

附件

广东省医疗保障待遇清单 (2022年版)

一、基本制度

(一) 基本医疗保险制度。

1. 职工基本医疗保险(以下简称职工医保):为职工提供基本医疗保障的制度安排。

2. 城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保):为未参加职工医保或其他医疗保障制度的全体城乡居民提供基本医疗保障的制度安排。

(二) 补充医疗保险制度。

1. 居民大病保险:对居民医保参保患者发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

2. 职工大额医疗费用补助(含部分市的职工大病保险):对参保职工发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

3. 公务员医疗补助参照清单管理。企业事业单位自行筹资建立的补充医疗保险等暂不纳入清单管理。

(三) 医疗救助制度。

1. 对救助对象参加居民医保的个人缴费部分给予资助。

2. 对救助对象经基本医疗保险、补充医疗保险支付后,个人及其家庭难以承受的符合规定的自付医疗费用给予救

助。

二、基本政策框架

（一）基本参保政策。

1. 参保范围。

1.1 职工医保：覆盖所有用人单位职工。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保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医保。

领取失业保险金期间的失业人员、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），应当按照规定参加职工医保。

1.2 居民医保：覆盖除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民。根据国家和省政策要求，落实我省居住证持有人、在我省居住且办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民在居住地参加居民医保的政策。

2. 医疗救助资助参保人员范围。

特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员等困难人员。特困人员资助标准按国家待遇清单要求执行，其他救助对象资助标准由省根据实际确定。

（二）基本筹资政策。

1. 筹资渠道。

1.1 职工医保：职工医保由用人单位和个人按规定缴费。灵活就业人员参加职工医保，由个人按规定缴费。

1.2 居民医保：个人缴费和政府补助相结合。

1.3 医疗救助：通过各级财政补助、彩票公益金、社会捐助等多渠道。

2. 缴费基数。

2.1 职工医保用人单位缴费基数为本单位职工缴费工资总额，个人缴费基数为本人工资收入。生育保险缴费基数与职工医保一致。灵活就业人员参加职工医保，以个人申报的工资收入为缴费基数。

各市以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资（以各市城镇非私营单位就业人员平均工资和城镇私营单位就业人员平均工资加权计算）为依据核定缴费基数上下限，上限按照本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 300%确定，下限按照本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 60%确定。各市应在 2022 年底前将缴费基数政策调整到位。

2.2 失业人员领取失业保险金期间，在失业保险关系所在地参加职工医保，以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，应当缴纳的职工医保费从失业保险基金中支付，个人不缴纳基本医疗保险费。

2.3 因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工，在伤残津贴领取地参加职工医保，以工伤职工伤残津贴为缴费基数，应当由用人单位缴纳的职工医保费按照规定由用人单位或工伤保险基金支付，个人按规定缴费。

3. 筹资标准。

3.1 职工医保:

3.1.1 统账结合职工医保: 用人单位费率为 6%左右, 具体费率由省医疗保障局根据我省经济发展和基金收支情况确定, 全省统一执行, 各市不得自行调整。现行规定低于 5%的市, 2022 年底前提高至 5%。个人费率为 2%, 2022 年底调整到位。

3.1.2 单建统筹职工医保: 逐步统一单建统筹职工医保费率, 费率与统账结合职工医保用人单位费率一致。现行规定低于 2%的市, 2022 年底前提高至 2%及以上。

3.2 居民医保: 国家和省制定最低标准, 各市按照不低于国家和省的标准确定本市标准。缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。优化个人缴费和财政补助结构, 财政补助标准与个人缴费标准达到 2:1 以内。

4. 医保年度。医保年度自公历 1 月 1 日起至 12 月 31 日止。2022 年底调整到位。

5. 缴费年限。逐步统一职工医保缴费年限, 到 2030 年 1 月 1 日, 全省累计缴费年限统一为男职工 30 年, 女职工 25 年。

未达前款规定的市, 从 2022 年开始, 在本市 2021 年缴费年限政策的基础上, 逐年均衡调整本市职工医保累计缴费年限。

(三) 基本待遇支付政策。

各市因地制宜, 在国家和省规定范围内制定起付标准、支付比例和最高支付限额等基本待遇支付政策。职工医保个

人账户改革由省根据国家部署要求统一推进，各市不得自行制定个人或家庭账户政策。

1. 待遇享受时间。

1.1 职工医保：

1.1.1 职工医保按月缴费，在职职工自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。

1.1.2 失业人员在领取失业保险金期间享受相应的职工医保待遇，自符合失业保险金领取条件的次月起享受待遇。

1.1.3 已连续参加我省基本医疗保险2年及以上的灵活就业人员，中断缴费3个月内（含）参加职工医保的，各市不设置待遇享受等待期；中断缴费时间超过3个月后参加职工医保的，各市可设置不超过6个月的待遇享受等待期。

1.2 居民医保：

1.2.1 居民医保原则上按年缴费，每年9-12月份集中办理下一年度居民参保手续，从次年1月1日起享受待遇。有条件的市可按月缴费，原则上自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。

1.2.2 个人缴费部分由政府资助参保的困难人员、经审核符合条件的新生儿、已办理职工医保中止手续的人员、新迁入统筹区户籍人员、中途转入统筹区就读学生、刑满释放人员、退役士兵等特殊群体，在当年医保年度内可以按规定中途参加居民医保，办理参保缴费手续。

其中，新生儿可于出生6个月内在户籍地或居住地参加居民医保，其出生到参保前所发生的医疗费用给予支付；新

生儿出生 6 个月内死亡无法办理户籍的，可凭死亡医学证明在父亲或母亲户籍地参加居民医保。

2. 住院待遇支付政策。

2.1 起付标准：基本医疗保险的起付标准原则上不高于全省上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的 10%。适当拉开不同级别医疗机构的差距。

2.2 支付比例：参保人在本市就医，对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，职工医保政策范围内支付比例达到 80%左右，其中一级及以下医疗卫生机构政策规定的支付比例不低于 85%、二级医疗卫生机构不低于 80%、三级医疗卫生机构不低于 75%；居民医保政策范围内支付比例达到 70%左右，其中一级及以下医疗卫生机构政策规定的支付比例不低于 85%、二级医疗卫生机构不低于 75%、三级医疗卫生机构不低于 65%。各市应在 2022 年底前将支付比例调整到位。

2.3 最高支付限额：职工医保的年度最高支付限额（叠加职工大额医疗费用补助、职工大病保险）不低于各市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的 8 倍。居民医保的年度最高支付限额（叠加居民大病保险）不低于各市上上年度居民年人均可支配收入的 8 倍。各市应在 2022 年底前将最高支付限额政策调整到位。

3. 门诊待遇支付政策。

3.1 普通门诊：对于政策范围内医疗费用，职工医保在职职工一级及以下医疗卫生机构支付比例不低于 60%，二级

医疗卫生机构不低于 55%，三级医疗卫生机构不低于 50%，退休人员支付比例适当提高。居民医保普通门诊统筹支付比例不低于 50%。

3.2 门诊特定病种：按照《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法〉的通知》（粤医保规〔2020〕4号）执行，省医疗保障部门根据医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对病种范围、待遇标准、管理服务等适时进行调整。

4. 大病保险待遇支付政策。

4.1 保障范围：参保人在一个医保年度内发生的住院、门诊特定病种医疗费用，经基本医疗保险按规定支付后，累计个人负担的合规医疗费用（含基本医疗保险最高支付限额以上的医疗费用）达到大病保险起付标准部分，由大病保险按规定支付。

4.2 起付标准：大病保险的起付标准按不高于各市上上年度居民年人均可支配收入的 50%确定。

4.3 支付比例：大病保险支付比例不低于 60%。按照医疗费用越高、支付比例越高的原则，分段设置大病保险支付比例，切实减轻大病患者的高额医疗费用负担。

4.4 倾斜政策：对符合规定的困难群体下调大病保险起付标准，并提高支付比例，不设年度最高支付限额。

5. 异地就医支付政策。

5.1 参保人除急诊、抢救外，跨省或省内跨市就医应当办理备案手续，其跨省异地就医和省内跨市就医的医疗费用

按规定支付。

5.2 不符合转诊规定直接到市外就医的，基本医疗保险、大病保险支付比例降低 10 个百分点以上。

6. 医疗救助支付政策。

6.1 保障范围：对符合医疗救助条件的救助对象发生的住院、门诊特定病种、普通门诊医疗费用，经基本医疗保险、补充医疗保险支付后，个人负担的合规医疗费用按规定予以救助。

6.2 起付标准：特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员原则上不设起付标准。符合条件的因病致贫家庭重病患者等救助对象，按各市上上年度居民年人均可支配收入的 25%左右确定年度起付标准。

6.3 救助比例：特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童按 100%比例给予救助。低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员、符合条件的因病致贫重病患者等其他救助对象按不低于 80%比例给予救助。

6.4 最高救助限额：医疗救助的年度最高救助限额不低于各市上上年度居民年人均可支配收入的 2 倍。

6.5 倾斜救助：对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经三重制度保障后政策范围内个人负担仍然较重的，给予倾斜救助，具体费用范围、起付标准、救助比例和最高救助限额由省根据实际指导各市确定。

三、基金支付的范围

基本医疗保险按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。补充医疗保险、医疗救助参照政策范围内费用范围执行。

四、其他不予支付的范围

1. 应当从工伤保险基金中支付的。
2. 应当由第三人负担的。
3. 应当由公共卫生负担的。
4. 在境外就医的。
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检。
6. 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。