



揭阳市人民政府关于印发《揭阳市 基本医疗保险管理办法》的通知

揭府规〔2026〕5号

各县（市、区）人民政府（管委会），市政府各部门、各直属单位：

《揭阳市基本医疗保险管理办法》已经七届市政府第151次常务会议审议通过，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

2026年8月6日

揭阳市基本医疗保险管理办法

第一章 总则

第一条 为进一步健全完善我市基本医疗保险制度，实施公平适度的待遇保障机制，强化医药服务管理协同，切实减轻参保人员就医负担，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》《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》《广东省社会保险基金监督条例》以及国家和省医疗保障待遇清单制度等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内的基本医疗保险参保缴费、待遇保障、服务管理、基金监管等活动。

第三条 基本医疗保险制度包括职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）和城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”），实行分类保障。参保人员包括职工基本医疗保险参保人员（以下简称“职工医保参保人员”）和城乡居民基本医疗保险参保人员（以下简称“居民医保参保人员”），参保人员按规定享受普通门诊、门诊特定病种、住院、大病保险等相关待遇。

第四条 我市基本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。

第五条 医疗保障行政部门负责本行政区域内基本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基本医疗保险经办业务，并协助医疗保障行政部门对定点医药机构开展监督检查。市级医疗保障经办机构负责承办市本级基本医疗保险经办业务并指导县（市、区）基本医疗保险经办业务。

税务部门负责做好征收工作和缴费服务，加强与医保部门数据对比，及时传递征缴信息，协助做好参保扩面工作。

财政部门负责设立社保基金财政专户并分险种核算。安排基本医疗保险基金财政补助及落实医疗保障相关工作经费，纳入同级财政年度预算并按规定程序及时办理拨付手续。按职责对基本医疗保险基金的收支、管理情况实施监督。

第六条 每年自1月1日起至12月31日止为一个医疗保险年度（以下简称“医保年度”）。

第七条 鼓励发展商业健康保险，支持商业保险公司扩大重大疾病险等保险产品范围。积极引入符合条件的社会力量参与经办服

务，建立共建共治共享的医保治理格局。

第二章 参保管理

第一节 参保范围

第八条 职工医保参保范围。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医保。

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医保：

- （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），应按规定参加职工医保。

第九条 居民医保参保范围。职工医保覆盖范围以外或按规定享有其他保障以外的城乡居民按规定参加居民医保，包括：我市户籍居民和居住证持有人、在我市居住且办理港澳台居民居住

证的未就业港澳台居民或持有永久居留证的未就业外国人、非本市户籍全日制在校学生、已在本市参保的外来人员其共同生活的学龄前子女等。

第二节 参保特殊情形

第十条 当年医保年度内可按规定办理中途参加居民医保，除个人缴费部分由政府资助参保的困难人员、经审核符合条件的新生儿、已办理职工医保中止手续的人员、新迁入本市户籍的人员、中途转入本市就读的在校学生、刑满释放人员、退役士兵等特殊群体外，其他中途参保人员按国家和省的规定计算待遇等待期，落实参保待遇。

第十一条 特困人员，孤儿，事实无人抚养儿童，低保对象，低保边缘家庭成员，纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，一、二、三级智力、精神残疾人，一、二级肢体残疾人，一级视力残疾人等符合条件的医疗救助对象参加揭阳市居民医保的，其个人缴费部分给予全额资助。

第十二条 新生儿监护人可凭新生儿出生医学证明，于新生儿出生 180 天内办理我市居民医保参保缴费，不受户籍地或居住地限制。新生儿出生 180 天内因死亡无法办理户籍的，可凭死亡医学证明在父亲或母亲户籍地参加居民医保，医保待遇按规定报销后及时办理终止参保及注销手续。

第三节 重复参保处理

第十三条 同一参保人员在同一时间段内只能参加一种国家实施的基本医疗保险制度，原则上不允许重复参保。重复参保涉及的财政补助资金扣减原则按国家和省相关规定执行。

第十四条 参保人员缴纳居民医保费后，进入居民医保待遇享受期前，因死亡、重复缴费、参加职工医保或在其他统筹地区重复参加居民医保的，可在终止或中止其居民医保参保关系的同时，按程序为个人办理退费。居民医保待遇享受期开始后，个人缴费不再退回。

第四节 关系转移接续

第十五条 参保人员已连续2年（含）以上参加基本医疗保险，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，居民医保转职工医保，中断缴费期间不予补缴，待遇不予追溯，按规定在我市参加职工医保后，自正常缴费次月起享受相应待遇，连续参保不足2年或中断缴费3个月以上的还需执行等待期平移规定。职工、居民医疗保险关系相互转接后，保留其原参保缴费记录。

第十六条 职工医保参保人员从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，中断缴费期间的职工医保费不予补缴，待遇不予追溯，按规定在我市参加职工医保后，自正常缴费次月起享受相应待遇。

从外市转入本市的参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费不低于第二十二条规定的缴费年限（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，按本办法第二十四条规定办理。

第十七条 已参加居民医保的参保人，原则上不再办理同一年度内跨统筹地区居民医保参保手续，可按规定参加转入地下一年度居民医保。

第十八条 军人退出现役后转入本市参加职工医保的，军人服现役年限视同职工医保实际缴费年限，与入伍前和退役后参加职工医保的缴费年限合并计算；与本办法第十六条规定的本市的实际缴费年限合并计算不低于 10 年。

第三章 筹资管理

第一节 职工医保筹资

第十九条 职工医保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基金支付，因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工基本医疗保险费由原用人单位或工伤保险基金支付。

（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%。

第二十条 生育保险与职工医保合并征缴，由用人单位按职工医保缴费基数的 1%缴纳。

第二十一条 缴费基数上下限。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%，缴费基数的上限和下限每年由市医疗保障部门联合财政、税务部门发布。

第二十二条 缴费年限规定。职工医保参保人员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，享受退休人员医保待遇。职工医保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。其中，缴费年限是指参加职工医保的实际缴费年限，不包括视同缴费年限（退役军人除外）。具体缴费年限标准如下：

（一）2022 年 7 月 1 日前，参加职工医保实际缴费年限累计须满 15 年，2022 年 7 月 1 日起须满 17 年，2023 年起须满 18 年，2024 年起须满 20 年，2025 年起须满 22 年，2026 年起须满 24 年。

（二）2027 年起，我市男职工医保累计缴费年限须满 26 年，2028 年起须满 28 年，2029 年起须满 29 年，2030 年起须满 30 年。

（三）2027 年起，我市女职工医保累计缴费年限须满 25 年。

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 个月内及时向税务部门申报减员后，向医疗保障经办机构申请办理在职

转退休手续，办理在职转退休手续后次月起，参保人员可按规定享受退休人员医保待遇。未及时办理在职转退休手续的，待遇不予补发。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 缴费年限不足处理。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医保关系：

（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，缴费比例为 6%，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，以退休后每年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%，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。

第二十五条 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。因用人单位未按规定及时为职工办理参保缴费造成其无法享受基本医疗保险待遇，其应享受的基本医疗保险待遇由负有缴费义务的用人单位承担。

第二节 职工医保统筹基金和个人账户

第二十六条 职工医保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。

第二十七条 职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入其个人账户；用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，不计入个人账户。

缴费达到我市规定年限并已办理在职转退休手续的退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为每人每月 103 元。划入个人账户标准如需调整，以省最新规定为准。

第二十八条 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的由个人负担的费用；
- （三）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的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。

支持个人账户用于支付参保人近亲属（包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）参加居民医保的个人缴费及已参保的近亲属在定点医药机构就医购药发生的个人自付医药费用。

第二十九条 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。

当参保人员死亡后，经申请，其个人账户资金可一次性划入本人银行账户，或者按规定继承。参保人出境（包括港澳台地区）定居、参保期间应征入伍的及跨省异地安置退休人员，经本人申请，其个人账户资金可划入本人银行账户。

第三节 居民医保筹资

第三十条 居民医保实行个人缴费和财政补助相结合的筹资方式，个人缴费标准不低于国家和省规定标准。

第三十一条 原则上每年9月1日至12月31日为我市居民医保下一医保年度集中征缴期。

第四章 待遇保障

第一节 普通门诊

第三十二条 基本医疗保险普通门诊统筹坚持统筹共济，保障基本；坚持以基层定点医药机构为依托，支持基层医疗卫生机构能力发展；坚持门诊医疗费用分担机制。

第三十三条 普通门诊就医实行定点服务管理。基本医疗保险定点医疗机构负责参保人的普通门诊就医管理、诊疗服务。居民医保普通门诊限二级及以下定点医疗机构，职工医保普通门诊就医不受定点医疗机构级别限制。

参保人可按照“自愿、就近、便捷”的原则，自主选择2家定点医疗机构（仅可含1个乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生站，含与乡镇卫生院/社区卫生服务中心/村卫生站建立管理关系的其他定点医疗机构）。异地就医人员只能选择1家异地定点医疗机构，作为本人异地普通门诊就医定点医疗机构。选定的医疗机构原则上一年内不变更。参保人可以通过线上渠道，也可到经办机构（定点医疗机构）办理医疗机构选定服务。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。

第三十四条 职工医保、居民医保普通门诊统筹所需资金分别从职工医保、居民医保统筹基金中列支。在统筹基金支出户中设置普通门诊支出明细。

第三十五条 普通门诊不设起付标准，基金支付比例及年度支付限额为：

（一）职工医保参保人员年度普通门诊统筹基金最高支付限额为本市上上年度城镇在岗职工年平均工资的 2%（含一般诊疗费统筹基金支付），由市医疗保障行政部门按年度调整并公布。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：一级及以下定点医疗机构就诊在职人员为 80%，退休人员为 85%；二级定点医疗机构就诊在职人员为 70%，退休人员为 75%；三级定点医疗机构就诊在职人员为 60%，退休人员为 65%。参保人门诊就医同一天统筹基金最高支付限额为 140 元，其余部分由参保人自付。

（二）居民医保参保人员年度普通门诊统筹基金最高支付限额为 400 元（限二级及以下定点医疗机构，含一般诊疗费统筹基金支付）。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 60%。参保人门诊就医同一天统筹基金最高支付限额为 40 元，其余部分由参保人自付。

（三）异地就医参保人的普通门诊报销政策与市内保持一致，一个医保年度内，发生的符合医保支付范围的异地普通门诊医疗

费用与本市累加计算，达到最高支付限额的不再纳入报销范围。

（四）普通门诊统筹按医保年度结算年度限额，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特最高支付限额累计范围，不纳入大病保险资金支付范围。

第三十六条 一个医保年度内，参保人员在职工医保和居民医保之间切换参保身份的，自变更次月起按变更后参保险种对应的普通门诊待遇标准执行。

第三十七条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险普通门诊统筹基金支付：

- （一）未在选定定点医药机构发生的普通门诊医疗费用；
- （二）不符合省、市基本医疗保险普通门诊药品目录（含国家谈判药品）、医用耗材和诊疗项目支付范围的医疗费用；
- （三）享受门特待遇期间发生该疾病的普通门诊医疗费用；
- （四）已纳入基本医疗保险住院统筹基金结算的急诊、抢救医疗费用；
- （五）住院期间发生的普通门诊医疗费用；
- （六）国家、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第三十八条 参保人发生的普通门诊医疗费用，属于应由个人支付部分的，由参保人与定点医疗机构直接结算；属于应由统筹基金支付的，由定点医疗机构向医保经办机构申报结算。

第二节 门诊特定病种

第三十九条 门诊特定病种（以下简称“门特”）是指诊断明确、病情相对稳定、需在门诊长期治疗或诊疗方案明确的疾病。门特医疗费用由医保统筹基金按规定支付。我市建立门特制度，参保人患病在门诊治疗且病情达到特定病种鉴定标准的，经认定可享受门特待遇。

第四十条 全市执行省统一的门特范围，准入标准和待遇享受有效期按省医疗保障部门规定执行。各病种名称、待遇标准、费用限额详见附件。

第四十一条 门特不设起付标准，政策范围内支付比例按照住院标准执行（异地长期居住人员门特支付比例按市内住院支付比例执行）。

第四十二条 门特病种限额详见附件，统筹基金支付金额计入参保人年度基本医疗保险最高支付限额。除不孕不育辅助生殖技术治疗外，参保人同时患有多个病种的，月度支付限额按照定额标准最高的病种定额计算，且单个病种支付限额不超过自身月度支付限额标准。支付限额当季有效，剩余额度季末清零。

第四十三条 纳入门特病种范围的疾病治疗用药和诊疗项目必须与该疾病治疗相符合，不相符合的药品或诊疗项目费用不纳入统筹基金支付范围。参保人所发生的医疗费用经基本医疗保险支付后，其个人负担的合规医疗费用按规定纳入大病保险、医疗

救助保障范围。

第四十四条 各级医保经办机构依定点医疗机构申请，从符合卫生健康部门核准的诊疗科目及诊疗技术资质等条件的定点医疗机构中确定可开展相应门特诊断（病种认定）或治疗的医疗机构，并报辖属医疗保障部门备案，名单统一由市医保经办机构向社会公布。定点医疗机构门特服务病种资格条件详见附件。

第四十五条 门特实施病种资格认定和定点就医备案管理。参保人申请门特待遇应选择具备相应门特病种服务资格的医疗机构办理门特病种资格认定，医疗机构按照相应病种准入标准予以审核确认，并将相关审核确认信息上传医保信息系统备案，参保人应选定2家符合条件的定点医疗机构作为本人门特就诊医疗机构并向医保经办机构进行备案。未按规定选定定点医疗机构或向医保经办部门备案的，统筹基金不予支付。既往已确诊的参保人员，办理病种资格认定的医疗机构可根据既往一年内化验单、诊断书等予以审核确认。确认时间即为参保人门特病种待遇享受开始时间。

选定的定点医疗机构原则上一年内不变更，参保人员确因病情需要及居住地迁移等情形需要变更选定医疗机构的，可向参保地医保经办机构申请办理变更手续。

第四十六条 参保人应在其相应门特待遇认定有效期届满前30日内申请办理续期，续期有效期自前一有效期届满当日起，按

照自然日计算，到期自动终止。未按规定办理续期手续的参保人在前一有效期终止后 30 日内（含第 30 日）补办续期的，可继续享受待遇，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

第四十七条 定点医疗机构按照因病施治、合理用药的原则，可根据病情需要将门特单次处方医保用药量延长到 12 周。

第四十八条 定点医药机构应当按规定为患者建立并妥善保存电子病历、在线电子处方、购药记录等信息，做到诊疗、处方、交易、配送可追溯、可监管。

定点医疗机构违规为参保人员办理门特审核确认的，参保人员发生的相应门特费用，基本医疗保险基金不予支付，由定点医疗机构承担。

第三节 住院保障

第四十九条 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支付。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。

第五十条 参保人住院就医起付标准如下：

职工、居民医保参保人员市内一级及以下医疗机构起付标准为 300 元；二级医疗机构为 500 元；三级医疗机构为 700 元；市

外定点医疗机构起付标准统一为 1200 元。

第五十一条 参保人住院就医支付比例如下：

（一）职工医保参保人员在本市定点医疗机构支付比例统一为 90%。

（二）居民医保参保人员在本市一级及以下定点医疗机构支付比例为 90%，二级为 80%，三级为 70%。

（三）临时外出就医人员住院支付比例在市内标准基础上降低 15 个百分点。

异地长期居住人员，可在备案地和参保地双向享受医保待遇。参保人员在参保地就医的按市内支付比例执行；在备案地就医的参照本市同级别医疗机构支付比例执行。其中参保人员以个人承诺方式办理异地就医备案手续的，可在备案后 30 日内（含）补齐相关有效备案材料，补齐后可在备案地和参保地双向享受医保待遇；30 日内未补齐相关备案材料的，只保留备案地医保待遇，确需回参保地就医的，在取消异地就医备案后次日起可在参保地正常享受医保待遇。

（四）对特殊病种在定点医疗机构就医发生的医疗费用给予倾斜。参保人员因恶性肿瘤、器官移植及器官移植后抗排斥治疗，在市内定点医疗机构住院的，职工医保支付比例统一为 95%；居民医保支付比例为：一级 90%，二级 85%，三级 80%。

临时外出就医人员因恶性肿瘤、器官移植及器官移植后抗排

斥治疗、儿童先天性心脏病、罕见病 4 类疾病及再生障碍性贫血、主动脉夹层 A 型、主动脉瓣狭窄、室间隔缺损 4 种特殊病种在异地定点医疗机构住院的，职工医保支付比例统一为 80%；居民医保支付比例为：一级 80%、二级 70%、三级 60%。

第五十二条 参保人员一个医保年度内累计发生符合基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用（含门特费用），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大病保险支付范围，由大病保险资金按比例支付。

第五十三条 参保人员因门（急）诊、抢救、日间手术且当日（24 小时）收治入院发生的符合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。在门（急）诊抢救无效死亡的，参照住院支付标准执行。

第四节 大病保障

第五十四条 参加本市基本医疗保险的用人单位和参保人员同步参加大病保险。保费按照如下方式筹集：

职工大病保险费，由单位按本单位参保职工（含缴费累计未达规定年限的退休职工）人数缴纳，在申报缴纳职工医保费时一并申报缴纳。

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本医疗保险基金支付。因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤

职工保费由原用人单位或工伤保险基金支付。

灵活就业人员和领取失业保险金的人员保费由个人自行缴纳。

城乡居民大病保险保费由基本医疗保险基金支付。

第五十五条 普通参保人大病保险起付标准为 1 万元，困难群众起付标准为 2000 元，起付标准逐步向我市上年度居民人均可支配收入靠拢。一个医保年度内，参保人超过统筹基金起付标准部分的医疗费用，经基本医保报销后，个人年度累计自付的医保政策范围内费用（包括统筹基金年度累计支付限额内应由个人支付的住院费用、超过统筹基金年度累计支付限额的住院费用）超过对应大病保险起付标准的部分，由大病保险资金按以下标准赔付：

（一）职工医保参保人员在市内定点医疗机构就医的，累计超过起付标准以上部分，由大病保险经办机构支付 90%。年度累计支付限额为 40 万元（限住院、门特及其他国家、省、市规定纳入大病保险支付范围的费用）。

（二）居民医保参保人员在市内定点医疗机构就医的，累计超过起付标准至 10 万元（含）以内的部分，由大病保险经办机构支付 65%；累计超过 10 万元至 20 万元（含）以内的部分，由大病保险经办机构支付 70%；累计超过 20 万元的部分，由大病保险经办机构支付 75%。年度累计支付限额为 25 万元（限住院、门特及其他国家、省、市规定纳入大病保险支付范围的费用）。

(三)参加居民医保困难群众的大病保险支付比例为 80%(不分市内、异地就医),参加职工医保困难群众的支付比例为市内 95%,异地就医 90%,均不设年度最高支付限额(限住院、门特及其他国家、省、市规定纳入大病保险支付范围的费用)。

(四)临时外出就医人员大病保险支付比例在市内标准基础上降低 10 个百分点。

异地长期居住人员,可在参保地和备案地双向享受医保待遇。参保人员在参保地就医的按市内支付比例执行,在备案地就医的参照本市同级别医疗机构支付比例执行。其中参保人员以个人承诺方式办理异地就医备案手续的,可在备案后 30 日内(含)补齐相关有效备案材料,补齐后可在备案地和参保地双向享受医保待遇;30 日内未补齐相关备案材料的,只保留备案地医保待遇,确需回参保地就医的,在取消异地就医备案后次日起可在参保地正常享受医保待遇。

第五十六条 对当年基本医疗保险基金零报销且次年正常参保缴费的居民医保参保人员,次年提高大病保险最高支付限额 3800 元。对连续参加居民医保满 4 年的参保人员,之后每连续参保 1 年,提高居民大病保险最高支付限额 3800 元。连续参保激励及零报销激励累计提高总额不超过 5 万元。

参保居民发生大病报销并使用奖励额度后,前期积累的零报销激励额度清零。断保之后再次参保的,连续参保年数重新计算,

前期积累的奖励额度继续保留。

第五十七条 大病保险保险期限、中断缴费、待遇等待期等参照基本医疗保险相关规定执行。

第五十八条 大病保险与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”。

第五节 生育保障

第五十九条 参加生育保险的职工享受生育保险待遇。职工生育医疗费用待遇享受条件原则上参照职工医保。职工生育保险参保人在定点医疗机构发生的合规生育医疗费用（包括产前检查、终止妊娠、分娩住院、计划生育等），符合国家和省规定的药品、诊疗项目和医用耗材目录支付范围的，不设个人先行自付和起付标准，不设封顶线，由职工医保统筹基金按100%报销比例全额支付，不计入职工医保年度最高支付限额。其他医疗费用按照基本医疗保险相关规定执行。

第六十条 职工未就业配偶未参加基本医疗保险的，生育医疗费用待遇参照居民医保医疗待遇标准执行；职工未就业配偶已参加基本医疗保险的，生育医疗费用待遇按照我市参保职工待遇标准执行，由生育保险按规定支付。职工未就业配偶已参加基本医保并享受生育医疗费用待遇的，不再重复享受相关待遇。

第六十一条 职工申领生育津贴时，用人单位为职工连续缴

费达 12 个月，且连续缴费期限须完整覆盖职工生育及产假时段。职工在生育前至产假期间连续参保缴费月数未满 12 个月的，按用人单位为其实际连续缴费的月份数（N）计算生育津贴发放总额（N/12）。

第六十二条 生育保险其他事项按照省、市有关规定执行。

第六十三条 参加城乡居民基本医疗保险人员的政策内生育医疗费用，纳入居民医保门诊、住院待遇享受范围。

第五章 医保待遇与关系管理

第一节 支付标准

第六十四条 基本医疗保险基金支付范围按照省、市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。

第六十五条 参保人员治疗发生的乙类药品由个人先行自付 10%后，纳入基本医疗保险基金支付范围按规定支付。

第六十六条 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，统筹基金不予支付。

第六十七条 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。

第二节 待遇享受时间

第六十八条 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。

第六十九条 已连续2年(含)以上参加基本医疗保险，中断缴费3个月(含)以内，以灵活就业人员身份参加职工医保的，从缴费次月起享受职工医保待遇。

不满足上述情形，以灵活就业人员身份参加职工医保的，从连续缴费的第7个月起享受职工医保待遇。

第七十条 失业人员在领取失业保险金期间享受相应的职工医保待遇，自符合失业保险金领取条件的次月起享受待遇。

第七十一条 因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工待遇享受时间参照在职职工执行。

第七十二条 居民医保实行按年度缴费，原则上每年1月1日起至12月31日止为居民医保待遇享受期。特殊群体待遇享受时间如下：

- (一) 新生儿。新生儿出生180天内在当年度办理参保的，自

出生之日起所发生的符合规定的医疗费用纳入医保支付范围；新生儿出生 180 天后在当年度参保的，参保次月享受基本医疗保险待遇；新生儿出生 180 天内跨出生年度参保的，以实际缴费所属年度享受基本医疗保险待遇；新生儿出生 180 天后当年度未办理参保，直接参加下一年度居民医保，按居民医保待遇等待期相关规定执行。

（二）资助参保人员。由政府资助参保的医疗救助对象不设置待遇享受等待期，从相关职能部门认定其医疗救助对象身份之日起享受医疗保障待遇。待遇享受时间原则上以出院或门诊就诊时间为准。在住院治疗期间获得、终止或变更医疗救助身份的，当次住院按照就高不就低原则享受待遇。

（三）已办理职工医保中止手续的人员。参保人已连续 2 年（含）参加基本医疗保险且中断缴费 3 个月（含）以内的，从缴费到账的次月起按规定享受相应待遇。

（四）其他特殊人员。符合条件的新迁入本市户籍人员、中途转入本市就读的在校学生、退役士兵、刑满释放人员等其他特殊群体当年度中途参保的，从缴费到账的次月起按规定享受相应待遇。

第七十三条 待遇等待期规定。自 2025 年起，除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中参保期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期 3 个月。其中，未连续参保的，

每多断保 1 年，在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期 1 个月。参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，参照当年我市规定的个人缴费标准缴费修复，每多缴纳 1 年可减少 1 个月变动待遇等待期，连续断缴 4 年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和不少于 6 个月。待遇等待期间不享受相应居民医保待遇。

第三节 异地就医管理

第七十四条 异地就医人员可分为以下五类。

下列三款人员统称“异地长期居住人员”：

（一）异地安置退休人员：指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员。

（二）异地长期居住人员：指近期拟在或已在异地同一地区连续居住生活半年以上的人员。

（三）常驻异地工作人员：指用人单位派驻异地工作且符合参保地有关规定的人员。

下列两款人员统称“临时外出就医人员”：

（四）转诊转院人员：指符合参保地转诊转院规定的人员。

（五）临时异地就医人员：指因紧急救治和抢救需要，在参保地以外医疗机构接受紧急诊疗的人员，以及其他符合参保地规定的异地就医及药店购药人员。

第七十五条 临时外出就医人员省内跨市就医无需办理异地就医备案手续，选择已开通联网直接结算的医疗机构就医，出院或就诊后即可享受医疗费用直接结算（门诊需办理选点）。异地长期居住人员和跨省异地就医人员需按规定向参保地医疗保障经办机构申报备案。

第七十六条 参保人员在异地就医备案有效期内可在就医地已开通联网直接结算的定点医疗机构多次就诊并享受异地就医医疗费用直接结算服务。

参保人跨省、省内跨市异地就医出院结算前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人办理医疗费用直接结算。出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按规定申请手工报销。

第七十七条 已办理省内或跨省异地就医住院医疗费用直接结算备案的参保人员，在已办理门诊选点前提下，可同步开通异地就医门诊医疗费用直接结算服务，无需重新办理备案。

第六章 基金管理和监督

第七十八条 基本医疗保险制度实行权利与义务相对应、待遇与缴费相挂钩、缴费和补助相结合的原则，实行市级统筹，基金纳入市社会保障基金财政专户管理，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。

政府运用法律、行政、经济手段保证基本医疗保险基金的筹集和支付。

第七十九条 基本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》等有关规定执行。基本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。

第八十条 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。

第八十一条 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。

第八十二条 基本医疗保险基金依法接受监督，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，依据《中华人民共和国社会保险法》等相关法律法规处理。

第八十三条 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。

第七章 经办服务和费用管理

第八十四条 医疗保障经办机构按属地原则与定点医药机构签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。

第八十五条 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。

第八十六条 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。

参保人员在同一天同一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。

第八十七条 参保人在联网的定点医疗机构就医购药（或凭选定的医疗机构外配处方、就医凭证在符合规定的定点零售药店配药）实行即时结算，属于个人支付部分的，由参保人与定点医药机构直接结算；属于统筹基金支付部分的，由定点医药机构先予记账，每月汇总后向医保经办机构申报结算。未能实现即时结算的，发生的医疗费用由参保人先行垫付，再凭相关资料到参保

地医保经办机构按规定报销。

第八十八条 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。

第八十九条 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。

第九十条 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约定，及时结算和拨付医疗保障基金。

第九十一条 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，普通门诊实行总额预算管理下的按人头付费和按项目付费相结合的方式结算。

第八章 附则

第九十二条 本办法所称困难群众是指特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口。

第九十三条 本办法所称儿童是指不满 14 周岁的未成年人，儿童先天性心脏病包括心腔和心连接的先天性畸形、心间隔先天性畸形、肺动脉瓣和三尖瓣先天性畸形、主动脉瓣和二尖瓣先天性畸形、心脏的其他先天性畸形、大动脉先天性畸形、大静脉先天性畸形。罕见病根据《罕见病目录》实行动态调整。

第九十四条 精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍（偏执性精神病）、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍等 6 种重性精神疾病因病情需要异地就医的，按本市同级别医疗机构支付比例报销。

第九十五条 我市基本医疗保险制度有关筹资方式、筹资标准、缴费费率、起付标准、支付比例和支付限额等方面的调整，由市医保部门会同市财政等部门根据国家和省有关规定，结合我市经济社会发展、医疗费用水平、基本医疗保险基金运行等情况适时提出调整方案，报市人民政府、省医疗保障局审定后另行发

文组织实施。

第九十六条 医保经办规程由市医保经办部门另行制定。定点医疗机构开展门特病种待遇认定等经办管理服务按《广东省医疗保险门诊特定病种业务经办规程》执行。

第九十七条 本办法自 2026 年 10 月 1 日起施行，有效期至 2031 年 9 月 30 日止。《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）同时废止。办法施行后与本办法不一致的规定，按本办法执行。国家和省、市有新规定的，从其规定。

- 附件：1. 揭阳市基本医疗保险门诊特定病种待遇标准及费用限额表
2. 揭阳市定点医疗机构门诊特定病种服务资格条件

（附件略，《揭阳市基本医疗保险管理办法》政策解读略，详情请登录揭阳市人民政府门户网站 www.jieyang.gov.cn 政务公开-市人民政府公报栏目查阅）