

珠府〔2024〕57号

珠海市人民政府关于印发珠海市基本 医疗保险办法的通知

各区人民政府（管委会），市政府各部门、各直属机构：

现将《珠海市基本医疗保险办法》印发给你们，请认真贯彻
落实。实施过程中遇到的问题，请径向市医保局反映。

珠海市人民政府
2024年7月15日

珠海市基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为健全本市基本医疗保险制度，维护参保人员的基本医疗保险权益，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》等法律法规和政策规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市基本医疗保险实行市级统筹和属地管理，遵循全覆盖、保基本、可持续、保障水平与本市经济社会发展水平相适应的原则。

第三条 基本医疗保险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）。

职工医保实行统账结合为主、单建统筹为辅的模式，分别称为统账结合职工医保和单建统筹职工医保。居民医保实行单建统筹模式。

第四条 职工医保适用于本市行政区域内的下列单位和人员：

（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和有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）及其全部职工或雇工（以下统称职工）。

（二）法定劳动年龄内的下列人员（以下统称灵活就业人员）：

1. 无雇工的个体工商户。
2. 未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员。
3. 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。
4. 持本市居住证和澳门特别行政区外地雇员身份识别证（证件有效期内）的内地赴澳务工人员。
5. 国家、省规定的其他灵活就业人员。

（三）达到法定退休年龄，符合在本市享受职工医保退休待遇条件的人员（以下简称职工医保退休人员）。

（四）达到法定退休年龄且核定本市为其职工医保退休待遇享受地，但缴费年限不符合规定年限选择延续缴费的人员（以下简称职工医保退休续缴人员）。

（五）在本市按月领取失业保险金期间的失业人员（以下简称失业人员）。

（六）在本市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，以下简称工伤职工）。

（七）法律、法规规定的其他单位和人员。

第五条 居民医保适用于本市行政区域内的下列人员：

（一）本市就读学生。包括：

1. 大学生。在本市设立各类全日制普通高等学校（含高职、

民办高校、独立学院）、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科学生、全日制研究生。

2. 中小学生和入园在托儿童。经教育、人力资源和社会保障、卫生健康等主管部门批准在本市设立的全日制基础教育、中等职业教育、幼儿园及托儿所的在册学生和儿童；中央、省驻本市国家机关、事业单位及驻本市军警部队自办幼儿园及托儿所的在册儿童。

(二) 本市户籍除学生以外的未成年人。

(三) 本市户籍未参加职工医保的成年居民。

(四) 在本市居住且持外国人永久居留身份证的未就业外国人。

(五) 市外户籍非领取失业保险金期间的失业人员。市外户籍人员以职工身份参加本市职工医保累计缴费1年以上，与本市用人单位解除、终止劳动合同时未领取失业保险金或在本市按月领取失业保险金结束后仍未就业的，自终止劳动关系或领完失业保险金次月起3个月（含）内，凭本市居住证可以参加居民医保。

(六) 国家、省规定的港澳台居民等其他人员。

第六条 市、区人民政府（管委会）应当将基本医疗保险事业纳入国民经济和社会发展规划，对基本医疗保险事业给予经费保障，建立健全经办机构和服务网点，促进医疗保障事业可持续发展。

各区人民政府（管委会）应当督促本行政区域内的用人单位

和个人按本办法规定参加基本医疗保险，将居民医保参保人员的医保财政补助列入财政预算。各镇（街）、村（居）委会负责辖区参保护面宣传，按有关规定承办居民医保经办事务。

第七条 市医疗保障行政部门主管本市基本医疗保险工作，负责基本医疗保险统筹规划、政策制定、组织实施、监督管理和统筹医疗保障信息化建设。

市医疗保障经办机构负责本市基本医疗保险的业务经办工作，包括参保登记，待遇给付，个人权益记录，医保定点医药机构（含定点医疗机构和定点零售药店，以下简称定点医药机构）协议管理，提供业务咨询、信息查询、经办信息化建设，以及指导各镇（街）、村（居）委会落实居民医保经办工作等。

市财政部门负责对基本医疗保险基金（以下简称医保基金）财政专户的监督管理。

市税务部门负责基本医疗保险费的征收。

市人力资源和社会保障部门负责失业人员和办理伤残退休手续的一级至四级伤残工伤职工的参保管理、社会保障卡管理等工作。

市教育部门配合加强政策宣传宣讲，协助组织本市在校学生参保缴费工作。各级各类学校配合做好本校学生参保缴费工作。各类全日制普通高等学校（包括民办高校）按原则上在学籍地参保的要求做好本校全日制本专科生、全日制研究生参加本市基本医疗保险工作。

市民政部门负责指导各区审核确认符合条件的特困供养人员、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等人员。

市残联负责确认本市户籍重度残疾人、精神和智力残疾人的身份并协助做好参保等工作。

市卫生健康部门负责规范定点医疗机构医疗服务行为，协同推进医疗保障制度改革。

市发展改革、公安、审计、市场监督管理、政务服务和数据管理、退役军人事务、乡村振兴等部门，按照各自职责共同做好本市基本医疗保险工作。

第二章 参保筹资

第八条 用人单位应当为其职工参加职工医保，并同时参加生育保险。其中本市户籍职工参加统账结合职工医保，非本市户籍职工参加统账结合职工医保或单建统筹职工医保。

灵活就业人员可以参加统账结合职工医保或单建统筹职工医保。

失业人员应当参加统账结合职工医保，并同时参加生育保险。

工伤职工应当参加统账结合职工医保。

第九条 用人单位和职工应当按时足额缴纳职工医保费，职工个人应当缴纳的职工医保费由用人单位代扣代缴。生育保险费

由用人单位缴纳，职工个人不缴纳。

第十条 用人单位和参保人员按以下缴费基数缴费：

(一) 职工：用人单位缴费基数为本单位职工月缴费工资总额，个人缴费基数为本人月工资收入。

(二) 灵活就业人员：以个人申报的月工资收入为缴费基数。

(三) 失业人员：以本市公布执行的全口径城镇单位就业人员月平均工资(以下简称本市公布执行的社平工资)为缴费基数。

(四) 工伤职工：以其月伤残津贴为缴费基数。

职工本人月工资收入、灵活就业人员个人申报的月工资收入、工伤职工的月伤残津贴超过本市公布执行的社平工资300%以上的部分不计征职工医保费；低于本市公布执行的社平工资60%的，按本市公布执行的社平工资的60%计征职工医保费。

生育保险缴费基数与职工医保缴费基数一致。

第十一条 职工医保费按月缴纳，费率按职工医保与生育保险的费率之和确定。按照国家、省有关规定，单建统筹职工医保缴费费率将逐步统一为与统账结合职工医保用人单位缴费费率一致。

(一) 用人单位和职工按以下费率缴费：

1. 统账结合职工医保缴费费率为7.5%，其中用人单位缴费费率为6%（含生育保险0.5%），职工个人缴费费率为1.5%。

2. 单建统筹职工医保缴费费率为2.5%（含生育保险0.5%）。自2025年1月1日起，单建统筹职工医保缴费费率为3%（含生育保

险0.5%)。单建统筹职工医保费由用人单位缴纳，职工个人不缴纳。

(二) 灵活就业人员参加统账结合职工医保缴费费率为7%；参加单建统筹职工医保缴费费率为2%。自2025年1月1日起，参加单建统筹职工医保缴费费率为2.5%。灵活就业人员职工医保费由个人缴纳。

(三) 失业人员参加统账结合职工医保缴费费率为7.5% (含生育保险0.5%)，费用从失业保险基金列支。

(四) 工伤职工参加统账结合职工医保缴费费率为7%，其中用人单位或工伤保险基金承担5.5%、本人承担1.5%。

第十二条 居民医保费由参保人员个人缴费和政府财政补助组成，按年度筹集。2025年及以后的居民医保费按以下年度筹资标准执行：

(一) 个人缴费。学生和未成年人每医保年度以本市上上年度全体居民人均可支配收入的0.6% (计算结果四舍五入到元，下同) 缴纳；其他居民每医保年度以本市上上年度全体居民人均可支配收入的0.8%缴纳。

居民医保个人缴费标准不低于本市上一医保年度缴费标准，本市上上年度全体居民人均可支配收入年增长率高于5%时，按5%计算。

(二) 财政补助。本市居民医保财政补助标准根据国家、省规定，结合本市实际情况确定，由市、区财政按市政府规定的比

例分担。其中大学生参保财政补助按所在院校（含校区）隶属关系，分别由中央、省和本市财政安排；属于本市财政安排的，按学校所在地由市、区财政按市政府规定的比例分担。

第十三条 每年9月1日至12月31日为下一医保年度居民医保集中参保缴费期。居民医保参保人员应当在集中参保缴费期内缴纳下一医保年度的居民医保费；非集中参保的，其个人缴费和财政补助按年度筹资标准执行。

第十四条 符合规定的收入型医疗救助对象，在本市就读且经学校确认的市外户籍低保家庭大学生，以及本市户籍重度残疾人、精神和智力残疾人，政府按规定全额资助其参加本市居民医保。

第十五条 职工医保的参保登记按国家、省和本市有关社会保险登记的规定执行。

居民医保的参保登记按以下规定执行：

（一）本市就读学生由所在学校统一向市医疗保障经办机构申请办理参保登记。未在学校统一参保的，除大学生外可以由本人或其监护人向市医疗保障经办机构、镇（街）或村（居）委会任一部门申请办理参保登记。

（二）除本市就读学生外的其他居民可以向市医疗保障经办机构、镇（街）或村（居）委会任一部门申请办理参保登记。

（三）父母任一方为本市户籍或驻珠现役军人的新生儿，可以在母体妊娠期内以母亲名义参加本市居民医保（以下简称以母

亲名义参保缴费的新生儿），以母亲名义申请办理参保登记，按未成年人年度筹资标准缴费。新生儿出生后落户珠海或办理本市居住证后，其监护人应当在参保缴费期内及时更新新生儿参保信息；未按规定更新参保信息的，下一医保年度予以停保。

第十六条 职工医保费补缴按以下规定执行：

（一）用人单位未按规定为职工办理参保登记或未按时为职工缴纳职工医保费的，按职工应缴费当月的缴费基数及缴费费率补缴职工医保费。

（二）用人单位未按职工应缴费当月的缴费基数足额申报缴纳职工医保费的，按缴费基数差额部分及应缴费当月的缴费费率补缴职工医保费。

（三）灵活就业人员参保后中断缴费，参照本条第一项未按时缴费的规定补缴职工医保费。

（四）异地职工医保参保人员医保关系转入本市，在转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，参保人员个人可以灵活就业人员身份按本市职工医保缴费基数和缴费费率有关规定申请补缴（以下简称转移接续补缴）；中断缴费3个月以上的，职工医保费不予补缴。

（五）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职工医保和居民医保间切换医保关系，中断缴费3个月（含）以内的，参保人员个人可以灵活就业人员身份按本市职工医保缴费基数和缴费费率有关规定申请补缴（以下

简称切换医保关系补缴)；中断缴费3个月以上的，职工医保费不予补缴。

(六) 法律、法规规定的其他补缴情形。

第十七条 职工医保参保人员达到法定退休年龄且核定本市为其职工医保退休待遇享受地，同时符合下列条件的，退休后不再缴纳职工医保费，按规定享受本市相应模式的职工医保退休待遇：

(一) 参加职工医保(含统账结合职工医保和单建统筹职工医保)的累计缴费年限，到2029年逐步统一为25年，职工医保缴费年限调整方案见附件。1998年6月30日以前养老保险的实际缴费年限和视同缴费年限视同为职工医保累计缴费年限。

(二) 参加本市职工医保(含统账结合职工医保和单建统筹职工医保)的实际缴费年限满10年。

符合上述条件的参保人员中，参加本市统账结合职工医保的实际缴费年限满10年的，享受统账结合职工医保退休待遇；参加本市统账结合职工医保的实际缴费年限不满10年的，可以选择按规定享受单建统筹职工医保退休待遇，或参照本办法第十八条第(一)项、第十九条规定选择按统账结合职工医保续缴和享受待遇。

统账结合职工医保和单建统筹职工医保缴费年限合并计算，不需折算。

职工医保参保人员按照国家、省的规定将基本医疗保险关系转移至本市的，在其他统筹地区参加建立个人账户的职工医保

缴费年限，认可为本市统账结合职工医保累计缴费年限；在其他统筹地区参加非建立个人账户的职工医保缴费年限，认可为本市单建统筹职工医保累计缴费年限。

第十八条 职工医保退休续缴人员按以下规定续缴后，享受本市相应模式的职工医保退休待遇：

（一）选择统账结合职工医保的，按规定续缴统账结合职工医保费至本市统账结合职工医保实际缴费年限满10年，同时累计缴费年限满足本办法第十七条第（一）项规定的统账结合职工医保年限要求。

（二）选择单建统筹职工医保的，按规定续缴单建统筹职工医保费至本市职工医保实际缴费年限合计满10年，同时累计缴费年限满足本办法第十七条第（一）项规定的单建统筹职工医保年限要求。

第十九条 职工医保退休续缴人员按以下规定选择在本市按月或一次性缴费至规定年限：

（一）选择按月续缴的，以本市公布执行的社平工资为缴费基数，按其选择续缴模式对应的用人单位费率（不含生育保险费率）缴纳至本办法第十七条规定的缴费年限后，享受其续缴模式的职工医保退休待遇。其按月缴费期间，享受对应模式在职职工医疗保障待遇，不计发个人账户。按月缴费期间，可以申请一次性缴费。

（二）选择一次性缴费的，以办理一次性缴费时本市公布执

行的社平工资为缴费基数，按其选择续缴模式对应的用人单位费率（不含生育保险费率）缴纳至本办法第十七条规定的缴费年限后，享受其续缴模式的职工医保退休待遇。

（三）未续缴的，可以按规定参加本市居民医保，其职工医保缴费年限记录予以保留，后续可以按本办法规定续缴职工医保费并享受相应待遇。

本办法实施前在本市已选择按月续缴的职工医保退休续缴人员，可以参照本办法第十八条、第十九条规定重新申请选择按统账结合职工医保或单建统筹职工医保缴费以及享受待遇。

第二十条 参保人员不符合本市参保条件的应当及时办理停保手续。

第二十一条 居民医保参保人员需停保的，应当在每年的集中参保缴费期前办理下一医保年度的停保手续。居民医保参保人员参保后未办理停保手续的，视为自动续保，集中参保缴费期内续保缴费未成功的作停保处理。居民医保参保人员非集中参保的，超过3个月缴费未成功的作停保处理。

第二十二条 参保人员不得重复参加基本医疗保险，不得重复享受医保待遇。重复参保的按国家、省有关规定处理。

第三章 医保基金管理

第二十三条 本市医保基金按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则筹集和使用。

第二十四条 医保基金来源为：

- （一）基本医疗保险费。
- （二）医保基金的利息。
- （三）滞纳金。
- （四）各级财政补助。
- （五）依法纳入医保基金的其他资金。

第二十五条 医保基金分为职工医保基金和居民医保基金，实行全市统筹，分账核算，纳入财政专户管理。

第二十六条 职工医保基金由职工医保统筹基金和个人账户构成。市医疗保障经办机构为统账结合职工医保参保人员建立个人账户；单建统筹职工医保参保人员不建立个人账户。除划入参保人员个人账户的职工医保费外，其他收入全部计入职工医保统筹基金。

居民医保基金设居民医保统筹基金，不建立个人账户。居民医保全部收入计入居民医保统筹基金。

统筹基金包括职工医保统筹基金和居民医保统筹基金。

第二十七条 统账结合职工医保参保人员的个人账户按以下规定划入：

- （一）在职职工个人缴纳的职工医保费全部计入其个人账户。
- （二）灵活就业人员、失业人员、工伤职工的个人账户按其缴费基数参照在职职工参加统账结合职工医保的个人缴费费率计入。

(三) 职工医保退休人员个人账户由职工医保统筹基金按定额划入，月划入额度为193.26元。

第二十八条 医保基金实行收支预决算管理。医保基金当期收不抵支时，采取动用结余基金、调整筹资标准等办法解决。

第二十九条 市医疗保障经办机构应当遵循国家社会保险基金财务制度，规范医保基金财务管理，定期向社会公布医保基金收支情况。

第三十条 市社会保险监督委员会和市医疗保障、财政、卫生健康、审计、税务等部门按照各自职责，对医保基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

第四章 基本医疗保险待遇

第三十一条 参保人员基本医疗保险待遇享受时间按以下规定执行：

(一) 职工医保

1. 自参保缴费的次月1日起享受本办法规定的职工医保待遇，自停止缴费的次月1日起停止享受职工医保待遇。

2. 失业人员自符合失业保险金领取条件的次月起享受职工医保待遇。

3. 职工医保退休人员自符合条件当月起享受职工医保退休待遇。

(二) 居民医保

1. 集中参保缴费的参保人员（大学生除外），居民医保待遇享受期为次年1月1日至12月31日。

2. 本市就读的大学生，每年由学校集中参保缴费期统一参保缴费的，居民医保待遇享受期为次年1月1日至12月31日。其中未参加本市居民医保的秋季新入学的大学生，集中参保缴纳下一年度居民医保费的，居民医保待遇享受期为当年9月1日至次年12月31日。

3. 以母亲名义参保缴费的新生儿自出生之日起享受居民医保待遇。本市户籍新生儿出生后180天内参保的，可缴纳出生之日起的居民医保费后，自出生之日起享受居民医保待遇；父母任一方为本市户籍的新生儿出生180天内死亡无法办理户籍的，可凭新生儿死亡医学证明缴纳其居民医保费后，到市医疗保障经办机构按规定报销新生儿死亡前所发生的医疗费用。

4. 其他参保人员非集中参保缴费的，居民医保待遇享受期为参保缴费次月1日至当年12月31日。

第三十二条 纳入统筹基金支付的医疗费用应当符合国家、省和本市规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录（以下合称医保目录）的范围和标准。医保目录中部分药品、诊疗项目和医用耗材先由参保人员自付一定比例后，再按规定支付：

（一）药品目录中的乙类药品、诊疗项目目录“备注”栏标有“○”的诊疗项目由参保人员先自付5%。

(二)医用耗材目录中的单价在2000元(含)以上的一次性材料费由参保人员先自付30%。

符合国家、省和本市医保目录及支付标准等规定的医疗费用,除个人先自付一定比例的部分外,称为核准医疗费用。

第三十三条 参保人员在市内定点医疗机构发生的住院核准医疗费用,统筹基金支付时设住院起付标准、每医保年度基本医疗保险住院最高支付限额(以下简称住院支付限额,含个人自付部分,下同)和住院支付比例。

(一)住院起付标准

1. 参保人员市内每次住院起付标准为:一级医院300元,二级医院500元,三级医院1000元。其中学生和未成年人的住院起付标准按上述标准的50%确定。

2. 参保人员在市内住院期间因病情需要在市内不同级别医院转院的,转出医院应当为参保人员办理转院备案,转院备案当次有效,参保人员自转院备案起48小时以内转入医院办理入院的,转入医院不再收取住院起付标准。

(二)住院支付限额

1. 连续参保缴费时间在6个月(含)以内的,为2万元。

2. 连续参保缴费时间6个月至1年(含)的,为8万元。

3. 连续参保缴费时间1年以上的,为40万元。

4. 在集中参保缴费期参保缴费的居民医保参保人员和以母亲名义参保缴费的新生儿,为40万元。

连续参保缴费时间是指从参保缴费当月至其出院当月的实际参保缴费时间。其中参保人员中断缴费（含在职工医保和居民医保之间转换）不超过3个月视为连续参保；中断缴费超过3个月，视为新参保。

（三）住院支付比例

参保人员医保年度内发生住院起付标准以上、住院支付限额以下的住院核准医疗费用，统筹基金按以下比例支付：

1. 职工医保参保人员：一级医院支付94%，二级医院支付93%，三级医院支付92%。其中对于统账结合职工医保退休人员，一级、二级、三级医院均支付95%。

2. 居民医保参保人员：一级、二级、三级医院均支付90%。

第三十四条 参保人员普通门诊、门诊特定病种发生的核准医疗费用，由统筹基金按规定予以支付。具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第三十五条 参保人员按规定办理了异地转诊备案手续的，其在备案地定点医疗机构发生的住院、门诊特定病种核准医疗费用，结算时起付标准、支付限额、支付比例按市内就医医保待遇标准执行；普通门诊医疗费用不予支付。异地转诊人员按规定办理了备案地转外就医的，医保待遇标准参照执行。

异地转诊人员备案有效期内回本市就医的，按市内就医医保待遇标准执行。

第三十六条 参保人员按规定办理了异地长期居住备案手

续的，其在备案地或备案有效期内回本市就医的，发生的医疗费用按以下规定支付：

（一）住院、门诊特定病种核准医疗费用，结算时起付标准、支付限额、支付比例按市内就医医保待遇标准执行。

（二）在备案地发生的普通门诊核准医疗费用，按规定比例支付，支付限额按市内普通门诊转诊的支付限额执行。备案有效期内确需回本市就医的，按市内就医医保待遇标准执行。

（三）异地长期居住人员按规定办理了备案地转外就医的，按市内就医医保待遇标准执行。

其中，参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住备案手续，备案有效期内确需回本市就医的，在补齐相关备案材料后在备案地和本市双向享受医保待遇；未补齐相关备案材料回本市就医的，参照非急诊抢救且未转诊的其他临时外出就医人员享受待遇。

第三十七条 参保人员异地急诊抢救发生的住院、门诊特定病种核准医疗费用，结算时起付标准、支付限额、支付比例按市内就医医保待遇标准执行；急救和抢救发生的普通门诊核准医疗费用，按住院比例支付，计入住院核准医疗费用累计；其他普通门诊医疗费用不予支付。

第三十八条 非急诊抢救且未转诊的其他临时外出就医人员在异地定点医疗机构发生的住院、门诊特定病种核准医疗费用，结算时起付标准、支付限额按市内就医医保待遇标准执行，

支付比例按市内标准相应降低20个百分点执行；普通门诊医疗费用不予支付。

第三十九条 基本医疗保险建立家庭病床保障机制。参保人员在养老服务机构、居家医疗照顾场所发生的家庭病床核准医疗费用，由统筹基金按规定予以支付。具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第四十条 职工医保参保人员的生育保险待遇由职工医保统筹基金按规定予以支付，居民医保参保人员的生育医疗费用待遇由居民医保基金按规定予以支付。具体规定由市医疗保障行政部门另行制定。

第四十一条 用人单位和参保人员按规定补缴职工医保费的，职工医保基金按以下规定支付待遇：

（一）补缴保费中应划入个人账户的部分，在补缴保费到账后的次月划拨。

（二）补缴后核定住院支付限额时，补缴时间段予以接续。同时，补缴时间段纳入职工医保实际缴费年限累计计算。

（三）符合本办法第十六条规定，补缴后医疗费用按以下规定支付：

1. 用人单位未按规定为职工办理参保登记的，补缴保费到账后次月新发生的医疗费用，由职工医保统筹基金按规定予以支付。

2. 用人单位已按规定为职工办理参保登记，但未按时为职工

缴纳职工医保费，在3个月（含）内办理补缴的，补缴时间段内发生的医疗费用，由职工医保统筹基金按规定予以支付；超过3个月办理补缴的，补缴保费到账后次月新发生的医疗费用，由职工医保统筹基金按规定予以支付。按国家、省有关规定予以延期缴费的情形除外。

3. 参保人员转移接续补缴和切换医保关系补缴，补缴当月即可在本市按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，不得重复享受医保待遇。

灵活就业人员按规定补缴后的医保待遇参照本条规定执行。

第四十二条 参保人员在职工医保和居民医保之间转换医保关系的，停保的次月1日起停止享受原险种的医保待遇，自参保缴费的次月1日起享受新险种的医保待遇。

第四十三条 参保人员的住院医疗费用自出院之日、门诊医疗费用自发生之日起，3年内未提出待遇申请的，统筹基金不予支付。

第四十四条 个人账户可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女以下费用：

（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、医用耗材发生的由个人负担的费用。

（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的由个人负担的符合规定的中医“治未病”费用。

(六) 购买珠海市附加补充医疗保险项目费用。

(七) 其他符合国家、省规定的费用。

第四十五条 下列医疗费用不纳入医保基金支付范围：

(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。

(六) 国家、省规定的医保基金不予支付的其他费用。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或无法确定第三人的，由医保基金先行支付。医保基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第五章 服务管理

第四十六条 基本医疗保险实行定点医疗管理，参保人员应当按规定到定点医药机构就医、购药，遵循基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗原则。

第四十七条 市医疗保障经办机构根据管理服务的需要，与符合条件且愿意承担本市医疗保险服务的医疗机构、零售药店签

订基本医疗保险服务协议，按照协议进行管理。

第四十八条 参保人员市内住院按以下规定就医：

（一）参保人员到市内定点医疗机构按规定办理入院手续。

（二）参保人员经住院治疗符合出院标准的，应当及时办理出院手续；拒不出院的，其后续医疗费用统筹基金不予支付。

（三）参保人员因急诊抢救在市内非定点医疗机构住院的，统筹基金按市内同级别定点医疗机构就医医保待遇标准予以支付，病情稳定后应当转往市内定点医疗机构治疗。

第四十九条 参保人员异地就医管理按国家、省和本市有关规定执行。其中参保人员异地转诊按以下规定执行：

（一）参保人员符合以下情形之一的可以申请异地转诊：

1. 病情危重需转诊抢救的。
2. 经多次检查会诊，诊断仍不明确的。
3. 患有市内医疗机构难以诊治的专科疾病的。
4. 因病情需要做本市未开展的检查或治疗项目的。
5. 国家、省规定的其他转诊情形。

（二）参保人员异地转诊按以下规定办理相关手续：

1. 由本市定点医疗机构中的三级医院相应专科的副主任及以上医师提出申请，医院医保办审核同意，并上传资料至国家医疗保障信息平台备案。异地转诊的医疗机构应当为异地定点医疗机构。异地长期居住人员和异地转诊人员因病情需要转往备案地以外的医院就医的参照执行。

2. 特殊危急病例急需转往异地定点医疗机构抢救的，可以先行转院，一周内按本条第二项规定补办转诊手续。

3. 转诊有效期为一年，其中到异地定点医疗机构购药或一次性检查的转诊证明当次有效。

第五十条 医疗费用结算应当遵循严格预算管理、保障适宜诊疗、发挥激励约束、提高运行效率的原则。参保人员在定点医药机构发生的属于统筹基金支付的医疗费用，由市医疗保障经办机构与定点医药机构按照总额预算管理，按病种分值付费、服务单元付费、人头付费、项目付费等多元复合式方式结算。支付管理办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第五十一条 参保人员就医时应当出示本人医保电子凭证（医保码）、社会保障卡或居民身份证作为结算凭证。参保人员在定点医药机构发生的医疗费用，按规定联网结算，由统筹基金按规定予以支付。因结算系统故障、基本医疗保险费欠缴等原因未能联网结算的，参保人员应当回定点医药机构结算或现金垫付后凭相关就医资料到市医疗保障经办机构按规定报销。

参保人员在非定点医药机构发生的医疗费用，除急诊抢救外，统筹基金不予支付。非定点医疗机构急诊抢救发生的医疗费用，参保人员现金垫付后凭相关就医资料到市医疗保障经办机构按规定报销。

第五十二条 参保人员在定点医疗机构住院期间因病情等原因需到其他定点医药机构检查、治疗或购药的，可以凭该住院

医疗机构开具的申请，到就医地其他定点医药机构检查、治疗或购药，发生的核准医疗费用按照当次住院待遇支付，按规定联网结算或到市医疗保障经办机构报销。

第五十三条 大学生在假期、休学或实习期间离开本市，因疾病在家庭所在地或实习所在地就医的，应当选择当地定点医疗机构就医，其发生的住院、门诊特定病种、普通门诊核准医疗费用，按规定联网结算或返校后凭学校确认其家庭所在地或实习所在地的证明等资料按规定报销。

第五十四条 个人账户按以下规定进行管理：

（一）市医疗保障经办部门负责个人账户开设、管理服务等工作。个人账户按实账进行管理，按月计入，划入起止时间原则上与基本医疗保险待遇享受时间一致。

（二）个人账户加载于社会保障卡或医保电子凭证（医保码）管理使用。

（三）当年计入的个人账户资金按活期存款利率计息；上年结存的个人账户资金，按3个月期整存整取银行存款利率计息。

（四）参保人员应当按规定使用个人账户，不得超规定范围使用。

（五）定点医药机构不得超个人账户规定范围结算，也不得以任何理由推诿拒绝参保人员合理使用个人账户。

（六）任何个人或单位不得为参保人员办理个人账户套现。

第五十五条 当参保人员出现以下特殊情况时，市医疗保障

经办机构应当及时处理个人账户资金：

（一）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社会保障卡金融账户或银行账户。

（二）跨省异地安置退休人员经本人申请，可将个人账户资金划入本人社会保障卡金融账户或银行账户。

（三）参保人员在参保期间应征入伍，经本人申请，个人账户资金可划入本人社会保障卡金融账户或银行账户。

（四）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社会保障卡金融账户或银行账户，或者按规定继承。

（五）参保人员出境（包括港澳台地区）定居的，经本人申请，其个人账户资金可划入本人社会保障卡金融账户或银行账户。

第六章 法律责任

第五十六条 用人单位未按规定办理社会保险登记、未按时足额缴纳职工医保费的，按《中华人民共和国社会保险法》等有关规定处理。

第五十七条 本市医保基金的使用监督管理按国家、省有关规定执行。医疗保障行政部门、医疗保障经办机构、基本医疗保险费征收机构、定点医药机构及其工作人员、参保人员等违反医

疗保险有关法律、法规和政策规定的，按《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》等有关规定处理。

第五十八条 单位或个人违反本办法规定的不诚信行为依法纳入本市信用评价体系。

第七章 附 则

第五十九条 本办法所称的医保年度指每年的1月1日至12月31日。

第六十条 按照国家、省有关规定，基本医疗保险筹资政策、待遇支付政策等需做调整的，由市医疗保障行政部门会同相关部门提出意见，报市人民政府批准后执行，并报省医疗保障行政部门备案。

第六十一条 横琴粤澳深度合作区的基本医疗保险管理参照本办法执行。

第六十二条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

第六十三条 本办法自2024年9月1日起施行，有效期5年。《珠海市人民政府关于印发珠海市基本医疗保险办法的通知》（珠府〔2016〕47号）、《关于印发〈珠海市基本医疗保险个人账户管理办法〉的通知》（珠人社〔2016〕152号）、《关于印发〈珠海市基本医疗保险就医管理办法〉的通知》（珠人社〔2016〕195号）、《关于享受珠海市基本医疗保险退休待遇条件有关问题的通知》（珠人社〔2016〕259号）、《关于珠海市基本医疗保险

办法实施若干问题的通知》（珠人社〔2016〕349号）、《关于调整基本医疗保险费率和个人账户划拨有关问题的通知》（珠人社〔2017〕324号）、《转发广东省流动就业人员基本医疗保险关系转移接续暂行办法有关问题的通知》（珠人社〔2013〕251号）同时废止。本市其他规定与本办法不一致的，以本办法为准。

附件：职工医保缴费年限调整方案

附件

职工医保缴费年限调整方案

缴费年限 职工达到法定年龄的年度	享受统账结合		享受单建统筹	
	累计缴费	实际缴费	累计缴费	实际缴费
2024年及以前	20年	10年	25年	10年
2025年	21年	10年	25年	10年
2026年	22年	10年	25年	10年
2027年	23年	10年	25年	10年
2028年	24年	10年	25年	10年
2029年	25年	10年	25年	10年

备注：1. 累计缴费年限含统账结合职工医保缴费年限和单建统筹职工医保缴费年限。

2. 享受统账结合职工医保退休待遇实际缴费年限仅指统账结合职工医保本市实际缴费年限；享受单建统筹职工医保退休待遇实际缴费年限含统账结合职工医保本市实际缴费年限和单建统筹职工医保本市实际缴费年限。

