

珠海市人民政府文件

珠府〔2016〕47号

珠海市人民政府关于印发珠海市基本医疗保险办法的通知

横琴新区管委会，各区政府(管委会)，市府直属各单位：

现将《珠海市基本医疗保险办法》印发给你们，请认真贯彻落实。执行中遇到问题，请径向市人力资源和社会保障局反映。



珠海市基本医疗保险办法

第一章 总则

第一条 为建立健全本市基本医疗保险制度，维护参保人的基本医疗保险权益，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规和政策规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内的下列单位和人员：

（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和有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）及其全部职工或雇工（以下统称职工）。

（二）达到法定退休年龄，符合在本市享受基本医疗保险退休待遇条件的人员（以下统称医保退休人员）。

（三）本市户籍无雇工的个体工商户、未在用人单位参加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（以下统称灵活就业人员）。

（四）在本市就读的学生或本市户籍 18 周岁以下的未成年人（以下统称学生和未成年人）。本办法所称的学生，是指以下三类人员：

1. 各类全日制普通高等学校（含高职、民办高校、独立学院）、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科学生、全日制研究生（以下统称大学生）。

2.经教育、人社、卫生等主管部门批准设立的全日制基础教育、中等职业教育、幼儿园以及托儿所的在册学生及儿童。

3.中央、省驻本市国家机关、事业单位及驻本市军警部队自办幼儿园的在册儿童。

（五）本市户籍除学生和未成年人以外的城镇非从业人员、本市农民和被征地农民（以下统称城乡居民）。

第三条 本市基本医疗保险实行市级统筹和属地管理。

基本医疗保险根据筹资及待遇水平，分为统账结合（一档）和单建统筹（二档）两个档次。

第四条 本市基本医疗保险制度遵循全覆盖、保基本、可持续、保障水平与本市经济社会发展水平相适应的原则。

第五条 市、区人民政府（管委会）应当将基本医疗保险事业纳入国民经济和社会发展规划，对基本医疗保险事业给予经费保障，建立健全经办机构和服务网点，建设基本医疗保险信息系统。

各区人民政府（管委会）应组织本行政区域内的用人单位和个人按本办法规定参加基本医疗保险，将学生和未成年人、城乡居民的医疗保险财政补贴列入财政预算。

第六条 市社会保险行政部门主管本市基本医疗保险工作，负责基本医疗保险统筹规划、政策制定、监督管理。

市社会保险经办机构承担基本医疗保险的业务经办工作，负责医疗保险登记、个人权益记录、学生和未成年人以及城乡居民基本医疗保险费征缴、医疗保险待遇支付以及医疗机构和零售药

店等医疗保险服务机构的协议管理等工作。

市社会保障（市民）卡中心承担基本医疗保险信息系统建设工作。

市地税部门负责职工和灵活就业人员基本医疗保险费征缴工作。

市财政部门负责基本医疗保险基金财政专户管理工作。

市（区）教育部门负责组织所属学校、幼儿园、托儿所在册学生及儿童的参保工作。

发改、民政、卫计、食药监、工会以及残疾人联合会等部门在各自职责范围内负责有关的基本医疗保险工作。

第二章 基本医疗保险费征缴

第七条 用人单位应当为职工参加基本医疗保险，其中本市户籍职工参加基本医疗保险一档，非本市户籍职工可以参加基本医疗保险一档或二档。

灵活就业人员可以参加基本医疗保险一档或二档。

学生和未成年人、城乡居民参加基本医疗保险二档。

参加基本医疗保险的人员统称参保人。

第八条 用人单位及参保人按以下规定缴费：

（一）职工参加基本医疗保险一档的，以职工本人工资的8%按月缴纳，其中用人单位缴纳6%，个人缴纳2%。

（二）职工参加基本医疗保险二档的，由用人单位以职工本

人工资的 2%按月缴纳，职工个人不缴费。

(三)灵活就业人员参加基本医疗保险一档或二档的，在本市上年度在岗职工月平均工资的 60%-300%之间选择申报缴费基数，分别按缴费基数的 8%、2%按月缴纳，费用由个人承担。

(四)学生和未成年人、城乡居民参加基本医疗保险二档的，基本医疗保险费按年度筹集，由参保人个人缴费和政府财政补贴组成，筹集标准（含门诊统筹）如下：

学生和未成年人个人缴费 130 元/年，财政补贴 480 元/年。

城乡居民个人缴费 360 元/年，财政补贴 480 元/年。

第九条 职工本人工资超过本市上年度在岗职工月平均工资 300%以上的部分不计征基本医疗保险费；低于本市上年度在岗职工月平均工资 60%的，按本市上年度在岗职工月平均工资的 60%计征基本医疗保险费。

第十条 学生和未成年人、城乡居民的缴费年度为每年的 7 月 1 日至次年的 6 月 30 日。参保时距缴费年度末 6 个月以上的按年度费用全额缴费及补贴；6 个月以内（含 6 个月）的，按年度费用的 50%缴费及补贴。

第十一条 学生和未成年人、城乡居民参加基本医疗保险二档的财政补贴，由市、区财政按市政府规定的比例分担。

其中，大学生参保补贴按所在院校（含分校区）隶属关系，分别由中央、省和本市财政安排。属本市财政安排的，按学校所在地由市、区财政按市政府规定的比例分担。

第十二条 本市户籍享受低保待遇人员、五保户、低收入重病患者、低收入家庭的 60 岁以上老年人和未成年人、重度残疾人员、精神残疾及智力残疾人员等困难群体，政府全额资助其参加基本医疗保险二档，其个人缴费部分按以下规定列支：

（一）享受低保待遇人员、五保户、低收入重病患者、低收入家庭 60 岁以上老年人和未成年人、重度残疾人员个人缴纳的费用，由市、区财政按市政府规定的比例从城乡医疗救助资金中列支。

（二）精神残疾及智力残疾人员个人缴纳的费用按规定从市级残疾人就业保障金中列支。

第十三条 基本医疗保险费的征缴按国家、省及本市有关社会保险费征缴的规定执行。

职工由用人单位向地税部门申报参保缴费。

灵活就业人员向地税部门申报参保缴费。

城乡居民向辖区内居（村）委会申报参保缴费。

学生由所在学校统一向市社会保险经办机构申报参保缴费，未在学校统一参保的，除大学生外可由本人或其监护人向市社会保险经办机构、居（村）委会申报参保缴费。其他未成年人由其监护人向市社会保险经办机构、居（村）委会申报参保缴费。

第十四条 学生和未成年人、城乡居民基本医疗保险费由参保人在社会保险经办机构指定的银行开设缴费账户，市社会保险经办机构在其缴费账户直接扣取。参保人未办理停保手续的，视

为自动续保，市社会保险经办机构继续按规定扣取。超过3个月无法扣取的，作停保处理。

第十五条 参加基本医疗保险的用人单位及个人应按时足额缴纳基本医疗保险费。

第十六条 参保人补缴基本医疗保险费按以下规定执行：

（一）用人单位未按规定为职工办理社会保险登记或未按时为职工缴纳基本医疗保险费的，按职工应缴费当月的工资及缴费比例补缴基本医疗保险费。

（二）用人单位未按职工应缴费当月的工资足额申报缴纳基本医疗保险费的，按差额部分及应缴费当月的缴费比例补缴基本医疗保险费。

（三）灵活就业人员参保后中断缴费不超过3个月的，参照本条第一款规定补缴。

除以上三种情形，基本医疗保险费不予补缴。

第十七条 基本医疗保险一档参保人达到法定退休年龄时，核定退休待遇享受地为本市的，其累计缴费年限达到20年，在本市实际缴费年限达到10年，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受基本医疗保险待遇。未达到规定年限的，可以缴费至规定年限。

以职工、灵活就业人员身份参加基本医疗保险二档的，达到法定退休年龄时，核定退休待遇享受地为本市的，其累计缴费年限达到25年，在本市实际缴费年限达到12.5年，退休后不再缴纳

基本医疗保险费，按照规定享受基本医疗保险待遇。未达到规定年限的，可以缴费至规定年限。

国有单位和县以上集体企业，经县以上组织、人事部门或劳动部门批准录用的原固定职工，其1998年6月30日以前缴纳养老保险费的实际年限和视同缴费年限可以计算为其累计缴费年限。

基本医疗保险一档缴费年限与以职工、灵活就业人员身份参加基本医疗保险二档缴费年限的折算公式为：基本医疗保险一档缴费年限=以职工、灵活就业人员身份参加基本医疗保险二档缴费年限 $\times 0.8$ 。

上述累计（实际）缴费年限不含以学生和未成年人、城乡居民身份参加基本医疗保险二档的缴费年限。

具体医疗保险退休待遇管理办法由市社会保险行政部门另行制定。

第十八条 学生和未成年人、城乡居民参加基本医疗保险后，发生以下情形应及时办理停保：

- （一）户籍迁出本市。
- （二）市外户籍学生不在本市就读。
- （三）与用人单位建立劳动关系。
- （四）死亡。
- （五）其他原因不符合在本市参保条件的。

第三章 基本医疗保险基金

第十九条 本市基本医疗保险基金按照“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则筹集和使用。

第二十条 基本医疗保险基金来源为：

- （一）基本医疗保险费。
- （二）基本医疗保险基金的利息。
- （三）滞纳金。
- （四）财政补贴。
- （五）依法纳入基本医疗保险基金的其他资金。

第二十一条 基本医疗保险基金实行全市统筹，根据国家、省有关社会保险财务规定单独建账、分账核算，纳入财政专户管理。

第二十二条 基本医疗保险基金由基本医疗保险统筹基金（以下统称统筹基金）和个人账户构成。

第二十三条 市社会保险经办机构为基本医疗保险一档参保人建立个人账户，实行实账管理；基本医疗保险二档参保人不建立个人账户。

基本医疗保险一档参保人的个人账户按以下规定划入：

- （一）职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户。
- （二）用人单位为职工缴纳的基本医疗保险费由市社会保险行政部门根据相关规定按一定比例划入个人账户。

医疗保险个人账户管理办法由市社会保险行政部门另行制定。

第二十四条 基本医疗保险一档缴费中除划入个人账户以外的部分以及基本医疗保险二档所筹资金全部纳入统筹基金。

第二十五条 基本医疗保险基金实行收支预算管理。基金当期收不抵支时，采取动用结余基金、调整筹资标准等办法解决。

第二十六条 市社会保险经办机构应当遵循国家社会保险基金财务制度，规范社会保险财务管理，将基本医疗保险基金收支情况向社会公布。

第二十七条 市社会保险监督委员会和市社会保险行政、财政、卫计、审计及地税等部门按照各自职责，对基本医疗保险基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

第四章 基本医疗保险待遇

第二十八条 参保人自参保缴费的次月1日起享受本办法规定的基本医疗保险待遇，自停止缴费的次月1日起暂停享受基本医疗保险待遇。

其中在本市就读的大学生，于每年的7月1日至12月31日期间由所在学校统一参保的，自当年的7月1日至次年的6月30日享受基本医疗保险待遇。

医保退休人员的基本医疗保险退休待遇自核准当月起享受。

第二十九条 纳入统筹基金支付的医疗费用应符合国家、省、市规定的基本医疗保险药品目录、基本医疗保险诊疗项目、基本医疗保险医疗服务设施范围及标准(以上统称基本医疗保险“三大目录”)。其中，基本医疗保险“三大目录”中部分药品、诊疗项目需个人先自费一定比例。

除个人需先自费一定比例的自费部分外,符合基本医疗保险“三大目录”的医疗费用称为核准医疗费用。

第三十条 参保人住院治疗发生的住院核准医疗费用,统筹基金支付时设起付标准、最高支付限额和支付比例。

(一) 起付标准。

除学生和未成年人外,参保人每次住院起付标准为:

- 1.一级医院 300 元。
- 2.二级医院 500 元。
- 3.三级医院 1000 元。

学生和未成年人的起付标准按上述标准的 50%确定。

其中,参保人同一社保年度累计住院 4 次以上,第 5 次住院起(含第 5 次)起付标准按相应标准的 50%确定;参保人在同一医院连续住院的,每 3 个月支付一次起付标准(特别规定除外)。

(二) 最高支付限额。

参保人住院每社保年度最高支付限额(含个人自付部分)根据其连续参保缴费的时间确定,具体为:

- 1.连续参保缴费时间在 6 个月以内(含 6 个月)的,基本医疗保险年度最高支付限额为 2 万元。
- 2.连续参保缴费时间 6 个月至 1 年(含 1 年)的,基本医疗保险年度最高支付限额为 8 万元。
- 3.连续参保缴费时间 1 年以上的,基本医疗保险年度最高支付限额为 30 万元。

连续参保缴费时间是指从参保缴费当月至其出院当月的实际参保缴费时间，其中参保人中断缴费不超过3个月视为连续参保，中断缴费超过3个月，视为新参保。

（三）支付比例。

参保人社保年度内发生起付标准以上、最高支付限额以下的住院核准医疗费用，统筹基金按以下规定支付：

1.基本医疗保险一档参保人，在职人员支付92%，医保退休人员支付94%。

2.基本医疗保险二档参保人，支付90%。

其中，单价在2000元以上的一次性材料费，由参保人个人先自费10%，剩余部分纳入住院核准医疗费用按70%的比例支付。

第三十一条 参保人门诊治疗发生的医疗费用，通过门诊特定病种制度、普通门诊统筹制度等方式由统筹基金按规定支付：

（一）门诊特定病种制度。

1.部分诊断明确、治疗周期长、医疗费用较高、一般可在门诊治疗的疾病，其门诊核准医疗费用可以纳入统筹基金支付。门诊特定病种分为中额费用病种和高额费用病种。

2.部分可在门诊治疗的项目，如肿瘤放化疗、心肺脑复苏、血液透析、腹膜透析、输血以及白内障复明手术等，其医疗费用纳入住院核准医疗费用累计，按住院核准医疗费用支付的比例支付。

（二）普通门诊统筹制度。

建立普通门诊统筹基金，用于支付参保人的普通门诊医疗费用。

门诊特定病种制度、普通门诊统筹制度由市社会保险行政部门另行制定。

第三十二条 以灵活就业人员和城乡居民身份参加基本医疗保险的参保人，发生符合计划生育政策的生育，生育时连续参保缴费满1年的，统筹基金按每次分娩1000元标准支付；连续参保缴费未满1年的，统筹基金按每次分娩300元标准支付。

已享受职工生育保险提供生育保障的，统筹基金不予支付。

第三十三条 用人单位按规定为职工补缴基本医疗保险费的，基本医疗保险基金按以下规定支付待遇：

（一）补缴费用中应划入医疗保险个人账户的部分，在补缴费用到账后的次月一次性划拨。

（二）补缴后核定新发生的医疗费用支付限额时，补缴时间段予以接续。同时，补缴时间段纳入基本医疗保险实际缴费年限累计计算。

（三）补缴后医疗费用按以下规定处理：

1.用人单位未按规定为职工办理社会保险登记的，补缴费用到账后次月新发生的医疗费用纳入统筹基金支付。

2.用人单位已按规定为职工办理社会保险登记，但未按时为职工缴纳基本医疗保险费，3个月内（含3个月）办理补缴的，补缴时间段内发生的医疗费用，由统筹基金按规定予以支付；超过3个月办理补缴的，补缴费用到账后次月新发生的医疗费用纳入统筹基金支付，按国家、省有关规定可予延期缴费的情形除外。

灵活就业人员按规定补缴后的医疗保险待遇参照前款规定执行。

第三十四条 参保人的住院医疗费用自出院之日、门诊医疗费用自费用发生之日起，2年内未提出待遇申请的，统筹基金不予支付。

第三十五条 参保人死亡的，其近亲属应当在三十日内向市社会保险经办机构报送参保人变动信息，市社会保险经办机构从死亡次月起停止其基本医疗保险待遇。

第三十六条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的。
- （二）应当从生育保险基金中支付的。
- （三）应当由第三人负担的。
- （四）应当由公共卫生负担的。
- （五）在境外就医的。
- （六）国家、省及本市规定的基金不予支付的情形。

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，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第五章 基本医疗保险管理

第三十七条 市社会保险经办机构根据管理服务的需要，与

符合条件且愿意承担本市医疗保险服务的医疗机构、零售药店（以下统称定点医药机构）签订服务协议，按照协议进行管理。

第三十八条 参保人在市内定点医药机构就医购药发生的医疗费用，基本医疗保险基金按规定予以支付。

参保人在市内非定点医药机构发生的医疗费用，除急诊、抢救外，基本医疗保险基金不予支付。

第三十九条 参保人市外就医的，急诊、抢救的医疗费用按照市内定点医药机构就医的规定由统筹基金予以支付。

非急诊、抢救情形在市外发生的医疗费用，应按规定办理相关手续。具体规定如下：

（一）因病情需要转往市外医疗机构就医时，应按规定办理市外转诊手续。经转诊至市外发生的住院核准医疗费用，统筹基金支付时，住院起付标准、最高支付限额按照市内就医处理，支付比例较市内就医降低 2 个百分点。门诊特定病种费用按照市内就医的规定予以支付。普通门诊统筹费用不予支付。

（二）参保人因工作需要被派往异地，或退休异地定居的，可申请办理常住异地就医手续。办理常住异地就医手续后，其所发生的住院核准医疗费用、门诊特定病种费用，按照市内就医的规定予以支付。普通门诊统筹筹资金额包干给个人使用。

（三）大学生在假期和休学、实习期间离开本市，因疾病在家庭所在地或实习所在地就医的，应选择当地定点医疗机构就医，其发生的住院核准医疗费用、门诊特定病种费用，返校后凭

学校确认其家庭所在地或实习所在地的证明等资料，由统筹基金按照市内就医的规定予以支付。

第四十条 参保人未按本办法第三十九条规定就医，其市外就医发生的医疗费用按以下规定执行：

（一）住院核准医疗费用。住院起付标准、最高支付限额按照市内就医处理，支付比例为60%。

（二）高额费用门诊特定病种年度支付限额按市内就医处理，支付比例为50%。

（三）中额费用门诊特定病种以及普通门诊统筹费用不予支付。

参保人就医管理具体办法由市社会保险行政部门另行制定。

第四十一条 参保人发生属统筹基金支付的医疗费用，由市社会保险经办机构与定点医药机构按照“以总额付费为主体，辅以按病种付费、按定额付费、按人头付费、按项目付费等方式在内的复合式结算方式”结算。具体办法由市社会保险行政部门另行制定。

第四十二条 参保人在基本医疗保险一档、二档之间转换，中断缴费时间不超过3个月的，计算医疗保险待遇支付限额时，其原档的实际参保时间予以接续，但中断缴费期间所发生的医疗费用不予支付，中断缴费超过3个月，视为新参保。

参保人在基本医疗保险一档、二档之间转换，停保的次月1日起停止享受原档的医疗保险待遇，转换后自参保缴费的次月1日起享受新档的医疗保险待遇。

以学生和未成年人、城乡居民身份参加基本医疗保险二档的参保人，中断缴费时间不超过3个月再缴费的，视为连续参保，中断缴费期间发生的医疗费用按规定予以支付；中断缴费时间超过3个月视为新参保。

第四十三条 本办法实施后，原医疗保险关系按以下规定处理：

（一）原本市城镇职工医疗保险的参保缴费年限接续为基本医疗保险一档的参保缴费年限。

（二）原本市外来务工人员大病医疗保险的参保缴费年限接续为以职工身份参加基本医疗保险二档的参保缴费年限。

（三）原本市城乡居民基本医疗保险的参保缴费年限接续为以城乡居民身份参加基本医疗保险二档的参保缴费年限。

（四）原本市未成年人医疗保险的参保缴费年限接续为以学生和未成年人身份参加基本医疗保险二档的参保缴费年限。

第四十四条 流动就业人员跨统筹地区将基本医疗保险关系转入本市，在其他统筹地区参加建立个人账户的职工医疗保险缴费年限，认可为本市基本医疗保险一档缴费年限；在其他统筹地区参加非建立个人账户的基本医疗保险缴费年限，认可为本市基本医疗保险二档的缴费年限，其中，非就业时的缴费年限不予认可。

第四十五条 参保人不得重复参加基本医疗保险。参保人已经在市外享受医疗保险待遇的，其医疗费用本市基本医疗保险基金不再支付。

第四十六条 单位或个人违反本办法规定的不诚信行为纳入本市信用评价体系。

第六章 法律责任

第四十七条 用人单位未按规定办理社会保险登记、未按时足额缴纳基本医疗保险费的，按《中华人民共和国社会保险法》有关规定执行。

第四十八条 参保人在市外已享受职工医疗保险退休待遇或纳入公费医疗管理，通过隐瞒事实等方式在本市参保的，由社会保险经办机构终止其基本医疗保险关系，责令其退回已享受的医疗保险待遇，并将其不诚信行为纳入本市信用评价体系。

第四十九条 用人单位、参保人、定点医药机构等单位或个人认为市社会保险经办机构的具体行政行为侵犯其合法权益，可向市社会保险经办机构申请复核，也可依法向市人民政府申请行政复议或向人民法院提起行政诉讼。

第五十条 定点医药机构、参保人以及基本医疗保险相关部门违反本办法规定，按《中华人民共和国社会保险法》、《珠海市社会保险基金监督条例》、《珠海市社会保险基金监督条例实施细则》及《珠海市社会保险反欺诈办法》等相关规定处理。

第七章 附则

第五十一条 本办法所称的社保年度指每年的7月1日至次

年的 6 月 30 日。

第五十二条 根据广东省实施珠中江阳区域一体化的要求，中山、江门、阳江等地与本市签订服务协议医疗机构视为本市市内定点医疗机构。

第五十三条 根据基本医疗保险基金收支情况及国家、省的相关政策要求，需对缴费标准、待遇支付标准等做调整的，由社会保险行政部门会同相关部门提出意见，报市人民政府批准后执行。

第五十四条 离休干部、建国前参加工作的老工人、一至六级残疾军人和人民警察、高层次人才等人群纳入基本医疗保险管理后，其医疗保障办法由市社会保险行政部门会同有关部门另行制定。

第五十五条 本办法自 2016 年 7 月 1 日起施行。此前与本办法不一致的，以本办法为准。

公开方式：主动公开

抄送：市委各委办局，市人大办，市政协办，市纪委办，珠海警备区，
市中级人民法院，市检察院，各人民团体，各新闻单位，中央和省属
驻珠海有关单位。

珠海市人民政府办公室

2016 年 4 月 26 日印发
