韶关市人民政府文件

韶府规〔2022〕18号

《韶关市基本医疗保险实施办法》（韶府规审〔2022〕19号）已经2022年11月7日韶关市人民政府第十五届31次常务会议通过，现予印发，自2023年1月1日起施行，有效期五年。

韶关市人民政府

2022年11月19日

韶关市基本医疗保险实施办法

第一章　总　则

第一条　为了完善我市基本医疗保险制度，加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，根据《中华人民共和国社会保险法》和《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5 号)等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条　基本医疗保险制度遵循下列原则:

（一）坚持覆盖全民、保障基本、尽力而为、量力而行的原则。

（二）坚持促进公平、统筹共济、稳健持续、筑牢底线、防范风险的原则。

（三）坚持职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费挂钩，基金分别建账、分账核算的原则。

（四）坚持基金以收定支、收支平衡、分级核算、风险共担的原则。实行市级统筹，推进省级统筹。

（五）坚持属地管理原则。

第三条　适用范围:

（一）职工基本医疗保险（以下简称职工医保）

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（以下简称灵活就业人员）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。

（二）城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）

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。包括我市居住证持有人、在我市居住且办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民、在我市就读的学生。

无本市居住证的非从业人员、持有《外国人永久居留证》的外国人可参照本办法规定参加我市居民医保，其医疗保险费包括个人缴费和财政补助部分均由个人负担。

第四条 韶关市医疗保障行政部门负责全市基本医疗保险的行政管理工作，县（市、区）医疗保障行政部门负责本辖区内基本医疗保险的行政管理工作。

市医疗保障经办机构负责全市基本医疗保险的经办管理工作，县（市、区）医疗保障经办机构负责本辖区内基本医疗保险的经办管理工作。

第五条 县（市、区）人民政府为本辖区内基本医疗保险工作的第一责任人。镇人民政府（街道办）负责本辖区内基本医疗保险的宣传发动和组织参保缴费及相关工作。

第六条 税务部门统一征收基本医疗保险费，教育、公安、民政、财政、人社、农业农村、卫生健康、退役军人事务、审计、市场监管、政务服务数据管理、残联、医疗保障等部门要加强沟通联系,实现信息互通、资源共享,并按照各自职责协同实施本办法。

第七条 基本医疗保险实行“六统一”的管理模式，即统一的筹资政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统。

第八条 基本医疗保险年度为自然年度，即每年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止。

第二章 参保缴费

第九条 用人单位及个人应当按时足额缴纳基本医疗保险费。不得重复参保。

第十条 职工医保由用人单位和职工按规定缴费。灵活就业人员由个人按规定缴费。

用人单位、个人应在每月月末前缴纳当月的医疗保险费。参保情况发生变化时，须及时在当月办理变更手续。因未及时缴费造成参保人员无法享受医疗保险待遇的，由用人单位、个人负责。

第十一条 职工医保的缴费标准:

（一）用人单位按本单位职工工资总额的 5.5%缴纳。在职人员按本人工资收入的 2%缴纳。

（二）灵活就业人员可按本人申报缴费工资总额的5%缴纳，或参照用人单位和职工缴费标准按本人申报缴费工资总额的7.5%缴纳。

（三）失业人员在领取失业保险金期间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，按7.5%从失业保险基金中列支，个人不缴纳基本医疗保险费。

（四）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用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。

（五）职工医保最低缴费基数不得低于本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 60%；最高不得超过本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的300%。

第十二条 2023 年的职工医保最低缴费年限累计不得少于23年，从2024年起，最低缴费年限每年增加1年，直至男职工达到30年，女职工达到25年。

第十三条 参保人员在外市参加职工医保的缴费年限可合并计算为累计缴费年限。

军人服现役年限视同职工医保实际缴费年限，与入伍前和退出现役后参加职工医保的缴费年限合并计算。

第十四条 职工医保参保人达到法定退休年龄时，缴费年限同时符合下列条件的，退休后不再缴纳职工医保费。

（一）累计缴费年限达到我市职工医保最低缴费年限。

（二）在我市参加职工医保实际缴费年限累计满 10 年。

第十五条 职工医保参保人员达到法定退休年龄时，其职工医保累计缴费年限未达到当年最低缴费年限的，按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 5.5%一次性缴纳所缺年限的医疗保险费，或按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 5.5%按月缴纳。

如用人单位愿意为其全部承担单位缴费部分的，由原单位办理。如原单位同意为其部分承担的，退休人员可将其承担的部分费用交予原单位，由原单位办理。如原单位不愿意承担的，可由参保职工按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 5.5%一次性自行缴纳，或按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 5%一次性缴纳。

第十六条 灵活就业人员达到法定退休年龄时，其职工医保缴费年限未达到当年最低缴费年限的，按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 5%一次性缴纳所缺年限的医疗保险费，或参照单位职工缴费标准按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 5.5%一次性缴纳。

第十七条 国有企业、国有控股企业、集体企业、从事生产经营事业单位，经批准实施改组转制、整体转让、关闭破产或其他形式实施“退出”安置的职工，其职工医保累计缴费年限未达到当年最低缴费年限的，可按以下方式缴纳医疗保险费:

（一）退休人员由用人单位按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 5.5%一次性缴纳所缺年限的医疗保险费。

（二）距法定退休年龄 5 年以内的人员，由用人单位先按本人当年规定的缴费标准一次性缴纳到法定退休年龄，再由用人单位按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 5.5%一次性补缴所缺年限的医疗保险费。

（三）连续工龄男满 30 年、女满 25 年的人员，按市有关分流安置政策，可参照上述距法定退休年龄 5 年以内的人员的缴费办法一次性缴纳所缺年限的医疗保险费。

第十八条 用人单位因不可抗力造成生产经营出现严重困难的,经省级人民政府医疗保障行政部门批准后,可以暂缓缴纳一定期限的医疗保险费，期限一般不超过一年。暂缓缴费期间，免收滞纳金。到期后，用人单位应当缴纳相应的医疗保险费。经批准缓缴期间不影响其职工依法享受医疗保险待遇。

缓缴期已满仍未补缴、未申请缓缴或申请缓缴未获批准的单位，从未缴费的次月起暂停支付该单位全部参保人员的医疗保险待遇。欠缴期间发生的医疗保险待遇由用人单位负担。待补缴欠费和滞纳金后，则补记个人账户和缴费年限。补缴后同时再续缴的，则从次月起可继续享受医疗保险待遇。

第十九条 居民医保年度个人缴费标准和各级财政补助标准按国家、省、市的规定进行确定。其中，特殊人群参加居民医保的个人缴费部分由政府全额资助。特殊人群包括特困供养人员、

孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、最低生活保障边缘家庭成员、防止返贫监测对象、重点优抚对象、重度残疾人、精神残疾人、智力残疾人、农村残疾人及上述残疾人所生的新生儿、普通市民所生残疾新生儿等人群。

第二十条 居民医保参保或续保时间为每年 10 月 1 日至 12 月 31 日。保费按年征收,一经缴费,待遇期内不予退费。未在规定时间内办理参保或续保手续的,只能于下一年度办理。

新生儿参保可不受时间限制，新生儿出生六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。

已办理职工医保中止手续的人员、新迁入本市户籍人员、中途转入本市就读学生、刑满释放人员、退役士兵等在当年医保年度内可中途参加居民医保。

经审核符合条件的特殊人群在当年医保年度内可中途参加居民医保。

第二十一条 城乡居民除了可以到户籍所在镇（街道）公共服务中心或者通过粤省事、粤医保、粤智助等线上渠道办理参保缴费，还可以选择以下参保缴费方式:

（一）城乡居民参保缴费可由村（居）委会具体负责,统一向居民收取或从集体经济收益分配中代扣代缴，并由村（居）委会到所在镇（街道）公共服务中心集中办理参保。

（二）全日制大学、中职、技校学生以学校为单位，由学校

统一到所在地医保经办机构办理参保缴费。

（三）福利院的孤儿由福利院统一到所在地医保经办机构办理参保缴费。

（四）特殊人群通过县（市、区）民政、农业农村、退役军人事务或者残联等部门认定其身份后，统一由认定部门于每年 8 月 25 日前报送纸质及电子名单到所在地医保经办机构统一办理，其中，年内新增的特殊人群名单由认定部门于每月 10 日前报送并办理参保。

新增的特殊人群在认定其身份前已自行参保缴费的，不退还已缴纳的保费。

第二十二条 参保居民参加职工医保、停保、关系转移、户籍信息变更等情况发生变化，需及时到原参保所在镇（街道）公共服务中心办理相关手续。

第三章 医保待遇

第二十三条 基本医疗保险待遇主要包括：住院、门诊特定病种、普通门诊统筹、职工医保个人账户、居民大病保险等待遇。普通门诊统筹、门诊特定病种、居民大病保险等具体管理办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第二十四条 基本医疗保险基金支付范围按照《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目目录》《广东省基本医疗保险、工伤

保险和生育保险医用耗材目录》等有关规定执行。

第二十五条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险统筹基金支付范围:

（一）应当从工伤保险基金中支付的。

（二）应当由第三人负担的。

（三）应当由公共卫生负担的。

（四）在境外就医的。

（五）体育健身、养生保健消费、健康体检。

（六）国家、省、市规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。遇到对经济社会发展有重大影响的，经法定程序可做临时调整。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险统筹基金先行支付。基本医疗保险统筹基金先行支付后,有权向第三人追偿。

第二十六条 基本医疗保险待遇享受时间。

（一）职工医保参保人员从参保缴费次月起享受医疗保险待遇，停止缴费次月起停止待遇。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。

（二）城乡居民参保缴费后，待遇享受时间从次年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止。出生六个月内参保缴费的新生儿待遇享受时间为出生起至当年度 12 月 31 日止；出生六个月后参保缴费的，

从缴费次月起至当年度12月31日止。中途参保人员的待遇享受时间从缴费次月起至当年度12月31日止。新增特殊人群的待遇享受时间从参保登记起至当年度12月31日止。

第二十七条 住院起付标准：一级及以下医疗机构200元、二级专科医疗机构300元、二级综合医疗机构500元、市内三级医疗机构1000元、市外三级医疗机构1600元。

参加居民医保的特殊人群起付标准减半。

第二十八条 参保人员在定点医疗机构住院治疗所发生的合规医疗费用，且符合本办法规定的起付标准以上、统筹基金年度最高支付限额以内部分，由医保基金按比例支付：

（一）职工医保。一级及以下医疗机构 90%、二级医疗机构85%、三级医疗机构80%。

（二）居民医保。一级及以下医疗机构 90%、二级医疗机构80%、三级医疗机构70%。

第二十九条 统筹基金年度最高支付限额。

（一）职工医保年度累计最高支付限额为 15 万元。职工大额医疗费用补助年度累计最高支付额度为60万元。叠加年度累计最高支付限额为75万元。

（二）居民医保年度累计最高支付限额为 25 万元。叠加居民大病保险年度累计最高支付额度可达40万元。

第三十条 职工医保个人账户待遇。

（一）在职人员个人缴费全部划入本人个人账户。

（二）灵活就业人员按本人申报缴费工资总额5%缴纳的，不设置个人账户。参照用人单位和职工缴费标准按7.5%缴纳的，以缴费工资总额的2%划入本人个人账户。

（三）失业人员以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为基数，从统筹基金中按2%划入本人个人账户。

（四）达到法定退休年龄的参保人员个人账户由职工医保统筹基金按以下规定划入:

1. 以职工身份（含参照用人单位和职工缴费标准的灵活就业人员，下同）参保累计达到当年最低缴费年限的，按2021年本市基本养老金月平均金额的2.8%划入本人个人账户；以职工身份参保累计满10年，但不足最低缴费年限的，按50%划入本人个人账户；以职工身份参保累计不满10年的，不享受个人账户待遇。

2. 以灵活就业人员身份参保的，不享受个人账户待遇。

3. 以职工身份参保的，未达到最低缴费年限选择按月缴费期间不享受个人账户待遇。

（五）按《广东省人民政府转发省劳动保障厅财政厅关于解决困难企业退休人员参加基本医疗保险有关问题实施意见的通知》（粤府办〔2007〕74号）、《关于进一步解决困难企业退休人员等医疗保障问题的通知》（粤劳社发〔2009〕27号）解决医保的困难企业退休人员不设置个人账户。

第三十一条 参保人员在定点医疗机构就医：使用乙类药品的，个人先自付5%；属于基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目，

个人先自付10%；使用进口医用耗材的，个人先自付40%。

第三十二条 参保人员住院治疗期间不得同时享受门诊特定病种一类病种和普通门诊统筹待遇。

第三十三条 参保人员在定点医疗机构急诊抢救、留院观察并收治入院治疗的合规医疗费用，与住院医疗费用合并计算为一次住院医疗费用，由基本医疗保险基金支付。

第三十四条 参保人员跨年度住院为一次住院，按出院所属年度的医保待遇标准报销及结算。住院医疗费用按实际发生时间分别计算至所属年度最高支付限额。

第三十五条 参保居民在定点医疗机构所发生的符合国家生育政策规定的生育或终止妊娠医疗费用，纳入居民医保支付范围。

第三十六条 参保人员在本市婚检机构发生的婚检费用，按120元/人的标准纳入医保基金支付。

第三十七条 城乡居民就业后应当参加职工医保。不得同时享受居民医保和职工医保待遇。

第四章 医药服务管理

第三十八条 参保人员可凭医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证等医疗保障凭证，在定点医药机构就医购药。

定点医药机构应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证。

第三十九条 定点医药机构应当实行医疗保险信息化管理，

并与国家医疗保障信息平台联网。

第四十条 医保定点医药机构实行协议管理，由医疗保障经办机构与定点医药机构签订医保服务协议。

第四十一条 定点医疗机构要严格按照协议提供医疗服务，严格把握出入院标准，做到因病施治、合理诊疗、合理用药、合理收费、优质服务。就医过程中使用自费药、自费项目、超医保支付标准服务时，应事先告知患者，并由患者或家属签名同意。

第四十二条 实行分级诊疗转诊转院制度。参保人因病情需要转诊转院的，由定点医疗机构按规定办理转诊转院手续。对于急、危重患者可视病情先行转诊转院，但应在 3 个工作日内补办上述手续。

办理转诊手续一个月内，住院起付标准连续计算。由下级医疗机构转到上级医疗机构的，在下级医疗机构已承担的起付标准连续计算到上级医疗机构起付标准中；由上级医疗机构转诊到下级医疗机构的，免收下级医疗机构住院起付标准。

第四十三条 参保人员在定点医药机构所发生的医药费用，实行即时结算，参保人员结清个人自付部分后，符合基本医疗保险支付范围的，由医疗保障经办机构与定点医药机构结算。

第四十四条 参保人员在市外就医的，应当办理异地就医备案手续。

长期异地流动就业的大型企业，可由企业为在职人员统一办理异地就医备案手续。

第四十五条 参保人员在市外定点医疗机构就医所发生的医疗费用，属于以下情形的，执行韶关市的报销比例:

（一）办理了异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作、异地转诊备案的人员，在备案所在地定点医疗机构就医的。

（二）在本市就读的学生寒暑假、因病休学期间回到户籍所在地，以及在异地分校学习、实习期间在定点医疗机构就医的。

（三）在异地急诊抢救的。

（四）严重精神障碍参保人员在异地就医的。

其他临时外出就医人员在市外定点医疗机构住院或门诊特定病种（二类病种）治疗的，报销比例相应降低20个百分点。

第四十六条 符合以下条件发生的医疗费用可作返回报销:

（一）参保人员确因急诊抢救，在非医保定点医疗机构住院发生的符合规定的医疗费用。

（二）出生六个月内参保的新生儿在参保前所发生的住院费用。

（三）其他符合国家、省规定的费用。

第四十七条 深化医保支付制度改革,以基金总额预算管理为基础,实行总额预算下按病种分值付费为主,按人头、按服务单元为辅的复合支付方式改革,控制医疗费用不合理增长。

第五章 基金监督管理

第四十八条 基本医疗保险基金的组成:

（一）职工医保

职工医保基金由统筹基金和个人账户构成，由医疗保障经办机构统一进行管理，分开核算，互不挤占。

职工医保统筹基金的组成:

1. 参保单位和参保人员缴纳的基本医疗保险费划入个人账户后的剩余部分;

2. 利息收入;

3. 滞纳金;

4. 各级财政补贴;

5. 基本医疗保险统筹基金历年结余;

6. 其他收入。

（二）居民医保

1. 参保居民个人缴纳的基本医疗保险费;

2. 各级财政补助;

3. 居民医保基金的历年结余;

4. 利息收入;

5. 社会捐赠;

6. 其他收入。

第四十九条 基本医疗保险统筹基金主要用于支付参保人员符合基本医疗保险规定的住院、门诊特定病种以及普通门诊医疗费用、建立市级风险调剂金、家庭医生签约收费服务包资金、婚检等。

居民大病保险资金筹集从居民医保统筹基金中列支。

第五十条 个人账户可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女以下费用:

（一）在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用。

（二）在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

（三）配偶、父母、子女参加居民医保等的个人缴费。

（四）参保人员本人退休时未达到职工医保最低缴费年限的缴费费用。

（五）在定点医疗机构发生的由个人负担的符合规定的中医“治未病”费用。

（六）其他符合国家、省、市规定的费用。

第五十一条 职工医保个人账户的管理:

（一）参保人员当月的个人账户资金于次月底前划入。

（二）参保人员省内跨市转移职工医保关系的，个人账户资金跨市使用，不划转、不提现。参保人员跨省转移职工医保关系的，个人账户资金原则上随其划转，特殊情况无法转移时可以划入本人银行账户。

（三）跨省异地安置退休人员经本人申请，可将个人账户资金划入本人银行账户。

（四）参保人员在参保期间应征入伍，经本人申请，个人账户资金可划入本人银行账户。

（五）参保人员死亡后，经申请，其个人账户资金可一次性划入本人银行账户，或者按规定继承。

（六）参保人员出境（包括港、澳、台地区）定居的，经本人申请，其个人账户资金可划入本人银行账户。

第五十二条 基本医疗保险基金及其利息免征税、费。其利息计算方法为:对存入收入户和支出户的活期存款实行优惠利率，按三个月整存整取定期存款基准利率计息。对存入财政专户的存款，利率比照同期居民储蓄存款利率管理。

第五十三条 基本医疗保险基金实行财政专户管理，专款专用，收支两条线，任何部门、单位和个人不得挤占、挪用。

第五十四条 各级财政部门应按居民医保实际参保缴费人数所承担的补助费用及时划入韶关市财政专户。

第五十五条 医疗保障经办部门应严格执行社会保险基金财务会计制度和预结算制度，建立健全内部管理制度，建立财政、经办机构和税务部门的收缴对账制度，加强基金收支管理。财政、审计、监察等部门按照各自职责，依法对基本医疗保险基金实施监督；医疗保障行政部门对基本医疗保险基金收支、管理和使用情况进行监督检查，检查结果应定期向社会公开，接受社会监督。

第五十六条 医疗保障经办机构、定点医药机构、商业保险机构要建立信息互通制度，有责任共同维护基本医疗保险基金合理使用和安全运行。

第五十七条 建立基本医疗保险市级风险调剂金制度。市级

风险调剂金为当年基本医疗保险筹资总额的 3%。

第五十八条 建立基本医疗保险基金周转金制度，财政部门按上年度基金月均支付额的标准,给予经办机构 2 个月的周转金,确保医保待遇按时足额支付。

第五十九条 当年基本医疗保险基金收支平衡时，出现赤字的县（市、区）政府按赤字 5%的比例承担，剩余的 95%由市级风险调剂金承担。

当年基本医疗保险基金收不抵支时，由出现赤字的县（市、区）政府按赤字比例共同承担 40%; 剩余的 60%由基本医疗保险基金历年结余和风险调剂金承担，仍不足以解决时，由市、县两级政府共同解决。

第六章 法律责任

第六十条 用人单位未按时足额缴纳医疗保险费的，由医疗保险费征收机构责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金；逾期仍不缴纳的，处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

第六十一条 税务部门擅自更改医疗保险费缴费基数、费率，导致少收或者多收医疗保险费的，由有关行政部门责令其追缴应当缴纳的医疗保险费或者退还不应当缴纳的医疗保险费；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第六十二条 违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定

的，依法依规处理。

第六十三条 任何组织或个人均有权举报、投诉定点医药机构、医疗保障经办机构、相关部门工作人员及参保人员违反基本医疗保险有关规定的行为。

第七章 附 则

第六十四条 基本医疗保险费和基本医疗保险待遇的调整，由市医疗保障行政部门会同财政、税务部门提出，经市人民政府批准后实施。

第六十五条 职工医保费和职工生育保险费合并征收。

第六十六条 突发性流行疾病和自然灾害等因素造成医保基金缺口的，由地方政府综合协调解决。

第六十七条 根据国家和省建立多层次医疗保障体系要求，建立职工大额医疗费用补助、职工大病保险和居民大病保险制度。

第六十八条 凡参加了本市职工医保的人员，必须同时参加职工大额医疗费用补助。2016 年 1 月 1 日前退休的参保人员，职工大额医疗费用补助最低缴费年限为 20 年；2016 年 1 月 1 日以后退休的参保人员，职工大额医疗费用补助不设最低缴费年限。

有能力参加职工大病保险的单位，由用人单位统一参加。

第六十九条 职工大额医疗费用补助、职工大病保险以及居民大病保险的招标由市医疗保障局按照《中华人民共和国政府采购法》等法律法规以及政府公开招标程序，委托具有资质的机构

组织公开招标。市医疗保障经办部门作为投保人与中标承保的商业保险公司签订协议，明确双方的职责和被保险人的权利及违约处理。职工大额医疗费用补助、职工大病保险以及居民大病保险公开招标连续两次不成功，则按照最后一次招标文件规定的条件向社会公告，再由医疗保障经办部门负责经办工作，市财政部门负责解决人员及办公经费问题。

第七十条 职工大额医疗费用补助、职工大病保险以及居民大病保险的缴费标准、保障范围、待遇标准另行制定，报市人民政府批准后施行。

第七十一条 市医保经办机构根据本办法制定有关经办规程。

第七十二条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第七十三条 本办法自2023年1月1日起施行,有效期五年。《韶关市城乡居民基本医疗保险实施办法》（韶府规〔2018〕12号）同时废止。

分送：省政府办公厅，省司法厅。市委常委，市长、副市长，市政府秘书长、副秘书长。

各县（市、区）人民政府，市政府各部门、各直属机构，市纪委，市委办公室，市人大办公室，市政协办公室，市中院，市检察院，韶关军分区，中省驻韶各单位。

韶关市人民政府办公室　　2022 年 11 月 21 日印发