

梅州市人民政府办公室文件

梅市府办〔2013〕63号

梅州市人民政府办公室关于印发梅州市 城镇职工补充医疗保险办法的通知

各县（市、区）人民政府，市府直属和中央、省属驻梅各单位：

《梅州市城镇职工补充医疗保险办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市人力资源社会保障局反映。

梅州市人民政府办公室

2013年11月6日



梅州市城镇职工补充医疗保险办法

第一条 为完善我市城镇职工医疗保险制度，健全多层次的医疗保障体系，减轻参保职工大病医疗费用负担，根据《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）、《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城镇职工补充医疗保险(以下简称“补充医疗保险”)是指由社会保险经办机构作为代理投保人，为参保人集体向商业保险机构投保，参保人作为被保险人，其发生的超过城镇职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)年最高支付限额的住院医疗费用由商业保险机构按规定赔付的补充医疗保险。

第三条 补充医疗保险是职工医保的补充，与职工医保制度相衔接。

第四条 补充医疗保险对象为本市行政区域内参加职工医保的参保人，参保人应按规定缴纳补充医疗保险费。

第五条 按照以收定支、收支平衡的原则，根据本地经济社会发展水平、基本医疗保障水平、补充医疗保险收支情况、赔付水平、赔付率等因素，科学合理确定缴费标准和待遇水平，并根据相关因素变化情况适时调整。缴费标准、待遇水平由市人力资源社会保障局会同市财政局根据上述因素拟定，报市政府审定。

具体的待遇水平根据招标结果确定。

第六条 市社会保险经办机构按法定招标程序进行招标，由中标的商业保险机构具体承办补充医疗保险。

第七条 补充医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳；灵活就业人员由个人全额缴纳。职工个人缴费部分由用人单位代扣缴。

被保险人达到法定退休年龄时，其缴纳职工医保费累计缴费年限符合《关于梅州市城镇职工基本医疗保险缴费年限有关问题的通知》（梅市府办〔2011〕71号）规定的，应一次性按当年缴费标准趸缴20年补充医疗保险费。

第八条 补充医疗保险费由社会保险费征收部门在征收职工医保费时向单位、个人收取。

第九条 单位缴纳补充医疗保险费按下列规定列支：

（一）由财政全额拨款的机关、事业单位和社会团体的被保险人，单位缴费的补充医疗保险费用在各单位预算内资金中列支。

（二）企业以及非财政全额拨款的事业单位的被保险人，单位缴费的补充医疗保险费在单位福利费或事业费中列支。

第十条 被保险人按下列不同缴费情形享受补充医疗保险待遇：

（一）用人单位负责按月缴费的，被保险人从缴费次月起享受补充医疗保险待遇。

（二）退休人员一次性趸缴补充医疗保险费的，从缴清到帐的次月起按规定享受补充医疗保险待遇。

未按规定缴纳补充医疗保险费、一次性趸缴的，从趸缴到帐

当月起满 6 个月后享受补充医疗保险待遇。

(三) 以个人身份按月缴纳补充医疗保险的, 连续缴费满 6 个月后按规定享受补充医疗保险待遇。

(四) 被保险人在参保期间与用人单位解除劳动关系或领取失业保险金期满 2 个月内转为按灵活就业人员参保缴费的, 按规定享受补充医疗保险待遇。超过 2 个月才按灵活就业人员参保缴费的, 视为新参保人员, 连续缴费满 6 个月后享受补充医疗保险待遇。

(五) 被保险人中断缴费一年以内的, 允许足额补缴中断时段内应缴纳的补充医疗保险费和滞纳金, 从缴清到帐的次月起享受补充医疗保险待遇。中断缴费一年以上的, 视为首次参保, 连续缴费满 6 个月后享受补充医疗保险待遇。

(六) 被保险人中途停止缴费或欠费的, 从次月起停止享受补充医疗保险待遇, 在补缴时段以及等待时段发生的医疗费用不能享受补充医疗保险待遇。

第十一条 被保险人发生超过职工医保年最高支付限额以上部分, 符合职工医保规定的住院医疗费用, 由补充医疗保险支付 90%, 个人负担 10%。

第十二条 被保险人超过职工医保年最高支付限额的医疗费由本人先行垫付, 出院后凭身份证、出院小结、医疗收费票据、住院费用明细清单及社会保险经办机构出具意见的申请表等, 向商业保险机构申请赔付。商业保险机构应在 15 个工作日内做出赔

付。

补充医疗保险经办服务与职工医保经办服务相衔接，并在社会保险经办机构设立服务窗口，逐步实现“一站式”即时结算服务，确保被保险人方便、及时享受补充医疗保险待遇。

第十三条 补充医疗保险费由社会保险经办机构按合同约定的缴交标准定期划拨给承办的商业保险机构。

第十四条 补充医疗保险费实行专用账户管理，专款专用，任何单位和个人不得挪用。

第十五条 补充医疗保险实行全市统一筹资标准、待遇水平、年最高支付限额、结算方式等。

第十六条 补充医疗保险费用结算年度与职工医保费用结算年度一致。

第十七条 本办法与我市职工医保有关规定配套实施。

被保险人的住院起付标准、转诊市外、异地居住就医按我市职工医保有关规定执行。

第十八条 市、县（市、区）社会保险经办机构应按照招标文件与中标商业保险机构签订承办补充医疗保险合同，明确双方的权利和义务，明确保费标准、待遇水平和盈利率，明确双方信息交换的范围、内容和程序，明确承办方具体的承办条件和管理人员配备，明确对承办方的考核指标及对违约情形的处理等。

第十九条 承办补充医疗保险业务的商业保险机构应接受社会保险经办机构的考核和监督，每月应向社会保险经办机构报送

保费收支和业务运行等情况。

第二十条 社会保险经办机构、商业保险机构、被保险人之间发生有关补充医疗保险争议时，由争议各方协商解决；协商不成的，可通过法律途径解决。

第二十一条 本办法自2014年1月1日起实施，有效期5年。

保费收支和业务运行等情况。

第二十条 社会保险经办机构、商业保险机构、被保险人之间发生有关补充医疗保险争议时，由争议各方协商解决；协商不成的，可通过法律途径解决。

第二十一条 本办法自2014年1月1日起实施，有效期3年。

公开方式：主动公开

抄送：市委各单位，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委办公室，梅州军分区，市法院，市检察院。

梅州市人民政府办公室秘书科

2013年11月7日印发
