

中府规字〔2021〕7号

中山市人民政府文件

中府〔2021〕87号

中山市人民政府关于印发中山市 职工医疗保险办法的通知

火炬开发区管委会，翠亨新区管委会，各镇政府、街道办事处，
市各有关单位：

现将《中山市职工医疗保险办法》印发给你们，请认真贯彻
执行。

中山市人民政府

2021年9月6日

中山市职工医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为健全中山市医疗保障制度体系，确保参保人合理享受基本医疗保险权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《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）、《中共广东省委办公厅 广东省人民政府办公厅关于印发〈广东省深化医疗保障制度改革若干措施〉的通知》（粤办发〔2020〕41号）和《广东省职工生育保险规定》（广东省人民政府令 第287号）等有关法律法规以及国家和省有关政策，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市职工医疗保险坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续发展的基本原则，构建与本市经济社会发展水平相适应、全市统一的职工基本医疗保险、职工大病保险、医疗救助等多层次职工医疗保障制度体系。鼓励用人单位和个人在参加职工医疗保险的同时，参加商业健康保险。

职工医疗保险的筹资及待遇等政策根据国家和省有关要求动态调整。

第三条 职工医疗保险基金的筹集和管理遵循以收定支、收支平衡、略有结余的原则。职工医疗保险制度遵循公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与社会生产力发展水平相适

应的原则。

第四条 职工医疗保险包括职工基本医疗保险和职工大病保险。职工基本医疗保险分统账结合职工基本医疗保险和单建统筹职工基本医疗保险两种制度类型。统账结合职工基本医疗保险是指由统筹基金与个人账户构成的职工基本医疗保险制度类型；单建统筹职工基本医疗保险是指单独建立统筹基金，不设立个人账户的职工基本医疗保险制度类型。

第五条 市医疗保障行政部门是职工医疗保险工作的主管部门，负责本办法的组织实施，落实职工医疗保险的各项管理工作。

市医疗保障经办机构负责本市职工医疗保险基金待遇给付和个人权益记录等经办事务，提供职工医疗保险业务咨询、信息查询等服务，指导各镇街落实医疗保障经办工作。

市财政部门负责对职工医疗保险基金财政专户的监督管理。

市税务部门作为医疗保险费征收部门负责按时足额征收职工基本医疗保险费。

市卫生健康部门负责规范定点医疗机构医疗服务行为，完善控制医疗费用不合理增长的约束措施，坚决防止各种形式的欺诈骗保行为。

市审计部门负责对职工医疗保险基金的收支管理和预算执行情况审计监督。

市市场监督管理部门负责加强对定点医药机构药械质量的监督。

市政务服务数据管理部门负责推进医疗保障信息化建设。

市人力资源社会保障部门负责失业人员和工伤残退职工的职工基本医疗保险参保管理工作。

市退役军人事务部门负责伤残军人和退役士兵待安排工作期间的职工基本医疗保险参保管理工作。

市民政部门负责确认和标记本市户籍特困供养人员、最低生活保障对象、低收入家庭成员的身份并协助参保等工作。

各镇街应当按相关规定承办医疗保障经办事务。

其他有关部门按各自职责协同实施本办法。

第六条 本办法适用于本市行政区域内的下列单位和个人：

（一）国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织及其在职职工；有非军籍职工的军队、武警部队所属用人单位及其非军籍职工；有雇工的个体工商户及其雇工（所列单位以下统称为用人单位，所列人员以下统称为职工）。

（二）未在用人单位参保的本市其他劳动就业人员，包括无雇工的个体工商户、本市户籍或持本市居住证未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员；已在本市办理港澳台居民居住证且灵活就业的港澳台居民；本市灵活就业的华侨人员等（以下统称为灵活就业人员）。

（三）本市行政区域内职工基本医疗保险参保人达到法定退休年龄且符合本办法缴费年限按规定可享受退休人员职工基本医

疗保险待遇的人员（以下统称为退休人员）。

（四）按月领取本市失业保险待遇的失业人员（以下统称为失业人员）。

（五）本市因工致残被鉴定为一至四级伤残并办理伤残退休手续的工伤职工（以下统称为工伤伤残职工）。

（六）本市户籍一至六级残疾军人（以下统称为残疾军人）。

（七）安置在本市待安排工作期间的退役士兵（以下统称为退役士兵）。

（八）法律、法规、规章规定的其他单位和人员。

以上（一）至（八）项人员统称为职工基本医疗保险参保人，简称“参保人”，参保人不得重复参加基本医疗保险。

第二章 参保与缴费

第七条 用人单位应当自成立之日起30日内向医疗保险费征收部门办理职工基本医疗保险缴费登记；用人单位变更或依法终止的，应当自变更或终止之日起30日内向医疗保险费征收部门办理变更或注销职工基本医疗保险缴费手续。用人单位应当自用工之日起30日内向单位所在地的医疗保险费征收部门办理申报及缴费手续。

参保人达到法定退休年龄的，用人单位及个人应当及时向医疗保险费征收部门、市医疗保障经办机构或镇街医疗保障职能部门办理相关变更手续，未及时办理变更手续的视为自愿按在职继

续参保缴费；参保人死亡或宣告死亡的，其近亲属或单位等利害关系人应当及时办理注销手续，民政、公安和法院等有关机关应当及时告知市医疗保障经办机构或镇街医疗保障职能部门，市医疗保障经办机构或镇街医疗保障职能部门应当及时终止其职工医疗保险待遇。

第八条 用人单位应当每月向医疗保险费征收部门申报并于当月按时足额缴纳职工基本医疗保险费，个人缴纳的职工基本医疗保险费由用人单位按月从其工资中代扣代缴。用人单位应当按月将缴纳的职工基本医疗保险费明细情况告知本人。灵活就业人员向医疗保险费征收部门办理参保缴费手续并于每月按时足额缴纳职工基本医疗保险费。

第九条 用人单位可为其职工选择参加统账结合职工基本医疗保险或单建统筹职工基本医疗保险。灵活就业人员可以个人身份选择参加统账结合职工基本医疗保险或单建统筹职工基本医疗保险。同一用人单位的职工、灵活就业人员和达到法定退休年龄未达到本办法规定缴费年限已办理按月缴纳职工基本医疗保险费的人员，选定参保类型后1个医保年度内不得变更；如需变更，应当在规定时间内选择下个医保年度的参保类型，规定时间内未进行选择的，下个医保年度视为参加与当前医保年度相同的参保类型。

本办法实施前未选择职工基本医疗保险参保类型的，原仅参加基本医疗保险的用人单位及个人，视同按本办法参加单建统筹

职工基本医疗保险；原同时参加基本医疗保险和补充医疗保险的用人单位及个人，视同按本办法参加统账结合职工基本医疗保险。

第十条 参加本市职工基本医疗保险的用人单位及个人缴费基数按以下规定执行：

（一）用人单位缴费基数为本单位全部职工月缴费工资总额，个人缴费基数为本人月工资收入。个人缴费基数设定上下限，职工本人月工资收入超过本市上上年度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的全口径城镇单位就业人员月平均工资（以下简称职工月平均工资）300%的，按300%确定上限；低于职工月平均工资60%的，按60%确定下限。

（二）灵活就业人员的缴费基数在本市上上年度职工月平均工资60%-300%之间自由选择。

（三）失业人员、工伤残退职工、退役士兵及未在用人单位参保的残疾军人的缴费基数为本市上上年度职工月平均工资。

个人缴费基数的上下限由市医疗保障行政部门根据有关部门公布的本市上上年度职工月平均工资，在医保年度开始前对外公布。缴费基数取整至个位数，个位数下调为零。

第十一条 统账结合职工基本医疗保险总费率为7.8%（含生育保险），其中用人单位基本医疗保险费率为5.0%，个人费率为2.0%，生育保险费率为0.8%；单建统筹职工基本医疗保险总费率为4.0%（含生育保险），其中用人单位基本医疗保险费率为2.5%，个人费率为0.7%，生育保险费率为0.8%。参加本市职工基本医疗

保险的用人单位及个人缴费按以下规定执行：

（一）用人单位和职工参加职工基本医疗保险应当同时参加生育保险。生育保险费由用人单位缴纳，个人不缴纳。参加职工基本医疗保险的用人单位费率按基本医疗保险与生育保险的费率之和确定。

（二）灵活就业人员按规定应当由用人单位和个人缴纳的职工基本医疗保险费由个人负担。灵活就业人员不缴纳生育保险费。

（三）失业人员在按月领取失业保险待遇期间应当参加统账结合职工基本医疗保险，按规定应当缴纳的职工基本医疗保险费从失业保险基金中支出，个人不缴纳职工基本医疗保险费。失业人员不缴纳生育保险费。

（四）工伤残退职工应当参加统账结合职工基本医疗保险，按规定应当由用人单位缴纳的职工基本医疗保险费从工伤保险基金中支出，应当由个人缴纳的职工基本医疗保险费由个人负担。工伤残退职工不缴纳生育保险费。

（五）残疾军人应当参加职工基本医疗保险。在用人单位参加职工基本医疗保险的残疾军人按规定应当由个人缴纳的职工基本医疗保险费由财政补助，个人不缴纳职工基本医疗保险费；未在用人单位参保的残疾军人应当参加统账结合职工基本医疗保险，按规定应当缴纳的职工基本医疗保险费由财政补助，个人不缴纳职工基本医疗保险费，不缴纳生育保险费。

（六）退役士兵在待安排工作期间应当同时参加统账结合职

工基本医疗保险和生育保险，按规定应当由用人单位缴纳的职工基本医疗保险费（含生育保险）由财政补助，应当由个人缴纳的职工基本医疗保险费由个人负担。

本市户籍特困供养人员、最低生活保障对象和低收入家庭成员等人员参加职工基本医疗保险的，按规定应当由个人缴纳的职工基本医疗保险费按单建统筹职工基本医疗保险个人缴费标准由财政补助。具备多种身份的人员，按可享受的最高待遇给予补助，不得重复补助。

本办法设用人单位职工基本医疗保险费率（含生育保险，下同）过渡期，实行从低到高逐步提高用人单位职工基本医疗保险费率，到2027年1月达到本办法规定的费率标准。个人费率不设过渡期，按本办法规定的费率标准执行。灵活就业人员、失业人员、工伤残退职工、残疾军人、退役士兵和达到法定退休年龄未达到本办法规定缴费年限的参保人同步实施。职工基本医疗保险费率过渡期间各医保年度费率详见附件。

第十二条 参加职工基本医疗保险的参保人，达到法定退休年龄时，同时符合以下最低缴费年限规定的，可不再缴费，按本办法规定享受退休人员单建统筹职工基本医疗保险待遇：

（一）参加职工基本医疗保险且男性参保人实际缴费年限累计满30年，女性参保人实际缴费年限累计满25年；

（二）参加本市职工基本医疗保险且在本市实际缴费年限累计满10年。

参加职工基本医疗保险的参保人，达到法定退休年龄时，累计实际缴费年限符合本条第一款最低缴费年限规定且参加本市统账结合职工基本医疗保险实际缴费年限累计满 10 年的，可不再缴费，按本办法规定享受退休人员统账结合职工基本医疗保险待遇。

第十三条 男性参保人基本医疗保险实际缴费年限设过渡期。本办法实施起至 2025 年 12 月，男性参保人基本医疗保险最低缴费年限为累计满 25 年，且在本市实际缴费年限累计满 10 年。2026 年 1 月起至 2030 年 1 月，用 5 年的时间逐年调整缴费年限至 30 年。即男性参保人实际缴费年限按以下设定：

（一）本办法实施起至 2025 年 12 月，男性参保人最低缴费年限为累计满 25 年，且在本市实际缴费年限累计满 10 年。

（二）2026 年、2027 年、2028 年、2029 年，男性参保人最低缴费年限分别为累计满 26 年、27 年、28 年、29 年，且在本市实际缴费年限累计满 10 年。

（三）2030 年 1 月 1 日起，男性参保人最低缴费年限为累计满 30 年，且在本市实际缴费年限累计满 10 年。

第十四条 参保人已达法定退休年龄，按下列规定确定本市为其职工医疗保险待遇享受地。

（一）参保人最后参保地为本市，累计实际缴费年限符合本办法缴费年限规定的，在本市享受退休人员相应的职工医疗保险待遇。

（二）参保人最后参保地为本市，累计实际缴费年限不符合

本办法缴费年限规定的，可按本办法规定在本市缴费至规定年限后，在本市享受退休人员相应的职工医疗保险待遇。

（三）参保人最后参保地不在本市，但在本市累计实际缴费年限符合本办法缴费年限规定的，可选择在本市享受退休人员相应的职工医疗保险待遇。

（四）累计实际缴费年限不符合本办法缴费年限规定及本条第一项、第二项和第三项情形，在本市曾以职工（含灵活就业人员，下同）身份参保缴费的本市户籍参保人、在本市参加职工基本医疗保险实际缴费年限最长的参保人，可按本办法规定在本市缴费至规定年限后，在本市享受退休人员相应的职工医疗保险待遇。

第十五条 曾以职工身份参加本市医疗保险的个人，达到法定退休年龄时，符合本市为待遇享受地且选择本市为职工医疗保险待遇享受地，其累计实际缴费年限不符合本办法缴费年限规定的，自达到法定退休年龄次月起，由个人选择按月或一次性缴费至相应规定年限；个人未及时选择缴费方式的视为自愿按在职继续参保缴费。用人单位可根据本单位经济情况，对个人缴纳的职工基本医疗保险费给予补助。具体按以下方式缴纳：

（一）按月缴费方式。

选择参加统账结合职工基本医疗保险的个人，在本市上上年度职工月平均工资 60%-300%之间自由选择缴费基数，按 7.0%的费率缴纳；选择参加单建统筹职工基本医疗保险的个人，在本市

上上年度职工月平均工资 60%-300%之间自由选择缴费基数，按 3.2%的费率缴纳。按月缴费期间享受在职人员职工医疗保险待遇。

(二) 一次性缴费方式。

个人申请一次性缴费方式或由按月缴费方式转为一次性缴费方式的，以本市上上年度职工月平均工资为缴费基数，参加统账结合职工基本医疗保险的个人按 5.0%的费率缴纳，参加单建统筹职工基本医疗保险的个人按 3.2%的费率缴纳，自缴费次月起享受退休人员职工医疗保险待遇。办理一次性缴纳职工基本医疗保险费的个人，可用其个人账户余额缴纳。已一次性缴纳职工基本医疗保险费的个人，不办理退费手续。

(三) 符合享受单建统筹职工基本医疗保险待遇的退休人员，可继续参加统账结合职工基本医疗保险，选择按月或一次性缴费。按月缴费的参保人若不再缴费或中断缴费的，享受退休人员单建统筹职工基本医疗保险待遇。

(四) 本市户籍人员无缴费意愿或无力缴纳职工基本医疗保险费的，可按规定参加本市城乡居民医疗保险。

(五) 本市户籍特困供养人员、最低生活保障对象和低收入家庭成员等人员，按缴费当年度单建统筹职工基本医疗保险缴费标准逐月由财政给予补助。享受补助期间参保人发生死亡的，死亡次月起停止给予补助。

第十六条 达到法定退休年龄时，符合本办法第十二条第一款和第十三条最低缴费年限规定但在本市参加统账结合职工基本

医疗保险实际缴费年限累计不满 10 年的个人，可按本办法第十五条规定的缴费方式缴纳统账结合职工基本医疗保险费至规定年限后，在本市享受退休人员相应的统账结合职工基本医疗保险待遇。按月缴费的参保人若不再缴费或中断缴费的，享受退休人员单建统筹职工基本医疗保险待遇。

第十七条 本办法实施前已办理本市基本医疗保险（含住院基本医疗保险）一次性缴费的退休人员，不再缴纳职工基本医疗保险费，享受本办法规定的退休人员单建统筹职工基本医疗保险待遇。

本办法实施前已办理本市基本医疗保险和补充医疗保险（含综合基本医疗保险）一次性缴费的退休人员，不再缴纳职工基本医疗保险费，享受本办法规定的退休人员统账结合职工基本医疗保险待遇。

第十八条 本办法实施前已达到法定退休年龄，曾以职工身份参加本市医疗保险但累计实际缴费年限不符合本办法缴费年限规定的个人，可按以下方式缴费至规定年限：

（一）已办理按月缴纳基本医疗保险或补充医疗保险费的个人，可选择按单建统筹职工基本医疗保险或统账结合职工基本医疗保险标准一次性缴费或继续按月缴费。

（二）已办理基本医疗保险（含住院基本医疗保险）一次性缴费且按月缴纳补充医疗保险费的个人，可按统账结合职工基本医疗保险标准选择一次性缴费或继续按月缴费，按规定享受相应

的统账结合职工基本医疗保险待遇。按月缴费的参保人若不再缴费或中断缴费的，享受退休人员单建统筹职工基本医疗保险待遇。

第十九条 工伤残退职工和残疾军人达到法定退休年龄时其累计缴费年限不符合本办法缴费年限规定的，按月缴费至规定年限。

第二十条 职工基本医疗保险的实际缴费年限按参保人实际缴费月份计算。

（一）参保人在2010年6月前以职工身份参加本市住院基本医疗保险、2010年6月至本办法实施前以职工身份只参加本市基本医疗保险的实际缴费年限，可累计计算为单建统筹职工基本医疗保险实际缴费年限。

（二）参保人在2010年6月前参加本市综合基本医疗保险、2010年6月至本办法实施前以职工身份同时参加本市基本医疗保险和补充医疗保险的实际缴费年限，可累计计算为统账结合职工基本医疗保险实际缴费年限。

（三）参保人在市外不同统筹地区参加职工基本医疗保险的实际缴费年限，随本人转入本市，可累计计算为单建统筹职工基本医疗保险实际缴费年限；参加统账结合职工基本医疗保险转入的实际缴费年限可视为统账结合职工基本医疗保险连续参保年限。在本市和外市同时参加职工基本医疗保险，不重复计算实际缴费年限。

（四）以职工身份参加本市基本医疗保险，且在2010年6月

至 2020 年 11 月期间以城乡居民身份参加本市补充医疗保险的实际缴费年限，可累计计算为统账结合职工基本医疗保险实际缴费年限；在 2020 年 12 月至本办法实施前以城乡居民身份（缴费费率为 3%）参加本市补充医疗保险的实际缴费年限，不累计计算为统账结合职工基本医疗保险实际缴费年限。

（五）参保人参加本市城乡居民住院基本医疗保险及以城乡居民身份参加基本医疗保险（含住院基本医疗保险）的实际缴费年限，不累计计算为职工基本医疗保险实际缴费年限。

（六）参保人参加本市门诊基本医疗保险的实际缴费年限，不累计计算为职工基本医疗保险实际缴费年限。

（七）2010 年 6 月起至本办法实施前，在本市按月领取社会养老保险待遇或以个人身份参加本市城镇职工养老保险的人员，且以本市城乡居民身份按 1.5% 的费率逐月缴纳基本医疗保险的，本办法实施后 1 年内根据个人需要可按本办法实施上月本市基本医疗保险缴费基数 1% 的费率，一次性补缴以城乡居民身份参加本市基本医疗保险全部月份的基本医疗保险费，补缴的月份可累计为本市单建统筹职工基本医疗保险实际缴费年限。

上述补缴的以城乡居民身份参加本市基本医疗保险相应月份的基本医疗保险费，由市医疗保障经办机构退回市财政部门。

第二十一条 参保人跨统筹地区流动就业的，其医保关系可按国家和省、市有关规定办理转移接续手续。

第三章 基金管理

第二十二条 职工医疗保险基金包括职工基本医疗保险基金和职工大病保险资金，实行全市统筹使用。职工基本医疗保险基金包括职工基本医疗保险统筹基金和职工基本医疗保险个人账户资金（以下简称个人账户资金）。职工医疗保险基金纳入市医疗保险基金财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得贪污、挪用、截留和侵占，违者除责令如数归还外，依法追究其法律责任。

第二十三条 职工基本医疗保险个人账户资金是职工基本医疗保险基金的组成部分，由市医疗保障经办机构统一管理，并纳入医疗保障基金监督管理范围。

第二十四条 用人单位和个人缴纳的职工基本医疗保险费纳入职工基本医疗保险基金。达到法定退休年龄参保人按本办法规定一次性缴纳的职工基本医疗保险费在职工基本医疗保险基金中单列核算，并从缴纳当月起按月划入职工基本医疗保险费当月收入。

第二十五条 职工基本医疗保险基金的来源和支出：

（一）基金的来源。

1. 用人单位及个人缴纳的职工基本医疗保险费。
2. 用人单位缴纳的生育保险费。
3. 逾期缴纳职工基本医疗保险费的滞纳金。
4. 职工基本医疗保险基金的利息。

5. 社会资助的资金。
6. 依法纳入职工基本医疗保险基金的其他收入。

(二) 基金的支出。

1. 支付参保人在医疗机构符合规定的医疗费用。
2. 支付参保人在定点零售药店符合规定的费用。
3. 划入职工基本医疗保险统筹基金、个人账户资金、职工大病保险资金。
4. 支付职工生育津贴。
5. 支付规定的家庭医生服务相关费用。
6. 国家、省和市规定的职工基本医疗保险基金的其他支出。

第二十六条 职工基本医疗保险费由医疗保险费征收部门按月征收，个人缴费部分由用人单位代缴。

第二十七条 用人单位缴纳的职工基本医疗保险费按现行财政体制及国家有关财务规定列支。

第二十八条 职工基本医疗保险基金和职工大病保险资金及其营运收益、各项待遇，按国家规定免征税、费。

第二十九条 职工基本医疗保险费非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。

第三十条 全市职工医疗保险基金实行预决算管理，科学编制收支预算。基金预算按制度分别编制，不得编制赤字预算。真实准确编制决算，严格决算审核和批复。

基金收不抵支时，应当采取动用历年滚存结余、调整筹资标

准等办法解决。因传染病流行、自然灾害和突发事件等因素造成职工医疗保险基金不足支付或预支付能力不足时，由市政府协调解决。

第三十一条 职工医疗保险基金不予支付的范围按《中华人民共和国社会保险法》等国家、省和市有关规定执行。

第四章 职工基本医疗保险的待遇

第三十二条 参保人按规定缴纳职工基本医疗保险费的次月起享受本办法规定的职工基本医疗保险待遇。参保人停止缴纳职工基本医疗保险费的，自停止缴费次月起暂停享受职工基本医疗保险待遇。

第三十三条 纳入职工医疗保险统筹基金支付范围的医疗费用应当符合国家、省和市规定的药品目录、诊疗项目目录和医用耗材目录及支付标准（以下统称为医保目录），医保目录中部分药品、诊疗项目和医用耗材需个人先自费一定比例，除个人先自费一定比例部分外的医疗费用称为医保费用（下同）。

职工基本医疗保险统筹基金支付时设起付标准、支付比例和年度最高支付限额。

第三十四条 职工基本医疗保险年度最高支付限额与参保人连续缴费时间挂钩，住院（含日间手术）统筹支付费用、门诊（含普通门诊和门诊特定病种）统筹支付费用纳入年度最高支付限额累计计算。年度最高支付限额为参保人一个医保年度内一次或多

次住院及门诊由职工基本医疗保险统筹基金累计支付的最高支付总额，取整至个位数，不可结转至下一医保年度使用。

（一）参保人连续缴纳统账结合职工基本医疗保险不满1年、1年以上的，年度最高支付限额分别为本市上上年度职工年平均工资的4倍、12倍。退休人员统账结合职工基本医疗保险年度最高支付限额为本市上上年度职工年平均工资的12倍。

（二）参保人连续缴纳单建统筹职工基本医疗保险不满1年、1年以上的，年度最高支付限额分别为本市上上年度职工年平均工资的2倍、8倍。退休人员单建统筹职工基本医疗保险年度最高支付限额为本市上上年度职工年平均工资的8倍。

第三十五条 职工基本医疗保险参保人按本办法规定享受住院统筹、门诊统筹和个人账户等待遇。

第三十六条 职工基本医疗保险参保人按规定享受以下住院统筹待遇：

（一）住院统筹待遇起付标准。

参保人每次住院需自付住院起付标准以下的医保费用。一级以下定点医疗机构400元/次，二级定点医疗机构600元/次，三级定点医疗机构800元/次。同一医保年度，参保人因病情需要市内转院（仅限本市上下级定点医疗机构间）由转出定点医疗机构按规定为其办理转院手续后，参保人于次日内在转入定点医疗机构办理入院手续的，可连续计算住院起付标准。

（二）住院统筹待遇支付比例。

参保人住院发生超过起付标准的医保费用，职工基本医疗保险统筹基金按以下规定支付：

1. 统账结合职工基本医疗保险参保人，一级以下定点医疗机构支付 95%，二级定点医疗机构支付 92%，三级定点医疗机构支付 90%，其余部分由个人自付。

2. 单建统筹职工基本医疗保险参保人，一级以下定点医疗机构支付 92%，二级定点医疗机构支付 90%，三级定点医疗机构支付 85%，其余部分由个人自付。

（三）日间手术统筹待遇。

参保人在日间手术期间，按规定登记后，在指定定点医疗机构发生的医保费用，纳入职工基本医疗保险住院统筹待遇结算，起付标准在本市相应等级定点医疗机构起付标准基础上降低 200 元，支付比例按本市相应等级定点医疗机构住院标准执行。

参保人跨月住院的，以出院日期所在医保年度的住院起付标准、支付比例和年度最高支付限额结算。参保人跨医保年度住院的，可在医保年度的最后 5 个工作日向定点医疗机构申请分段结算 1 次，分段结算后按新入院享受本市职工基本医疗保险待遇。

第三十七条 门诊统筹待遇包括普通门诊统筹待遇和门诊特定病种统筹待遇。

（一）普通门诊统筹待遇。

1. 普通门诊统筹建立分级诊疗制度。参保人应当选定一家镇街社区定点医疗机构管理机构，该管理机构管辖范围内的所有社

区定点医疗机构及相关联的镇街级定点医疗机构均为其就医点。参保人选定的社区定点医疗机构管理机构所在镇街未设镇街级定点医疗机构的，只可在该镇街范围内社区定点医疗机构就医，到其他镇街定点医疗机构就医的，职工基本医疗保险统筹基金不予支付。医疗门诊部及本市直属（含直管）医疗机构下辖门诊部，暂不纳入普通门诊统筹服务范围。

参保人如需变更就医选点的，应当按有关规定办理变更手续，自办理变更手续的次月起，到变更后的定点医疗机构就医，按本办法规定享受相应的普通门诊统筹待遇。

2. 普通门诊统筹待遇不设起付标准。

3. 统账结合职工基本医疗保险参保人，在选定的镇街社区定点医疗机构就医发生的医保费用，职工基本医疗保险统筹基金支付 80%，个人自付 20%；在选定的镇街级定点医疗机构就医的，职工基本医疗保险统筹基金支付 60%，个人自付 40%；未经转诊直接到本市直属（含直管）定点医疗机构就医发生的医保费用，职工基本医疗保险统筹基金支付 40%，个人自付 60%；除紧急救治和抢救外，到非选定的其他医疗机构就医的，职工基本医疗保险统筹基金不予支付。

单建统筹职工基本医疗保险参保人，在选定的镇街社区定点医疗机构就医发生的医保费用，职工基本医疗保险统筹基金支付 70%，个人自付 30%；在选定的镇街级定点医疗机构就医的，职工基本医疗保险统筹基金支付 20%，个人自付 80%；除紧急救治

和抢救外，未经转诊直接到本市直属（含直管）定点医疗机构或到非选定的其他医疗机构就医的，职工基本医疗保险统筹基金不予支付。

建立普通门诊转诊制度。因病情需要，参保人从社区定点医疗机构转诊到相关联的镇街级定点医疗机构就医的，享受社区定点医疗机构同等待遇；再从镇街级定点医疗机构转诊到本市直属（含直管）定点医疗机构就医的，享受镇街级定点医疗机构同等待遇。如参保人选定的社区定点医疗机构管理机构所在镇街未设镇街级定点医疗机构的，可从社区定点医疗机构直接转诊到本市直属（含直管）定点医疗机构就医，享受镇街级定点医疗机构同等待遇。参保人在非选定的本市医疗机构紧急救治和抢救发生的门诊医保费用，按普通门诊转诊到本市直属（含直管）定点医疗机构就医待遇标准执行。

4. 统账结合职工基本医疗保险、单建统筹职工基本医疗保险年度最高支付限额分别为本市上上年度职工年平均工资的 0.04 倍、0.03 倍；年度最高支付限额取整至个位数。

5. 职工基本医疗保险普通门诊统筹实行普通门诊医疗费用包干制度。已办理一次性缴费的退休人员，其普通门诊医疗包干费由职工基本医疗保险基金当期征缴支付。普通门诊医疗费用包干费和普通门诊统筹异地就医相关政策由市医疗保障行政部门根据国家和省的政策另行制定。

（二）门诊特定病种统筹待遇。

1. 门诊特定病种实行分类管理，具体分为一类门诊特定病种和二类门诊特定病种。参保人门诊特定病种须经定点医疗机构审核确认，并选定符合条件的定点医疗机构作为本人就医医疗机构，选定定点医疗机构原则上医保年度内不予变更。

2. 门诊特定病种参保人选定符合条件的定点医药机构作为其费用结算机构。在选定的医药机构就医购药发生的与其认定的特定病种诊治相关的医保费用，可享受门诊特定病种统筹待遇。

3. 门诊特定病种不设起付标准。参保人一类门诊特定病种的医保费用由职工基本医疗保险统筹基金按本办法规定相应职工基本医疗保险参保类型的市内同级别定点医疗机构住院支付比例标准执行。统账结合职工基本医疗保险参保人二类门诊特定病种的医保费用由职工基本医疗保险统筹基金支付 80%，个人自付 20%；单建统筹职工基本医疗保险参保人二类门诊特定病种的医保费用由职工基本医疗保险统筹基金支付 70%，个人自付 30%。

4. 参保人登记两个或两个以上的二类门诊特定病种，其年度最高支付限额以限额高的一种为准。

5. 一类门诊特定病种和二类门诊特定病种范围、年度最高支付限额和就医选点等由市医疗保障行政部门另行制定。

6. 参保人享受门诊特定病种统筹待遇后，其个人负担的合规医疗费用按规定纳入职工大病保险、医疗救助等保障范围。

（三）原门诊基本医疗保险的“两病”（高血压、糖尿病）门诊慢性病种并入门诊特定病种范围。

(四) 参保人因病在市内指定定点医疗机构门诊和住院期间使用国家规定谈判抗癌药的, 统一在门诊特定病种结算。

同一单门诊医疗费用不得同时享受普通门诊统筹待遇和门诊特定病种统筹待遇。

第三十八条 退休人员住院(含日间手术)、门诊(含普通门诊和门诊特定病种)职工基本医疗保险统筹基金支付比例在职工基本医疗保险统筹基金支付比例的基础上提高2个百分点。

本办法实施前的退休人员, 从本办法实施当月起按本条第一款规定享受职工基本医疗保险待遇。本办法实施后达到法定退休年龄且符合本办法缴费年限规定的人员, 按上月缴费下月享受待遇的原则, 达到缴费年限后第1个月享受在职人员相应的职工基本医疗保险待遇; 达到缴费年限后第2个月开始享受退休人员相应的职工基本医疗保险待遇。

第三十九条 市医疗保障经办机构为统账结合职工基本医疗保险参保人建立个人账户。自缴费次月起按规定标准计入个人账户, 自停止缴费的次月起停止计入。

市医疗保障经办机构应当及时记录参保人个人账户的收入、医疗费用支出和账户余额等相关信息。

第四十条 统账结合职工基本医疗保险在职参保人、达到法定退休年龄未达到本办法规定缴费年限已办理按月缴纳统账结合职工基本医疗保险费的参保人, 其个人账户由职工基本医疗保险基金按个人缴费基数 2% 逐月计入。

统账结合职工基本医疗保险退休人员其个人账户由职工基本医疗保险基金按定额逐月计入，至参保人死亡当月。参照国家相关规定，按本办法实施当年本市基本养老金月平均金额 2%左右的原则，本市按每月 100 元的标准计入。

第四十一条 个人账户资金支付范围：

（一）支付参保人本人及其配偶、子女、父母在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用。

（二）支付参保人本人及其配偶、子女、父母在定点零售药店由个人负担的符合规定的费用。

（三）可支付达到法定退休年龄参保人一次性缴纳的基本医疗保险费。

（四）可支付参保人本人商业健康保险费。

（五）国家、省和市规定的其他项目。

第四十二条 当年计入的个人账户资金按活期存款利率计息；上年结转的个人账户资金本息，按 3 个月期整存整取银行存款利率计息。个人账户的本金和利息为个人所有，可以结转和转移。

个人账户应当随其职工基本医疗保险关系划转，确实无法转出的，余额可发放至本人银行账户，并终止当前职工基本医疗保险关系。

参保人死亡后其个人账户余额可按《中华人民共和国民法典》相关规定继承；无人继承的，个人账户余额转入职工基本医疗保

险统筹基金保管。

第四十三条 根据国家、省和市有关规定办理长期异地就医（含异地安置退休人员、异地长期居住人员及常驻异地工作人员）、异地转诊等异地就医备案手续或异地急诊就医的参保人，异地住院和门诊特定病种发生的医疗费用按本市相应等级定点医疗机构起付标准和支付比例报销。

未按规定办理异地就医备案手续的参保人按以下规定享受待遇：

（一）参保人自行到市外定点医疗机构住院发生的医保费用的 70%按规定予以报销，其余 30%由参保人个人自费且不纳入合规医疗费用范围。

（二）参保人符合转诊条件但未办理转诊手续自行到市外定点医疗机构发生的门诊特定病种医保费用的 70%按规定予以报销，其余 30%由参保人个人自费且不纳入合规医疗费用范围。

（三）参保人自行到非定点医疗机构发生的医疗费用，除急诊、抢救外，职工基本医疗保险统筹基金不予支付。

第四十四条 职工产前检查、终止妊娠、分娩住院或施行计划生育手术发生的生育医疗费用，按《广东省职工生育保险规定》《中山市职工生育保险办法》的相关规定享受待遇。

第四十五条 统账结合职工基本医疗保险与单建统筹职工基本医疗保险之间转换不满 1 年的参保人，按以下规定享受年度累计最高支付限额：

（一）连续参加职工基本医疗保险不满 1 年的参保人，年度累计最高支付限额为转换后相应职工基本医疗保险制度类型不满 1 年的年度最高支付限额；

（二）连续参加职工基本医疗保险 1 年以上的参保人，年度累计最高支付限额为连续缴纳单建统筹职工基本医疗保险 1 年以上的年度最高支付限额。

从城乡居民医疗保险转成职工医疗保险不满 1 年的参保人，以门诊就医或出院日期上月参保制度类型（职工医疗保险优先）的起付标准和支付比例享受待遇，年度累计最高支付限额为当年度城乡居民医疗保险的年度最高支付限额。

参保人参保险种转换时，同一医保年度内已累计的个人自付费用连续计算；年度最高支付限额扣减同一医保年度内原险种已支付的职工医疗保险和城乡居民医疗保险统筹金额。

本市户籍特困供养人员、最低生活保障对象、低收入家庭成员等困难人群，在职工医疗保险和城乡居民医疗保险之间切换时，不受缴费时间限制，从完成参保登记、做好身份标识之日起按规定享受医保待遇。

第四十六条 参保人同一次就医不得同时享受两个以上基本医疗保险统筹地区医疗保险待遇（含新型农村合作医疗），医疗保险待遇不得重复申领。

第五章 职工大病保险

第四十七条 参加本市职工基本医疗保险的参保人，享受职工大病保险待遇。

第四十八条 每月从上月征收的职工基本医疗保险统筹基金划拨 2% 作为职工大病保险资金。用人单位和个人无需缴费。

第四十九条 职工大病保险待遇与参保人参加职工基本医疗保险制度类型及连续参保缴费时间挂钩，按规定享受以下待遇：

（一）起付标准。

统账结合职工基本医疗保险参保人的职工大病保险年度累计起付标准为 4000 元，单建统筹职工基本医疗保险参保人的职工大病保险年度累计起付标准为 15000 元。

（二）支付比例。

1. 统账结合职工基本医疗保险参保人住院和门诊特定病种享受职工基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过 4000 元至 8000 元以内的，由职工大病保险资金支付 80%；超过 8000 元的部分，由职工大病保险资金支付 85%。

2. 单建统筹职工基本医疗保险参保人住院和门诊特定病种就医享受职工基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过 15000 元至 30000 元以内的，由职工大病保险资金支付 60%；超过 30000 元的部分，由职工大病保险资金支付 65%。

（三）年度最高支付限额。

1. 连续缴纳统账结合职工基本医疗保险费不满 1 年、1 年以

上的，年度最高支付限额分别为本市上上年度职工年平均工资的 4 倍、8 倍。

2. 连续缴纳单建统筹职工基本医疗保险费不满 1 年、1 年以上的，年度最高支付限额分别为本市上上年度职工年平均工资的 2 倍、4 倍。

（四）参保人出院当日为本市户籍特困供养人员、最低生活保障对象、重度残疾人和返贫致贫人员，按以下规定享受职工大病保险待遇：

1. 参加统账结合职工基本医疗保险的，职工大病保险年度累计起付标准为 800 元。参保人住院和门诊特定病种享受职工基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过 800 元至 1600 元以内的，由职工大病保险资金支付 80%；超过 1600 元的部分，由职工大病保险资金支付 85%。不设年度最高支付限额。

2. 参加单建统筹职工基本医疗保险的，职工大病保险年度累计起付标准为 3000 元。参保人住院和门诊特定病种享受职工基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过 3000 元至 6000 元以内的，由职工大病保险资金支付 80%；超过 6000 元的部分，由职工大病保险资金支付 85%。不设年度最高支付限额。

第五十条 职工大病保险经办机构应当依托本市医疗保险信息系统，为参保人提供联网即时结算服务，及时足额支付参保人

职工大病保险待遇。

第五十一条 本市职工大病保险具体业务暂由市医疗保障经办机构承办。

第五十二条 职工大病保险资金当年出现收不抵支时，先由职工大病保险历年滚存结余支付，不足部分再由职工基本医疗保险统筹基金支付，仍不足的由市政府协调解决。

第六章 职工医疗保险的管理

第五十三条 职工医疗保险统一使用国家医疗保障信息系统，实现医保信息统一化、业务标准化、财务一体化。

第五十四条 用人单位应当按本办法规定为其职工参加职工基本医疗保险。用人单位及个人未按规定及时按月缴纳职工基本医疗保险费的，认定为中断缴费，中断缴费3个月以内，重新参保缴费的，视为连续参保，中断前后的正常缴费时间合并计算，中断缴费的月份不计入连续缴费时间；中断缴费超过3个月，重新参保缴费的，视为重新参保，连续缴费时间自缴费之日起重新计算，累计实际缴费年限不受影响。

用人单位未参加或未按时缴纳职工基本医疗保险费的，由用人单位和个人按规定补缴职工基本医疗保险费和滞纳金，补缴的实际月份计入累计实际缴费年限。个人中断缴费超过3个月的，不允许补缴。

第五十五条 参保人参加本市职工基本医疗保险参保关系中

断的，补缴及待遇按以下规定执行：

（一）参保人连续参加本市基本医疗保险1年以上（不含补缴月份），中断缴费3个月以内，符合相关规定的可补缴全部中断月份的职工基本医疗保险费后视为连续参保，补缴的月份计入连续缴费时间，享受相应月份住院待遇、个人账户待遇，门诊待遇自到账后享受，补缴月份可累计计算。

（二）中断缴费超过3个月的，中断期间发生的医疗费用职工基本医疗保险基金不予支付。用人单位造成职工不能享受相应职工基本医疗保险待遇的，由用人单位按本办法标准向职工支付相关费用。个人因缴费账户余额不足等原因导致扣费不成功未能享受相应职工基本医疗保险待遇的，责任由个人负担。

第五十六条 参保人已连续参加本市基本医疗保险2年以上（不含补缴月份）且从城乡居民基本医疗保险转成职工基本医疗保险期间参保关系中断3个月以内的，可按第五十五条以个人身份补缴及享受待遇。

第五十七条 职工基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店（以下统称为定点医药机构）服务协议管理。建立定点医药机构退出机制，实现动态管理。

第五十八条 建立定点医药机构考核评价机制，评价结果与职工医疗保险支付挂钩。市医疗保障经办机构根据本办法和服务协议有关规定和约定，对定点医药机构执行职工医疗保险政策及提供医疗服务情况进行不定期检查、定期检查和专项检查。

第五十九条 参保人凭本人医疗保障凭证在定点医药机构就医购药，并进行医疗费用联网结算。

第六十条 参保人因个人原因导致其职工医疗保险基金被冒用，造成的个人账户和职工医疗保险统筹额度损失由其本人负担。

第六十一条 本市职工医疗保险基金的使用监督按国家、省有关规定执行。医疗保障行政部门、医疗保险费征收部门、医疗保障经办机构和镇街等机构及其工作人员，定点医药机构和参保人等违反医疗保险有关法律法规的，按《医疗保障基金使用监督管理条例》等国家、省和市有关规定处理。

第七章 附 则

第六十二条 本办法所称的医保年度是指每年1月1日至12月31日。本办法实施当月，参保人按上月参加的医疗保险险种享受原险种相应的待遇，个人账户按实施前标准计入。

第六十三条 本办法实施后，原基本医疗保险和原门诊基本医疗保险历年滚存结余，按本办法实施上月本市职工和城乡居民实际缴费人数进行拆分后，分别并入职工基本医疗保险基金和城乡居民基本医疗保险基金。原大病医疗保险历年滚存结余，按本办法实施上月本市职工和城乡居民实际缴费人数进行拆分后，分别并入职工大病保险资金和城乡居民大病保险资金。

第六十四条 本办法实施后，本市职工基本医疗保险参保人签约家庭医生服务的相关费用，由职工基本医疗保险统筹基金支付。

第六十五条 个人自付指在医保费用中按政策规定应当由个人支付的费用，包括起付标准部分、超过起付标准按规定由参保人个人负担部分和超过年度最高支付限额以上的部分等。

不纳入合规医疗费用是指未经核准或备案，参保人自行到市外定点医疗机构发生的医保费用中按规定的降报比例由个人支付的医疗费用；除急诊、抢救外，参保人自行到非定点医疗机构所发生的医疗费用；国家、省和市规定不可纳入的医疗费用等。

第六十六条 本市户籍应征服兵役的人员暂不按本办法参加职工基本医疗保险。法律法规另有规定的，从其规定。

转业或退役安置在本市的参保人员，符合国家和省有关规定条件的，其军龄视同为本市统账结合职工基本医疗保险实际缴费年限，与入伍前和退役后参加职工基本医疗保险的缴费年限合并计算。军人及随军未就业军人配偶的医疗保险关系转移和接续按国家和省有关规定执行。

第六十七条 离休人员的医疗待遇不列入本办法管辖范围，其医疗待遇按本市有关规定执行。

第六十八条 市医疗保障行政部门根据本办法制定实施细则等相关配套文件，与本办法同步实施。

第六十九条 本办法实施后若相关部门尚未公布上上年度城镇职工月平均工资，参保人缴费基数及缴费基数上下限等按本省第二类片区上上年度全口径从业人员月平均工资确定。

第七十条 除另有规定外，本办法所称“以上”、“以下”、

“以内”、“满”含本数，“不满”、“超过”不含本数。

第七十一条 本办法自 2021 年 12 月 1 日开始施行,有效期 5 年。实施当月按本办法征收基本医疗保险费,2022 年 1 月 1 日起按本办法享受相应医疗保险待遇。过去本市有关规定与本办法不一致的,以本办法为准。本办法实施期间若国家和省颁布关于职工基本医疗保险、生育保险、职工大病保险的新规定,从其规定。《关于调整我市社会医疗保险部分待遇支付办法的通知》(中府〔1999〕139 号)、《关于调整我市 2001 年度社会保险缴费和待遇支付办法的通知》(中府〔2001〕67 号)、《关于调整我市 2002-2003 年度社会保险缴费和待遇的通知》(中府〔2002〕69 号)、《关于调整我市基本医疗保险有关待遇的通知》(中府办〔2003〕50 号)、《关于调整我市 2004-2005 年度社会保险缴费和待遇的通知》(中府办〔2004〕59 号)、《关于调整我市基本医疗保险有关待遇的通知》(中府办〔2004〕64 号)、《关于调整我市 2006-2007 年度社会保险缴费和待遇的通知》(中府办〔2006〕62 号)、《关于调整我市基本医疗保险有关待遇的通知》(中府办〔2006〕107 号)、《印发中山市基本医疗保险办法的通知》(中府〔2010〕52 号)、《中山市补充医疗保险办法》(中府〔2010〕53 号)、《关于调整我市社会医疗保险有关待遇的通知》(中府办〔2011〕55 号)、《关于调整我市社会医疗保险有关待遇的通知》(中府办〔2012〕42 号)、《中山市人民政府办公室关于调整我市社会医疗保险有关待遇的通知》(中府办〔2013〕18 号)、《关于印

发中山市门诊基本医疗保险办法的通知》（中府〔2013〕57号）、《中山市人民政府关于印发中山市大病医疗保险暂行办法的通知》（中府〔2014〕2号）、《关于调整我市门诊基本医疗保险缴费比例的通知》（中府办函〔2015〕187号）、《关于调整我市社会医疗保险有关待遇的通知》（中府办〔2016〕32号）、《关于完善中山市大病医疗保险政策的通知》（中府办〔2018〕37号）、《中山市人民政府办公室关于加快推进中山市医疗保障相关工作的通知》（中府办函〔2019〕133号）和《中山市人民政府办公室关于门诊基本医疗保险有关工作的通知》（中府办函〔2019〕147号）自本办法实施之日起同时废止。

附件：职工基本医疗保险过渡期间费率表

附件

职工基本医疗保险过渡期间费率表

险种类型	时间	费率（%）			
		用人单位 (含生育保险)	在 职 工	灵活就业等 人员	一次性缴费 等人员
统账结合	2021.12-2024.12.31	4.8	2.0	6.0	4.0
	2025.1.1-2026.12.31	5.3	2.0	6.5	4.5
	2027.1.1 以后	5.8	2.0	7.0	5.0
单建统筹	2021.12-2024.12.31	3.1	0.7	3.0	3.0
	2025.1.1-2026.12.31	3.2	0.7	3.1	3.1
	2027.1.1 以后	3.3	0.7	3.2	3.2

公开方式：主动公开

抄送：市委有关部委办，市人大办公室，市政协办公室，市纪委，中山
军分区，市中级人民法院，市检察院。

中山市人民政府办公室

2021年9月6日印发
