

附件

汕头经济特区职工基本医疗保险和生育保险办法

(征求意见稿)

目 录

- 第一章 总则
- 第二章 职工基本医疗保险费和生育保险费征缴
- 第三章 职工基本医疗保险基金
- 第四章 职工基本医疗保险和生育保险服务和管理
- 第五章 职工基本医疗保险和生育保险待遇
- 第六章 法律责任
- 第七章 附则

第一章 总 则

第一条【立法目的和依据】

为完善职工基本医疗保险和生育保险制度，保障职工基本医疗需求，维护职工合法权益，促进社会和谐，根据《中华人民共和国社会保险法》以及有关法律、行政法规的基本原则，结合汕头经济特区（以下简称特区）实际，制定本办法。

第二条【适用范围】

特区职工基本医疗保险和生育保险（以下简称职工基本医疗（生育）保险）合并实施，特区内的职工基本医疗（生育）保险工作，适用本办法。

第三条【基本原则】

特区职工基本医疗（生育）保险制度遵循广覆盖、保基本、可持续发展的方针，坚持公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与经济社会发展水平相适应的原则。

第四条【政府和部门职责】

市人民政府统一领导、协调职工基本医疗（生育）保险工作。

市医疗保障行政部门负责特区职工基本医疗（生育）保险行政管理工作，组织实施本办法。市医疗保障经办机构负责具体承办职工基本医疗（生育）保险经办业务。

税务部门负责特区职工基本医疗保险费和生育保险费的统一征收管理工作。

发展改革、审计、财政、卫生健康、市场监管、公安、人力资源和社会保障、退役军人事务、工会组织等有关部门在各自职责范围内负责职工基本医疗（生育）保险相关工作。

第二章 职工基本医疗保险费和生育保险费征缴

第五条【参保登记】

用人单位应当按规定办理职工基本医疗（生育）保险登记或者变更手续，并如实申报参保人数和缴费工资。

参加职工基本医疗（生育）保险的灵活就业人员和选择按灵活就业方式缴费的退休人员，应当到职工基本医疗（生育）保险费征收机构办理缴费登记手续。

市医疗保障经办机构根据职工基本医疗（生育）保险费征收机构的缴费登记信息办理职工基本医疗（生育）保险参保登记。

第六条【缴费责任】

用人单位应当按时足额缴纳职工基本医疗（生育）保险费，职工个人应当按时足额缴纳职工基本医疗保险费，不缴纳生育保险费。职工缴纳的职工基本医疗保险费由用人单位在职工本人工资中代为扣缴。

第七条【职工医保险种】

职工基本医疗保险分为统账结合职工医保和单建统筹职工医保两个险种。

同一用人单位只能参加统账结合职工医保或者单建统筹职工医保中的一个险种。

第八条【缴费标准一】

用人单位及其职工参加统账结合职工医保的，用人单位按照本单位在职职工月缴费工资总额的7%为在职职工缴纳职工基本医疗（生育）保险费，职工按本人月缴费工资的2%缴纳职工基本医疗保险费。

用人单位及其职工参加单建统筹职工医保的，用人单位按照本单位在职职工月缴费工资总额的6%为在职职工缴纳职工基本医疗（生育）保险费，职工个人不缴费。

第九条【缴费标准二】

失业人员及灵活就业人员不缴纳生育保险费。失业人员参加统账结合职工医保，以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资（以下简称全口径月平均工资）的8%缴纳职工基本医疗保险费，所需费用由失业保险金支付。灵活就业人员参加统账结合职工医保的，按本人月收入的8%缴纳职工基本医疗保险费，参加单建统筹职工医保的，按本人月收入的5%缴纳职工基本医疗保险费，所需费用由个人承担。

第十条【缴费工资基数】

职工基本医疗（生育）保险缴费工资基数上限为本市上上年度全口径月平均工资的300%，下限为本市上上年度全口径月平均工资的60%。

职工本人月缴费工资高于（或低于）缴费工资基数上（下）限的，以缴费工资基数上（下）限为缴费基数。灵活就业人员的缴费基数在缴费工资基数上下限之间根据个人收入情况进行申报。

第十一条【最低缴费年限与缴费年限互认】

达到法定退休年龄的参保人员，其职工基本医疗保险累计缴费年限达到以下规定，且其中在特区实际缴费年限满10年的，从退休的次月起停止缴费并继续享受职工基本医疗（生育）保险待遇：

（一）2022年12月31日前退休的人员，累计缴费年限满20年；

（二）2023年退休的人员，男职工累计缴费年限满21年，女职工累计缴费年限满20年；

（三）2024年退休的人员，男职工累计缴费年限满22年，女职工累计缴费年限满20年；

（四）2025年退休的人员，男职工累计缴费年限满23年，女职工累计缴费年限满20年；

（五）2026年退休的人员，男职工累计缴费年限满24年，女职工累计缴费年限满21年；

（六）2027年退休的人员，男职工累计缴费年限满25年，女职工累计缴费年限满22年；

（七）2028年退休的人员，男职工累计缴费年限满26年，女职工累计缴费年限满23年；

（八）2029年退休的人员，男职工累计缴费年限满28年，女职工累计缴费年限满24年；

（九）2030年1月1日起退休的人员，男职工累计缴费年限满30年，女职工累计缴费年限满25年。

参保人员办理退休（含符合规定的提前退休）时，不满前

款规定缴费年限的，可由退休前所在用人单位或其本人继续缴费至规定年限后，停止缴费并继续享受职工基本医疗（生育）保险待遇。

参保人员在各统筹地区参加职工基本医疗保险的缴费年限互认，合并计算为累计缴费年限。

军人服现役年限视同职工基本医疗保险实际缴费年限，与入伍前和退出现役后参加职工基本医疗保险的缴费年限合并计算。

第十二条 【退休人员缴费标准】

参保人员达到法定退休年龄时，其职工基本医疗保险缴费未达到规定年限继续参保的，不缴纳生育保险费，职工基本医疗保险费可选择按月或一次性缴费至规定年限，以本市上上年度全口径月平均工资为缴费基数，参加统账结合职工医保的，缴费比例为6%；参加单建统筹职工医保的，缴费比例为5%。

第十三条 【退休人员停止缴费条件】

参保人员达到法定退休年龄时累计缴费达到规定年限的，退休后不再缴纳职工基本医疗保险费，按本办法享受职工基本医疗（生育）保险待遇。

第十四条 【用人单位终止时清缴欠费义务】

用人单位因依法破产、撤销、解散、关闭或者其他原因终止的，依照国家有关法律、法规的规定，清偿其欠缴的职工基本医疗（生育）保险费及滞纳金。

第三章 职工基本医疗保险基金管理

第十五条【基金征集原则】

职工基本医疗保险基金按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则征集，实行市级统筹，在特区范围内统一制度、统一标准、统一管理、统一使用。

第十六条【基金管理】

职工基本医疗保险基金纳入社会保障基金财政专户，独立建账，独立核算，实行收支两条线管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。

生育保险基金并入职工基本医疗保险基金。职工基本医疗保险基金包括职工医疗保险统筹基金和个人账户。

职工基本医疗保险统筹基金待遇支出中设置职工基本医疗保险统筹待遇、职工生育保险待遇、大病保险费等支出项目。

第十七条【基金核算管理】

职工基本医疗保险基金的统筹账户和个人账户应当按照各自的支付范围分别核算，不得互相挤占。

第十八条【基金预算管理】

医疗保障经办机构应当按时向医疗保障行政部门和财政部门报送职工基本医疗保险基金财务报表。

禁止使用职工基本医疗保险基金平衡财政预算。

第四章 职工基本医疗保险和生育保险服务和管理

第十九条【定点管理制度】

职工基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店管理。医疗保障经办机构负责确定定点医疗机构和定点零售药店，承担定点医疗机构和定点零售药店的申请受理、准入评估、协商签约、费用结算、协议管理等具体工作。参保人员可以在定点医疗机构就医、购药，也可以持处方在定点零售药店购药。

第二十条【服务协议签订】

定点医疗机构和定点零售药店应当与医疗保障经办机构签订服务协议，明确双方的权利和义务。

第二十一条【定点机构信息管理】

定点医疗机构和定点零售药店应当完善信息管理系统建设，配备必要的系统终端设备，实现与国家医疗保障信息平台联网运行。

第二十二条【医疗费用结算】

参保人员在定点医疗机构门诊就医、购药或者在定点零售药店购药发生的费用，属于职工基本医疗保险基金支付范围的，由定点医疗机构和定点零售药店按规定记账，再与医疗保障经办机构结算；属于个人账户支付范围的，由定点医疗机构和定点零售药店按规定结算。

参保人员住院就医发生的医疗费用，属于职工基本医疗保险基金支付的，由定点医疗机构按规定记账并与医疗保障经办机构结算；属于个人支付的费用，由定点医疗机构与个人结算，其中属于个人账户支付范围的，可按规定由个人账户支付。特殊情况下不能记账的，由参保人员先垫付后再到医疗保障经办机构报销。参保人员应当于出院之日起12个月内到医疗保障经办机构办理报销手续，其中报销生育医疗费用的应当在分娩、

终止妊娠或者施行计划生育手术次日起3年内，逾期医疗保障经办机构不予受理。

第二十三条【异地就医备案】

办妥异地就医备案手续的参保人员，在备案就医地就医发生的医疗费用按规定纳入职工基本医疗保险基金支付范围。

第二十四条【合理诊疗原则】

定点医疗机构应当坚持合理治疗、合理检查、合理用药的原则，合理控制医疗费用。不得以医疗费用达到或者超过规定标准为由，要求未达到出院标准的参保人员出院；不得将参保人员同一次住院的医疗费用分解成多次住院结算。

第二十五条【定点机构管理】

定点医疗机构和定点零售药店应当严格执行职工基本医疗保险（生育）保险制度以及有关价格政策、标准的规定，加强内部管理，自觉接受医疗保障行政部门、医疗保障经办机构以及其他有关部门的监督检查，按要求提供所需要的资料。

医疗保障经办机构应当对定点医疗机构和定点零售药店实行动态管理。

第二十六条【举报奖励】

对违反职工基本医疗保险（生育）保险规定的行为，任何单位或者个人有权向医疗保障行政部门或者其他有关部门机构举报。医疗保障行政部门或者其他有关部门机构应当对举报内容进行调查、核实和处理。对涉嫌欺诈骗取职工基本医疗保险基金的行为进行举报的按照规定给予奖励。

第五章 职工基本医疗保险和生育保险待遇

第二十七条【参保人员享受待遇时间】

参保人员按下列规定的时间享受职工基本医疗（生育）保险待遇：

（一）在职职工、由退休前所在用人单位继续缴费的退休人员以及符合规定的失业人员（以下简称单位缴费人员），从缴费的次月1日起享受职工基本医疗（生育）保险待遇。

（二）灵活就业人员和选择按灵活就业方式缴费的退休人员，符合下列条件之一的，从缴费的次月1日起享受职工基本医疗（生育）保险待遇。

1. 特区城乡居民基本医疗保险参保人员在城乡居民基本医疗保险待遇享受期内按灵活就业人员方式参保的；

2. 已连续2年以上参加特区基本医疗保险，在停止缴费3个月内由城乡居民基本医疗保险转按灵活就业人员参加职工基本医疗（生育）保险的；

3. 单位缴费人员在停止缴费的3个月内，按灵活就业人员方式参保接续的。

（三）其他灵活就业人员参加统账结合职工医保的，从缴费的次月1日起享受个人账户待遇和普通门诊统筹待遇，从连续缴费的第7个月起享受职工基本医疗（生育）保险全部待遇；参加单建统筹职工医保的，从缴费的次月起享受普通门诊统筹待遇，从连续缴费的第7个月起享受除个人账户外的职工基本医疗（生育）保险全部待遇。

未按规定足额缴纳职工基本医疗（生育）保险费的，自停止缴费次月起停止享受职工基本医疗（生育）保险待遇。

第二十八条【职工基本医疗（生育）保险保障范围】

参保人员可按下列保障范围享受职工基本医疗（生育）保险待遇：

（一）职工基本医疗保险保障范围。

1. 参加统账结合职工医保的在职职工（含灵活就业人员）、失业人员和享受统账结合退休待遇的人员按规定享受个人账户，以及住院、普通门诊统筹、门诊特定病种等统筹待遇；

2. 参加单建统筹职工医保的在职职工（含灵活就业人员）和其他退休参保人员按规定享受住院、普通门诊统筹、门诊特定病种等统筹待遇。

（二）生育保险保障范围。

1. 在职职工的生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴；

2. 符合规定的失业人员、灵活就业人员和退休人员，可按规定享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴；

3. 符合规定的职工未就业配偶按规定享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴。

第二十九条【个人账户待遇】

参保人员参加统账结合职工医保的，医疗保障经办机构应当为参保人员建立个人账户。参保人员参加单建统筹职工医保的，不建立个人账户。

在职职工个人账户由个人缴纳的职工基本医疗保险费计入，月计入标准为本人参保缴费月工资基数的 2%。灵活就业人员参加统账结合职工医保的，个人账户计入标准参照执行。

可享受特区统账结合职工医保的退休人员，个人账户按定额划入并固化，划入金额为每人每月 118 元。

第三十条【基金支付范围一】

下列情况发生的医疗费用，属于职工基本医疗保险基金支付范围的，由职工基本医疗保险基金和参保人员按规定共同支付：

（一）参保人员在特区定点医疗机构住院就医的；

（二）参保人员因急诊、抢救需要在非定点医疗机构住院就医的；

（三）参保人员因病情需要到特区以外定点医疗机构住院就医的。

参保人员办妥常住异地备案手续在备案就医地定点医疗机构就医的，视同在特区定点医疗机构就医。

第三十一条【基金支付范围二】

参保人员在门诊发生的医疗费用由个人账户按规定支付或者现金支付，符合普通门诊统筹、门诊特定病种管理规定的由职工基本医疗保险基金支付。

第三十二条【基金支付范围三】

参保人员在门（急）诊（或者留院观察）期间死亡的医疗费用，不设起付标准，由职工基本医疗保险基金参照住院的规定支付。

第三十三条【住院起付标准】

参保人员住院就医起付标准设定如下：

特区内医疗机构：三级医疗机构 1000 元，二级医疗机构 400 元，一级医疗机构（含未定级别的医疗机构）200 元。特区以外医疗机构 1000 元。

第三十四条【起付标准特殊情形】

参保人员每次住院就医时，起付标准以下的医疗费用由个人自付，特殊情况按以下办法处理：

（一）一个职工医保结算年度内因恶性肿瘤、精神病、血友病或者再生障碍性贫血在特区定点医疗机构多次住院就医的，只需支付首次住院时起付标准以下费用；

（二）在特区定点医疗机构之间转院治疗的，按一次住院支付起付标准以下的费用，转入医院起付标准高于转出医院的，应当补交差额部分的费用。

第三十五条【基金支付比例】

参保人员住院发生的起付标准以上基本医疗费用，由职工基本医疗保险基金按以下比例支付：

（一）参保人员在特区定点医疗机构或者因急诊、抢救需要在特区非定点医疗机构住院就医的，三级、二级、一级及以下医院对应的支付比例分别为 80%、85%、90%；享受退休医保待遇人员的，支付比例分别为 84%、88%、92%；

（二）参保人员办理异地转诊手续在特区以外定点医疗机构住院就医的，支付比例为 72%；享受退休医保待遇人员的，支付比例为 76%；

（三）参保人员未办理异地转诊手续在特区以外定点医疗机构住院就医或者因急诊、抢救需要在特区以外非定点医疗机构住院就医的支付比例为 65%。

第三十六条【生育保险待遇一】

参保人员在特区定点医疗机构发生符合规定的产前检查，由职工基本医疗保险基金 100% 支付。

参保人员在转诊就医地定点医疗机构发生符合规定的产前检查费用，由职工基本医疗保险基金按参保人员职工医保转诊住院支付比例支付。

除上述情形以外的产前检查费用，职工基本医疗保险基金不予支付。

第三十七条【产前检查支付限额】

职工基本医疗保险基金对产前检查费用设定支付限额，其中职工参保人员每孕次支付限额为 2000 元，职工未就业配偶每孕次支付限额为 1000 元。

第三十八条【生育保险待遇二】

参保人员发生符合规定的生育医疗费用按以下规定支付：

（一）参保人员在特区定点医疗机构或者因急诊、抢救需要在特区非定点医疗机构生育或施行计划生育手术发生符合规定的基本医疗费用，由职工基本医疗保险基金支付；

（二）参保人员办理异地转诊手续在特区以外定点医疗机构生育或施行计划生育手术发生符合规定的基本医疗费用，支付比例为 72%；享受退休医保待遇人员的，支付比例为 76%；

（三）参保人员未办理异地转诊手续在特区以外定点医疗机构住院就医或者因急诊、抢救需要在特区以外非定点医疗机构生育或施行计划生育手术发生符合规定的基本医疗费用的，支付比例为 65%。

第三十九条【生育保险待遇三】

参保人员享受待遇期间其未就业配偶的生育医疗费用，由职工基本医疗保险基金按以下标准支付：

（一）符合规定的产前检查及门诊施行计划生育手术的医疗费用按 50%的比例支付；

（二）住院的生育医疗费用按特区城乡居民基本医疗保险参保人员住院的待遇标准执行。

第四十条【生育医疗费用保障】

符合国家和省规定的药品、诊疗项目和医用耗材支付范围的生育医疗费用，按照生育保险规定支付。其他医疗费用，按照职工基本医疗保险的有关规定执行。

第四十一条【生育保险待遇四】

在职职工按规定享受生育津贴。生育津贴按照职工生育或者施行计划生育手术时用人单位上年度职工月平均工资除以 30 再乘以规定的假期天数计发。用人单位无上年度月平均工资的，生育津贴以本单位本年度职工月平均工资为基数计算。

生育产假津贴、计划生育休假津贴的假期天数按《广东省职工生育保险规定》的规定执行。

第四十二条【统筹基金年度最高支付限额】

一个医保结算年度内，职工基本医疗保险基金支付参保人员门诊特定病种及住院待遇等的最高支付限额根据其连续参保缴费的时间确定：

1、连续参保缴费时间在 12 个月以下的，年度累计最高支付限额为 10 万元；

2、连续参保缴费时间超过 12 个月的，年度累计最高支付限额为 40 万元。

连续参保缴费时间是指从参保缴费当月至其医疗费用发生当月的实际参保缴费时间（不含补缴清缴费时间），其中参保人员中断缴费不满3个月部分视为连续参保，中断缴费3个月以上，视为新参保。参保人员住院时间跨年度的，职工基本医疗保险待遇按年度分段计算，按一次住院计算起付标准。

职工基本医疗保险基金支付普通门诊统筹待遇、生育保险待遇不计入职工基本医疗保险年度最高支付限额。

第四十三条【退休人员待遇标准】

符合本办法第十三条的退休人员，在特区累计参加统账结合职工医保的缴费年限10年以上的，享受统账结合职工医保待遇，其他人员享受单建统筹职工医保待遇。

已办理退休（含符合规定的提前退休）但缴费未满规定年限的参保人员，选择逐月缴费的，逐月缴费期间不计发个人账户，按在职职工标准享受职工基本医疗保险待遇；选择一次性缴费达到规定年限的，按本办法规定的退休人员标准享受职工基本医疗保险待遇。

第四十四条【保险费的补缴清缴与待遇追溯】

用人单位因未按规定为职工参加职工基本医疗（生育）保险办理补缴的，按照申请补缴时特区职工基本医疗（生育）保险缴费比例及本市上上年度全口径月平均工资为缴费基数补缴，不计滞纳金，补缴后职工的缴费年限累计计算。

用人单位及其职工按统账结合职工医保缴费比例补缴的，职工个人缴费的部分在补缴费到账的次月一次性划入职工个人账户，除符合国家和省转移接续办法规定的可追溯情形外，其他情形的职工基本医疗（生育）保险待遇不予追溯。

用人单位或参保人员清缴欠缴的职工基本医疗（生育）保险费，自办理清缴时欠缴时间 3 个月以下部分，参保人员可享受的职工基本医疗（生育）保险待遇予以追溯；欠缴时间超过 3 个月的，参保人员可享受的职工基本医疗（生育）保险待遇不予追溯。

第四十五条【不予支付情形】

有以下情形的，职工基本医疗保险基金不予支付：

- （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）参保人员非因急诊、抢救需要在非定点医疗机构就医的；
- （七）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第六章 法律责任

第四十六条【未办理参保登记的责任】

用人单位不办理职工基本医疗（生育）保险登记的，由医疗保障行政部门责令限期改正；逾期不改正的，对用人单位处应缴职工基本医疗（生育）保险费数额一倍以上三倍以下的罚款，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员处五百元以上三千元以下的罚款。

用人单位未为职工办理职工基本医疗（生育）保险登记的，职工应当在知道或者应当知道权利被侵害之日起三年内向医疗保障行政部门投诉、举报；要求办理的职工基本医疗（生育）保险登记超过三年的，医疗保障行政部门不予受理。

第四十七条 【未按时足额缴费的责任】

用人单位未按时足额缴纳职工基本医疗（生育）保险费的，由税务部门责令限期缴纳或补足，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，由税务部门处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

职工认为用人单位未为其按时足额缴纳职工基本医疗（生育）保险费的，应当在知道或者应当知道权利被侵害之日起三年内向税务部门投诉；要求足额缴纳的职工基本医疗（生育）保险费超过三年的，税务部门不予受理。

第四十八条 【定点医药机构违约责任】

定点医疗机构、定点零售药店违反与医疗保障经办机构签订的服务协议，由医疗保障经办机构按照服务协议规定处理，并及时报告同级医疗保障行政部门。医疗保障行政部门发现定点医疗机构、定点零售药店存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照服务协议处理，经办机构应当及时按照服务协议处理。应当按照《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规规章处理的，由医疗保障行政部门按照有关规定处理。

第四十九条 【参保人员法律责任】

参保人员有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成职工基本医疗保险基金损失的，责令退回；暂停其医疗费用联网结算 3 个月至 12 个月：

(一) 将本人的职工基本医疗（生育）保险凭证交由他人冒名使用；

(二) 重复享受职工基本医疗（生育）保险待遇；

(三) 利用享受职工基本医疗（生育）保险待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。

第五十条【医疗保障经办机构及其工作人员法律责任】

医疗保障经办机构及其工作人员违反本办法，挪用职工基本医疗保险基金，随意拖欠、减少或者增加职工基本医疗（生育）保险待遇费用的，由医疗保障行政部门责令其改正，对直接负责的主管人员或其他直接责任人员给予行政处分；构成犯罪的，依法追究其刑事责任。

第五十一条【医疗保障行政部门及其工作人员法律责任】

医疗保障等行政部门及其工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，造成职工基本医疗保险基金损失的，追回经济损失，对相关责任人依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五十二条【其他法律责任】

其他医疗保障违法行为，法律、法规和规章已有处罚规定的，从其规定。

第七章 附 则

第五十三条【授权条款】

职工基本医疗（生育）保险费的征收标准、职工基本医疗保险基金的起付标准和最高支付限额、职工基本医疗（生育）保险待遇标准等需要调整时，由市医疗保障行政部门会同相关部门拟订调整方案后报市人民政府批准并公布。

第五十四条【配套办法】

大病保险、普通门诊统筹、门诊特定病种等管理办法另行制定。

医疗费用结算办法由市医疗保障行政部门会同财政、卫生健康等部门制定。

第五十五条【补充医疗保险】

用人单位可以按有关规定建立补充医疗保险制度，或者采取其他形式适当减轻本单位职工的医疗费用负担。

第五十六条【工伤职工参保规定】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）参加职工基本医疗（生育）保险适用本办法。

第五十七条【定义条款】

本办法中下列用语的含义：

（一）统账结合职工医保，是指同时建立职工基本医疗保险基金统筹账户和个人账户的职工基本医疗（生育）保险；

（二）单建统筹职工医保，是指只建立职工基本医疗保险基金统筹账户，不建立个人账户的职工基本医疗（生育）保险；

（三）缴费工资是指参保人员申报个人所得税的工资、薪金额；

(四) 职工医保结算年度为每年1月1日至12月31日。

第五十八条【突发灾难医疗费用】

突发性疾病流行和自然灾害等因素所造成的大范围急、危、重伤病员抢救的医疗费用，由市人民政府综合协调解决。

第五十九条【施行时间】

本办法自 年 月 日起施行，《汕头市城镇职工基本医疗保险规定》同时废止。