

广州市社会医疗保险规定

(2022 年 10 月 31 日广州市人民政府令第 193 号公布 自
2022 年 12 月 1 日起施行)

第一条 为规范社会医疗保险关系，维护参保人员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，制定本规定。

第二条 本规定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 市医疗保障行政管理部门主管社会医疗保险工作，并组织实施本规定。

医疗保障经办机构负责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的征收工作，并对缴费单位办理申报和未按时足额缴费情况进行监督检查。

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，协同实施本规定。

街道办事处、镇人民政府应当协助医疗保障经办机构、社会保险费征收机构办理本辖区城乡居民基本医疗保险的参保登记和征收等有关事务。

第四条 本市根据国家、省的规定设立和完善职工基本医疗保险制度、城乡居民基本医疗保险制度以及职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险等补充医疗保险制度，满足参保职工、城乡居民多层次的医疗保障需求。

本市行政区域内的用人单位可以自行建立单位补充医疗保险制度。

第五条 基本医疗保险基金包括职工基本医疗保险基金和城乡居民基本医疗保险基金，纳入社会保障基金财政专户。

职工基本医疗保险基金包括职工基本医疗保险统筹基金和个人账户。

职工基本医疗保险统筹基金和城乡居民基本医疗保险基金按照规定设置支出项目。

市财政部门应当会同市医疗保障行政管理部门根据国家规

定制定基本医疗保险基金的保值增值计划并组织实施。

第六条 本市行政区域内的用人单位应当为其职工参加本市职工基本医疗保险。

就业地或者户籍地在本市的灵活就业人员，符合国家、省规定的，可以参加本市职工基本医疗保险。

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

失业人员失业保险关系在本市的，领取失业保险金期间，参加本市职工基本医疗保险。

第七条 本市行政区域内的用人单位依法聘用、招用的港澳台居民，应当依法参加本市职工基本医疗保险。就业地或者居住地在本市，且办理港澳台居民居住证的灵活就业港澳台居民，可以按照规定参加本市职工基本医疗保险。

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，按照国家规定参加本市职工基本医疗保险。

第八条 未参加职工基本医疗保险或者未按照规定享有其他保障的下列人员，参加本市城乡居民基本医疗保险：

（一）在本市行政区域内的中小学校、高等学校、中等职业

技术学校、技工学校及科研院所等各类学校就读的全日制在校学生；

（二）本市户籍人员；

（三）在本市办理且在有效期内的《广东省居住证》的持有人；

（四）居住地在本市且办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民；

（五）其他符合规定的人员。

第九条 本市行政区域内的用人单位应当依法为其职工向社会保险费征收机构办理职工基本医疗保险缴费及变更手续。

灵活就业人员和退休延缴人员自行到社会保险费征收机构办理职工基本医疗保险缴费及变更手续。

第十条 参加城乡居民基本医疗保险的人员，可以到街道办事处、镇人民政府或者就读的高等学校、中等职业技术学校、技工学校、科研院所办理城乡居民基本医疗保险参保登记及变更手续。

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缴费手续，并按照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，可以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就读的全日制学生；
- （三）新生儿；
- （四）新迁入户人员；
- （五）新增的医疗救助对象；
- （六）退役士兵；
- （七）刑满释放人员；

（八）经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。

第十一条 本市行政区域内的用人单位应当按月足额缴纳职工基本医疗保险费，并代扣代缴职工个人应当缴纳的职工基本医疗保险费。

灵活就业人员缴纳职工基本医疗保险费的，应当自行按月足额缴纳；退休延缴人员缴纳职工基本医疗保险费的，应当自行按

月或者一次性足额缴纳。

职工基本医疗保险的参保人员同步参加职工大额医疗费用补助。

第十二条 停止缴纳职工基本医疗保险费的次月起，停止享受职工基本医疗保险统筹待遇和职工大额医疗费用补助待遇，停止计入个人账户资金，但个人账户余额可以继续使用。

本市行政区域内的用人单位未按照规定为职工参加职工基本医疗保险或者未按时足额缴纳职工基本医疗保险费，从应当按照规定参保的次月或者未按时足额缴费的次月起，在3个月内足额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和职工大额医疗费用补助待遇，由职工基本医疗保险统筹基金予以补付；超过3个月补缴应缴费用和滞纳金的，职工基本医疗保险统筹基金不补付职工基本医疗保险统筹待遇和职工大额医疗费用补助待遇。

用人单位按照前款规定补缴后，累计参保职工的本市累计缴费年限，参保职工的个人账户按照补缴医保费对应期间适用的个人账户计入标准补计入资金。

灵活就业人员和退休延缴人员个人未按时足额缴纳职工基本医疗保险费的，不予补缴。国家、省另有规定的，从其规定。

第十三条 职工基本医疗保险累计缴费年限或者本市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 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，由政府专项资金资助缴纳 50%，本人缴纳 50%；不满 20 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：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，本市其他区截至 2001 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 50 周岁的男性、年满 40 周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）计入政府资助年限计算。

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单位的隶属关系，由同级财政全额承担。

第十四条 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、筹资标准由市医疗保障行政部门会同市财政部门另行制定，并报市人民政府批准后实施。

第十五条 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待遇、门诊特定病种待遇和普通门诊待遇。

职工基本医疗保险参保人员，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，包括住院待遇、门诊特定病种待遇、普通门诊待遇以及生育医疗待遇。

城乡居民基本医疗保险参保人员，同步享受城乡居民大病保险待遇。

第十六条 职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险基金支付住院、门诊特定病种、普通门诊基本医疗费用，应当符合基本医疗保险的药品、医用耗材、医疗服务项目等目录、支付范围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，应当符合生育保险的药品、医用耗材、医疗服务项目等目录、支付范围和支付标准的相关规定。

职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险基金不予支付的范围按照国家、省的规定执行。

第十七条 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。

参保职工个人账户的计入标准和管理等按照省的规定执行。

第十八条 参保人员达到法定退休年龄时，职工基本医疗保险累计缴费年限和本市累计缴费年限均达到规定年限的，经医疗保障经办机构核准后，从达到法定退休年龄次月起享受退休人员的职工基本医疗保险待遇。

参保人员达到法定退休年龄时，职工基本医疗保险累计缴费年限或者本市累计缴费年限未达到规定年限，选择按月缴费至规定年限的，在延缴期间按在职人员标准享受职工基本医疗保险统筹待遇；选择一次性缴费至规定年限的，从缴费次月起享受退休人员的职工基本医疗保险待遇。

参保人员未达到法定退休年龄，从其他统筹地区到本市就业，按照国家、省的规定转移职工基本医疗保险关系至本市的，在各统筹地区参加职工基本医疗保险的缴费年限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职工基本医疗保险本市累计缴费年限。

军人服现役年限视同职工基本医疗保险本市累计缴费年限，与入伍前和退出现役后参加本市职工基本医疗保险的缴费年限合并计算。

累计缴费年限包括本市累计缴费年限和其他统筹地区累计缴费年限。

第十九条 参保人员到定点医疗机构就医或者到定点零售药店购药，应当出示有效的基本医疗保险凭证，并配合定点医疗机构、定点零售药店进行身份核对。在费用结算前未出示有效的

基本医疗保险凭证的，就医、购药所发生的费用全部由参保人员自行承担。

第二十条 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提供住院服务的定点医疗机构就医。

参保人员应当配合定点医疗机构执行卫生健康行政部门规定的入院、出院标准及住院管理规定。住院治疗符合出院标准但不按照规定出院的，自定点医疗机构医嘱出院日期之次日起发生的费用，职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险基金不予支付。

第二十一条 参保人员每次住院的基本医疗费用，起付标准以上费用由职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险基金按照规定支付，起付标准以下费用由参保人员负担。

定点医疗机构按照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。

第二十二条 已参加城乡居民基本医疗保险的人员，在医保年度内参加职工基本医疗保险的，从职工基本医疗保险缴费次月

开始享受相应的职工基本医疗保险待遇，在享受职工基本医疗保险待遇期间不再享受城乡居民基本医疗保险待遇。

参保人员在医保年度内所参加的基本医疗保险发生变更的，按照参加不同基本医疗保险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所参加的基本医疗保险发生变更的，定点医疗机构应当为其办理医疗费用分段结算，医疗待遇标准按照办理结算时应享受的有关标准计算，其起付标准费用按照入院时所参加的基本医疗保险只计算一次，并由医疗保障经办机构对定点医疗机构分别计算住院人次。

第二十三条 参保人员在定点医疗机构就医、定点零售药店购药发生的医疗费用，由医疗保障经办机构根据医疗费用结算标准及结算方式与定点医疗机构、定点零售药店结算。

前款规定的医疗费用结算标准，由市医疗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基本医疗保险基金结余等情况制定并适时调整；医疗费用结算方式和办法，由市医疗保障行政管理部门会同市财政部门、市卫生健康行政管理部门另行制定。

第二十四条 参保人员跨年度连续住院、进行门诊特定病种

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，由定点医疗机构向医疗保障经办机构申请分段结算。职工基本医疗保险统筹基金和城乡居民基本医疗保险基金的起付标准按照入院或者开始治疗时当年度的标准计算。

第二十五条 本规定下列用语含义如下：

（一）医保年度，是指每年1月1日至12月31日。

（二）退休延缴人员，是指达到法定退休年龄时职工基本医疗保险累计缴费年限或者本市累计缴费年限未达到规定年限，选择继续缴纳职工基本医疗保险费的人员。

（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，是指参保人员按照规定在门（急）诊就医，发生的符合医疗保障行政管理部门公布的疾病或者特定治疗项目及相关准入标准，并属于对应目录的医疗费用，由职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险基金按照规定的比例支付。

（五）普通门诊待遇，是指参保人员按照规定在门（急）诊

就医，发生的未按照门诊特定病种享受待遇的医疗费用，由职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险基金按照规定的比例支付。

（六）基本医疗费用，是指属于国家、省基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录、支付范围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。

第二十六条 本规定自 2022 年 12 月 1 日起施行。《广州市社会医疗保险办法》（广州市人民政府令第 123 号）同时废止。