

揭阳市揭东区医疗保障局 揭阳市揭东区财政局 文件

揭东医保〔2022〕5号

关于转发《关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》的通知

各镇（街道、开发区、金属城）人民政府（办事处、管委会）、各定点医疗机构：

现将《揭阳市医疗保障局 揭阳市财政局关于转发〈关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案〉的通知》（揭医保〔2022〕16号）转发给你们，请认真贯彻执行。

揭阳市揭东区医疗保障局



揭阳市揭东区财政局



2022年3月2日

揭阳市医疗保障局 揭阳市财政局 文件

揭医保〔2022〕16号

揭阳市医疗保障局 揭阳市财政局关于转发 《关于建立广东省医疗保障待遇清单 制度的实施方案》的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局，空港经济区人力资源和社会保障局，市医疗保障事业管理中心：

现将《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）转发给你们，请认真组织学习。市医疗保障局、财政局将在国家和省规定范围内对照我市现有医保政策进行清理规范。

(此页无正文)



公开方式：主动公开

抄送：揭阳市社会保险基金管理局。

揭阳市医疗保障局办公室

2022年2月24日印发

广东省医疗保障局 广东省财政厅文件

粤医保规〔2022〕3号

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

各地级以上市医疗保障局、财政局：

为公平适度保障人民群众医保权益，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范化的意见》（中发〔2020〕5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）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈贯彻落实医疗保障待遇清单制度三年行动方案（2021-2023年）〉的通知》（医保办发〔2021〕32号）等规定，结合我省实际和基本医保

省级统筹等工作要求，制定本实施方案。

一、明确任务目标

（一）总体要求。按照“确定基本保障内涵，厘清待遇支付边界，明确政策调整权限，规范决策制定流程”的总要求，建立健全医疗保障待遇清单制度，在国家统一框架下推动全省范围内医疗保障制度框架、制度名称、制度设置、政策标准、基金支付范围等规范统一，实现决策权限清晰合规、制度体系统一规范、保障标准合理均衡，确保医疗保障基金运行安全和制度可持续发展。

（二）实施步骤。

2022 年底前，统一规范基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助的三重保障制度框架和制度名称。统一规范三重保障制度中各项政策项目名称和设置。逐步规范职工基本医疗保险的缴费基数、缴费率、缴费年限等筹资政策。全省范围内以基准为参照，推动实现筹资和待遇基本均衡。各市现有各类扶贫超常规制度安排归并入医疗救助制度，相应资金统一归并入医疗救助基金。

2023 年底前，清理规范大病保险支付政策范围外费用的特殊政策。各市现有超出清单的制度安排和政策措施，按照国家和省医疗保障待遇清单要求，分门别类归入三重保障制度框架，确保待遇平稳衔接；不符合国家和省医疗保障待遇清单要求的，全部清零。

二、规范决策权限和流程

(一) 严格决策权限。省医疗保障局在国家规定范围内制定省级医疗保障待遇清单以及筹资、待遇等政策，并根据国家有关要求动态适时调整。各市在国家 and 省规定范围内制订实施细则，并负责组织落实。

(二) 建立重大决策请示报告制度。建立健全重大决策、重大问题、重要事项请示报告制度，确保上下贯通，做到令行禁止。对经济社会发展过程中的新情况、新问题，以及符合中央改革方向、地方须因地制宜探索的新机制、新办法，在按程序逐级请示报告后，鼓励各市探索。

(三) 强化督导落实。坚持激励与约束并重，对实践探索中的有益经验及时上报推广，营造良好改革氛围。建立追责问责机制，通过书面提醒、约谈、通报等方式，对未经请示擅自出台新制度政策或规定时限内未完成整改清理的，追责问责，确保医疗保障待遇清单制度落地见效。对执行不坚决、不到位、不彻底的，督促纠正，限期整改。

三、全面清理规范医保政策

(一) 坚决杜绝增量。《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)出台后，各市不允许再出台超出清单范围的制度政策。重大事项严格按照决策权限逐级上报。

(二) 全面摸查清理。各市要认真对照国家和省医疗保障

待遇清单要求，全面摸排现行制度和政策，对以往出台的与清单不相符的制度政策，由政策出台部门具体牵头完成清理规范，同国家和省政策衔接。

（三）治理过度保障。各市要巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略，健全防范因病返贫致贫长效机制，适应发展阶段和基金承受能力，实事求是确定医疗救助水平，持续治理过度保障，防止泛福利化风险，确保医疗救助制度可持续发展。

（四）信息系统同步清理。各市依托国家医疗保障信息平台，加快完成超出待遇清单范围的制度政策清理。自 2024 年 1 月 1 日起，对超出待遇清单范围的制度政策，国家医疗保障信息平台不予支持上线运行。

四、统一医疗保障制度

医疗保障待遇清单包含基本制度、基本政策，以及医保基金支付的项目和标准、不予支付的范围，根据党中央、国务院决策部署动态调整，适时发布。

（一）统一基本制度框架。依据《社会保险法》及《社会救助暂行办法》等国家法律法规和党中央、国务院决策部署要求设立的，保障群众基本医疗需求的制度安排，包括基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助。各市在基本制度框架之外不得新设制度。基本医疗保险覆盖城乡全体就业和非就业人口，公平普惠保障人民群众基本医疗需求。补充医疗保险保障参保

群众基本医疗保险之外个人负担的符合社会保险相关规定的医疗费用。医疗救助帮助符合条件的困难人员获得基本医疗保险服务并减轻其医疗费用负担。

（二）统一基本政策。主要包括参保政策、筹资政策、待遇支付政策等。参保政策主要包括参保人群范围、资助参保政策等。筹资政策主要包括筹资渠道、缴费基数、基准费率（标准）、缴费年限等。待遇支付政策包括基本医疗保险、纳入清单管理的补充医疗保险和医疗救助待遇支付政策。其中基本医疗保险待遇支付政策分为住院、门诊特定病种、普通门诊支付政策，主要包括政策范围内医疗费用的起付标准、支付比例和最高支付限额等基准待遇标准。

国家在基本医疗保障制度基础上，统一制定特殊人群保障政策。各市不得根据职业、年龄、身份等自行新出台特殊待遇政策。

（三）统一基金支付范围。执行统一的医保药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录及相应医保支付标准，各市不得自行制定目录或用变通的方法增加目录支付范围，不得调整限定支付范围。

探索政策范围外医疗费用解决途径。通过创新机制等充分挖掘医疗救助制度潜力，支持和鼓励商业保险机构、鼓励引导慈善捐赠等社会力量，多渠道减轻人民群众政策范围外费用负担。

（四）统一基金不予支付的范围。国家法律法规和党中央、国务院规定基本医疗保险和补充医疗保险不予支付的，或已有其他保障制度、经费渠道安排解决的医疗服务和项目，基金不予支付。

五、组织实施

（一）加强领导，提高认识。各市要从大局出发，深刻认识建立健全医疗保障待遇清单制度的重大意义，夯实主体责任，健全工作机制，扎实贯彻落实。要高度重视，加强领导，建立工作专班，认真落实工作责任，一级抓一级、层层抓落实，采取切实有效措施组织实施，按时、保质、高效完成各项工作任务。要健全部门协调机制，医保、财政部门严格按照各自职责，明确分工，落实责任，形成合力。2022年3月底前，各市制定出台具体工作方案并报省医疗保障局备案。

（二）加强统筹，系统推进。以推进基本医保省级统筹为总目标，以贯彻落实医疗保障待遇清单制度为抓手，统筹兼顾巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴、健全门诊共济保障机制、贯彻落实门诊特定病种政策、深化医保支付方式改革、完善医疗服务价格管理、医保经办服务标准化建设等工作，强化三重制度综合保障格局。做好风险研判，稳妥做好政策衔接过渡，实施公平适度保障，纠正过度保障和保障不足问题，实现医保制度均衡可持续发展。

（三）加强引导，平稳过渡。在工作过程中，要及时回应

社会关注，合理引导群众预期，主动做好政策解读和服务宣传，在全社会营造良好的舆论氛围。要坚持加强顶层设计和强化监督管理“两手抓”，严格基金收支预算执行，进一步加强医保基金监管，维护基金平稳运行。为及时掌握工作推进情况，各市医疗保障局按季度报送工作进展情况至省医疗保障局。

本实施方案自 2022 年 3 月 1 日起实施，有效期 3 年。此前规定与本实施方案不一致的，以本实施方案为准。

附件：广东省医疗保障待遇清单（2022 年版）



2022 年 2 月 11 日

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年底前调整到位。

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年底前调整到位。

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。

公开方式：主动公开

广东省医疗保障局办公室

2022年2月16日印发
