

汕头经济特区职工基本医疗保险 和生育保险规定

(2022 年 12 月 12 日汕头市人民政府令第 205 号公布 自
2023 年 2 月 1 日起施行)

第一章 总 则

第一条 为了完善职工基本医疗保险和生育保险制度，保障职工基本医疗以及职工生育和实施计划生育手术期间的基本生活和基本医疗，维护职工合法权益，促进社会和谐，根据国家和省规定，结合汕头经济特区（以下简称特区）实际，制定本规定。

第二条 本规定适用于特区范围内的职工基本医疗保险和生育保险及其相关管理活动。

国家、省对职工基本医疗保险和生育保险另有规定的，从其

规定。

第三条 职工基本医疗保险和生育保险合并实施。

用人单位应当为职工办理职工基本医疗保险和生育保险的参保手续。领取失业保险金期间的失业人员（以下简称失业人员）、被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工（含保留劳动关系和办结伤残退休手续的人员）应当参加职工基本医疗保险和生育保险。灵活就业人员和已办结退休手续但是未达到累计缴费年限要求的人员，可以以灵活就业人员身份参加职工基本医疗保险和生育保险。

按照本规定参加职工基本医疗保险和生育保险的人员统称参保人。

第四条 用人单位可以按照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职工的医疗费用负担。

第五条 市医疗保障行政部门负责特区职工基本医疗保险和生育保险管理工作，组织实施本规定。

市医疗保障经办机构具体承办职工基本医疗保险和生育保险的登记、个人权益记录、保险待遇支付等保险经办事务，负责提供保险业务咨询、查询等服务。

税务机关负责职工基本医疗保险费和生育保险费的征收管

理工作。

市、区（县）人民政府有关部门按照各自职责，依法做好职工基本医疗保险和生育保险相关工作。

第二章 保险费征缴

第六条 用人单位和以灵活就业人员身份参保的人员，应当依法向税务机关如实申报参保人人数和缴费工资等缴费信息。

医疗保障经办机构根据税务机关的缴费信息办理职工基本医疗保险和生育保险参保登记、变更等手续。

第七条 职工基本医疗保险包括统账结合职工医保和单建统筹职工医保。

同一用人单位、以灵活就业人员身份参保的人员只能在统账结合职工医保和单建统筹职工医保中选择一类参保。

失业人员、被鉴定为一级至四级伤残并办结伤残退休的工伤职工应当参加统账结合职工医保。

第八条 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百分之七为在职职工缴纳职工基本医疗保险费（含生育保险费），职工按照本人月缴费工资的百

分之二缴纳职工基本医疗保险费。

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百分之六为在职职工缴纳职工基本医疗保险费（含生育保险费），职工个人不缴费。

第九条 失业人员参加统账结合职工医保，按照特区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）的百分之八缴纳职工基本医疗保险费，所需费用由失业保险基金支付，个人不缴纳医疗保险费。

除本规定第十二条规定的补足累计缴费年限情形外，以灵活就业人员身份参加统账结合职工医保的，按照本人申报的月收入的百分之八缴纳职工基本医疗保险费；参加单建统筹职工医保的，按照本人申报的月收入的百分之五缴纳职工基本医疗保险费。

第十条 职工基本医疗保险费（含生育保险费）缴费基数上限为特区上上年度全口径月平均工资的百分之三百，下限为特区上上年度全口径月平均工资的百分之六十。

职工本人月缴费工资高于（或者低于）缴费基数上（下）限的，以缴费基数上（下）限为缴费基数。除本规定第十二条规定的补足累计缴费年限情形外，以灵活就业人员身份参保的，其缴

费基数在缴费基数上下限之间根据个人收入情况进行申报。

第十一条 参保人参加职工基本医疗保险的累计缴费年限符合以下条件之一，且在特区实际缴费累计满十年的，从办结退休手续的次月起停止缴费并继续享受职工基本医疗保险和生育保险待遇；其中，在特区参加统账结合职工医保的实际缴费累计满十年的，享受统账结合职工医保待遇，不满十年的，享受单建统筹职工医保待遇：

（一）本规定实施前办结退休手续的人员，累计缴费年限满二十年；

（二）本规定实施之日起至**2023年12月31**日前办结退休手续的人员，男职工累计缴费年限满二十一年，女职工累计缴费年限满二十年；

（三）**2024**年办结退休手续的人员，男职工累计缴费年限满二十二年，女职工累计缴费年限满二十年；

（四）**2025**年办结退休手续的人员，男职工累计缴费年限满二十三年，女职工累计缴费年限满二十年；

（五）**2026**年办结退休手续的人员，男职工累计缴费年限满二十四年，女职工累计缴费年限满二十一年；

（六）**2027**年办结退休手续的人员，男职工累计缴费年限

满二十五年，女职工累计缴费年限满二十二年；

（七）**2028** 年办结退休手续的人员，男职工累计缴费年限满二十六年，女职工累计缴费年限满二十三年；

（八）**2029** 年办结退休手续的人员，男职工累计缴费年限满二十八年，女职工累计缴费年限满二十四年；

（九）**2030** 年 **1 月 1** 日起办结退休手续的人员，男职工累计缴费年限满三十年，女职工累计缴费年限满二十五年。

参保人在本规定实施前参加住院职工医保的缴费年限，与参加单建统筹职工医保的缴费年限合并计算为累计缴费年限；在本规定实施前参加综合职工医保的缴费年限，与参加统账结合职工医保的缴费年限合并计算为累计缴费年限。

参保人在各统筹地区参加职工基本医疗保险的缴费年限合并计算为累计缴费年限。

军人服现役年限视同参加统账结合职工医保的缴费年限，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为累计缴费年限。

第十二条 参保人办结退休手续时，未满本规定第十一条第一款规定的累计缴费年限要求的，可以选择按月或者一次性缴纳基本医疗保险费至规定年限。缴费标准按照省有关规定执行。

选择按月缴费的，缴费期间不计发个人账户金额，享受在职职工标准职工基本医疗保险待遇和退休职工标准生育保险待遇；选择一次性缴费的，以申请时的月缴费标准一次性缴费至规定年限后停止缴费，享受退休职工标准职工基本医疗保险和生育保险待遇。

第十三条 参保人参加统账结合职工医保的，医疗保障经办机构应当为其建立个人账户；参加单建统筹职工医保的，不建立个人账户。

参保人个人账户金额从本人缴纳的职工基本医疗保险费计入，月计入标准为本人月缴费基数百分之二；符合统账结合职工累计缴费年限要求并办结退休手续的，个人账户金额由职工基本医疗保险统筹基金定额划入并固化，划入金额为每人每月一百一十八元。

第十四条 用人单位或者参保人申请补缴未按照规定缴纳的职工基本医疗保险费和生育保险费的，根据医疗保障经办机构开具的补缴单补缴保险费，补缴基数为申请补缴时特区上上年度全口径月平均工资，补缴比例为申请补缴时特区职工基本医疗保险和生育保险的缴费比例。

税务机关按照社会保险费欠费清缴管理有关要求，对用人单

位或者参保人欠缴的职工基本医疗保险费和生育保险费进行清缴的，用人单位或者参保人应当依法补缴欠费。

补缴年限与已缴年限合并计算为累计缴费年限。

第十五条 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、省和特区有关规定，清偿其欠缴的职工基本医疗保险费（含生育保险费）及滞纳金。

第三章 保险基金

第十六条 职工基本医疗保险基金管理遵循以收定支、收支平衡、略有结余的原则，实行市级统筹，在特区内统一制度、统一标准、统一管理、统一使用。

第十七条 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侵占、挪用。

职工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设置职工基本医疗保险统筹基金和个人账户，按照各自的支付范围分别核算，不得互相挤占。

职工基本医疗保险统筹基金设置职工基本医疗保险统筹待

遇、职工生育保险待遇、大病保险费等保险待遇支出项目。

第十八条 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 服务管理

第十九条 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定点医疗机构和定点零售药店的申请、专业评估、协商签约、协议管理等具体工作。

医疗保障经办机构应当向社会公布定点医疗机构和定点零售药店名单，并对定点医疗机构和定点零售药店实行动态监管。

第二十条 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。

定点医疗机构和定点零售药店应当执行职工基本医疗保险和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，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，按照要求提供所需要的资料。

第二十一条 参保人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统筹基金支付范围的，由定点医疗机构和定点零售药店按照规定记账，再与医疗保障经办机构结算；属于个人账户支付范围的，可以由个人账户支付。

参保人住院就医发生的医疗费用，属于职工基本医疗保险统筹基金支付范围的，由定点医疗机构按照规定记账并与医疗保障经办机构结算，特殊情况下不能记账的，由参保人垫付后再到医疗保障经办机构报销；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，可以由个人账户支付。

参保人报销医疗费用的，应当自出院之日起十二个月内到医疗保障经办机构办理报销手续；属于申报生育医疗保险待遇的，应当自分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术次日起三年内到医疗保障经办机构办理申报手续。

医疗费用的具体结算办法由市医疗保障行政部门会同市财政、卫生健康等部门另行制定。

第二十二条 定点医疗机构应当坚持合理检查、合理治疗、

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出院；不得将参保人同一次住院的医疗费用分解成多次住院结算。

第二十三条 对定点医疗机构和定点零售药店违反职工基本医疗保险和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、医疗保障经办机构等部门和机构举报。

医疗保障行政部门、医疗保障经办机构等部门和机构应当对举报内容进行调查、核实和处理，并对举报者的信息进行保密。

第五章 保险待遇

第二十四条 参保人从按照规定缴纳职工基本医疗保险费的次月 **1** 日起享受职工基本医疗保险和生育保险待遇；但是，属于以失业人员身份参保的，自领取失业保险金的次月 **1** 日起享受保险待遇，属于以灵活就业人员身份参保的，按照本规定第二十五条规定享受保险待遇。

参保人参加统账结合职工医保的，享受个人账户待遇以及住院、普通门诊统筹、门诊特定病种等统筹待遇；参加单建统筹职工医保的，享受住院、普通门诊统筹、门诊特定病种等统筹待遇。

参保人的生育保险待遇范围按照省和特区职工生育保险有关规定执行。

参保人未按照规定缴费的,自停止缴费的次月 **1** 日起停止享受保险待遇,但是个人账户余额可以继续使用。

第二十五条 除本条第二款另有规定外,参保人以灵活就业人员身份参加统账结合职工医保的,从按照规定缴纳职工基本医疗保险费的次月 **1** 日起享受个人账户待遇和普通门诊统筹待遇,从连续缴费的第七个月起享受职工基本医疗保险和生育保险待遇;参加单建统筹职工医保的,从缴费的次月 **1** 日起享受普通门诊统筹待遇,从连续缴费的第七个月起享受除个人账户待遇外的职工基本医疗保险和生育保险待遇。

参保人符合以下情形之一的,从缴费的次月 **1** 日起享受职工基本医疗保险和生育保险待遇:

(一)在城乡居民基本医疗保险待遇享受期内,转以灵活就业人员身份参保的;

(二)已连续两年以上参加基本医疗保险,在停止缴费三个月内转以灵活就业人员身份参保的;

(三)在用人单位停止缴费的三个月内,转以灵活就业人员身份参保的。

第二十六条 有下列情形之一的，参保人发生的医疗费用由职工基本医疗保险统筹基金按照有关规定支付：

（一）符合普通门诊统筹、门诊特定病种管理规定支付范围的；

（二）在定点医疗机构住院就医的，或者因急诊、抢救需要在非定点医疗机构住院就医的；

（三）经异地就医备案后在备案地定点医疗机构就医的，或者因急诊、抢救需要在备案地非定点医疗机构就医的；

（四）其他依法应当纳入职工基本医疗保险统筹基金支付范围的情形。

参保人符合生育保险待遇规定的生育医疗费用和生育津贴，按照有关规定由职工基本医疗保险统筹基金支付。

第二十七条 职工基本医疗保险统筹基金支付基本医疗保险和生育保险待遇，应当执行国家、省和特区有关起付标准、支付比例、年度最高支付限额以及生育医疗费用和生育津贴的规定，符合医保药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录等的要求。

第二十八条 职工基本医疗保险统筹基金按照以下规定，设定参保人住院就医医疗费用的起付标准：

（一）定点医疗机构：三级医疗机构为一千元，二级医疗机

构为四百元，一级医疗机构（含未定级别的医疗机构）为两百元；

（二）非定点医疗机构和异地医疗机构为一千元。

参保人员住院时间跨年度的，按一次住院计算起付标准，保险待遇按年度分段计算。

参保人在门（急）诊（或者留院观察）期间死亡发生的医疗费用，不设起付标准，由职工基本医疗保险统筹基金参照住院就医的支付比例支付。

第二十九条 参保人住院就医发生的医疗费用，起付标准以下的部分由个人自付，特殊情形按以下规定处理：

（一）一个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的费用；

（二）在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。

第三十条 参保人住院就医发生的医疗费用，超过起付标准的部分由职工基本医疗保险统筹基金按照以下比例支付：

（一）在定点医疗机构住院就医，或者因急诊、抢救需要在非定点医疗机构住院就医的，三级、二级、一级及以下医疗机构

对应的支付比例分别为百分之八十、百分之八十五、百分之九十，但是，属于享受退休医保待遇的，对应的支付比例分别为百分之八十四、百分之八十八、百分之九十二；

（二）经临时外出异地就医备案后在备案地定点医疗机构住院就医的，支付比例为百分之六十五，但是，属于转诊或者急诊、抢救的，支付比例为百分之七十二；属于转诊或者急诊、抢救并享受退休医保待遇的，支付比例为百分之七十六。

第三十一条 职工基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额按照省和特区有关规定设定。

职工生育保险待遇不计入职工基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额。

第三十二条 参保人按照本规定第十四条规定补缴职工基本医疗保险费和生育保险费的，个人缴费部分在补缴费到账的次月一次性划入个人账户。

根据医疗保障经办机构开具的补缴单补缴保险费的，参保人的职工基本医疗保险和生育保险待遇追溯按照国家、省和特区的有关规定执行；其中，在用人单位停止缴费的三个月内转以灵活就业人员身份参保并补缴该三个月内保险费的，补缴保险费期间的职工基本医疗保险和生育保险待遇予以追溯。

根据税务机关清缴要求补缴欠费的，补缴时欠缴费时间三个月以内的部分，参保人的职工基本医疗保险和生育保险待遇予以追溯；欠缴费时间超过三个月的部分，不予追溯。

第三十三条 因突发性流行疾病和自然灾害等因素造成的大范围急、危、重伤病员抢救的医疗费用，由市人民政府综合协调解决。

第六章 附 则

第三十四条 本规定中下列用语的含义为：

（一）统账结合职工医保和综合职工医保是指，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保险和生育保险。

（二）单建统筹职工医保和住院职工医保是指，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保险和生育保险。

（三）缴费工资是指，参保人申报个人所得税的工资、薪金额。

（四）定点医疗机构是指，自愿与市医疗保障经办机构签订

协议，为参保人提供医疗服务的医疗机构。

（五）定点零售药店是指，自愿与市医疗保障经办机构签订协议，为参保人提供药品服务的实体零售药店。

（六）医保结算年度是指，每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

第三十五条 职工基本医疗保险费和生育保险费的征收标准、职工基本医疗保险和生育保险的待遇标准等需要调整时，由市医疗保障行政部门会同有关部门制定调整方案，报市人民政府批准后公布实施。

第三十六条 特区按照国家、省有关规定建立大病保险、普通门诊统筹、门诊特定病种制度，具体管理办法由市医疗保障行政部门会同有关部门制定，报市人民政府批准后公布实施。

第三十七条 本规定实施中的有关具体应用问题由市医疗保障行政部门负责解释。

第三十八条 本规定自 2023 年 2 月 1 日起施行。2007 年 9 月 4 日颁布的《汕头市城镇职工基本医疗保险规定》（汕头市人民政府令第 94 号）同时废止。