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试行办法的通知

穗府办〔2014〕47号

各区、县级市人民政府，市政府各部门、各直属机构：  
  《广州市城乡居民社会医疗保险试行办法》业经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市人力资源和社会保障局反映。

广州市人民政府办公厅  
2014年8月20日

广州市城乡居民社会医疗保险试行办法

第一条  为完善我市社会医疗保险体系，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》、广东省人民政府办公厅《印发广东省深化城乡医疗保障体制改革方案的通知》（粤府办〔2012〕19号）、《广州市社会医疗保险条例》，以及我市关于推进城乡一体化的有关政策精神，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  全市各级政府应当将城乡居民社会医疗保险（以下简称城乡居民医保）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。  
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。  
全市各级政府应按规定的标准为城乡居民医保提供经费保障，并纳入全市各级人力资源和社会保障部门年度预算。具体标准由市财政部门与市人力资源和社会保障部门另行制定。  
   第四条  市人力资源和社会保障部门主管本市城乡居民医保工作。区（县级市）人力资源和社会保障部门负责辖区内城乡居民医保的管理工作。  
   全市各级社会保险经办机构按职能负责城乡居民参保登记、社会医疗保险费的征收、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。  
   全市各级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。  
   全市各级民政部门和残联按职能负责组织城乡居民医疗救助对象参保及开展相关资助工作。  
   全市各级教育部门按职能配合组织发动各类学校办理参保手续。  
   街道办事处、镇政府应当为辖区居民办理参保登记或者变更手续、代收代缴个人应缴纳的社会医疗保险费等业务。  
   各类学校应当为其在校学生统一办理参保登记或者变更手续、代收代缴在校学生个人应缴纳的社会医疗保险费。  
   市、区（县级市）发展改革、科技和信息化、公安、卫生、物价、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。  
   第五条  城乡居民医保实行市级统筹，统一政策，统一管理，基金统收统支。  
   第六条  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）。  
   第七条  城乡居民医保基金筹集实行个人缴费和政府补贴相结合。  
   每一城乡居民医保年度以本市上上年度城镇居民家庭人均可支配收入和农村居民家庭人均纯收入的算术平均数为缴费基数（以下简称缴费基数）。参保人员个人按缴费基数的0.5% 缴纳社会医疗保险费；各级政府按缴费基数的1.2% 补贴参保人员社会医疗保险费，如计算结果低于国家或省规定的标准，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贴标准，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。具体调整方案由市人力资源和社会保障部门与市财政部门共同制订，并报市政府批准实施。  
   第八条  政府补贴社会医疗保险费所需的资金，由各级政府共同分担，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助。  
   第九条  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（大中专院校学生除外），由本人或代理人根据申请人救助身份类别到所属街道（镇）民政部门或残联办理参保登记手续。  
  （三）除按本条第（一）、（二）项方式参保的在校学生外，其他在校学生由学校统一到社会保险经办机构或所属街道（镇）公共服务机构办理参保登记手续。除按本条第（一）、（二）项方式参保的本市户籍幼儿外，其他本市户籍在园幼儿可由所在幼儿园统一到社会保险经办机构或所属街道（镇）公共服务机构办理参保登记手续。  
  （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（大中专院校学生除外），由民政部门或残联负责缴纳社会医疗保险费。  
  （三）除按本条第（一）、（二）项方式参保的在校学生外，其他在校学生由所在学校统一代收代缴学生个人应缴纳的社会医疗保险费。各类学校应在办理参保登记时向社会保险经办机构或街道（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。各类幼儿园可为其本市户籍在园幼儿代收代缴个人应缴纳的社会医疗保险费（按本条第（一）、（二）项方式参保的本市户籍在园幼儿除外），并在办理参保登记时向社会保险经办机构或街道（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。  
  （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。  
   第十一条  全市各级政府和医疗救助金提供的城乡居民医保参保补贴资金应按时足额划入社会保障基金财政专户。  
上述补贴资金的具体分担、划拨办法由市财政部门会同市人力资源和社会保障、民政部门另行制订并报市政府批准后实施。  
   第十二条  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）经社会保险经办机构审核确认需在当年度内缴费参保的其他人员。  
   第十三条  城乡居民医保参保人员可按规定享受住院、指定单病种、门诊特定项目、门诊指定慢性病、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。  
   第十四条  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。  
   新出生婴儿在出生后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。  
   未参加本市城乡居民医保的新入学学生，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。  
   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。  
   第十五条  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、门诊特定项目、门诊指定慢性病、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。  
   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。  
   第十六条  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% 。  
   第十七条  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 300元，二级医疗机构 600元，三级医疗机构1000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。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。  
   第十八条  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：  
  （一）未成年人及在校学生按一级医疗机构85% 、二级医疗机构75% 、三级医疗机构65% 的比例支付。  
  （二）其他城乡居民按一级医疗机构85% 、二级医疗机构70% 、三级医疗机构55% 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。  
   第十九条  参保人员按规定就医发生指定单病种、门诊特定项目基本医疗费用，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，由市人力资源和社会保障部门会同市财政、卫生部门另行制定，并向社会公布。  
   本办法实施后，原城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗超出门诊特定项目指定病种范围且已审批的参保人员仍按原标准享受待遇，但不再审批新增待遇享受人员。  
   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。  
   第二十条  参保人员按规定就医发生的门诊指定慢性病门诊专科药费，统筹基金按基层医疗卫生机构70% 、其他定点医疗机构50% 的比例支付。  
   统筹基金每人每病种当月最高支付50元，超出部分由参保人员支付。统筹基金月度支付限额，当期有效，不滚存、不累计。  
   患有多种门诊指定慢性病的参保人员，最多选择其中 3个病种享受相应的医疗保险待遇。参保人员患病住院期间不得同时享受门诊指定慢性病医疗保险待遇。  
   指定慢性病病种范围、准入标准、药品目录范围按照我市职工社会医疗保险有关规定执行。  
   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（以下简称基层选定医疗机构），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（以下简称其他选定医疗机构）。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  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：  
  （一）未成年人及在校学生在基层选定医疗机构门诊就医按80% 比例支付；经基层选定医疗机构转诊后30日内在其他选定医疗机构和指定专科医疗机构就医按50% 比例支付；未经基层选定医疗机构转诊直接到其他选定医疗机构和指定专科医疗机构就医按40% 比例支付。  
  （二）其他居民在基层选定医疗机构门诊就医按60% 比例支付。  
  （三）参保人员在经卫生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。  
  （四）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。  
  （五）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。  
   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，并与社会保险经办机构签订协议。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，由市人力资源和社会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，可到本市社会保险经办机构办理普通门诊选定医疗机构手续后，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保险定点医疗机构就医。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  参保人员以下异地就医情形，可按规定享受相应的城乡居民医保待遇：  
  （一）长期异地就医：参保人员在境内同一异地居住半年以上，并办理了异地就医确认手续，因病在异地选定的当地医疗保险定点医疗机构（以下简称异地医疗机构）就医。  
  （二）异地急诊：参保人员在境内异地医疗机构急诊住院或急诊留观。  
  （三）学生异地就医：在校学生休假、因病休学期间回到户籍所在地，或在异地分校学习、实习期间在异地医疗机构就医。  
  （四）异地转诊：参保人员经审批后转外地治疗的。  
  （五）符合政策规定的其他异地就医情形。  
参保人员未经确认的长期异地就医、异地转诊发生住院、门诊特定项目和门诊指定慢性病的基本医疗费用，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  参保人员就医管理、医疗费用结算及定点医疗机构管理等办法，按照《广州市社会医疗保险条例》和我市社会医疗保险有关规定执行。  
   第二十八条  建立城乡居民大病医疗保险制度，具体办法由市人力资源和社会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。  
统筹基金出现收不抵支时，由各级政府给予补贴。  
   第三十条  在增城市行政区域内参加城乡居民医保人员（大中专院校学生除外），2015年按本办法第七条规定的个人缴费标准的80% 缴纳社会医疗保险费。在从化市行政区域内参加城乡居民医保人员（大中专院校学生除外），2015、2016年分别按本办法第七条规定的个人缴费标准的60% 、80% 缴纳社会医疗保险费。上述两市的政府补贴按广州市统一标准执行。  
   第三十一条  本办法自 2015年 1月 1日起施行，有效期 3年。有效期届满，根据实施情况依法评估修订。广州市人民政府办公厅《印发广州市城镇居民基本医疗保险试行办法的通知》（穗府办〔2011〕24号）、《广州市人民政府办公厅关于调整广州市城镇居民基本医疗保险有关规定的通知》（穗府办〔2013〕38号）同时废止。  
   2014年9月1日至2014年12月31日期间我市城镇居民基本医疗保险有关缴费、待遇标准及参保缴费办法按市人力资源和社会保障局、财政局有关通知执行。  
   2015年度城乡居民参保缴费时间为2014年 9月至 2014年 12月。