

梅州市人民政府文件

梅市府〔2024〕11号

梅州市人民政府关于印发梅州市 城乡居民医疗保险办法的通知

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《梅州市城乡居民医疗保险办法》印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向市医保局反映。



梅州市城乡居民医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为完善我市城乡居民医疗保险制度，促进城乡经济社会协调发展，共享经济社会发展成果，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》《社会保险经办条例》《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《中共广东省委办公厅 广东省人民政府办公厅关于印发〈广东省深化医疗保障制度改革若干措施〉的通知》（粤办发〔2020〕41号）等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法的城乡居民医疗保险包括城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）、城乡居民大病保险。

第三条 城乡居民医疗保险遵循以下原则：

（一）坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续，坚持政府主导、市场参与、科学管理、机制创新，坚持多元筹资、平稳运行、便民惠民的原则；

（二）个人缴费与政府补助相结合、权利与义务相对应的原则；

（三）坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则；

（四）坚持属地管理的原则。

第四条 本市城乡居民医疗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。

第五条 市医疗保障行政部门负责牵头组织实施全市城乡居民医疗保险工作，指导各县（市、区）落实相关城乡居民医疗保险政策。各县（市、区）医疗保障行政部门负责具体实施本行政区域的城乡居民医疗保险工作。医疗保障经办机构负责按规定做好城乡居民医疗保险经办工作。

税务部门负责城乡居民医疗保险费申报、征收等工作。

财政部门负责财政补助资金的筹集，按照社会保险基金财务及会计制度规定，加强基金收支监督管理。市财政部门负责基金财政专户的监督管理，会同市医疗保障行政部门督促各县（市、区）落实财政补助资金。

民政部门负责做好特困人员、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的认定、信息共享和协助参保等工作。

农业农村（乡村振兴）部门负责做好纳入监测范围的农村易返贫致贫人口的认定、信息共享和协助参保等工作。

教育部门负责组织和协调学校开展参保宣传，指导学校协助医疗保障经办机构办理学生参保缴费手续。

卫生健康、市场监督管理部门负责配合城乡居民医疗保险制度改革，加强医药卫生从业人员职业道德教育，规范医药服务行为，努力满足参保人医疗服务的基本需求，提供优质的基本医疗服务。

发展改革、公安、审计、残联、退役军人事务等部门按照各自职责做好相关工作。

第六条 各县（市、区）人民政府应当落实居民医保护面征缴第一责任人责任，将城乡居民医疗保险工作所需经费列入财政预算。

第七条 下列人员为我市居民医保的参保人：

（一）未参加职工基本医疗保险（以下简称职工医保）的本市户籍的城乡居民；

（二）持有本市居住证且未在原籍地参加居民医保或职工医保的人员；

（三）本市行政区域内就读的非本市户籍全日制在校学生、学龄前儿童；

（四）在本市居住，持有永久居留证的未就业外国人和办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民。

第二章 基金筹集和管理

第八条 居民医保基金实行市级统筹，并由下列各项构成：

（一）参保人个人缴费；

（二）财政补助资金；

（三）利息收入；

（四）其他收入。

第九条 居民医保个人缴费标准按照不低于国家和省的标准确定，由市医疗保障行政部门向社会公布。

第十条 各级财政补助资金按照国家、省、市有关规定执行。

第十一条 民政部门认定的特困人员、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和农业农村（乡村振兴）部门认定的农村易返贫致贫人口，居民医保个人缴费部分给予全额资助。重度残疾人员、农村纯生二女结扎的夫妇双方及其年龄在14周岁以内的女孩、优抚对象等符合相关政策享受当地政府全额资助参保的人员，居民医保个人缴费部分由县级人民政府统筹安排给予全额资助。

第十二条 鼓励单位和个人等社会力量对参保人给予个人缴费资助。

第十三条 参保人缴纳居民医保费后，在居民医保待遇享受期开始前发生死亡、重复缴费、参加职工医保、在其他统筹地区重复参加居民医保、参军等情况的，医疗保障经办机构可在终止相关居民医保参保关系的同时，依申请为个人办理退费。参保人在居民医保待遇享受期开始后，暂停居民医保参保关系的，个人缴费不再退回。

第十四条 全日制在校学生原则上应在学籍地参加居民医保，允许以学校为单位统一向医疗保障经办机构办理参保登记，再向征收机构办理申报缴费。

第十五条 建立居民医保基金预付制度。每年年初按上一年度居民医保基金支付医疗费用的一定比例预拨周转资金，供定点医疗机构本年度周转使用，确保参保人合规医疗费用按时足额支付。

第十六条 居民医保基金出现收支缺口时，按照《梅州市人民政府办公室关于印发梅州市城乡居民基本医疗保险基金市级统筹工作方案的通知》（梅市府办〔2019〕9号）规定执行。

第十七条 居民医保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。

第十八条 城乡居民大病保险资金主要从居民医保基金中筹集。个人无需缴费。

第十九条 市医疗保障行政部门会同市财政部门根据国家、省有关规定并结合我市居民医保基金收支结余情况，制定城乡居民大病保险预决算机制。

第二十条 市医疗保障行政部门根据城乡居民大病保险服务需求，原则上按照法定招标程序选定全市统一的承保商业保险机构。市医疗保障行政部门与商业保险机构签订承保协议书。

第三章 医保待遇

第二十一条 每年9月1日至12月31日为下一医保年度的集中参保期。参保人在集中参保期缴纳居民医保费的，从次年1月1日起享受当年度医保待遇。

第二十二条 在集中参保期结束后符合中途参保的人员，按全年度个人缴费标准缴纳居民医保费，并按下列规定享受居民医保待遇：

（一）收入型医疗救助对象和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，从有关部门认定其医疗救助资格之日起享受居民医保待遇；支出型医疗救助对象，从参保之日起享受居民医保待遇。

（二）新生儿可凭出生医学证明参保，不受户籍或者居住地限

制。出生6个月内参保的，其出生到参保前所发生的医疗费用给予支付；出生6个月后参保的，从参保次月起享受居民医保待遇。新生儿出生6个月内死亡无法办理户籍的，可凭死亡医学证明在父亲或者母亲户籍地参加居民医保。

（三）下列人员从缴费次月起享受居民医保待遇：

1.当年已办理职工医保中止手续的人员和退休且累计缴费未达到规定最低缴费年限的职工退休人员；

2.外市就读回梅的应届毕业生，中途转入本市就读的全日制在校学生、学龄前儿童；

3.新迁入本市户籍人员；

4.刑满释放人员、退役士兵、重度残疾人等特殊群体；

5.因特殊原因错过集中参保期的稳定脱贫人员。

第二十三条 在待遇享受期开始后未按时缴纳居民医保费的，可按规定办理居民医保费补缴手续，补缴后按规定享受医保待遇。1月1日至6月30日期间办理补缴的，应按当年度个人缴费标准缴费；7月1日至9月30日期间办理补缴的，除缴纳当年度个人缴费标准外，还应当缴纳财政补助部分。

第二十四条 参保人办理补缴手续的，按规定设置待遇享受等待期，等待期内不享受居民医保待遇。等待期具体标准根据国家和省有关要求确定。

第二十五条 居民医保基金的支付范围，统一按规定的药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录及相应医保支付标准执行。

第二十六条 参保人治疗发生的乙类药品，参保人按药品费用的支付标准负担10%后，再由居民医保基金按规定支付，超出药品费用支付标准的由参保人承担。

第二十七条 参保人在规定的时间内一次性缴纳一个年度的居民医保费的，按规定享受普通门诊、门诊特定病种、住院待遇。

参加本市居民医保的参保人，享受城乡居民大病保险待遇。

第二十八条 普通门诊统筹。

（一）普通门诊统筹就医管理实行定点医疗。参保人可选择市内1家基层医疗机构（镇卫生院、社区卫生服务中心或者大中专院校校属医院等）和1家镇卫生院（社区卫生服务中心）一体化管理的卫生站作为普通门诊定点医疗机构，原则上一年一定。

（二）参保人因居住地迁移等情形需要变更普通门诊定点医疗机构的，应在每年9月至12月期间通过医疗保障经办机构提供的线上线下渠道办理选点变更手续。未在规定时间内办理选点变更手续的，默认原普通门诊定点医疗机构为下一年度普通门诊定点医疗机构。已办理异地就医备案手续的参保人，可在备案有效期内选择1家备案地的基层定点医疗机构作为普通门诊定点医疗机构。

（三）参保人在选定普通门诊定点医疗机构发生的政策范围内费用，不设起付标准，支付比例为60%；参保人在非定点医疗机构就医的门诊费用和门诊诊查费，居民医保基金不予支付。参保人普通门诊每月最高支付限额50元，年度累计最高支付限额300元。

第二十九条 门诊特定病种的具体范围、待遇标准、管理服务等，按照基本医疗保险门诊特定病种管理的规定执行。

第三十条 住院待遇。

参保人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，居民医保基金按规定给予支付；除急诊、抢救等特殊情况外，在非定点医疗机构发生的医疗费用，居民医保基金不予支付。

参保人在定点医疗机构住院前产生因病情危重的急诊和抢救门诊费用纳入住院报销；在非定点医疗机构产生因病情危重急诊和抢救门诊费用按同级别医疗机构住院报销比例报销。

（一）市内住院。

1.基本医疗保险。起付标准按医疗机构级别确定，分别为一级医疗机构（含未定级的医疗机构）200元、二级医疗机构450元、三级医疗机构800元。支付比例为一级医疗机构（含未定级的医疗机构）90%、二级医疗机构80%、三级医疗机构65%。

同一医保年度，参保人24小时内因病情需要在本市医疗机构间按规定办理转院治疗，低级别医疗机构转高级别医疗机构治疗的，只计算起付标准的差额部分；高级别医疗机构转低级别医疗机构或同级别医疗机构之间治疗的，不再计算起付金。

参保人住院费用中的中医药费用占住院医疗总费用30%以上的，中医药费用部分支付比例提高20%，中医药费用提高支付比例后的最高报销金额不得超过本次住院中医药费用。

2.大病保险。参保人住院、门诊特定病种费用经居民医保基金按规定支付后，累计个人负担的合规医疗费用达到大病保险起付标准部分，由大病保险按规定支付。

（1）住院。参保人在居民医保基金支付后需个人自付的住院

医疗费用，年度累计个人自付费用10000元以上部分，由大病保险按规定进行支付。支付比例为：10000元至30000元的部分，按75%比例支付；30000元以上部分，按80%比例支付。

特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，年度累计个人自付费用2000元以上部分，由大病保险按规定进行支付。支付比例为：2000元至30000元的部分，按80%比例支付；30000元以上部分，按85%比例支付。

最低生活保障对象年度累计个人自付费用5000元以上部分，由大病保险按规定进行支付。支付比例为：5000元至30000元的部分，按80%比例支付；30000元以上部分，按85%比例支付。

（2）门诊特定病种。参保人在居民医保基金支付后需个人自付的门诊特定病种费用，年度累计个人自付费用7000元以上部分，由大病保险按75%比例支付。

（3）建立对居民医保连续参保人员和零报销人员的大病保险待遇激励机制，具体政策标准根据国家和省有关要求确定。

（二）市外住院。

1. 参保人通过异地就医备案的，在备案地定点医疗机构就医发生符合医保政策范围内的医疗费用，起付标准参照市内同级别医疗机构标准执行，报销比例为：一级医疗机构（含未定级的医疗机构）80%、二级医疗机构70%、三级医疗机构60%。大病保险待遇标准参照市内住院标准支付。备案有效期内回参保地就医的，待遇标准按照市内就医政策执行。

2. 未通过异地就医备案的外出就医参保人，医疗费用起付标

准为2000元，报销比例为：一级医疗机构（含未定级的医疗机构）70%、二级医疗机构60%、三级医疗机构45%。大病保险报销比例按市内住院的标准相应降低10%。

3.参保人以个人承诺方式办理异地就医备案手续的，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后享受异地就医备案政策待遇；在未补齐资料前，参照未通过异地就医备案政策待遇执行。

（三）参保人因患恶性肿瘤、肾功能衰竭需多次住院放（化）疗、血液透析治疗，从诊断的首次住院起，一个医保年度内在同一医院住院的，按该级别定点医疗机构的起付标准计算一次起付金。

第三十一条 年度最高支付限额。

（一）基本医疗保险。参保人在一个医保年度内发生的普通门诊统筹、门诊特定病种、住院（含生育）政策范围内的医疗费用，纳入居民医保年度最高支付限额。年度最高支付限额为50万元。

（二）大病保险。参保人在一个医保年度内发生的达到大病保险起付标准的门诊特定病种、住院政策范围内的医疗费用，纳入年度最高支付限额累计计算，最高支付限额为20万元。特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口不设年度最高支付限额。

（三）参保人住院时间跨年度的，按参保人实际出院日期的年度享受相应待遇。以参保人出院日期所属的年度核定最高支付限额。

第三十二条 参保人在定点医疗机构所发生的符合规定的生育医疗费用纳入居民医保支付范围。

（一）住院费用。参保人在定点医疗机构住院发生的生育医疗费用，按同级别医疗机构住院报销比例进行支付。

（二）产检补助。参保人在定点医疗机构发生的产前检查费用享受一次性补助，每孕次补助300元。

（三）实际费用额低于补助标准的按实际费用额支付，高于补助标准的按补助标准支付。

第三十三条 0—14周岁（含14周岁）患白血病、先天性心脏病的参保儿童，在市内定点医疗机构住院发生的治疗白血病、先天性心脏病对应病种的医疗费用，居民医保支付比例上调5%。

第三十四条 人工耳蜗列入基本医疗保险基金支付部分费用的医用耗材类项目，基本医疗保险基金支付应当同时满足以下条件：

（一）双耳重度或者极重度感音神经性聋患者；

（二）7周岁以下的语前聋患者或者经听力语言康复后有一定听力言语基础的18周岁以下语前聋患者。

人工耳蜗材料实行项目及最高限额管理，最高支付限额16万元，个人自付40%后再按基本医疗保险规定报销。

第三十五条 参保人在定点医疗机构进行白内障手术的，按该定点医疗机构等级普通住院报销比例进行支付，每例最高支付限额不超过1700元。参保人个人负担的合规医疗费用按规定纳入大病保险报销待遇保障范围。

第三十六条 在本市就读的全日制在校学生在异地就医发生的符合医保政策范围内的住院医疗费用，符合以下情形之一的不需要办理备案手续，按规定纳入医保待遇享受范围并执行市内就

医同等待遇：

（一）法定节假日、寒暑假、因病休假（休学）期间在户籍所在地市定点医疗机构发生的住院医疗费用；

（二）异地分校学习期间，在学校所在地市定点医疗机构发生的住院医疗费用；

（三）实习期间，在实习所在地市定点医疗机构发生的住院医疗费用。

第三十七条 参保人在职工医保和居民医保间切换参保关系的，按以下规定享受医保待遇：

（一）居民医保参保人参加职工医保并符合享受职工医保待遇期间，按规定享受职工医保待遇，不再享受居民医保待遇。

（二）已参加居民医保、职工医保的参保人，职工医保停保后，按规定申请恢复居民医保待遇。入院时为职工医保状态，出院时为居民医保参保状态的，按规定享受居民医保待遇。

第三十八条 下列费用不纳入居民医保基金支付范围：

（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、养生保健消费、健康体检的。

第三十九条 参保人住院治疗符合出院指征拒不出院的，从医疗机构确认出院之日起，参保人所发生的住院医疗费用由本人负担。

第四章 医疗费用结算

第四十条 参保人在定点医药机构就医，实行“一站式”结算服务；因非主观原因未能享受“一站式”结算服务的，可由个人先行支付，再通过零星报销方式办结。

第四十一条 居民医保费用结算按照国家、省、市有关规定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。具体结算方式由市医疗保障行政部门会同市财政部门制定并组织实施。

第五章 监督管理

第四十二条 定点医药机构实行协议管理，由各级医疗保障经办机构与定点医药机构签订医疗保障服务协议，规范医药服务行为。

第四十三条 定点医药机构应当具备医保部门要求的信息系统技术和接口标准，实现与医疗保险信息系统有效对接。

第四十四条 定点医疗机构应当按照医保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，为参保人提供医疗费用明细清单。除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医疗服务的，应当经参保人或者其近亲属、监护人同意。

第四十五条 医疗保障行政部门等行政执法主体依法开展城

乡居民医疗保险监督检查时，定点医药机构、有关单位和个人应该予以配合。

第四十六条 各县（市、区）人民政府应当加强对居民医保基金收支的监督管理，完成市下达的居民医保费征收任务，确保居民医保基金收支平衡。

第四十七条 各县（市、区）人民政府应当加强镇（街）居民医保网点公共服务平台和经办能力建设，配齐配强经办工作力量，为参保人提供方便快捷服务。

第四十八条 各县（市、区）人民政府应当定期研究分析居民医保基金的运行情况，及时解决存在问题，对居民医保基金的管理、使用和贯彻医保政策的情况进行监督，协调推进医保制度顺利实施和平稳运行。

第四十九条 任何组织和个人有权举报、投诉定点医药机构、用人单位、参保人、医疗保障经办机构和相关工作人员涉及城乡居民医疗保险的违法行为。

第六章 附 则

第五十条 本办法自2025年1月1日起施行，有效期5年。本办法施行前，继续按原城乡居民医疗保险政策执行。国家和省对城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险另有规定的，从其规定。

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

2024年9月24日印发
