

梅州市人民政府文件

梅市府〔2022〕32号

梅州市人民政府关于印发梅州市职工 基本医疗保险和生育保险办法的通知

各县（市、区）人民政府（管委会），市府直属和中央、省属驻梅各单位：

现将《梅州市职工基本医疗保险和生育保险办法》印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。

梅州市人民政府

2022年12月30日

梅州市职工基本医疗保险和生育保险办法

第一章 总 则

第一条 为健全我市医疗保障制度体系，保障职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）和生育保险参保人员的基本医疗保障权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国军人保险法》《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）和《广东省职工生育保险规定》（粤府令第287号）等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 职工医保参保人员范围：

（一）本市行政区域内的机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户等所有用人单位职工，应当按照规定参加职工医保。

（二）法定劳动年龄内的灵活就业人员可参加我市职工医保，不受户籍限制。无雇工的个体工商户，未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员，依托电子商务、网络约车、网络送餐、快递物流等新业态平台实现就业且未与新业态平台企业建立劳动关系的新型就业形态从业人员，以及国家和省规定的其他灵活就业人员，可按规定参加职工医保。

（三）领取失业保险金期间的失业人员、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），应当按照规定参加职工医保。

第三条 生育保险参保人员范围：

（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；

（二）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；

（三）有雇工的个体工商户及其雇工；

（四）法律、法规、规章规定的其他单位和人员。

第四条 职工医保和生育保险应当遵循以下原则：

（一）广覆盖、保基本、可持续；

（二）筹资及保障水平与我市经济社会发展水平相适应；

（三）以收定支、收支平衡、略有结余；

（四）属地管理。

第五条 职工医保和生育保险合并实施，用人单位及其职工同步参加职工医保和生育保险。

第六条 职工医保（含生育保险）实行统一参保缴费、统一待遇标准、统一基金管理、统一就医管理、统一信息系统、统一经办服务。

第七条 各级医疗保障行政部门负责本行政区域内职工医保（含生育保险）管理工作，具体负责本办法的组织实施、监督和指导。各级医疗保障经办机构负责职工医保（含生育保险）业务经办工作。

卫生健康、市场监督管理部门应当配合职工医保（含生育保

险)制度改革,加强医药卫生从业人员职业道德教育,规范医疗和经营行为,努力满足参保人员医疗服务的基本需求,为职工医保(含生育保险)基金安全、有效运行提供基本保障。

税务部门负责职工医保(含生育保险)费的征收管理工作。

财政部门负责职工医保(含生育保险)基金专户管理等工作。

发展改革、审计等部门按照各自职责协同实施本办法。

第二章 基金筹集和管理

第八条 职工医保(含生育保险)基金实行市级统筹,由下列各项构成:

- (一)用人单位和参保人员缴纳的职工医保(含生育保险)费;
- (二)职工医保(含生育保险)基金的利息;
- (三)延迟缴纳职工医保(含生育保险)费的滞纳金;
- (四)依法纳入职工医保(含生育保险)基金的其他资金。

第九条 职工医保(含生育保险)基金纳入市医保基金财政专户管理、专款专用,任何组织和个人不得侵占或挪用。

第十条 生育保险基金并入职工基本医疗保险基金,不再单列生育保险基金收入,在职工医保统筹基金待遇支出中设置生育待遇支出项目。

第十一条 职工医保费和生育保险费合并缴纳,由税务部门统一征收管理。

用人单位应当自成立之日起三十日内向属地税务部门办理职

工医保和生育保险缴费登记。用人单位变更或依法终止的，应当自变更或终止之日起三十日内，向属地税务部门办理变更或者注销职工医保和生育保险缴费登记。灵活就业人员向属地税务部门申请办理职工医保和生育保险缴费登记。

第十二条 用人单位缴费基数为本单位职工缴费工资总额，缴费比例为参加职工医保和生育保险的缴费比例之和。

（一）用人单位职工由用人单位和个人按规定缴费。用人单位缴费基数为本单位职工缴费工资总额，个人缴费基数为本人工资收入。职工本人月工资收入超过本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 300%的，按 300%确定上限；低于本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 60%的，按 60%确定下限。生育保险缴费基数与职工医保一致。职工医保总费率（含生育保险费率）为 8.5%，其中用人单位费率 6.5%（职工医保费率 6%、生育保险费率 0.5%）、个人费率为 2%（个人不缴纳生育保险费）。

（二）灵活就业人员由个人按规定缴费。以个人申报的工资收入作为缴费基数，工资收入超过本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 300%的，按 300%确定上限；低于本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 60%的，按 60%确定下限。缴费费率为 8%。

（三）失业人员领取失业保险金期间的缴费基数为本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资，总费率为 8%。应当缴纳的职工医保费从失业保险基金中支付，个人不缴费。

（四）因工致残被鉴定为一级至四级伤残工伤职工的缴费基数为工伤职工伤残津贴，总费率为8%，其中用人单位费率为工伤职工伤残津贴的6%、个人费率为2%。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），保留劳动关系的，单位缴费部分由用人单位缴费，个人缴费部分由个人负担。本人要求退出工作岗位、终止劳动关系，办理伤残退休手续的，单位缴费部分由工伤保险基金支付，个人缴费部分由其本人的伤残津贴中代扣代缴。

职工医保（含生育保险）缴费基数的上下限，由市医疗保障行政部门根据市有关部门公布的本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资确定，在职工医保年度开始前对外公布。

第十三条 缴费年限。

（一）本办法实施前已达到法定退休年龄且累计缴费年限已满20年（本市实际缴费年限累计满10年）的，不再缴纳职工医保费，终身享受本办法规定的退休人员职工医保待遇。本办法实施前已达到法定退休年龄，累计缴费年限且本市实际缴费年限未达上述缴费年限规定的，本办法实施后可继续选择按月缴费或一次性缴费至20年且本市实际缴费累计满10年后，不再缴费，终身享受退休人员职工医保待遇。

（二）本办法实施后达到法定退休年龄的，职工医保缴费年限实行逐年调整。从2030年1月1日起，累计缴费年限统一为男职工30年（本市实际缴费累计满10年），女职工25年（本市实

际缴费累计满 10 年)，达到规定缴费年限后不再缴费，终身享受退休人员职工医保待遇。

男职工累计最低缴费年限：2023 年为 21 年、2024 年为 22 年、2025 年为 23 年、2026 年为 24 年、2027 年为 25 年、2028 年为 26 年、2029 年为 28 年、2030 年及之后为 30 年。

女职工累计最低缴费年限：2023 年为 21 年、2024 年为 22 年、2025 年为 23 年、2026 年为 24 年、2027 年及之后为 25 年。

第十四条 本市职工医保参保人员达到法定退休年龄时，符合累计缴费年限且本市实际缴费年限累计满 10 年的人员不再缴费，按规定办理职工参保人员身份转换手续，终身享受退休人员职工医保待遇。

军人服现役年限视同职工医保实际缴费年限，与入伍前和退出现役后参加职工医保的缴费年限合并计算。

第十五条 本办法实施后达到法定退休年龄时，其职工医保缴费年限不符合本办法规定年限的，可按规定选择按月缴费或申请一次性缴费至规定年限。

选择按月缴费的人员，以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，按职工医保用人单位费率 6% 缴纳至规定的缴费年限。按月缴费期间，享受在职人员的医疗保障待遇，不计发个人账户。缴费达规定年限后，应当按规定办理职工参保人员身份转换手续，终身享受退休人员职工医保相关待遇，并按规定计发个人账户。按月缴费期间，可申请一次性缴费。

选择一次性缴费的人员，以办理一次性缴费时本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，按职工医保用人单位费率6%缴纳至规定的缴费年限。缴费达规定年限后，应当按规定办理职工参保人员身份转换手续，终身享受退休人员职工医保相关待遇，并按规定计发个人账户。

第十六条 用人单位依法转让、重组、兼并、终止时，欠缴的职工医保费按照有关法律法规规定清偿。

离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

第三章 职工医保待遇

第十七条 职工医保年度自公历1月1日起至12月31日止。

第十八条 职工医保待遇包括个人账户待遇、普通门诊统筹待遇、门诊特定病种待遇和住院待遇。职工医保的年度最高支付限额为职工医保统筹基金实际支付限额15万元。

第十九条 用人单位职工按规定缴纳职工医保费的次月起享受职工医保待遇，停止缴费次月起停止享受职工医保待遇。按规定补缴职工医保费的，从补缴次月起享受职工医保待遇。

第二十条 灵活就业人员首次参加职工医保的，按规定在本市连续缴纳职工医保费满6个月后享受职工医保待遇。参保人员停止缴费的次月起暂停享受职工医保待遇。

灵活就业人员中断缴费3个月（含）以内的，可按规定办理

中断缴费期间的职工医保费补缴手续，补缴后不设待遇等待期，缴费当月可享受职工医保待遇，中断缴费期间的待遇可按规定追溯享受；灵活就业人员中断缴费超过3个月以上1年以内的，允许足额补缴中断缴费期间的职工医保费，可连续计算缴费年限但不享受中断缴费期间的职工医保待遇，从补缴次月起享受职工医保待遇；中断缴费超过1年以上的，不允许补缴中断缴费期间的职工医保费，重新缴费后可连续计算缴费年限，并在连续缴纳职工医保费满6个月后享受职工医保待遇。

第二十一条 建立个人账户。在职职工由个人缴纳的职工医保费计入个人账户，月计入标准为本人参保缴费月基数的2%，用人单位缴纳的职工医保费全额划入统筹基金。退休人员个人账户由职工医保统筹基金按定额标准划入，月划入标准为2021年全市基本养老金月平均金额的2.8%。灵活就业人员个人账户计入标准参照执行。个人账户按月划入，划入资金起止时间和职工医保待遇享受时间一致。

按照《关于进一步解决困难企业退休人员医疗保险问题的补充通知》（梅市人社〔2010〕50号）纳入职工医保范围的退休人员，不建立个人账户。

第二十二条 个人账户使用范围按照《梅州市人民政府办公室关于印发梅州市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知》（梅市府办〔2022〕13号）相关规定执行。

第二十三条 参保人员达到法定退休年龄且职工医保缴费年

限已满本市规定的缴费年限时，用人单位或个人应当在1个月内向税务部门、医疗保障经办机构申请办理参保人员身份转换手续，办理参保人员身份转换手续后次月起，参保人员可按规定享受退休人员医保待遇。参保人员死亡的，其近亲属、监护人或者受委托人应当及时办理医保待遇终止手续。

第二十四条 参保人员在医保年度内发生的普通门诊、门诊特定病种、住院政策范围内的医疗费用，纳入职工医保待遇范围。

第二十五条 职工医保（含生育保险）的支付范围，按照国家 and 省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录等相关政策执行。

第二十六条 参保人员治疗发生的乙类药品，支付标准以内的药品费用先由参保人员自付10%，再由职工医保统筹基金按规定支付，超出支付标准的药品费用由参保人员承担。

第二十七条 职工医保建立普通门诊统筹制度。普通门诊统筹政策按照《梅州市人民政府办公室关于印发梅州市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知》（梅市府办〔2022〕13号）执行。

第二十八条 职工医保建立门诊特定病种制度。门诊特定病种具体范围、待遇标准、管理服务等，按照《梅州市医疗保障局关于印发〈梅州市基本医疗保险门诊特定病种管理办法〉的通知》（梅市医保规〔2021〕2号）执行。

第二十九条 住院待遇。

参保人员在定点医疗机构住院发生符合医保政策范围内的医

疗费用，职工医保统筹基金按规定给予支付；除急诊、抢救等特殊情况下，在非定点医疗机构发生的医疗费用，职工医保统筹基金不予支付。参保人员在定点医疗机构住院前产生因急诊、抢救门诊费用纳入住院报销；在非定点医疗机构产生因急诊、抢救门诊费用按同等级医疗机构住院报销。

（一）市内住院。起付标准按医疗机构等级确定，分别为一级医疗机构 200 元、二级医疗机构 450 元、三级医疗机构 650 元；支付比例不分医疗机构等级，统一设置为在职人员 85%，退休人员 90%。同一医保年度，参保人员连续时间内因病情需要在本市医疗机构间按规定办理转院治疗，下级医疗机构转上级医疗机构治疗的，只计算起付标准的差额部分；上级医疗机构转下级医疗机构或同级医疗机构之间治疗的，不再计算起付金。

（二）市外住院。已办理异地安置退休、异地长期居住或常驻异地工作就医备案的，在备案地定点医疗机构发生符合医保政策范围内的医疗费用，起付标准和报销比例参照市内就医标准执行；已办理异地转诊或临时异地就医备案的，住院起付标准参照市内就医标准，报销比例相应降低 5%；自行前往梅州市外医疗保险定点医疗机构就医，未按本市规定办理备案的，住院起付标准为 1600 元，报销比例相应降低 10%。

（三）参保人员因患恶性肿瘤、肾功能衰竭需多次住院放（化）疗、血液透析治疗的，从诊断的首次住院起，在一个医保年度内，同一医院住院的按定点医疗机构级别的起付标准只计算一次起付金。

第四章 生育保险待遇

第三十条 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴，所需资金从职工医保统筹基金中支付。

第三十一条 用人单位已经按时足额缴费的，自缴费次月起，其职工享受生育医疗费用和生育津贴待遇；职工未就业配偶按照我市城乡居民基本医疗保险生育医疗费用待遇标准享受生育医疗费用待遇。用人单位停止缴费的，其职工和职工未就业配偶自次月起停止享受相应的待遇。

参加职工医保的灵活就业人员，按照规定享受生育保险待遇，其享受生育保险待遇的起止时间与享受职工医保待遇的时间一致。

领取失业保险金期间的失业人员、因工致残被鉴定为一级至四级伤残并办理伤残退休手续的职工、享受职工医保待遇的退休人员按照规定享受生育保险待遇。

第三十二条 生育医疗费用项目待遇支付范围和不予支付范围按照《广东省职工生育保险规定》（粤府令第287号）执行。

第三十三条 产前检查医疗机构的选定。参保人员原则上选定1家具备相应服务能力的定点医疗机构作为产前检查医疗机构，按照规定办理就医确认手续。

（一）参保人员在市内定点医疗机构进行产前检查时，定点医疗机构应按照规定协助参保人员办理产前就医确认手续，并将产前就医确认信息上传医保信息系统备案。

（二）参保人员在市外定点医疗机构进行产前检查时，参保

人员应向参保地医疗保障经办机构申请办理就医确认手续。

第三十四条 参保人员在定点医疗机构发生符合规定的生育医疗费用，按照下列情形享受待遇：

（一）产前检查费待遇。

参保人员已按规定办理产前检查选点手续后，在定点医疗机构发生的纳入生育保险报销范围的医疗费用，由职工医保统筹基金足额支付。

因医疗条件限制、住所变化等其他特殊事由确需变更产前检查医疗机构的，应当持变更事由的相关凭证向参保地医保经办机构申请办理变更手续，在变更后的定点医疗机构发生的产前检查医疗费用按规定纳入生育保险支付范围。

（二）终止妊娠、分娩住院或者施行计划生育手术待遇。

参保人员在医保定点医疗机构发生的终止妊娠、分娩住院或者施行计划生育手术的医疗费用，无须办理选点手续，由职工医保统筹基金足额支付。因急诊、抢救在非定点医疗机构发生的终止妊娠、分娩住院的医疗费用，由职工医保统筹基金足额支付。

第三十五条 生育津贴待遇计算标准及假期计算标准等按照《广东省职工生育保险规定》（粤府令第287号）执行。

第五章 医疗费用结算

第三十六条 市内定点医疗机构直接结算。

（一）住院登记。参保人员在定点医疗机构就医时，应主动

出示本人医疗保险凭证，医疗机构应当认真核验就医人员身份信息。参保人员不按规定出示医疗保险凭证的，医疗机构不予办理医保记账手续。

（二）费用结算。参保人员出院时，医疗费用中应当由个人负担的医疗费用，由个人支付；应当由职工医保统筹基金支付的部分，由医疗保障经办机构与定点医疗机构按规定结算。

第三十七条 异地定点医疗机构直接结算。

参保人员在异地联网医疗机构发生的符合医保政策范围内的医疗费用，由异地联网医疗机构直接结算后，按照省有关规定由本市医疗保障经办机构按规定结算；属于参保人员个人负担的医疗费用，由参保人员与异地医疗机构结算。

第三十八条 医疗费用手工报销。

（一）职工基本医疗保险费手工报销。参保人员因待遇追溯、基本医疗保险信息系统故障、涉及第三人责任或异地非联网结算医院就医等原因未能在定点医疗机构直接结算的职工基本医疗保险费用，参保人员应当自医疗费用票据上显示的诊疗截止日期起1年内向参保地医疗保障经办机构办理医疗费用手工报销手续，因不可抗力或存在法律纠纷等特殊情况的除外。医疗保障经办机构对参保人员申报符合规定的医疗费用，按规定审核后，应当由职工医保统筹基金支付的医疗费用，在20个工作日内拨付给参保人员。

（二）生育医疗费用手工报销。参保人员因特殊原因不能在

定点医疗机构直接结算的生育医疗费用,先由参保人员个人支付,并在分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术次日起3年内,向参保地医疗保障经办机构申请报销。用人单位已经垫付生育津贴的,可以在职工分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术次日起3年内,向医疗保障经办机构申请拨付生育津贴。

第三十九条 医疗费用结算管理。

(一) 市内定点医疗机构结算。

1. 门诊医疗费用结算。

参保人员在市内定点医疗机构发生的普通门诊和门诊特定病种医疗费用,属于职工医保统筹基金支付范围的,由医疗保障经办机构按照相关规定与定点医疗机构进行结算。

参保人员在市内定点医疗机构发生的符合产前检查医疗费用或施行门诊计划生育手术医疗费用,由医疗保障经办机构与定点医疗机构结算。产前检查医疗费用按孕次,施行门诊计划生育手术按人次结算。具体结算标准由市医疗保障行政部门另行制定和公布。

2. 住院医疗费用结算。参保人员在市内定点医疗机构发生的住院医疗费用(包括生育保险当中的终止妊娠、分娩和施行计划生育手术),属于职工医保(含生育保险)支付范围的,由医疗保障经办机构按照结算相关规定与定点医疗机构进行结算。

(二) 市外定点医疗机构结算。

参保人员在市外定点医疗机构发生的符合职工医保统筹基金

支付范围的普通门诊、门诊特定病种和住院医疗费用，按照国家、省、市有关规定执行。

第六章 医药管理和监督

第四十条 参保人员就医管理、定点医疗机构管理和考核等政策，由市医疗保障行政部门按国家、省的有关规定制定。

第四十一条 定点医疗机构应当按照职工医保(含生育保险)待遇支付范围和规定提供医疗服务，严格掌握出入院标准，做到因病施治、合理诊疗、合理用药、合理收费、优质服务，要为参保人员提供医疗费用明细清单。除急诊、抢救等特殊情形外，提供职工医保统筹基金支付范围以外医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第四十二条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构或其依法委托的机构在核查职工医保(含生育保险)工作时，定点医药机构、有关单位和个人应当予以配合。

第四十三条 定点医药机构应当建立健全信息管理系统，按有关要求与医疗保障经办机构的医疗保险信息系统有效对接，确保就医及结算的信息及时、准确和完整。

第四十四条 职工医保(含生育保险)实行统一定点医疗机构管理。市医疗保障行政部门统一制定《梅州市基本医疗保险医疗服务协议》，由各级医疗保障经办机构与符合规定的医疗机构签订定点医疗服务协议，规范医疗服务行为。

第四十五条 医疗保障行政部门应当向社会公布统一的医疗保险监督电话和投诉信箱，接受举报和投诉，并依法依规及时处理。任何组织或个人有权举报、投诉定点医疗机构、用人单位、参保人员、医疗保障经办机构和相关工作人员涉及职工医保（含生育保险）违法违规行为。

第七章 附 则

第四十六条 市医疗保障行政部门会同市财政部门根据国家、省有关规定，结合我市经济社会发展、医疗消费水平和基金收支情况，适时提出调整职工医保（含生育保险）的筹资标准、待遇支付等相关政策，报市人民政府批准后公布实施。

第四十七条 本办法自2023年1月1日起施行，有效期5年。《梅州市人民政府印发〈梅州市城镇职工基本医疗保险暂行办法〉的通知》（梅市府〔2000〕23号）、《梅州市人民政府办公室印发〈梅州市城镇职工基本医疗保险暂行办法的实施细则〉等配套文件的通知》（梅市府办〔2000〕38号）、《梅州市人民政府关于印发〈梅州市灵活就业人员参加基本医疗保险暂行办法〉的通知》（梅市府〔2006〕43号）、《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）、《梅州市人民政府办公室印发关于贯彻执行广东省职工生育保险规定的通知》（梅市府〔2015〕20号）同时废止。本市此前规定与本办法规定

不一致的，按照本办法执行。本办法未尽事宜按照国家和省有关规定执行，如遇国家、省政策调整，按照国家、省政策规定执行。

公开方式：主动公开

抄送：市委各部门，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

2022年12月30日印发
