务范围的其他情况。

第五十条 （就医凭证）本市社会医疗保险参保人员就医实行全市统一的社会医疗保险凭证管理。

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，须出示有效的社会医疗保险凭证，并配合定点医疗机构、定点零售药店进行身份的核对；在其出示有效的社会医疗保险凭证前，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，家属或其他陪同人员应当配合办理相关手续。

第五十一条　（住院就医） 经定点医疗机构医生诊断需要住院治疗的参保人员，可以自主选择本市任一住院定点医疗机构就医。

参保人员应当配合定点医疗机构执行卫生行政管理部门规定的入院、出院标准及住院管理

规定。住院治疗符合出院标准不按规定出院的，自定点医疗机构医嘱出院日期之次日起发生的费用，社会医疗保险统筹基金不予支付。

住院参保人员必需使用属个人自费的药品、诊疗项目、医疗服务设施和昂贵特殊医用材料的，定点医疗机构须经参保人员或家属同意并签字。

参保人员出院时，定点医疗机构开具出院医嘱中，出院带药的品种和数量应当符合本次就诊疾病病情所需，一般不超过 7 日量。出院医嘱开具的诊疗项目及医疗服务设施费用，社会医疗保险基金不予支付。

第五十二条　（连续住院费用结算） 需长期连续住院治疗的参保人员，定点医疗机构按每 90 天计算 1 个住院人次；结核病参保人员，定点医疗机构按每 180 天计算 1 个住院人次。每个住院人次参保人员须支付 1 次起付标准费用。

参保人员跨年度连续住院、进行门诊特定项目治疗的，其上年度发生的医疗费用原则上转到新年度结算；参保人员需分年度累计医疗费用的，由定点医疗机构向社会保险经办机构申请分段结算。统筹基金的起付标准按入院或开始治疗时当年度的标准计算。

第五十三条　（转院治疗费用结算）参保人员在住院期间因病情需要转院治疗的，其起付标准费用按一次住院计算。转入医院起付标准高于转出医院的，参保人员须在转入医院补交起付标准费用差额；低于转出医院的，不需另付起付标准费用。

第五十四条　（年度变更险种费用结算）参保人员在年度内发生社会医疗保险险种变更的，按参加不同险种期间发生的医疗费用分别计算，并分别累计年度最高支付限额。参保人员在住院期间发生社会医疗保险险种待遇变更的，须办理医疗费用分段结算，医疗待遇标准按办理结算时应享受的有关标准计算，其起付标准费用按一次住院计算，对定点医疗机构分别计算住院人次。

第五十五条　（门诊特定病种就医） 经指定定点医疗机构确诊符合指定单病种和指定结算项目、门诊特定项目、门诊指定慢性病准入标准的参保人员，可以按照规定到指定定点医疗机构相应专科就医。

第五十六条　（普通门诊就医） 参保人员应当按规定在选定定点医疗机构或指定专科医疗机构进行普通门诊就医。

参保人员在定点医疗机构门诊就医每次处方药量：处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于已明确的慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可以适当延长，但医师应当注明理由。

第五十七条　（异地就医） 参保人员在境内异地居住、异地工作、外出学习或者学生休假休学期间就医，以及在境内因公出差或者探亲、旅游期间急诊就医，在异地医疗机构发生的属于本市社会医疗保险统筹基金支付范围的医疗费用，由本市社会保险经办机构按规定予以报销。

职工社会医疗保险统筹基金对参保人员异地就医医疗费用的支付标准按照本市同级定点医疗机构标准执行。

城乡居民社会医疗保险统筹基金对参保人员异地就医医疗费用的支付标准按照城乡居民社会医疗保险有关规定执行。

第五十八条　（费用结算方式） 参保人员在定点医疗机构就医发生的医疗费用，

由社会保险经办机构根据市人力资源社会保障行政管理部门确定的有关标准及付费方式与定点医疗机构结算。

市人力资源社会保障行政管理部门根据经济社会发展水平、医疗服务价格变化、医疗技术发展水平和社会医疗保险基金结余等情况，适时调整社会保险经办机构与定点医疗机构的医疗费用结算标准。

第五十九条　（就医和结算办法）有关就医管理办法、医疗费用结算方式和办法，由市人力资源社会保障行政管理部门会同财政、卫生等有关部门另行制定。

第五章　社会医疗保险基金

第六十条　（基金构成）医疗保险基金包括职工医疗保险基金和城乡居民医疗保险基金，纳入社会保障基金财政专户。

职工医疗保险基金范围涵盖职工社会医疗保险、职工重大疾病医疗补助、职工补充医疗保险，其中职工社会医疗保险基金包括统筹基金和个人账户。

城乡居民医疗保险基金范围涵盖城乡居民社会医疗保险、城乡居民大病医疗保险。

医疗保险基金按照职工医疗保险、城乡居民医疗保险分别建账，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。

第六十一条　（基金计息） 医疗保险基金的银行计息按国家有关规定执行，医疗保险基金免征税、费。

第六十二条　（基金预算） 社会保险经办机构应当认真执行社会保险基金财务制度，按年度编制医疗保险基金收支预算。

社会保险经办机构编制的医疗保险基金预算，经市人力资源社会保障、财政部门审核后，按程序报批。

第六十三条　（基金会计核算） 社会保险经办机构应做好医疗保险基金会计核算和财务统计分析工作，认真落实社会保险基金会计制度，加强医疗保险基金会计核算工作。

第六十四条　（基金保值增值） 在保证基金安全的前提下，由市财政部门会同市人力资源社会保障行政管理部门，根据国家规定制定医疗保险基金的保值增值计划并组织实施。

第六章　附　则

第六十五条　（名称定义） 本办法所称的参保人员是指参加本市社会医疗保险并按时足额缴费的人员。

本办法所称的基本医疗费用是指属于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的医疗费用，但不含个人按规定比例先自付的费用以及超限额标准的费用。

本办法所称的职工医保年度是指每年 7 月 1 日至次年 6 月 30 日。

本办法所称的居民医保年度是指每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

本办法所称的社会申办退休人员是指在参加职工养老保险的非在职人员，达到法定退休年龄后，经核准在本市行政区域内的社会保险经办机构按月领取职工养老保险基本养老金的退休人员。

第六十六条　（特殊人群医疗保障） 离休人员、老红军以及符合规定的一至六级残疾军人的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

第六十七条　（单位补充保险） 用人单位可以自行建立单位补充医疗保险制度。企业或者自收自支事业单位缴纳职工补充医疗保险费和自行建立单位补充医疗保险制度的费用，在本单位上年度工资总额 5%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 5%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。

第六十八条　（外国人参保和待遇） 依法获得相关就业证件和外国人居留证件并在本市合法就业的外国人，应当按照本办法参加职工社会医疗保险，享受职工社会医疗保险待遇。

在本市合法就业的港、澳、台同胞参照前款规定执行。

国家另有规定的，按照国家规定执行。

第六十九条　（施行时间）本办法自　　年　月　日起施行。《广州市城镇职工基本医疗保险试行办法》（穗府令〔2012〕第 80 号）同时废止。

关于《广州市社会医疗保险办法（草案征求意见稿）》的说明

《广州市社会医疗保险办法》（以下简称《办法》）是 2013 年市政府规章制定计划的正式项目。在起草过程中，我办与起草单位市人力资源和社会保障局召开了专家论证会和公众代表座谈会，征求了市有关主管部门、区、县人民政府的意见，根据相关意见反复修改完善，形成了《办法（草案征求意见稿）》。现就有关问题说明如下：

一、制定《办法》的必要性

2013 年我市出台了全面规范社会医疗保险的地方性法规《广州市社会医疗保险条例》（以下简称《医保条例》），并于今年 1 月 1 日起正式实施。为了保障新医疗保障制度的实施，《医保条例》规定市政府应当在条例实施 10 个月之内制定社会医疗保障的实施办法。此外，我市经过近 12 年的医疗保险制度改革实践，有关政策和办法已基本成熟，但现行医疗保险的规范性文件的种类和数量较多，参保单位和参保人员、经办服务机构和工作人员较难理解和掌握，有必要对现行医保政策规定进行系统整合和优化完善，尽量将行之有效的、长期稳定的政策办法予以明确和固化，减少医疗保险规范性文件数量，有利于经办操作和宣传。因此，为了保障《医保条例》的实施，有必要在对其规定内容进行细化的基础上，制定本《办法》，将现行的《广州市城镇职工基本医疗保险试行办法》（穗府令〔2012〕第 80 号）、《广州市城镇灵活就业人员基本医疗保险试行办法》（穗府办〔2011〕34 号）、《广州市补充医疗保险暂行办法》（穗府办〔2011〕45 号）等多个主要政府规章、规范性文件的内容进行了整合和完善，并将其他规范性文件中涉及参保人员待遇的规定或者有效稳定的管理办法予以明确和固化。

二、制定《办法》的总体原则和主要内容

制定《办法》遵循“缴费负担不加重，医疗待遇不降低、运行体制不冲击、新老制度不脱节”的原则，制度体系框架、有关标准和办法尽可能与现行医保政策规定相衔接。按照《办法》内容与《社会保险法》、《医保条例》等上位法内容不重复的原则，对应《医保条例》章节和条款的内容进行了细化规定。目前我市已建立起城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗三项医疗保障制度，同时城镇职工医疗保险还设立了重大疾病医疗补助及补充医疗保险制度，而居民大病医疗保险正在抓紧推进过程中。因此，结合《医保条例》规定和本市实际情况，《办法》第三条明确规定了本市建立职工社会医疗保险（即现行城镇职工基本医疗保险）、职工重大疾病医疗补助（即现行重大疾病医疗补助）、职工补充医疗保险（即现行补充医疗保险），同时还建立城乡居民社会医疗保险（即统筹现行城镇居民基本医疗保险及新型农村合作医疗）、城乡居民大病医疗保险，以确保新的医疗保险制度的顺利实施和平稳运行。

《办法》共分六章。第一章“总则”，规定了《办法》的适用范围、相关部门职责及制度框架；第二章“社会医疗保险待遇”，规定了医疗保险待遇的范围、起付标准、自负

比例、个人账户划入与支取、住院支付比例、门诊待遇、社会医疗保险统筹基金的支付范围、最高支付限额、职工大病补助待遇、职工补充医保待遇等内容；第三章“社会医疗保险费的征缴”规定了用人单位和参保人员的参保登记、城乡居民医保个人参保登记、缴费基数与标准、保费征收、欠费补缴、医保关系转移接续等内容；第四章“社会医疗保险管理”规定了经办机构职责、定点医药机构资格条件、定点标牌管理、就医凭证、转院治疗费用结算、门诊特定病种就医、普通门诊就医、异地就医等内容；第五章“社会医疗保险基金”规定了社会医疗保险基金的构成、基金预算及其会计核算等内容；第六章“附则”规定了名词解释、单位补充保险、外国人参保和待遇等。

三、需要说明的几个问题

（一）关于城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的整合

由于现行的城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两者之间从管理模式、缴费标准、待遇水平等方面均存在较大差异，要实现医疗保险城乡一体化难度较高，按计划本市力争 2015 年实现城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度的整合。整合后的政策还需要一定时间的运行来检验和不断完善，在城乡居民社会医疗保险制度未成熟前，不宜在政府规章中作具体规定。因此，本《办法》对城乡居民社会医疗保险内容仅作原则性规定。

（二）关于取消现行灵活就业人员基本医疗保险

现行的《广州市城镇灵活就业人员基本医疗保险试行办法》，考虑到灵活就业人员的实际经济承受能力，设定了远低于城镇职工基本医疗保险的灵活就业人员基本医疗保险缴费率，不建立个人账户，普通门诊统筹待遇较城镇职工基本医疗保险稍低。而根据《办法》第三条的规定，本市将不再实施现行的城镇灵活就业人员基本医疗保险，主要是从以下三个方面考虑：一是《社会保险法》规定了职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗三项制度，《医保条例》也明确规定了职工社会医疗保险、城乡居民社会医疗保险两项制度。因此不宜增设城镇灵活就业人员基本医疗保险制度。二是根据上位法规定，灵活就业人员可以选择参加职工社会医疗保险或者城乡居民社会医疗保险，能有效保障这类人群的基本医疗需求。三是在现行城镇灵活就业人员基本医疗保险过程中，灵活就业人员普遍反映参保缴费负担重、待遇较低等问题。因此，再设立城镇灵活就业人员基本医疗保险制度的意义不大。

（三）关于提高职工重大疾病医疗补助的最高支付限额

我市 2001 年启动实施重大疾病医疗补助制度时，设定了重大疾病医疗补助 15 万元的年度最高支付限额。实施多年来一直没有变化。随着医疗技术的发展，大病参保人员的医疗费用大幅上涨，结合基金收支情况，《办法》第二十四条提高了年度最高支付限额标准，并建立动态调整机制，规定了职工重大疾病医疗补助的年度最高支付限额为上年度本市在岗职工年平均工资的 3 倍。以 2013 年为例，如按照上年度本市在岗职工年平均工资的 3 倍计算，职工重大疾病医疗补助年度最高支付限额可达到 19.13 万元，较现行的 15 万元限额增长 27.53%。随着每年的本市在岗职工年平均工资的增长，职工重大疾病医疗补助年度

最高支付限额也将不断提高。

根据 2013 年度职工重大疾病医疗补助支付参保人员医疗费用数据情况，经测算，提高最高支付限额后职工重大疾病医疗补助基金支出增加 579 万元，对职工重大疾病医疗补助基金影响不大。具体测算情况见下表。

表：提高职工重大疾病医疗补助年度支付限额测算表

2013 年医疗费用基金支付（万元） ①	原最高支付限额（万元） ②	提高最高支付限额后		
		限额标准（万元） ③	医疗费用基金支付（万元） ④=①/②*③	基金支出增加（万元） ⑤=④-①
1736	15	20	2315	579

（四）关于定点药店的管理问题

调研过程中我们发现，定点药店大多经营大米、食用油等非药品。根据《办法》第十三条，划入 35 岁以上职工医保个人账户的除了个人缴交的本年度本人职工社会医疗保险月缴费基数的 2%之外，还有部分（1%—2.1%）是从统筹基金划入个人账户的。若任其在定点药店购买非药品，容易造成医保基金的浪费。根据我市《医保条例》第十七条的规定，职工医保个人账户可以用于支付本人或者其直系亲属的在本市定点医疗机构就医发生的应当由个人负担的医疗费用、在本市定点医疗机构预防接种和体检的费用、在本市定点零售药店购买药品的费用、个人需补交的社会医疗保险费用等其他符合国家、省、本市规定的医药费用。但在其社会医疗保险关系存续期间，不得提取个人账户的资金，不得用于前述费用之外的支出。

因此，为了避免造成医保基金流失，《办法》第四十七条第一款第（二）项规定了定点药店不得经营日用品、食品等非医疗用品。对于现有经营日用品、食品等非医疗用品的定点零售药店，同条第二款规定了整改期，逾期尚未整改到位的药店将不予认定其定点药店资格。

以上说明，请予审议。