

(以下附錄節錄自中華人民共和國廣州市人民政府辦公廳的網站，全文可參閱 <http://www.gz.gov.cn/hdjlp/tyjzj/answer/19442>)

附錄

**广州市医疗保障局
关于公开征求《广州市社会医疗保险办法（征求意见稿）》意见的公告**

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，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》等法律法规，结合本市实际，起草了《广州市社会医疗保险办法（征求意见稿）》。现将征求意见稿公开征求意见。

一、征求意见稿涉及的重点问题

请重点对征求意见稿以下内容的合理性、可行性提出意见和建议：

（一）关于对缴费未达规定年限的参保人员，在原有按月延缴政策基础上新增一次性缴纳制度的意见或建议。

（二）关于扩大职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保范围的意见或建议。

（三）关于参加职工基本医疗保险时自动参加职工大额医疗费用补助、享受相应待遇，用人单位和参保人均无需另行缴纳职工大额医疗费用补助费的意见或建议。

（四）对征求意见稿的其它意见和建议。

二、公开征集意见时间

2022年5月6日-2022年6月4日。

三、公众提出意见和建议的途径

（一）登录广州市医疗保障局网站或广州市司法局网站查看征求意见稿全文，并提交意见建议。网址如下：

<http://www.gz.gov.cn/gzsylbzj/>

<http://sfj.gz.gov.cn/ztlm/xzlf/gzyjzj/>

（二）电子邮件：发送至电子邮箱 xuyu@gz.gov.cn。

（三）书面信函：邮寄至广州市医疗保障局，地址：广州市越秀区梅东路28号。

提交意见请留下真实姓名和联系方式，以便根据需要作进一步联系。

附件：1. 广州市社会医疗保险办法（征求意见稿）

2. 关于《广州市社会医疗保险办法（征求意见稿）》的起草说明

广州市医疗保障局

2022年5月6日

附件 1

广州市社会医疗保险办法 (征求意见稿)

第一章 总则

第一条【立法目的、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》，结合本市实际，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【制度框架】

本市建立职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、城乡居民基本医疗保险和城乡居民大病保险制度，满足参保职工、城乡居民多层次的医疗保障需求。

第四条【部门职责】

市医疗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。

市医疗保障经办机构具体负责本市社会医疗保险的日常管理和服务工作。

社会保险费征收机构负责基本医疗保险费征收，并对缴费单位办理申报和未足额缴费情况进行监督检查。

市和区教育、财政、人力资源和社会保障、卫生健康、退役军人事务等有关部门和组织应当在各自职责范围内配合做好社会医疗保险工作，协同实施本办法。

第二章 基本医疗保险待遇

第五条【职工基本医疗保险参保范围】

本市行政区域内的用人单位应当为其职工参加职工基本医疗保险。

失业保险关系在本市的人员，领取失业保险金期间参加职工基本医疗保险。

就业地或户籍地在本市的灵活就业人员，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基本医疗保险的非全日制从业人员等，可以参加职工基本医疗保险。

在本市领取伤残津贴、因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工，包括保留劳动关系和办理伤残退休手续的人员，参加职工基本医疗保险。

本市用人单位依法聘用、招用的港澳台居民，应当依法参加职工基本医疗保险。就业地在本市且办理港澳台居民居住证的港澳台居民，可以参加职工基本医疗保险。

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，按照本办法参加职工基本医疗保险。

第六条【城乡居民基本医疗保险参保范围】

下列人员参加城乡居民基本医疗保险：

- (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

科研院所等全日制就读的在校学生；

(二) 未参加职工基本医疗保险或其他基本医疗保险的本市户籍城乡居民、本市居住证持有人、居住地在我市且办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民；

(三) 其他符合国家、省、市规定的人员。

第七条【待遇框架】

职工基本医疗保险参保人员享受职工基本医疗保险统筹待遇和个人账户待遇。职工基本医疗保险统筹待遇包括住院、门诊特定病种(包括一类、二类门诊特定病种)和普通门诊待遇。

参加职工基本医疗保险的参保人员，同步享受职工大额医疗费用补助待遇。

城乡居民基本医疗保险参保人员享受城乡居民基本医疗保险统筹待遇，包括住院、门诊特定病种(包括一类、二类门诊特定病种)、普通门诊以及符合计划生育政策规定的生育医疗待遇。

第八条【基金支付范围】

职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险基金(以下统称统筹基金)支付普通住院、门诊特定病种、普通门诊基本医疗费用，应当符合国家和省基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录和支付标准的相关规定。

城乡居民基本医疗保险基金支付生育相关医疗费用，应当符合计划生育政策规定、国家和省生育保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录及本市城乡居民基本医疗保险的相关规定。

其他不予支付的范围，按国家和省有关规定执行。

第九条【缴费年限】

参保人员到达法定退休年龄时，职工基本医疗保险累计缴费年限和本市实际缴费年限需同时符合规定的条件，经市医疗保障经办机构核准后，从达到法定退休年龄次月起可享受退休医保待遇。

达到法定退休年龄时，未达到本市规定的职工基本医疗保险缴费年限的人员，可以继续参加职工基本医疗保险，选择按月或一次性缴费至规定年限。

未达到法定退休年龄的参保人员，因流动就业从其他统筹地区转移职工基本医疗保险关系至本市的，按照国家、省的有关规定，本市对参保人员在其他统筹地区参加职工基本医疗保险的缴费年限互认，并合并计算为累计缴费年限。

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本市职工基本医疗保险实际缴费年限。军人服现役年限视同本市职工基本医疗保险的实际缴费年限，与入伍前和退出现役后参加本市职工基本医疗保险的实际缴费年限合并计算。

第十条【待遇规定】

职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险的具体待遇标准及办法另行制定。

个人账户划入标准和管理等按照省规定执行。

第三章 基本医疗保险费征缴

第十一条【职工基本医疗保险登记】

用人单位应当按规定办理社会医疗保险参保登记或者变更手续。

参加职工基本医疗保险的灵活就业人员和延缴人员，应当到社会保险费征收机构办理基本医疗保险缴费登记手续。

市医疗保障经办机构根据社会保险费征收机构的缴费登记信息办理基本医疗保险参保登记。

第十二条【城乡居民基本医疗保险登记】

参加城乡居民基本医疗保险的人员，可到街道办事处、镇人民政府或者高等学校、中等职业技术学校、技工学校及科研院所办理基本医疗保险参保登记手续。

第十三条【缴费规定】

参加职工基本医疗保险的用人单位和个人，应当按月足额缴纳职工基本医疗保险费，并由用人单位为其职工代扣代缴。

参加职工基本医疗保险的用人单位和个人自动参加职工大额医疗费用补助，该补助金从职工基本医疗保险基金列支，用人

单位和参保人员无需另行缴费。

第十四条【城乡居民基本医疗保险参保规定】

参加城乡居民基本医疗保险的人员，应当在规定时间内办理参保手续，并按医保年度足额缴纳城乡居民基本医疗保险费。

上一医保年度已参加城乡居民基本医疗保险的人员在新医保年度不需要重新办理参保登记手续，在其缴纳新医保年度城乡居民基本医疗保险费后，保险关系自动延续。

医保年度内，具有以下情形的城乡居民，可在当年度内参保缴费：

- （一）中止职工基本医疗保险关系的人员；
- （二）本市行政区域外转入本市各类院校全日制就读的学生；
- （三）新生儿；
- （四）新迁入户人员；
- （五）新增的医疗救助对象；
- （六）刑满释放人员；
- （七）退役士兵；
- （八）经市医疗保障经办机构审核确认需要在当年度内参保缴费的其他人员。

第十五条【补缴处理】

停止缴纳职工基本医疗保险费的次月起，停止职工基本医疗保险待遇和职工大额医疗费用补助待遇，个人账户余额可以继续使用。

本办法实施后，用人单位未按照规定为职工参加职工基本医疗保险的，从应按照规定参保的次月起，三个月内补缴应缴费用和滞纳金的，补缴医保费对应期间的职工基本医疗保险统筹待遇可以补付；超过三个月补缴的，职工基本医疗保险统筹待遇不予补付。用人单位补缴后，参保人员缴费年限可以累计，个人账户按照本人参保缴费基数以及对应月份的划入比例补划至个人账户。

灵活就业人员和延缴人员个人未按时缴纳基本医疗保险费的，不予补缴。

第十六条【政府资助缴费】

职工基本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

缴纳的职工基本医疗保险费，扣除单位按照原规定计缴、计发部分后的剩余部分，按照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（含本市视同养老保险缴费年限，以及本市行政区域内的中央、省属单位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）满二十五年的，由政府专项资金一次性全额资助缴纳；满二十年不满二十五年的，由政府专项资金资助缴纳百分之五十，本人缴纳百分之五十；不满二十年的，由本人全额缴纳。

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，截止时间具体如下：市本级截至 2001 年 11 月，花都区截至 2006 年 2 月，番禺区截至 2003 年 4 月，从化区截至 2005 年 12 月，增城区截至 2005 年 11 月，广州铁路（集团）公司截至 2004 年 9 月。

具有本市户籍，年满五十岁的男性、年满四十岁的女性失业后再就业并在新单位退休的人员，退休时应当由个人缴纳的职工基本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、人力资源和社会保障行政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（含视同缴费年限）计入政府资助年限。

参保人员参加职工基本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的单位的隶属关系，由同级财政全额承担。

第十七条【医保筹资】

职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险的具体缴费基数、筹资标准及办法另行制定。

第四章 社会医疗保险服务管理

第十八条【医疗机构定点管理】

市医疗保障经办机构按照国家、省规定的条件和程序确定定点医疗机构、定点零售药店（以下统称定点医药机构）。

第十九条【就医购药凭证】

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，须出示有效的基本医疗保险凭证，并配合定点医药机构进行身份核对。结算前未出示的，自行承担医疗费用。

第二十条【就医管理】

参保人员应当配合定点医疗机构执行卫生健康行政部门规定的入院、出院标准及住院管理规定，可以自主选择本市任一住院定点医疗机构住院就医。

定点医疗机构应当遵守基本医疗保险基金支付范围的规定；除急诊、抢救等特殊情形外，提供基本医疗保险基金支付范围以外的医药服务的（含不符合限定支付范围的医药服务），应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意并签字。

第二十一条【起付标准规定】

参保人员每次住院的基本医疗费用，按照定点医疗机构的级别设定不同的统筹基金起付标准，起付标准以下费用由参保人负担。

定点医疗机构按临床转院标准为参保人员办理转院的，参保人员的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。

第二十二條【險種變更】

參保人員在年度內發生基本醫療保險險種變更的，按照參加不同險種期間發生的醫療費用分別計算。其中已參加城鄉居民基本醫療保險的人員，又參加職工基本醫療保險的，僅享受職工基本醫療保險待遇。

參保人員在住院期間發生基本醫療保險險種變更的，定點醫療機構應當為其辦理醫療費用分段結算，醫療待遇標準按照辦理結算時應享受的有關標準計算，其起付標準費用按入院時險種只計算一次，對定點醫療機構分別計算住院人次。

第二十三條【結算方式及標準】

參保人員在定點醫療機構就醫、定點零售藥店購藥發生的醫療費用，由市醫療保障经办机构根據市醫療保障行政管理部门確定的有關標準及結算方式與定點醫葯機構結算。

市醫療保障行政管理部门根據經濟社會發展水平、醫療服務價格變化、醫療技術發展水平和基本醫療保險基金結餘等情況，適時調整市醫療保障经办机构與定點醫葯機構的醫療費用結算標準。

有關醫療費用結算方式和辦法，由市醫療保障行政管理部门會同財政、衛生健康部門另行制定。

第五章 基本醫療保險基金

第二十四條【基金管理】

基本醫療保險基金包括職工基本醫療保險基金和城鄉居民基本醫療保險基金，納入社會保障基金財政專戶，分別建賬，分賬核算，實行收支兩條線管理，專款專用，任何單位和個人不得擠占挪用。生育保險基金併入職工基本醫療保險基金。職工基本醫療保險基金包括職工基本醫療保險統籌基金和個人賬戶。

職工基本醫療保險統籌基金待遇支出中設置職工基本醫療保險統籌待遇、職工大額醫療費用補助待遇、職工生育保險待遇支出項目。

城鄉居民基本醫療保險基金支出設置城鄉居民基本醫療保險、城鄉居民大病保險支出項目。

第二十五條【财务管理】

市醫療保障经办机构應當認真執行社會保險基金財務制度，按年度編制基本醫療保險基金收支預算。

市醫療保障经办机构編制的基本醫療保險基金預算，經市醫療保障、財政行政管理部门審核後，按照程序報批。

第二十六條【會計制度】

市醫療保障经办机构應當做好基本醫療保險基金會計核算和財務統計分析工作，認真落實社會保險基金會計制度，加強基本醫療保險基金會計核算工作。

第二十七條【基金保值增值】

在保证基金安全的前提下，由市财政行政管理部门会同市医疗保障部门，根据国家规定制定基本医疗保险基金的保值增值计划并组织实施。

第六章 附则

第二十八条【医保术语】

本办法涉及的医保术语含义如下：

（一）基本医疗费用，是指属于国家和省基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录和支付标准的医疗费用，但不含个人按照规定比例先自付的费用以及超限额标准的费用。

（二）医保年度，是指每年1月1日至12月31日。

（三）社会申办退休人员，是指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。

（四）门诊特定病种待遇，是指统筹基金按规定支付参保人员符合医疗保障行政管理部门公布的特定疾病或治疗项目及相关准入标准，在门（急）诊就医发生属于对应目录的医疗费用。

（五）普通门诊待遇，是指统筹基金按规定支付参保人员在门（急）诊就医，未按门诊特定病种享受待遇的医疗费用。

第二十九条【其他保障】

职工生育保险与职工基本医疗保险合并实施，职工生育保险办法另行制定。

鼓励用人单位自行建立单位补充医疗保险制度。

第三十条【实施时间】

本办法自2022年 月 日起施行。《广州市社会医疗保险办法》（穗府令第123号）同时废止。

附件 2

《广州市社会医疗保险办法（征求意见稿）》 制定说明

《广州市社会医疗保险办法（征求意见稿）》由广州市医疗保障局起草，是为了适应改革需求和不断发展变化的社会经济形势而制定的新规章。现就有关情况说明如下：

一、立法背景

（一）立法缘由

《广州市社会医疗保险办法》（穗府令第 123 号，以下简称 123 号令）为我市医疗保险领域的基础性制度，于 2015 年 7 月 1 日起施行。123 号令施行以来，规范了我市社会医疗保险关系，满足参保职工和居民多层次的医疗保障需求，为推进广州市医疗保障事业的发展，减轻群众就医负担、增进民生福祉和维护社会和谐稳定提供了强有力的制度支持。

近年来，医疗保障领域自上而下大幅度改革，改革文件不断出台。作为一部七年前施行的政府规章，123 号令与国家、省改革要求和本市经济社会发展情况已不相适应。

特别是 2021 年 12 月 31 日，《广东省人民政府办公厅关于印发广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（粤府办〔2021〕56 号，以下简称省《通知》）印发实施，要求各地市于 2022 年 7 月 1 日贯彻执行，并要求各地级以上市据此调整完善政策，妥善处理改革前后的政策衔接。省《通知》与 123 号令有具体条款直接冲突，如不采取立法措施，2022 年 7 月 1 日后，将面临执行规章规定和贯彻改革要求的两难困境。

在市司法局的大力指导下，经认真评估，认为当前国家和省的医疗保障制度已初步定型，待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管、医保管理服务 etc 已有基本制度安排，预计将会在未来一段时间内保持相对稳定，立法时机已经较为成熟。因此，决定采取废旧立新的立法技术，制定新的《广州市社会医疗保险办法》（以下简称《办法》），同步废止 123 号令。

（二）立法相关情况

立法决定作出后，市医保局以最快的速度全力开启立法流程。3 月 17 日成立了由局主要领导任组长、处室负责人和业务骨干为组员的规章制订工作专班。因疫情原因，采取书面调研的方式，整理并研究了医保领域相关的法律、法规、规章、规范性文件和其他改革类文件共 76 份；利用网络检索收集并研究其他城市近年来医保领域的立法状况。在充分调研的基础上，全员参与、群策群力，在专班成立后短短时间里，反复专题研讨，数易其稿，形成较为成熟的《广州市社会医疗保险办法（征求意见稿）》，并书面征求省医保局、各区政府、市财政局、市税务局、市司法局等 27 个相关部门意见，共收到意见 35 条，采纳 29 条，已解释说明 4 条，已沟通一致 2 条。4 月 25 日上午，市政府办公厅组织我局和市司法局召开协调会，研究《办法》起草问题；当天下午，按照会议意见，我局会同市司法局再次对《办法（征求意见稿）》进行逐条讨论研究，并对部分条款进行了修改。

二、立法指导思想与原则

（一）立法指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，贯彻落实习近平法治思想。紧紧围

绕民生立法的宗旨和特点，坚持以人民为中心，坚持立法为人民服务。

作为一部民生法律，《办法》将直面全市 1,400 多万参保群众，乃至近 2,000 万常住人口的民生疾苦，承托起他们“病有所医，病有良医”的根本诉求，因此，《办法》在整体内容和具体制度细节中，处处体现以人民健康为中心，处处体现医保立法的温度。

（二）立法原则

1.坚持合法性原则。严格遵循宪法、法律的原则和精神，严格遵守上位法的程序和实体规范。以《中华人民共和国社会保险法》为法律依据，以国家医保局自 2020 年 7 月以来颁布的《医疗保障基金使用监督管理条例》和《医疗机构医疗保障定点管理办法》《零售药店医疗保障定点管理办法》等本行政领域的部门规章为指导，结合本市实际予以具体细化，相关内容于法有据，具体规定均没有与上位法相抵触，符合上位法的原则和精神。

2.坚决贯彻落实改革需求。根据《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14 号）、《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2 号）、《国务院办公厅关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10 号）、《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》（医保发〔2021〕39 号）、《国家医保局 国家卫生健康委关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（医保发〔2021〕28 号）、《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5 号，以下简称 5 号文）、《国家医疗保障局关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》（医保发〔2020〕45 号）、《国家医保局 财政部 国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33 号）、《广东省人民政府办公厅关于印发广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（粤府办〔2021〕56 号，以下简称 56 号文）、《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》（粤医保规〔2022〕3 号，以下简称 3 号文）等一系列改革文件精神，对《办法》条款进行了优化整合。

三、《办法》的主要亮点

（一）继承立法成果，延续管理经验

1.《办法》和 123 号令的立法理念一以贯之。既沿袭以往，又适应最新改革精神不断推进。进一步扩大医疗保险制度的覆盖面，公平地推进应保尽保。参保范围扩展到就业地在广州的新广州人，并为港澳台居民开通了职工医保和居民医保双通道，体现了包容友好的广州风度。

2.继续行之有效的管理经验。如达到法定退休年龄时，未达到规定年限的可通过延缴制度通道以满足年限要求；为特殊情形的城乡居民设立在医保年度内中途参加居民医保；政府资助缴费政策维持原状等等。

3.维持政策框架的稳定性。《办法》沿用原有的体例，主要内容涵盖基本医疗保险待遇、基本医疗保险费征缴、社会医疗保险服务管理和基本医疗保险基金管理。

（二）落实改革要求，规范政策框架

将国家、省改革文件中做出规范的政策框架、制度名称和政策项目名称等内容固定在规章中。

1.规范政策框架。按照 5 号文、3 号文的要求，将我市原职工重大疾病和补充医疗保险合并成职工大额医疗费用补助。用人单位和参保个人均无需另行缴纳职工大额医疗费用补助费，

参照城乡居民大病保险，有关费用从职工基本医疗保险列支，并维持现行重大疾病医疗补助和企业补充医疗保险政策待遇。参加了职工基本医疗保险的参保人，同步享受职工大额医疗费用补助。

2.规范制度名称。将“职工社会医疗保险”“城乡居民社会医疗保险”修改为“职工基本医疗保险”“城乡居民基本医疗保险”。

3.规范政策项目名称。删除“指定慢性病”表述，将“门诊特定项目”修改为“门诊特定病种”。

4.为后续调整腾出空间。为更好贯彻落实国家、省下一阶段医疗保障重大改革部署，同时保证规章的稳定性，删除《办法》原有对起付线、起付标准、缴费比例、缴费年限等方面的具体规定。

（三）优化政策设计，体现立法温度

按照5号文、3号文的要求，调整《办法》关于灵活就业人员参加职工基本医疗保险的规定，将“本市户籍”改为“就业地或户籍地在本市”，取消了本市户籍的限制，为非本市户籍在本市就业的广大灵活就业人员打开了制度通道；调整《办法》关于职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的人员范围，将符合条件的港澳台居民、居住证持有人纳入；增加《办法》城乡居民基本医疗保险可中途参保的人群范围；在补缴处理时，按照有利于参保人的价值取向补付医保待遇，促进社会和谐稳定。

特此说明。