附件1

广州市城乡居民社会医疗保险办法

（征求意见稿）

第一条 为完善我市社会医疗保障体系，促进城乡基本医疗保障公共服务均等化，根据《中华人民共和国社会保险法》和《广州市社会医疗保险条例》，以及国家、省有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于下列人员（以下简称城乡居民）：

（一）本市行政区域内的各类高等学校、中等职业技术学校、技工学校及科研院所等院校（以下简称大中专院校）、中小学校的全日制在校学生；

（二）具有本市户籍且未参加职工社会医疗保险的城乡居民，包括未成年人（未满18周岁的非在校学生）、灵活就业人员、非从业人员以及老年居民。

第三条 本办法适用于本市行政区域内的城乡居民社会医疗保险（以下简称城乡居民医保）参保、服务及其监督管理等活动。

第四条 市、区人民政府应当将城乡居民医保事业纳入国民经济和社会发展规划，保障并逐步加大对社会医疗保险事业的投入，提高参保人员的社会医疗保障水平。

市、区人民政府应按规定的标准为城乡居民医保提供经费保障，并纳入相关部门年度预算。具体标准由市财政部门与市医疗保障部门另行制定。

全市各级政府应组织本行政区域内城乡居民依照本办法参加城乡居民医保。

第五条 市医疗保障部门主管本市城乡居民医保工作。区政府指定本级政府组成部门负责辖区内城乡居民医保的管理和经费预算编制工作。

市医疗保障经办机构按职能负责城乡居民参保、资助医疗救助对象参保、就医管理及待遇支付、基金财务、数据统计分析、咨询、权益记录等各项经办业务。

市、区财政部门按职能负责政府补贴资金的筹集和对基金财政专户的监督管理。

市、区教育部门按职能配合组织发动各类学校办理参保手续等。

税务部门按职能负责城乡居民医保费征收工作。

街道办事处、镇政府应当为辖区居民办理参保登记、变更以及缴纳社会医疗保险费手续等业务。

各类学校协助医疗保障经办机构和社会医疗保险费征收机构办理在校学生社会医疗保险有关事务。

市、区发展和改革、公安、民政、人力资源和社会保障、卫生健康、退役军人事务、政务服务数据管理、残联等有关部门和组织，按照各自职责分工协同实施本办法。

第六条 城乡居民医保全市统一政策，统一管理，基金统收统支。

第七条 城乡居民医保以自然年度（即当年1月1日至当年12月31日）为保险年度（以下简称城乡居民医保年度）。

第八条 城乡居民医保基金筹集实行个人缴费和政府补助相结合。

建立缴费标准与城乡居民人均可支配收入相衔接的机制。城乡居民医保每年总体筹资计算公式为缴费基数乘以费率。每一城乡居民医保年度以本市上上年度城市常住居民家庭人均可支配收入和农村常住居民家庭人均可支配收入的算术平均数为缴费基数（以下简称缴费基数），费率为2.42%。

合理划分政府与个人的筹资责任。在校学生的个人缴费率为0.73%，财政补助标准费率为1.69%；其他参保人员的个人缴费率为0.97%、财政补助标准费率为1.45%。上述计算结果如低于国家或省规定的个人缴费标准和政府补助标准，按国家或省规定的标准执行。计算结果四舍五入精确到元。

城乡居民医保个人缴费标准和政府补助标准，结合本市统筹基金收支情况、医疗费增长情况及财政状况适时调整。具体调整方案由市医疗保障部门与市财政部门共同制订，并报市政府批准实施。

第九条 政府补助社会医疗保险费所需的资金，由全市各级政府共同分担，纳入每年财政预算。

纳入本市医疗救助金资助范围的城乡居民，其个人应缴纳的社会医疗保险费由医疗救助金资助。

鼓励有条件的农村集体经济组织，对本村集体经济组织成员个人应缴纳的社会医疗保险费给予补贴。

第十条 城乡居民按以下方式办理参保登记手续：

（一）集体经济组织（或村民委员会）的城乡居民，以户为单位由集体经济组织（或村民委员会）统一到所属街道（镇）公共服务机构办理参保登记手续。

（二）纳入本市医疗救助金资助范围的城乡居民，由本人或代理人根据申请人救助身份类别到所属街道（镇）办理参保登记手续。

（三）除已经按本条第（一）（二）项方式参保的在校学生外，其他在校学生由所在学校协助向医疗保障经办机构申请办理参保登记手续。

（四）其他城乡居民，由本人或代理人自主选择到户籍所在地或者本市居住地街道（镇）公共服务机构办理参保登记手续。

第十一条 城乡居民应当在每年9月1日至12月20日办理次年的参保缴费手续，并按城乡居民医保年度足额缴纳社会医疗保险费。

（一）集体经济组织（或村民委员会）的城乡居民由所在集体经济组织（或村民委员会）向城乡居民收取或从集体经济收益分配中代扣代缴个人应缴纳的社会医疗保险费。集体经济组织（或村民委员会）应在办理参保登记时向街道（镇）公共服务机构申报银行缴费账户，由银行自动划账缴纳社会医疗保险费。

（二）纳入本市医疗救助金资助范围的城乡居民，由医疗保障部门负责缴纳社会医疗保险费。

（三）除已经按本条第（一）（二）项方式参保缴费的在校学生外，其他在校学生由所在学校协助办理社会医疗保险费缴纳手续。

（四）其他城乡居民应在办理参保登记时向街道（镇）公共服务机构申报个人银行缴费账户，由银行自动划账缴费。

第十二条 全市各级政府和医疗救助金提供的城乡居民医保参保补助资金应按时足额划入社会保障基金财政专户。

上述补助资金的具体分担、划拨办法由市财政部门会同市医疗保障部门另行制订并报市政府批准后实施。

第十三条 城乡居民医保年度内发生下列情形的城乡居民，可在当年度内按全年度缴费标准参保缴费：

（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）经医疗保障经办机构确认需在当年度内缴费参保的其他人员。

第十四条 城乡居民医保参保人员可按规定享受住院、指定单病种、门诊特定病种、普通门诊（含急诊，下同）以及符合计划生育政策规定的生育医疗待遇。

第十五条 参保人员在规定的时间内足额缴纳社会医疗保险费的，次年1月1日至12月31日期间享受相应的城乡居民医保待遇；未按时缴纳社会医疗保险费的，次年停止享受城乡居民医保待遇。年度中期参保缴费人员自缴费次月开始享受相应的城乡居民医保待遇。

新出生婴儿在出生次月起6个月内参保并缴纳了当年度社会医疗保险费的，从出生之日起享受相应的城乡居民医保待遇。新出生婴儿从出生到办理参保登记时跨两个城乡居民医保年度的，足额缴纳两个年度的社会医疗保险费后，从出生之日起分别按2个城乡居民医保年度享受相应的城乡居民医保待遇；只缴纳出生次年社会医疗保险费的，自出生次年1月1日起开始享受相应的城乡居民医保待遇。

新出生婴儿的父母双方均为本市户籍的，可在出生前按规定办理城乡居民医保预参保登记手续并缴费，符合规定的自出生之日起享受相应的城乡居民医保待遇。已办理预登记手续的新出生婴儿，应在出生次月起6个月内办理参保信息变更；未按规定办理的，暂时冻结相应城乡居民医保待遇，待参保信息变更完成后予以追溯相关待遇。已办理预参保登记并缴费，但相应医保年度待遇享受期内未取得本市户籍的新出生婴儿，应退回已享受的城乡居民医保待遇。

未参加本市城乡居民医保的秋季新入学学生，入学当年在规定的缴费期内足额缴纳下一年度社会医疗保险费的，自当年9月1日开始享受相应的城乡居民医保待遇。未参加本市城乡居民医保的春季新入学学生，在入学当年6月30日前足额缴纳当年度社会医疗保险费的，从入学之日起开始享受相应的城乡居民医保待遇。

已参加本市城乡居民医保的人员，在城乡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医保待遇。

在城乡居民医保年度内新增的本市医疗救助对象，在完成城乡居民医保参保登记、做好身份标识之日起即可享受相应的城乡居民医保待遇。

第十六条 城乡居民医保统筹基金（以下简称统筹基金）支付住院基本医疗费用，应当符合国家和省关于基本医疗保险用药范围、诊疗项目范围、医疗服务设施范围的规定。

统筹基金支付指定单病种、门诊特定病种、普通门诊基本医疗费用，应当符合我市社会医疗保险指定单病种、门诊特定病种、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。

统筹基金支付符合计划生育政策规定的生育医疗费用，应当符合本市生育保险药品目录、诊疗项目目录范围及社会医疗保险的相关规定。

第十七条 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15%；

（二）使用基本医疗保险诊疗项目范围中统筹基金支付部分费用的诊疗项目，个人先自付费用比例为：治疗项目20%，检查项目30%，可单独收费的一次性医用材料30%，安装各种人造器官和体内置放材料50%。

参保人员在经卫生健康部门批准实施国家基本药物制度、并实行了基本药物零差率销售的社会医疗保险定点医疗机构就医，使用基本药物发生的费用，统筹基金的支付比例在相应规定标准基础上增加10%。

第十八条 参保人员每次住院基本医疗费用统筹基金的起付标准（以下简称住院起付标准），按以下规定确定：

（一）一级医疗机构150元，二级医疗机构300元，三级医疗机构500元；

（二）参保人每次住院支付一次起付标准，连续住院治疗时间每超过90天需重新支付一次起付标准；

（三）参保人在专科医院连续住院治疗结核病的，每超过180天需重新支付一次起付标准；

（四）参保人因精神病在本市精神病专科医疗机构或指定综合性医疗机构精神病专区住院治疗的，无需支付起付标准。

第十九条 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：

未成年人及在校学生按一级医疗机构90%、二级医疗机构85%、三级医疗机构80%的比例支付；其他城乡居民按一级医疗机构90%、二级医疗机构80%、三级医疗机构70%的比例支付。

参保人员每次住院纳入基本医疗费用计算的检验检查费用，按医疗机构级别设置最高支付限额，一级医疗机构500元，二级医疗机构1000元，三级医疗机构1500元；因精神病在本市精神病专科医疗机构或指定综合性医疗机构精神病专区住院治疗的，不设检验检查费用最高支付限额。

第二十条 参保人员按规定就医发生指定单病种、门诊特定病种基本医疗费用，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，由市医疗保障部门会同市财政、卫生健康部门另行制定，并向社会公布。

动物致伤的狂犬病暴露者在门诊接种狂犬病疫苗，统筹基金按参保人员相应的住院基本医疗费用支付比例支付，不设起付标准，每人每年最高支付200元，纳入年度最高支付限额。

第二十一条 未成年人及在校学生应选择1家基层医疗机构作为其普通门诊就医的选定医疗机构（以下简称选定基层医疗机构），选择1家其他定点医疗机构作为其普通门诊专科就医的定点医疗机构（以下简称选定的其他医疗机构）。未成年人及在校学生在指定的专科医疗机构进行相应专科门诊就医不受选点限制。

其他城乡居民选择1家基层医疗机构作为其普通门诊就医的选定医疗机构。

社区医疗卫生服务中心统一管理的社区医疗卫生服务站、镇卫生院实行镇村一体化管理的村卫生站，可作为社区医疗卫生服务中心或镇卫生院普通门诊医疗服务网点。

第二十二条 普通门诊统筹待遇按以下规定执行：

（一）参保人员按规定就医发生的普通门诊药品费用，由统筹基金按以下规定支付：

未成年人及在校学生在选定基层医疗机构门诊就医按80%比例支付；经选定基层医疗机构转诊后30日内在选定的其他医疗机构和指定专科医疗机构门诊就医按50%比例支付，未经选定基层医疗机构转诊直接到选定的其他医疗机构和指定专科医疗机构门诊就医按40%比例支付；自2022年1月1日起，经选定基层医疗机构转诊后30日内在选定的其他医疗机构和指定专科医疗机构门诊就医按55%比例支付，未经选定基层医疗机构转诊直接到选定的其他医疗机构和指定专科医疗机构门诊就医按50%比例支付。

其他居民在选定医疗机构门诊就医按60%比例支付。

（二）参保人员在经卫生健康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门诊就医，一般诊疗费按70%比例支付。

（三）统筹基金支付的普通门诊费用，未成年人及在校学生每人每年不超过1000元，其他城乡居民每人每年不超过600元。

（四）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病种统筹待遇的部分，统筹基金不再重复支付普通门诊统筹待遇。

第二十三条 大中专院校学生普通门诊也可选择按以下办法管理：

（一）大中专院校自主选择本校医疗机构或其他医疗机构（以下简称学校选定医疗机构）为本校学生提供普通门诊医疗服务，并与医疗保障经办机构签订协议。大中专院校应当制定相应的普通门诊医疗管理办法，明确管理机构及职责、门诊就医管理、就诊及费用信息登记、门诊转诊及零星报销等内容。

（二）统筹基金向大中专院校按参保学生人数限额支付普通门诊医疗保险资金（以下简称普通门诊专项资金），由大中专院校统筹管理，专款专用。普通门诊专项资金年度清算结余部分须结转使用，超支部分统筹基金不予补偿。普通门诊专项资金限额支付标准，由市医疗保障部门根据大中专院校学生实际发生的普通门诊费用情况及统筹基金收支情况确定。

（三）学校选定医疗机构按照普通门诊药品目录及社会医疗保险有关规定为大中专院校学生提供普通门诊医疗服务。大中专院校学生在学校选定医疗机构就医发生的普通门诊费用，普通门诊专项资金的支付比例不得低于90%；在其他医疗机构就医发生的普通门诊费用，普通门诊专项资金的支付比例由大中专院校自行确定。

（四）按上述办法享受普通门诊待遇的大中专院校学生因毕业、退学等情况的，可到本市医疗保障经办机构办理普通门诊医疗机构选定手续后，按规定到其选定医疗机构享受相应的普通门诊待遇。

第二十四条 参保人员在本市发生符合计划生育政策规定的生育或终止妊娠的住院医疗费用，按照本市企业职工生育保险医疗费支付的项目和目录范围及本办法规定的标准执行；统筹基金支付产前门诊检查的具体项目参照本市生育保险规定的诊疗项目执行，不分甲、乙类。

享受产前门诊检查医疗待遇的参保人员，选定1家本市生育保险指定的社会医疗保险定点医疗机构就医，产前门诊检查选点及改点手续参照普通门诊有关规定办理。产前门诊检查相关医疗费用，统筹基金按50%的标准支付，统筹基金支付每人每孕次300元。

第二十五条 参保人员住院、指定单病种、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费用，统筹基金年度累计最高支付限额为缴费基数的6倍。

第二十六条 本办法参保人员就医管理、医疗费用结算及定点医疗机构管理等规定，按照我市社会医疗保险有关规定执行。参保人员普通门诊选点规定，由市医疗保障部门会同有关部门根据国家、省有关要求，结合本市经济社会发展水平、统筹基金收支情况等适时调整。

参保人员未按规定办理异地就医备案手续发生的住院、门诊特定病种基本医疗费用，统筹基金按35%比例支付，相应的起付标准为1000元。

第二十七条 医疗保障经办机构和社会医疗保险费征收机构等部门应提高线上服务适老化水平，优化线下服务模式，保障老年人、重度残疾人等特殊人群顺畅便捷办理社会医疗保险业务。

第二十八条 建立城乡居民大病医疗保险制度，具体办法由市医疗保障部门牵头另行制订。

第二十九条 统筹基金纳入社会保障基金财政专户，单独建账，独立核算，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。

统筹基金当年出现缺口时，不足部分先从城乡居民医保基金既往结余中划拨，没有结余或结余不足时，由全市各级政府给予补贴。

第三十条 在我市居住的，广东省人才优粤卡或广州市高层次人才证持有人的未就业配偶及子女、持有永久居留证外国人以及办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民参照本办法执行。国家、省另有规定的，从其规定。

第三十一条 本办法自印发之日起施行，有效期5年。《广州市人民政府办公厅关于印发广州市城乡居民社会医疗保险办法的通知》（穗府办规〔2017〕24号）同时废止。