



中山市人民政府关于印发 《中山市医疗保障办法》的通知

中府〔2026〕185号 中府规字〔2026〕9号

火炬开发区管委会，翠亨新区管委会，各镇政府、街道办事处，市各有关单位：

现将《中山市医疗保障办法》印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市医保局反映。

中山市人民政府

2026年9月21日

中山市医疗保障办法

第一章 总 则

第一条 为健全中山市医疗保障制度体系，确保参保人合理享受基本医疗保障权益，根据《中华人民共和国社会保险法》等有关法律法规及政策规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市医疗保障相关的筹资运行、待遇支付、公共服务、基金使用、监督管理等活动。

第三条 本市医疗保障工作坚持中国共产党的领导，坚持以人民为



中心，遵循覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、多层次、可持续的原则，医疗保障水平与本市经济社会发展水平相适应。

第四条 医疗保障基金的筹集和管理遵循以收定支、收支平衡的原则。根据国家、广东省有关要求或者医疗保障基金收支情况，市医疗保障行政部门可联合财政部门对筹资标准、人均财政补助标准、医疗保障待遇等作相应调整。

第五条 本市建立以基本医疗保险为主体、大病保险为补充、医疗救助为托底的三重保障制度。健全基本医疗保险与商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系。鼓励用人单位和个人在参加基本医疗保险的同时，参加商业健康保险。

本市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）。职工医保分统账结合职工医保和单建统筹职工医保两种制度类型；居民医保分居民医保一档和居民医保二档两个档次。

大病保险设职工大病保险待遇和居民大病保险待遇。

第六条 市医疗保障行政部门是医疗保障工作的主管部门，负责本办法的组织实施。

市医疗保障经办机构负责本市医疗保障基金待遇给付和个人权益记录等经办事务，提供医疗保障业务咨询、信息查询等服务，指导各镇人民政府（管理委员会、街道办事处，以下简称各镇街）落实医疗保障经办工作。

市财政部门负责分类设立医疗保障基金财政专户，分配下达各级财政补助资金和落实配套资金，按职责对医疗保障基金的收支、管理情况实施监督。

税务部门负责做好征收工作和缴费服务，及时回传缴费信息，加强



与医保部门数据比对，协助做好参保动员工作。

市卫生健康部门负责合理编制区域卫生规划，优化医疗资源配置，规范医疗机构诊疗行为，加强医疗机构行为监管，联动医保部门推动医疗费用增长合理有度且与经济社会发展水平、医保筹资水平和群众承受能力相适应。

市人力资源和社会保障部门负责领取失业保险金人员、工伤职工的职工医保参保管理工作，并积极配合医保部门做好技工院校学生的参保工作。

市退役军人事务部门负责退役军人及其他优抚对象的参保管理等工作。

市民政局负责做好本市特困人员、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、支出型困难家庭成员等对象的认定和信息共享工作，协助收入型医疗救助对象参保等工作。

市教体部门积极配合医保部门做好学生的参保工作，加强工作协同与数据共享，不断提高学生基本医保参保水平。

市乡村振兴部门负责做好本市纳入监测范围的农村易返贫致贫人口的身份认定和信息共享工作。

市残联负责做好本市户籍重度残疾人、精神和智力残疾人的身份认定和信息共享工作，并协助做好参保等工作。

各镇街负责辖区内医保护面征缴工作的组织、宣传、发动，按有关规定承办医疗保障经办事务。

市发展改革、公安、审计、市场监督管理、政务服务和数据管理、统计等有关部门按各自职责协同实施本办法。



第二章 参保与缴费

第七条 职工医保适用于本市行政区域内的下列单位和个人：

（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；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；有雇工的个体工商户及其雇工（所列单位以下统称为用人单位，所列人员以下统称为职工）。

（二）法定劳动年龄内的下列人员（以下统称为灵活就业人员）：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；在本市灵活就业的港澳台居民；国家和广东省规定的其他灵活就业人员等。

（三）本市行政区域内职工医保参保人达到法定退休年龄且符合本办法缴费年限，按规定可享受退休人员职工医保待遇的人员（以下简称职工医保退休人员）；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，但缴费年限不符合本办法规定办理继续缴费的人员（以下简称职工医保退休续缴人员）。

（四）按月领取本市失业保险金期间的失业人员（以下简称领取失业保险金人员）。

（五）本市因工致残被鉴定为一至四级伤残并办理伤残退休手续的工伤职工（以下简称工伤职工）。

（六）国家、广东省及本市规定的其他单位和人员。

上述（一）至（六）项人员统称为职工医保参保人，具体参保规定由市医疗保障行政部门另行制定。

第八条 本市行政区域内的用人单位应当依法向医疗保险费征收部



门办理职工医保参保缴费及变更手续，每月按时足额缴纳职工医保费，个人缴纳的职工医保费由用人单位按月从其工资中代扣代缴。

灵活就业人员自行向医疗保险费征收部门办理参保缴费及变更手续，并每月按时足额缴纳职工医保费。

参保人达到法定退休年龄的，用人单位及个人应当及时向医疗保险费征收部门、市医疗保障经办机构或者镇街医疗保障职能部门（以下简称医疗保障经办机构）办理相关手续。

第九条 参加本市职工医保的用人单位及个人缴费基数和费率按下列规定执行：

（一）统账结合职工医保总费率（含用人单位费率和个人费率，下同）为 7.0%，其中用人单位费率为 5.0%，个人费率为 2.0%；单建统筹职工医保总费率（含用人单位费率和个人费率，下同）为 3.2%，其中用人单位费率为 2.5%，个人费率为 0.7%。职工的生育保险费率为 0.8%。

（二）用人单位应为其在职职工选择参加统账结合职工医保或者单建统筹职工医保，由用人单位和职工个人分别按对应费率缴纳职工医保费。用人单位缴费基数为本单位全部职工月缴费工资总额，个人缴费基数为本人月工资收入。

用人单位和职工参加职工医保应当同时参加职工生育保险。生育保险费由用人单位缴纳，职工不缴纳。参加职工医保的用人单位费率按职工医保与生育保险的费率之和确定。

按照国家、广东省有关规定，单建统筹职工医保费率逐步向统账结合职工医保过渡。

（三）灵活就业人员以个人身份选择参加统账结合职工医保或者单建统筹职工医保，以个人申报的月工资收入为缴费基数，按对应类型职工医保总费率由本人按月缴纳职工医保费。不缴纳生育保险费。



（四）领取失业保险金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，由市人力资源和社会保障部门按统账结合职工医保总费率和生育保险费率按月缴纳统账结合职工医保费和生育保险费，费用从失业保险基金中划转。

（五）工伤职工以其伤残津贴为缴费基数，由市人力资源和社会保障部门按统账结合职工医保总费率按月缴纳统账结合职工医保费，其中用人单位费率部分从工伤保险基金中划转，个人费率部分由个人负担。不缴纳生育保险费。

（六）个人缴费基数设定上下限，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。

我市长期护理保险制度建制实施后，按国家和广东省的有关规定下调职工医保用人单位费率 0.15 个百分点，调整部分用作长期护理保险用人单位费率。

第十条 职工医保的缴费年限按参保人实际缴费月份计算。参加职工医保的参保人，达到法定退休年龄时，在本市实际缴费年限满 10 年且男性参保人累计缴费年限满 30 年、女性参保人累计缴费年限满 25 年的，经医疗保障经办机构办理职工医保退休待遇核定手续后，可不再缴费，按本办法规定享受退休人员单建统筹职工医保待遇。

参加职工医保的参保人，达到法定退休年龄时，累计缴费年限符合本条第一款最低缴费年限规定且本市统账结合职工医保实际缴费年限满 10 年的，经医疗保障经办机构办理职工医保退休待遇核定手续后，可不再缴费，按本办法规定享受退休人员统账结合职工医保待遇。

第十一条 男性参保人达到法定退休年龄时，职工医保累计缴费年限设过渡期。2027 年、2028 年、2029 年达到法定退休年龄的男性参保人



累计缴费年限应分别满 27 年、28 年、29 年，且在本市实际缴费年限满 10 年；2030 年 1 月 1 日起，男性参保人累计缴费年限应满 30 年，且在本市实际缴费年限满 10 年。

第十二条 曾以职工身份参加本市基本医疗保险的参保人达到法定退休年龄后，符合下列规定的可确定本市为其待遇享受地。

（一）参保人最后参保地为本市，累计缴费年限符合本办法缴费年限规定的，在本市享受退休人员职工医保待遇。

（二）参保人最后参保地为本市，累计缴费年限不符合本办法缴费年限规定的，可按本办法规定在本市缴费至规定年限后，在本市享受退休人员职工医保待遇。

（三）参保人最后参保地不在本市，但在本市累计缴费年限符合本办法缴费年限规定的，可选择在本市享受退休人员职工医保待遇。

（四）累计缴费年限不符合本办法缴费年限规定及本条上述情形，有本市职工医保参保缴费记录的本市户籍参保人或者在本市参加职工医保实际缴费年限最长的参保人，可按本办法规定缴费至规定年限后，在本市享受退休人员职工医保待遇。

第十三条 职工医保退休续缴人员，自达到法定退休年龄次月起，由个人选择按月或者一次性缴费至规定年限。由个人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，按用人单位费率缴纳统账结合职工医保费或者单建统筹职工医保费。

按月缴费期间享受在职人员职工医保待遇，不计发个人账户。缴满至规定年限并经医疗保障经办机构核定符合享受本市退休人员职工医保待遇的参保人，核定次月 1 日起享受退休人员职工医保待遇。

单建统筹职工医保退休人员，可选择一次性缴纳统账结合职工医保费，缴满至规定年限后，按规定享受退休人员统账结合职工医保待遇。



个人已一次性缴纳的职工医保费，不予退费。用人单位可根据本单位经济情况，对个人缴纳的职工医保费给予补助。

第十四条 下列人员可参加本市居民医保：

- （一）未参加职工医保的本市户籍城乡居民（以下简称城乡居民）。
- （二）未参加职工医保且持有效期内的本市办理的《广东省居住证》人员（以下简称持居住证人员）。
- （三）在本市各类全日制普通高等学校、中等职业学校或者科研院所（含民办学校）接受教育的全日制学生（以下统称为大中专学生）。
- （四）在本市中小学校和幼儿园就读的学生（以下简称中小幼学生）。
- （五）国家、广东省及本市规定的港澳台居民等其他人员。

上述（一）至（五）项人员统称为居民医保参保人。

第十五条 居民医保费由医疗保险费征收部门按年征收。每年9月1日至12月31日为下一医保年度的集中参保缴费期。居民医保参保人应在集中参保缴费期内缴纳下一医保年度的居民医保费。本市户籍城乡居民在集中参保缴费期内可按规定参加居民医保二档。

城乡居民、持居住证人员等以个人身份向医疗保障经办机构办理参保登记手续。有条件的村集体（含村民委员会、经济联合社、农村股份合作社、村民小组等）、居委会可为本村（居）民办理参保登记手续。在校大中专、中小幼学生由所在学校组织参保。

第十六条 居民医保筹资实行个人缴费和财政补助相结合，以本办法实施上年度的本市居民人均可支配收入为缴费基数，按下列规定执行：

- （一）居民医保费由个人按缴费基数和以下费率缴纳：参加居民医保一档的按1.1%，其中十八周岁以下人员按0.85%；参加居民医保二档的按3.3%，其中十八周岁以下人员按3.0%。



（二）城乡居民、持居住证人员、十八周岁以下人员（不含非本市户籍中小幼学生）等，市、镇街两级财政各按缴费基数 0.6%的比例给予补助；非本市户籍大中专学生，按学校隶属关系，由同级政府财政按缴费基数 1.2%的比例给予补助；非本市户籍中小幼学生由市财政、学生就读学校所在镇街财政各按缴费基数 0.6%的比例给予补助。中央财政补助按国家有关规定予以补助。人均财政补助标准在 2027 医保年度基础上，每年调整额度按国家要求标准执行。

（三）镇街或者村集体可根据自身经济情况，对个人缴费部分给予补助。具备多种身份的参保人，按照对应的最低个人费率缴费，不重复享受财政补助。

第十七条 收入型医疗救助对象、本市户籍重度残疾人、本市户籍精神和智力残疾人参加居民医保一档的，其个人缴费部分由资格认定所在镇街财政给予全额资助；上述人员参加本市居民医保二档的，其个人缴费部分由资格认定所在镇街财政按照参加居民医保一档的标准给予资助。

纳入扶贫助学范围的非本市户籍大中专学生参加居民医保，个人缴纳的居民医保费由市财政按照参加居民医保一档的标准给予补助。

收入型医疗救助对象参加职工医保的，个人按月或者一次性缴纳的职工医保费，由资格认定所在镇街财政按当年度在用人单位参加单建统筹职工医保的个人缴费标准逐月补助。一次性缴纳职工医保费的收入型医疗救助对象，在享受补助期间死亡的，自死亡次月起停止给予补助。

具备多重身份的参保人，按可享受的最高标准给予补（资）助，不得重复享受补助。

第十八条 个人缴费部分由政府资助的人员、本市引进的人才直系亲属，已办理职工医保中止手续的人员、刑满释放人员、退役士兵等本



市户籍特殊群体可中途参加居民医保一档。经审核符合条件的新生儿可按规定中途参加居民医保一档。

本市户籍城乡居民中途参保的，按当年度缴费标准，一次性缴纳当年度的居民医保费，缴费到账后按规定享受居民医保待遇。

第十九条 参保人不得重复参加基本医疗保险，不重复享受基本医疗保险待遇。

第三章 基金管理

第二十条 医疗保障基金包括基本医疗保险基金、医疗救助基金等。基本医疗保险基金包含职工医保基金和居民医保基金。

职工医保基金由职工医保统筹基金和职工医保个人账户（以下简称个人账户）组成。居民医保基金设居民医保统筹基金，不设个人账户。职工医保统筹基金和居民医保统筹基金统称为基本医疗保险统筹基金。

医疗保障基金纳入市医疗保障基金财政专户管理，实行全市统筹，分账核算，专款专用，任何单位和个人不得隐匿、转移、侵占、挪用，违者除责令如数归还外，依法追究其法律责任。

第二十一条 基本医疗保险基金的来源和支出：

（一）基金的来源。

1. 用人单位及个人缴纳的基本医疗保险费；
2. 用人单位缴纳的生育保险费；
3. 各级财政补助；
4. 逾期缴纳职工医保费的滞纳金；
5. 基本医疗保险基金的利息；
6. 社会资助的资金；
7. 依法纳入基本医疗保险基金的其他收入。



(二) 基金的支出。

1. 支付参保人在医疗机构符合规定的医疗费用；
2. 支付参保人在定点零售药店符合规定的费用；
3. 计入职工医保个人账户；
4. 划转大病保险的费用；
5. 支付职工生育津贴；
6. 支付规定的家庭医生服务相关费用；
7. 国家、广东省和市规定的医疗保障基金的其他支出。

第二十二条 基本医疗保险费按现行财政体制及国家有关财务规定列支。

基本医疗保险费（含生育保险费）非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。

医疗保障基金及其营运收益、各项待遇，按国家规定免征税、费。

第二十三条 每月从上月征收的职工医保保费划拨 6% 作为大病保险资金，每年从上年征收的居民医保保费划拨 2% 作为大病保险资金。大病保险资金用于支付参保人住院和门诊特定病种就医发生的符合规定的医保费用。

参加本市基本医疗保险的用人单位和参保人无需缴纳大病保险费。

第二十四条 全市医疗保障基金实行预决算管理，科学合理编制收支预算。基金预算按险种分别编制，原则上不得编制赤字预算。真实准确编制决算，严格决算审核。

基金收不抵支时，可采取动用历年滚存结余、调整筹资标准或者待遇等办法解决。因传染病流行、自然灾害和突发事件等因素造成医疗保障基金不足支付或者预支付能力不足时，由市政府协调解决。

第二十五条 市、镇街财政部门应当将本级财政承担的基本医疗保



险补助资金纳入当年财政预算。镇街负担的本级财政补助资金由市财政在返还税收分成中予以扣收，与市级财政负担的财政补助资金一并纳入市医疗保障经办机构医保基金年初部门预算。火炬统筹区（含民众街道）、翠亨统筹区（含南朗街道）及五桂山街道负担的财政补助由镇街全额自行承担，并统一划入市医疗保障基金财政专户。

中央财政居民医保补助资金按国家有关规定进行管理。

第四章 基本医疗保险待遇

第二十六条 参保人按规定缴纳职工医保费的次月1日起享受本办法规定的职工医保待遇；参保人停止缴纳职工医保费的次月1日起停止享受职工医保统筹待遇，停止计入个人账户，但其个人账户余额可以继续使用。

居民医保参保人在集中参保缴费期缴纳居民医保费的，次年1月1日至12月31日按规定享受居民医保待遇。参保人未按规定缴纳居民医保费的，次年1月1日起暂停享受本办法规定的居民医保待遇。

自2025年起，除新生儿等特殊群体外，未在居民医保集中参保缴费期内参保或者未连续参保的人员，按照国家和广东省参保长效机制的有关规定执行待遇等待期，待遇等待期间发生的就医费用不能报销。参保人可通过缴费修复变动等待期，但是期间的医疗费用报销不能追溯。修复等待期的缴费标准按照提出修复申请时所在年度本市居民医保一档个人缴费标准执行。

第二十七条 符合国家、广东省和本市基本医疗保险药品、诊疗项目和医用耗材等目录（以下统称为医保目录）的医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，按照本办法规定由基本医疗保险基金支付。医保目录中部分药品、诊疗项目和医用耗材按规定需由参保人先行自付一



定比例，再按规定支付，具体由市医疗保障行政部门另行制定。

医保费用是指符合医保目录及其支付范围和支付标准的医疗费用，但不含个人按规定比例先行自付的费用及目录范围内超限价部分的费用。

基本医疗保险基金不予支付的范围按《中华人民共和国社会保险法》等国家、广东省和本市的有关规定执行。

第二十八条 职工医保参保人可按规定享受职工医保统筹待遇和个人账户待遇。职工医保统筹待遇包括普通门诊待遇、门诊特定病种待遇和住院（含日间手术，下同）待遇。

居民医保参保人可按规定享受居民医保统筹待遇，包括普通门诊待遇、门诊特定病种待遇和住院待遇。

参保人在定点医药机构发生的医保费用，基本医疗保险统筹基金支付时按规定设起付标准、支付比例和年度最高支付限额。

第二十九条 参保人在选定的普通门诊定点医疗机构门诊就医发生的医保费用，基本医疗保险统筹基金支付不设起付标准，按下列比例执行：

（一）统账结合职工医保和居民医保二档参保人：社区卫生服务中心（含其管辖的定点社区卫生服务站，下同）80%、镇街级医院 70%、本市直属（含直管等，下同）医院 50%。

（二）单建统筹职工医保参保人：社区卫生服务中心 70%、镇街级医院 60%；按规定转诊到本市直属医院 50%。

（三）居民医保一档参保人：社区卫生服务中心 70%、镇街级医院 50%；按规定转诊到本市直属医院 50%。

第三十条 门诊特定病种实行分类管理，具体分为一类门诊特定病种和二类门诊特定病种。



参保人认定门诊特定病种后，待遇享受期内在选定的定点医疗机构门诊就医发生的门诊特定病种医保费用，基本医疗保险统筹基金支付不设起付标准，按下列比例支付：

（一）一类门诊特定病种：按本市同级别医院住院支付比例。

（二）二类门诊特定病种：统账结合职工医保和居民医保二档参保人，连续参加本市基本医疗保险1年以下、超过1年的支付比例分别为60%、80%；单建统筹职工医保和居民医保一档参保人，连续参加本市基本医疗保险1年以下、超过1年的支付比例分别为50%、70%。

第三十一条 参保人在本市定点医疗机构住院发生的医保费用，起付标准以下的由参保人支付；超过起付标准的部分，由基本医疗保险统筹基金按照本办法及配套文件规定支付。

职工医保和居民医保二档参保人在一级及以下、二级、三级医院起付标准分别为：400元/次、600元/次、800元/次；居民医保一档参保人在一级及以下、二级、三级医院起付标准分别为：600元/次、800元/次、1000元/次。日间手术起付标准在相应等级医院起付标准基础上降低200元。

第三十二条 参保人在本市定点医疗机构住院发生超过起付标准的医保费用，由基本医疗保险统筹基金按下列规定支付：

（一）统账结合职工医保和居民医保二档参保人，一级及以下、二级、三级医院支付比例分别为95%、92%、90%。

（二）单建统筹职工医保参保人，一级及以下、二级、三级医院支付比例分别为92%、90%、85%。

（三）居民医保一档参保人，一级及以下、二级、三级医院支付比例分别为92%、90%、80%。

第三十三条 参保人在同一医保年度内的基本医疗保险统筹基金最



高支付限额与其连续参加本市基本医疗保险时间挂钩。参保人在本市及市外住院、普通门诊和门诊特定病种统筹基金支付费用纳入基本医疗保险年度支付限额累计计算。年度支付限额不可结转至下一医保年度使用。

(一) 连续参加本市基本医疗保险1年以下、1年至2年(含)的: 职工医保年度最高支付限额分别为本市上上年度城镇非私营单位在岗职工年平均工资的2倍、4倍; 居民医保年度最高支付限额分别为本办法实施上年度的本市居民人均可支配收入的2倍、4倍。

(二) 连续参加本市基本医疗保险超过2年的: 统账结合职工医保和单建统筹职工医保年度最高支付限额分别为本市上上年度城镇非私营单位在岗职工年平均工资的12倍、8倍; 居民医保一档和二档年度最高支付限额分别为本办法实施上年度的本市居民人均可支配收入的8倍、12倍。

第三十四条 统账结合职工医保在职参保人, 其个人账户由职工医保基金按个人缴费基数 2% 逐月计入。统账结合职工医保退休人员, 其个人账户由职工医保基金按每月133元定额逐月划入, 参保人死亡次月起停止划入。

第三十五条 职工医保个人账户可用于支付参保人本人及其近亲属(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)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、医用耗材发生的由个人负担的符合规定的费用。

(三) 参加居民医保等的个人缴费。

(四) 参保人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) 按照国家、广东省规定自愿支付的商业健康保险费。

(七) 其他符合国家、广东省规定的费用。

个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或者养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第五章 大病保险待遇

第三十六条 参保人在享受基本医疗保险待遇的基础上，按规定享受大病保险待遇。

(一) 起付标准。统账结合职工医保、单建统筹职工医保、居民医保一档、居民医保二档参保人大病保险年度累计起付标准分别为 3000 元、12000 元、15000 元、4000 元。

(二) 支付比例。参保人住院和门诊特定病种就医享受基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计达到起付标准后，按下列比例支付：

1. 统账结合职工医保和居民医保二档参保人：超过起付标准至 5 万元以下的部分，由大病保险资金支付 80%；超过 5 万元至 10 万元以下的部分，由大病保险资金支付 85%；超过 10 万元的部分，由大病保险资金支付 90%。

2. 单建统筹职工医保和居民医保一档参保人：超过起付标准至 5 万元以下的部分，由大病保险资金支付 60%；超过 5 万元至 10 万元以下的部分，由大病保险资金支付 65%；超过 10 万元的部分，由大病保险资金支付 70%。

(三) 年度最高支付限额。大病保险最高支付限额与参保人连续参保缴费时间和参加基本医疗保险制度类型挂钩：



1. 连续参加本市基本医疗保险1年以下、1年至2年（含）的，大病保险年度最高支付限额分别为10万元、20万元。

2. 连续参加本市基本医疗保险超过2年的，统账结合职工医保、单建统筹职工医保、居民医保一档、居民医保二档参保人，大病保险年度最高支付限额分别为85万元、40万元、25万元、50万元。

3. 自2025年起，对连续参加居民医保满4年的参保人，之后每连续参保1年，提高大病保险最高支付限额3800元；对当年基金零报销的居民医保参保人，次年提高大病保险最高支付限额3800元。两项激励额度可累加。连续参保激励和零报销激励累计提高总额不超过本市大病保险最高支付限额的20%。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。

（四）收入型医疗救助对象、本市民政部门认定的困境儿童、市残联认定的本市户籍重度残疾人和市乡村振兴部门认定的纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，按下列规定享受大病保险待遇：

1. 起付标准。统账结合职工医保和居民医保二档参保人大病保险年度累计起付标准为600元；单建统筹职工医保和居民医保一档参保人大病保险年度累计起付标准为2400元。

2. 支付比例。参保人住院和门诊特定病种就医享受基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计达到起付标准，超过起付标准至1万元以下的部分，由大病保险资金支付80%；超过1万元至2万元以下的部分，由大病保险资金支付85%；超过2万元的部分，由大病保险资金支付90%。

3. 不设年度最高支付限额。



第六章 医疗救助等其他待遇

第三十七条 符合本市医疗救助范围的收入型医疗救助对象和支出型医疗救助对象发生的医疗费用，按广东省及本市医疗救助的有关规定予以救助。

纳入监测范围的农村易返贫致贫人口救助水平，按照巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略有关政策规定执行。

第三十八条 生育保险参保人按规定享受生育医疗费用和生育津贴待遇，其未就业配偶按规定享受生育医疗费用待遇，由职工医保统筹基金支付。具体按广东省及本市职工生育保险的有关规定执行。

第三十九条 职工非因急诊抢救且未按规定办理异地备案手续的，在市外定点医疗机构终止妊娠、分娩或者施行计划生育手术等住院发生的在规定范围内的生育医疗费用，由职工医保统筹基金按 80% 的比例支付，其余 20% 由职工个人支付且不纳入大病保险、医疗救助等支付范围。

第四十条 参加生育保险的领取失业保险金人员按照本市规定享受相应的生育保险待遇，包括生育医疗费用和生育津贴；其未就业配偶按照规定享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴。自失业保险基金为其缴纳生育保险费的次月起，领取失业保险金人员及其未就业配偶享受待遇，停止缴费次月起停止享受待遇。参加生育保险的领取失业保险金人员应当享受的生育津贴计发基数，与其终止妊娠、分娩住院或者施行计划生育手术时本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资保持一致，由领取失业保险金人员按规定向市医疗保障经办机构申请拨付生育津贴。

第七章 异地就医、关系转移及险种切换

第四十一条 参保人异地就医需按规定办理备案手续，并按下列规



定享受待遇:

(一) 参保人已按国家、广东省及本市规定办理长期异地就医备案(含异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员)的,在市外定点医疗机构住院和门诊特定病种就医发生的医保费用,按照本市相同等级医院的待遇标准执行。

(二) 异地转诊就医人员以及因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员,在市外定点医疗机构住院和门诊特定病种就医发生的医保费用,按本市就医支付比例的 90%支付,其余 10%由个人支付且不纳入大病保险、医疗救助等支付范围。

(三) 非急诊抢救且未转诊的其他临时外出就医人员在市外定点医疗机构住院和门诊特定病种就医发生的医保费用,按本市就医支付比例的 80%支付,其余 20%由个人支付且不纳入大病保险、医疗救助等支付范围。

第四十二条 参保人参保险种转换时,同一医保年度内已累计的个人自付费用连续计算;年度最高支付限额扣减同一医保年度内原险种已支付的职工医保和居民医保统筹等金额。

第四十三条 用人单位未按规定为职工办理职工医保登记、未按时或者未足额为职工缴纳职工医保费的,用人单位和个人按职工应缴费当月工资(或差额部分)及补缴所属期所在年度的在职人员缴费费率、缴费基数上下限补缴职工医保费,补缴月份计入累计缴费年限。

用人单位未按规定为职工办理职工医保登记、未按时或者未足额为职工缴纳职工医保费的其他法律责任按《中华人民共和国社会保险法》等有关规定执行。

第四十四条 职工医保参保人中断缴费首月前连续按时足额缴纳本市基本医疗保险费满 1 年且中断缴费不超过 3 个月的,可补缴全部中断



月份的职工医保费，缴费后按规定享受职工医保待遇。不符合上述条件的，中断期间发生的医疗费用医疗保障基金不予支付。用人单位造成职工不能享受相应职工医保待遇的，由用人单位按本办法标准向职工支付相关费用。

灵活就业人员和职工医保退休续缴人员等个人缴费人员中断缴费超过3个月的，不允许补缴。

第四十五条 参保人中断缴费首月前已连续参加基本医疗保险满2年，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系，且中断缴费时间不超过3个月的，基本医疗保险费补缴成功后，按规定享受相应待遇。

第四十六条 参保人跨统筹地区流动就业的，其医保关系可按国家和广东省有关规定办理转移接续手续。

参保人在其他统筹地区参加职工医保的实际缴费年限，随本人转入本市，可累计计算为单建统筹职工医保累计缴费年限。在本市和市外同时参加职工医保，不重复计算实际缴费年限。

职工医保参保人医保关系转入本市，在转移接续前中断缴费不超过3个月的，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，补缴后不设待遇等待期，中断期间的待遇可按规定追溯享受；中断缴费超过3个月的，不予补缴。

第八章 医疗保障服务管理

第四十七条 参保人就医、购药实行定点管理及选点管理制度。参保人应当按规定到定点医药机构就医、购药。参保人普通门诊、门诊特定病种就医的，应按规定到其选定的定点医疗机构方可享受相应的待遇。参保人经定点医疗机构医生诊断需要住院治疗的，可以自主选择本市任



一提供住院服务的定点医疗机构就医。

除急诊抢救需要外，参保人在其选定的普通门诊和门诊特定病种定点医疗机构以外门诊就医发生的医疗费用或者在非医保定点医疗机构住院发生的医疗费用，基本医疗保险统筹基金不予支付。

第四十八条 参保人应当配合定点医疗机构执行卫生健康部门规定的入院、出院标准及住院管理规定。参保人住院治疗符合出院标准但不按照规定出院的，自定点医疗机构医嘱出院日期次日起发生的医疗费用，医疗保障基金不予支付。

第四十九条 市医疗保障经办机构负责确定定点医药机构，并与定点医药机构签订医保协议，提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。

第五十条 参保人在定点医药机构就医、购药发生的符合规定的费用，属于医疗保障基金支付的部分，由市医疗保障经办机构与定点医药机构按规定结算；属于个人支付的部分，由参保人与定点医药机构直接结算。

第五十一条 建立定点医药机构考核评价机制，评价结果与医疗保障基金支付挂钩。市医疗保障经办机构根据本办法和服务协议等有关规定和约定，对定点医药机构执行医疗保障政策及提供医疗服务情况进行不定期检查、定期检查和专项检查。

第五十二条 基本医疗保险、大病保险、医疗救助等统一使用国家医疗保障信息系统，实现医保信息统一化、业务标准化、财务一体化，为参保人提供直接结算服务，及时足额支付参保人待遇。

第五十三条 参保人到定点医药机构就医、购药，应当凭本人社会保障卡或者医保电子凭证（医保码）进行医疗费用直接结算，并配合定点医药机构进行身份核对。

参保人因个人原因导致本人医疗保障凭证被冒用，造成的医疗保障



统筹额度和个人账户损失由其本人负担。

第五十四条 本市医疗保障基金的使用监督按国家、广东省有关规定执行。医疗保障行政部门、医疗保险费征收部门、医疗保障经办机构和各镇街等单位及其工作人员，定点医药机构和参保人等违反医疗保障有关法律法规的，按《医疗保障基金使用监督管理条例》等国家、广东省和市有关规定处理。

第九章 附 则

第五十五条 本办法所称的医保年度是指每年1月1日至12月31日。

第五十六条 参保人包含本市职工医保参保人和居民医保参保人。

统账结合职工医保是指由统筹基金与个人账户构成的职工医保制度类型；单建统筹职工医保是指单独建立统筹基金，不设立个人账户的职工医保制度类型。

自付指参保人就医所发生的医疗费用中由个人负担的属于基本医疗保险目录范围内自付部分的金额，包括起付标准（线）以下、乙类先行自付、按比例自付、最高支付限额（封顶线）以上、目录范围内超限价部分、待遇过渡期内二次报销统筹基金补偿部分，及开展按病种、病组、床日等打包付费方式且由参保人定额付费的费用。

自费指参保人就医所发生的医疗费用中按照有关规定不属于基本医疗保险目录范围而全部由个人支付的费用。

连续参加本市基本医疗保险时间是指参保人在本市实际缴纳基本医疗保险费的连续时间。按年度缴纳基本医疗保险费的，自待遇生效当月起逐月计算连续参加时间。

定点医药机构为定点医疗机构和定点零售药店的统称。



本市上上年度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的全口径城镇单位就业人员月平均工资（简称全口径城镇单位就业人员月平均工资）=（城镇非私营单位就业人员年平均工资÷12×城镇非私营单位就业人员年平均人数+城镇私营单位就业人员年平均工资÷12×城镇私营单位就业人员年平均人数）÷（城镇非私营单位就业人员年平均人数+城镇私营单位就业人员年平均人数）。

本办法所称收入型医疗救助对象和支出型医疗救助对象与广东省和本市医疗救助办法规定的对象一致。

第五十七条 本办法所称“以上”、“以下”、“以内”、“不超过”、“满”含本数，“超过”不含本数。

第五十八条 本办法实施前的缴费年限，按照下列规定进行累计计算：

（一）参保人在2010年6月前以职工身份参加本市住院基本医疗保险、2010年6月至2021年11月以职工身份只参加本市基本医疗保险、2021年12月至本办法实施前参加本市单建统筹职工医保的实际缴费年限，可累计计算为单建统筹职工医保实际缴费年限。

（二）参保人在2010年6月前参加本市综合基本医疗保险、2010年6月至2021年11月以职工身份同时参加本市基本医疗保险和补充医疗保险、2021年12月至本办法实施前参加本市统账结合职工医保的实际缴费年限，可累计计算为统账结合职工医保实际缴费年限。

（三）参保人以职工身份参加本市基本医疗保险，且在2010年6月至2020年11月期间以城乡居民身份参加本市补充医疗保险的实际缴费年限，可累计计算为统账结合职工医保实际缴费年限；在2020年12月至2021年11月以城乡居民身份（缴费费率为3%）参加本市补充医疗保险的实际缴费年限，不累计计算为统账结合职工医保实际缴费年限。



(四) 2021年12月1日前已办理本市基本医疗保险(含住院基本医疗保险)一次性缴费的退休人员,2010年6月至2020年11月期间,在本市按月领取社会养老保险待遇或者以个人身份参加本市城镇职工养老保险的,且以本市城乡居民身份逐月缴纳补充医疗保险的实际缴费年限,可累计计算为统账结合职工医保实际缴费年限。

(五) 参保人参加本市城乡居民住院基本医疗保险、参加本市门诊基本医疗保险、以城乡居民身份参加基本医疗保险(含住院基本医疗保险)、参加居民医保、参加城乡居民补充医疗保险的实际缴费年限,不累计计算为职工医保实际缴费年限。

第五十九条 本办法实施后,原职工大病保险和城乡居民大病保险历年滚存结余合并成大病保险历年滚存结余。

本市大病保险具体业务由市医疗保障经办机构承办。

第六十条 本市户籍应征服兵役的人员及离休人员等暂不按本办法参加基本医疗保险。

退役军人职工医保缴费年限认定按照国家、广东省及本市有关规定执行,服现役年限视同为本市统账结合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。军人及随军未就业军人配偶的医疗保险关系转移接续按国家和广东省有关规定执行。

第六十一条 职工医保退休人员住院、普通门诊和门诊特定病种就医发生的医保费用,职工医保统筹基金支付比例在相应职工医保参保类型的基础上提高2个百分点。职工医保退休人员年度支付限额按相应职工医保参保类型的最高支付限额执行。

第六十二条 市医疗保障行政部门根据本办法,制定实施细则明确门诊选点、变更、年度支付限额、异地就医等内容,制定费用结算办法等配套支付文件。



职工医保缴费基数及上下限、城乡居民个人缴费标准和财政补助标准等四舍五入到元，各项待遇年度支付限额四舍五入到百元。上述数据由市医疗保障行政部门根据相关部门的基础数据，在下一医保年度开始前对外公布。

第六十三条 本办法自 2026 年 12 月 1 日开始施行，有效期 5 年。职工医保缴费标准自实施当月起按本办法规定执行。2027 医保年度居民医保个人缴费和财政补助标准按本办法规定执行。2027 年 1 月 1 日起，参保人按本办法享受相应医疗保障待遇。过去本市有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。本办法实施期间若国家和广东省出台关于基本医疗保险、大病保险、生育保险等新规定，从其规定。《中山市人民政府关于印发中山市职工医疗保险办法的通知》（中府〔2021〕87 号）、《中山市人民政府关于印发中山市城乡居民医疗保险办法的通知》（中府〔2021〕88 号）、《中山市人民政府关于贯彻广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（中府〔2022〕115 号）、《中山市人民政府关于落实广东省医疗保障待遇清单制度的通知》（中府〔2022〕133 号）和《中山市人民政府关于完善中山市医疗保障相关政策的通知》（中府〔2023〕136 号）自本办法实施之日起同时废止。