



揭阳市人民政府关于印发揭阳市职工 基本医疗保险实施办法的通知

揭府规〔2022〕6号

各县（市、区）人民政府（管委会），市政府各部门、各直属单位：

《揭阳市职工基本医疗保险实施办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。

揭阳市人民政府

2022年7月27日



揭阳市职工基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为了规范职工医疗保险关系，保障职工医疗保险权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《广东省人民政府办公厅关于印发广东省职工基本医疗保险门诊共济实施办法的通知》（粤府办〔2021〕56号）和《广东省医疗保障局广东省财政厅关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》（粤医保规〔2022〕3号）等法律法规和关于深化医疗保障制度改革的文件精神，结合我市实际，制定本实施办法（以下简称《办法》）。

第二条 职工医疗保险遵循以下原则。

- （一）坚持以人民健康为中心，应保尽保、保障基本；
- （二）坚持尽力而为、量力而行，筹资标准和保障能力与经济社会发展水平相适应；
- （三）坚持以收定支、收支平衡、略有结余，确保基金安全可持续；
- （四）坚持权利义务对等，构建多层次医疗保障体系。

第三条 职工医疗保险实行市级统筹，基金纳入市社会保障基金财政专户管理，统一核算。

政府运用法律、行政、经济手段保证医疗保险基金的筹集和支付；遇有特殊情况，医疗保险基金不敷使用时，由同



级地方财政给予补贴。

第四条 职工医疗保险包括职工基本医疗保险（含生育保险）和职工补充医疗保险。

第五条 医疗保障部门负责本行政区域内职工医疗保障行政管理工作。医疗保障经办机构负责本行政区域内医疗保险经办业务。市级医疗保障经办机构负责承办市本级职工医疗保险经办业务并指导县（市、区）医疗保险业务经办。

税务部门负责本行政区域职工医疗保险费的征收工作。

第六条 本市行政区域内的企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位等用人单位及其职工应当依法参加职工基本医疗保险。

在法定劳动年龄内的下列人员（以下简称灵活就业人员），可以按灵活就业人员身份参加本市职工基本医疗保险：

- （一）本市行政辖区内无雇工的个体工商户；
- （二）未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员；
- （三）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；
- （四）国家和省规定的其他灵活就业人员。

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，下称：因工致残人员），应按规定参加职工医疗保险。



第二章 基本医疗保险费的筹集

第七条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳，个人缴费部分由单位代扣代缴。灵活就业人员基本医疗保险费由个人全额缴纳，失业人员领取失业保险金期间的基本医疗保险费由失业保险经办机构代缴。

（一）缴费基数：职工个人月缴费基数按本人工资收入（总额）确定，用人单位月缴费基数按本单位参保职工个人月缴费工资总额确定。

灵活就业人员以个人申报的工资收入为缴费基数。

失业人员领取失业保险金期间月缴费基数按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资（以我市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，下同）为缴费基数。

因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工，以工伤职工伤残津贴为缴费基数。

（二）缴费费率：用人单位6%、职工个人2%；灵活就业人员和领取失业保险金的人员8%（设个人账户2%）。

因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工，由原用人单位或工伤保险基金按6%，个人按2%。

第八条 用人单位和灵活就业人员应按月申报并足额缴纳基本医疗保险费。

第九条 生育保险与职工基本医疗保险合并征缴，由用人单位按职工基本医疗保险缴费基数的1%缴纳。灵活就业人



员和领取失业保险金的人员不参加生育保险。

第十条 职工及灵活就业人员缴纳基本医疗保险费的月工资基数，上限不超本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的300%；下限不低于本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%，缴费基数上限和下限每年由市医疗保障部门联合财政、税务、统计部门发布。

第十一条 参保人达到法定退休年龄时累计缴费达到规定缴费年限的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，享受基本医疗保险退休待遇。

参保人退休时缴纳基本医保费的年限（实际缴费年限）：

2022年7月1日起，男17年，女17年。

2023年1月1日起，男18年，女18年。

2024年1月1日起，男20年，女20年。

2025年1月1日起，男22年，女22年。

2026年1月1日起，男24年，女24年。

2027年1月1日起，男26年，女25年。

2028年1月1日起，男28年，女25年。

2029年1月1日起，男29年，女25年。

2030年1月1日起，男30年，女25年。

缴费年限是指参保人参加职工基本医疗保险的实际缴费年限，不包括视同缴费年限。

参保人员缴费达到本办法规定的缴费年限，但未达到法定退休年龄的，应当继续缴费至法定退休年龄。



第十二条 参保人员达到法定退休年龄，缴费未达到本办法规定的缴费年限，用人单位或参保人员可以选择按月缴费或一次性缴费至规定年限或者申请终止其职工基本医疗保险关系：

（一）选择按一次性缴费至规定年限的，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，缴费比例6%缴纳，一次性缴费部分不计个人账户。缴费达规定年限后，享受基本医疗保险退休待遇；

（二）选择按月缴费至规定年限的，以退休后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，缴费比例6%缴纳，按月缴费期间，享受在职人员的医疗保障待遇，按月缴费部分不计个人账户。

第三章 保险关系转移接续

第十三条 参保人员已连续2年（含）以上参加我省基本医疗保险，因就业等个人状态变化在居民医保和职工医保间切换参保关系，中断缴费3个月（含）以内的，可按规定办理基本医疗保险费补缴手续，缴费后即可正常享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，且不得重复享受待遇。中断缴费3个月以上的，待遇享受等待期为6个月。职工、城乡居民医疗保险关系相互转接后，保留其原参保缴费记录。

第十四条 职工医保参保人员在本省其他地市转入本市就业的，其基本医疗保险关系随本人转移，实际缴费年限累计计算。在转移接续前中断缴费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，缴费当月即可享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，且不得重复享受待遇。中断缴费3个月以上的，待遇享受等待期为6个月。

从外市转入本市的参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费不低于第十一条规定的缴费年限（市外实际缴费年限可合并累计）且在本市的实际缴费年限不低于10年的，不再缴纳基本医疗保险费，按规定享受本市基本医疗保险退休待遇。年限不足的，按本办法第十二条规定办理。

第十五条 军人退出现役后转入本市参加职工基本医疗保险的，军人服现役年限视同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；与本办法第十四条规定的本市的实际缴费年限合并计算不低于10年。

第十六条 职工医保按月缴费，在职职工自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。

第十七条 因用人单位未按规定及时办理参保缴费或缴清欠费和滞纳金的，基本医疗保险待遇由负有缴费义务的用人单位承担。

第四章 统筹基金和个人账户

第十八条 职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成。用人单位和个人缴纳的基本医疗保险费按规定比例计入统筹基金和个人账户。统筹基金和个人账户实施分别核



算，不得相互挤占。

第十九条 职工个人缴纳的基本医保费，全部计入其个人账户。

2022年7月1日起，用人单位缴纳的基本医保费全部计入统筹基金，不再计入在职人员个人账户；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为我市2021年度基本养老金月平均金额的2.8%（即每人每月103元）。

划入退休人员个人账户标准如需调整，以省最新规定为准。

第二十条 个人账户的本金和利息归参保人员个人所有，可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女的下列费用：

（一）在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用。

（二）在定点零售药店购买药品、医疗器械和医用耗材发生由个人负担的费用。

（三）配偶、父母、子女参加居民医保等的个人缴费。

（四）参保人员本人退休时未达到职工医保最低缴费年限的缴费费用。

（五）在定点医疗机构发生由个人负担的符合规定的中医“治未病”费用。

（六）其他符合国家、省规定的费用。

第二十一条 参保人员省内跨市转移职工医保关系的，个人账户资金跨市使用，不划转、不提现。参保人员跨省转



移职工医保关系的，个人账户资金原则上随其划转，特殊情况无法转移时可以划入本人银行账户。

当参保人员出现死亡、出境定居等特殊情况下，个人账户资金应按《广东省人民政府办公厅关于印发广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（粤府办〔2021〕56号）及时处理。

第五章 基本医疗保险待遇

第二十二条 灵活就业人员初次参加基本医疗保险的，自在本市办理参保缴费之月起，6个月后享受基本医疗保险待遇。

第二十三条 基本医疗保险基金支付范围按照广东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。

第二十四条 参保人员符合基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用设起付标准、支付比例、最高支付限额。扣减住院报销起付标准后按比例报销。定点医疗机构等级变化后，收费标准未调整的，执行原起付标准。

（一）起付标准：市内一级及以下医疗机构300元、二级医疗机构500元、三级医疗机构700元。市外定点医疗机构起付标准统一为1200元。

（二）支付比例：参保人员在本市定点医疗机构支付比例统一为90%。市外定点医疗机构支付比例统一为75%。

（三）支付限额：参保人员一个自然年度内累计发生的



住院医疗费用（含门诊特定病种费用），基本医疗保险统筹基金最高支付限额30万元。超基金最高支付限额部分进入职工大病保险支付范围，由职工大病保险资金按比例支付。

（四）对特殊病种（只限确诊为恶性肿瘤、身体器官功能不全达到血液或腹膜透析标准的严重疾病、器官移植及器官移植后抗排斥治疗）的医疗费用基金支付比例给予倾斜，参保人在市内定点医疗机构住院的支付比例统一为95%。

第二十五条 建立门诊特定病种制度，参保人患病在门诊治疗且病情达到特定病种鉴定标准的，经认定可享受门诊特定病种待遇。具体病种、待遇标准按《揭阳市基本医疗保险门诊特定病种管理办法》及有关规定执行。

第二十六条 建立职工普通门诊共济制度。

（一）普通门诊不设起付标准。

（二）支付限额：基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额1400元（2022年职工普通门诊统筹基金年度最高支付限额700元），限额在当年度使用，不能结转下一年度，不能转让他人使用。参保人使用额度不纳入住院和门诊特殊病种最高支付限额累计范围。

（三）支付比例：年度最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，由统筹基金按比例支付。其中一般诊疗费统筹基金支付70%，个人支付30%；除一般诊疗费外的基本医疗费用统筹基金支付比例为：三级医院就诊在职人员支付比例60%，退休人员支付比例65%；二级医院就诊在职人员支付比例70%，退休人员支付比例75%；基层医疗机构就诊在职人员



支付比例80%，退休人员支付比例85%。

（四）参保人门诊就医同一天统筹基金最高支付限额为140元（含一般诊疗费统筹基金支付），其余部分由参保人自付。

（五）符合市外就医条件的参保人员在办理异地就医备案手续后可开通异地就医门诊费用直接结算服务。市外异地就医的普通门诊费用，基本医疗保险基金支付比例、最高支付限额等报销政策执行与市内保持一致，并与本市普通门诊医疗费用累加计算，一个年度内达到最高支付限额的不再纳入报销。

（六）普通门诊就医实行定点服务管理。参保人可在本市行政区域内选择2家定点医疗机构作为本人的门诊定点机构。长期异地就医人员选择1家当地定点医疗机构，作为本人异地门诊就医定点医疗机构。

参保人可以通过线上渠道，也可到定点医疗机构或医疗保险经办机构办理医疗机构选定服务。选定的医疗机构原则上一年内不变更。参保人确因病情需要及居住地迁移等情形确需变更选定定点医药机构的，须到医疗保险经办机构办理变更手续。

第二十七条 参加生育保险的职工享受生育保险待遇。具体标准按《揭阳市职工生育保险规定》执行。

第二十八条 灵活就业人员和领取失业保险金的人员，享受生育医疗费用待遇，包括生育的医疗费用和计划生育的医疗费用纳入职工基本医疗保险基金支付。



第二十九条 参保人员因急诊、抢救、日间手术且当日收治入院发生的符合职工基本医疗保险基金支付范围内的门（急）诊医疗费用纳入住院医疗费用报销。

第三十条 参保人员治疗发生的乙类药品由个人先行自付10%后，纳入职工基本医疗保险基金支付范围按规定支付。

第三十一条 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）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）体育健身、养身保健消费、健康体检；
- （六）国家和省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第三十二条 除急救和抢救外，参保人在就医地非医保定点医疗机构就医、购药发生的医疗费用，基本医疗保险统筹基金不予支付。

第六章 职工大病保险制度

第三十三条 建立职工大病保险制度。参加本市职工基本医疗保险的用人单位和参保人员同步参加职工大病保险。

职工在一个自然年度内超过基本医疗保险统筹基金起付标准部分的医疗费用，在基本医疗保险支付待遇后，个人年



度累计自付的医保政策范围内费用（包括基本医疗保险统筹基金年度累计支付限额内应由个人支付的住院费用、超过基本医疗保险统筹基金年度累计支付限额的住院费用）超过1万元以上的，由职工大病保险资金按以下标准赔付：在市内定点医疗机构住院的，由职工大病保险资金按90%比例赔付；在市外定点医疗机构住院的，由职工大病保险资金按85%比例赔付，一个自然年度内累计赔付限额为40万元（限住院及门诊特定病种）。

第三十四条 职工大病保险保费，由单位按本单位参保职工（含退休职工）人数缴纳，在申报缴纳职工基本医疗保险费时一并申报缴纳。

困难企业人员及缴费累计达到规定年限的退休人员保费由基金支付。灵活就业人员和领取失业保险金的人员由个人自行缴纳。

第三十五条 职工大病保险保险期限、中断缴费、待遇等待期参照职工基本医疗保险相关规定执行。

第三十六条 职工大病保险与职工基本医疗保险费用结算同步进行，实行“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。

第七章 经办服务和费用结算

第三十七条 各级医疗保障经办机构应当为定点医药机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

第三十八条 各县（市、区）医疗保障经办机构按属地



原则与定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。

市级医疗保障经办机构应当合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限，向社会公开医保信息系统数据集、接口标准和定点医药机构名单。

第三十九条 定点医疗机构应当执行分级诊疗制度，建立健全基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医秩序。急诊、抢救等特殊情形除外。

参保人员在一个治疗过程中因病情需要在同一个医共（联）体内定点医疗机构双向转诊的，由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构，只补计起付标准差额；由高级别定点医疗机构转往同级别或低级别定点医疗机构，不再另计起付标准。转诊转院由医疗机构按照政策规定办理。

第四十条 参保人员因病在异地定点医疗机构就医的，应向参保地医疗保障经办机构申报备案。

第四十一条 定点医药机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。为符合规定的参保人员提供转诊转院服务。

参保人员在异地定点医疗机构就医的，通过异地就医结算平台实行即时结算；不能实现异地就医即时结算的，定点医药机构应当指引参保人员办理补记账手续，参保人员未到定点医药机构办理补记账手续的，由个人全额垫付，原则上于出院后6个月内凭结算票据、费用清单、出院证明等原始



资料到参保地医疗保障经办机构申请结算。

第四十二条 定点医药机构应当配备医保管理人员，与医疗保障经办机构共同做好医保服务工作。对参保人员的医疗保险费用实行单独建账，并按要求真实、及时、准确地向医疗保障经办机构提供参保人员医疗保险费用等有关信息。

第四十三条 定点医药机构应按规定将医药费用信息及时上传至医保信息系统，并按月向医疗保障经办机构申报结算医药费用。

医疗保障经办机构应当按照服务协议的约定，及时结算和拨付医疗保障基金。

第四十四条 基本医疗保险基金与定点医疗机构的医疗费用结算，住院实行总额预算管理下的以按病种分值付费为主的多元复合医保支付方式，普通门诊实行在总额预算管理下的按人头付费。

第八章 基金管理和监督

第四十五条 职工医疗保险基金实行年度预算管理，预决算编制、调整、执行应当严格依照《中华人民共和国预算法》《社会保险基金财务制度》有关规定执行。

职工医疗保险基金根据当年参保人数、基金收入、财政补助、基金支出、总额控制等因素进行预算调整；调整后仍然超支的，由同级财政予以补齐；当期有结余的，可结转下年度继续使用。

第四十六条 职工医疗保险基金按属地管理原则，由同



级税务部门负责征收并按规定直接缴入市社会保险基金财政专户。

第四十七条 职工医疗保险基金纳入财政专户统一管理，实行单独建账、统一核算、专款专用，任何部门、单位和个人不得截留、挤占和挪用。

第四十八条 医疗保障经办机构建立健全内控制度、完善岗位责任及风险防控机制。加强内部审计稽核工作，确保基金安全，按照职责分工和相关财务制度规定进行会计核算和编制基金预、决算报表及分析。

第四十九条 市级医疗保障经办机构应按照规定组织各县（市、区）医疗保障经办机构对定点医药机构组织开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果作为年终清算、协议续签的依据。

第五十条 医疗保障行政部门负责本行政区域的医疗保障基金使用监督管理工作。其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

第五十一条 职工医疗保障基金依法接受监督，经办机构、参保单位、个人或医药机构有骗取或协助骗取医疗保障基金行为的，依法依规处理。

第九章 附 则

第五十二条 老红军、离休干部，一至六级残疾军人等特殊人群医疗保障按相关政策规定执行。

第五十三条 本办法实施期间，国家、省有新规定的，



从其规定。本办法实施以后，本市其他职工基本医保政策与本办法有不同规定的，按本办法执行。

第五十四条 本办法自印发之日起施行，有效期至2027年6月30日止。《揭阳市城镇职工基本医疗保险规定》（揭府〔2017〕61号）同时废止。