

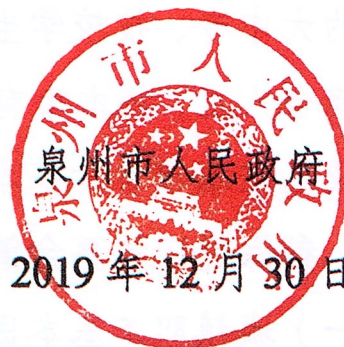
泉州市人民政府文件

泉政文〔2019〕86号

泉州市人民政府关于印发 泉州市基本医保管理规定的通知

各县（市、区）人民政府，泉州开发区、泉州台商投资区管委会，市人民政府各部门、各直属机构，各大企业，各高等院校：

《泉州市基本医保管理规定》已经2019年市政府第75次常务会议研究通过，现印发给你们，请认真组织实施。



（此件主动公开）

泉州市基本医保管理规定

为进一步健全我市公平适度、稳健可持续的基本医保（含城镇职工基本医保和城乡居民基本医保）制度，优化医疗保障公共管理服务，提升服务水平，维护参加基本医保（以下简称参保）群众基本医保权益，制定如下管理规定：

一、参保对象

（一）城镇职工基本医保参保对象

包括本市内所有国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位和有雇工的个体工商户（以下统称“用人单位”）的职工，及本市内无雇工的个体工商户、下岗职工、失业人员和灵活形式就业的人员（以下统称“灵活就业人员”），退役士兵，泉州军分区部队文职人员以及依据本规定参加城镇职工基本医保的单位中符合国家规定的退休人员。

上述所指职工包括用人单位聘用的境外人员。

（二）城乡居民基本医保参保对象

包括除应参加职工基本医保以外的本市户籍城乡居民，在本市就读的大中专、技校学生，驻本市武警官兵，在本市居住的非从业港澳台人员，持本市有效居住证且未参加其他基本医保的人员，以及已在本市参加基本医保流动人口的子女等。

二、参保登记和基金筹集

（一）城镇职工基本医保

1.城镇职工基本医保费用由用人单位和职工个人共同缴纳，其中：用人单位按其职工月工资总额的7.5%缴纳，职工按个人月工资总额的2%缴纳（由用人单位从其工资中代扣代缴）。达到法定退休年龄的，不再缴纳基本医保费。灵活就业人员按本市用人单位缴费率和个人缴费率之和缴纳基本医保费。城镇职工基本医保费按时到账的，从申报次月1日起享受基本医保待遇。用人单位未按规定及时为职工办理参保并足额缴费、中断缴费，或未及时办理缴费变更手续，导致职工无法享受相应基本医保待遇的损失，由用人单位承担相应责任。

2.参保职工到达法定退休年龄时，缴费年限（含视同缴费年限）不足25年的，或在本市实际缴费不足10年的，应按本人申报办理医保在职转退休手续时的上一年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%为基数，一次性补足后，方可享受退休人员基本医保待遇。一次性补缴的基本医保费，全部进入统筹基金，不划入个人账户。

参保职工缴费基数、缴费年限、中断缴费、退休职工的有关待遇及执行医保统筹基金最高支付限额减半的情形按照国家、省有关规定执行。

3.解除劳动关系后的失业人员，在领取失业金期间，以上一年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%为基数缴纳基本医保费，由其失业保险经办机构统一办理职工基本医保参保缴费手续。

（二）城乡居民基本医保

1.城乡居民基本医保筹资政策按国家、省有关规定执行。财政补助标准和个人缴费标准每年由市医保局会同市财政局、市税务局联合发布。

2.市级财政对全市城乡居民基本医保的补助标准分为三档，第一档：鲤城区、丰泽区、洛江区、泉港区每人每年 40 元；第二档：南安市、惠安县、安溪县、永春县、德化县、泉州台商投资区每人每年 20 元；第三档：石狮市、晋江市每人每年 10 元。市级财政根据财力情况适时提高补助标准。其余部分的补助资金由各县（市、区）人民政府，泉州开发区、泉州台商投资区管委会承担。

3.城乡居民基本医保个人缴费实行以下减免措施：

（1）对特困人员、低保对象、国定省定建档立卡农村贫困户，个人缴费部分由医疗救助资金给予全额补助。

（2）对孤儿、重点优抚对象、革命“五老”人员、重度残疾人、一户多残家庭中的残疾人、计生特殊家庭成员、二十世纪六十年代精简退职职工中享受 40%救济的人员，个人缴费部分由参保地县级财政给予全额补助。

（3）低收入家庭中，残疾人、年满 60 周岁的老年人、未满 18 周岁的未成年人，个人缴费部分的 70%由参保地县级财政给予补助。

（4）在国家提倡一对夫妻生育一个子女期间，农村已领取

《独生子女父母光荣证》或者生育两个女孩并已绝育的农村居民家庭（含夫妻双方和未满 18 周岁子女），个人缴费部分按各级财政规定标准给予补助。

（5）在校大中专、技校学生参保对象，除省级以上财政补助部分外，其余补助按学校隶属关系，由同级财政纳入预算安排，个人缴费部分原则上由个人负担，有条件的学校可对学生缴费给予补助。对家庭困难学生的个人缴费部分，按照学校隶属关系由同级财政给予全额补助。困难学生对象的认定，按照省教育厅、财政厅有关规定执行。

4.城乡居民参保集中缴费期为上一年度的 9 月 1 日至 12 月 31 日，补缴期为当年度的 1 月 1 日至 12 月 31 日。在当年度 3 月 10 日（含）前办理参保缴费的，享受基本医保待遇不设等待期。3 月 10 日后办理的，除特困人员、低保对象、国定省定建档立卡农村贫困户及城镇职工基本医保停保 3 个月（含）内转为参加城乡居民基本医保的人员外，缴费后 60 天为等待期，等待期过后按规定享受基本医保待遇。

新生儿在出生 90 天（含）内办理出生当年度参保缴费手续的，从出生之日起享受当年基本医保待遇；在出生 90 天（不含）后办理参保缴费手续的，从缴费后次日起享受当年基本医保待遇。

5.参保对象不可重复享受城乡居民基本医保和城镇职工基本医保待遇。参保居民因就业等原因参加职工基本医保的，享受职

工基本医保待遇；已缴纳的当年度城乡居民基本医保费不予退还；如再退出职工基本医保的，可继续享受当年度城乡居民基本医保待遇。

三、基本医保待遇

(一) 基本医保结算年度

每年1月1日至12月31日。

(二) 基本医保统筹基金最高支付限额

15万元/年。

(三) 普通门诊报销

基本医保普通门诊报销金额纳入年度基本医保统筹基金最高支付限额，报销政策按市有关规定执行。

(四) 住院和特殊门诊报销

1.住院(含特殊门诊)患者在本市定点医疗机构就诊的，目录范围内费用起付线和报销比例如下：

城镇职工基本医保

项目 \ 医疗机构	三级医院	二级医院	一级医院(含未定级)及社区卫生服务中心
起付线	700元	300元	50元
在职人员报销比例	90%	93%	96%
退休人员报销比例	93%	96%	98%

参保职工在市域外发生的医疗费用按本市内报销额度的92%报销(退休异地安置及异地工作对象和实施“厦漳泉同城化”除外)。

城乡居民基本医保

项目 \ 医疗机构	三级医院	二级医院	一级医院（含未定级）及社区卫生服务中心
起付线	800 元	400 元	50 元
报销比例	55%	75%	90%
参保居民在市域外省内定点医疗机构发生的医疗费用按市内报销额度的 80% 报销，在省外定点医疗机构发生的医疗费用按市内报销额度的 60% 报销。			

县属的三级医院执行二级医院的报销标准，二级的乡镇卫生院执行一级医院的报销标准。

2. 参保对象年度内多次住院的，第二次起付线减半，第三次起取消起付线。若基本医保参保险种发生变化的，重新计算住院次数和基本医保待遇。参保对象在本市内同一医联（共）体内不同医院间转诊的，视为一次住院。同一医院院内转科的不得分解住院次数。

3. 属于规定范围内特殊门诊的全年医疗费用视同一次住院费用，与住院次数合并计算起付线。基本医保门诊特殊病种和诊疗项目管理办法按省、市有关规定执行。

4. 实施鼓励中医药应用的医保支付倾斜政策，在中医药治疗率考核达标的基础上，各级中医院的基本医保报销比例按降低一个医院等级标准执行，最低按一级标准执行。具体中医药治疗率

考核方案由市医保局联合市卫健委另行制定。

（五）大病医保报销

1.经招投标确定的城镇职工大病医疗保险费由统筹基金统一支付。参保职工在结算年度内发生的符合报销范围的医疗费用超过基本医保最高支付限额的部分，由大病医疗保险基金再予以报销 95%，最高支付限额为 25 万元/年。

2.城乡居民大病医保报销政策按省、市有关规定执行。

3.每年可根据上年度基本医保基金结余情况研究开展大病医保二次补偿工作，具体方案由市医保局联合市财政局制定并组织实施。

（六）城乡居民生育医疗费用报销

参保居民生育的，其生育医疗费用按顺产 1000 元、剖腹产 1500 元的定额标准给予一次性报销；转到市域外的，按定额标准的 80% 报销。

（七）参保职工个人账户管理

参保职工个人账户划入的具体比例为：40 周岁以下（含 40 周岁）按本人缴费标准 3% 划入；41 周岁以上（含 41 周岁）至法定退休年龄按本人缴费标准 3.5% 划入；退休人员按本人月退休金 4% 划入。个人账户资金可结转、可随工作单位变更转移，可依法继承。

（八）《社会保险法》第三十条规定的情形及本市发生严重自然灾害或疾病暴发流行等意外风险时所发生的医疗费用，不纳

入基本医保基金支付范围。

四、医保服务管理

(一) “一站式” 结算

参保对象必须持社会保障卡就医，有以下情形之一的，实行“一站式”结算：

1. 在本市内定点医药机构就医购药的；
2. 在市域外全省联网医药机构住院、执行全省统一病种编码的特殊门诊，以及普通门诊就医购药的；
3. 经向医保经办机构备案登记后，在全国联网医疗机构住院的。

(二) 参保对象发生的医疗费用若延期报销的，应按出院当年度的医保待遇政策办理。

(三) 基本医保用药、诊疗项目及医疗服务设施范围

基本医保的用药、诊疗项目、医疗服务设施范围按照国家、省发布的《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《基本医疗保险诊疗目录》《基本医疗保险医疗服务设施标准目录》等执行。

五、基金管理

(一) 实行市级统筹

基本医保基金纳入市财政专户管理，专款专用。按照保障基本、促进公平、稳健持续的原则，加强基本医保基金收支预算管理，综合施策控制医疗费用不合理增长，确保基本医保基金合理使用、安全可控。

（二）落实收支两条线管理

医保费收入全额缴入市级国库。医保基金由市级财政专户拨付到市级医保经办机构基金支出户后按规定支出。

（三）建立定期会商制度

市财政局应与市医保局建立定期会商制度，制定基金统筹管理规定并实施基本医保财政专户资金保值增值计划，提高医保基金管理效益。

（四）健全激励约束惩戒机制

要建立健全医保基金使用的激励约束惩戒机制，推动医院主动控费，对医药总费用和医保基金支出不合理过快增长的公立医院院长依法依规实行问责。

六、保障措施

（一）政府主导，落实责任

各县（市、区）人民政府，泉州开发区、泉州台商投资区管委会要切实履行属地管理职责，负责组织辖区（由市级负责的在校大中专学生除外）参保工作，做好城乡居民基本医保的县级财政补助和个人缴费减免对象财政承担部分资金的归集。基本医保工作纳入市对县年度绩效考评内容。县级财政按参保居民每人每年不低于1元的标准给予乡镇人民政府（街道办事处）工作经费补助。税务部门征收城镇职工基本医保基金的工作经费由市、县两级财政分级承担，列入同级财政预算。

（二）部门联动，各司其职

各级各部门要恪尽职守、通力协作，共同做好我市基本医保工作。医保部门负责根据基金收支情况适时调整完善基本医保待遇政策，提高医保服务和基金管理能力，提升医保基金的使用效益；税务部门负责对城镇职工基本医保费的代征和城乡居民基本医保个人缴费的征缴工作；卫健部门负责加强对医疗服务行为的监督管理，控制医疗费用不合理增长，做好农村居民已办理《独生子女父母光荣证》或者农村居民生育两个女孩并已绝育的家庭、计生特殊家庭的认定和缴费补助工作；民政部门负责做好城乡居民特困人员、低保对象、孤儿、二十世纪六十年代精简退职工中享受40%救济的人员、革命“五老”人员、低收入家庭等认定和配合缴费补助工作；农业农村部门（扶贫办）负责建档立卡贫困对象的认定和缴费补助工作；残联负责重度残疾人、一户多残家庭中的残疾人的认定和缴费补助工作；退役军人事务部门负责重点优抚对象的认定和缴费补助工作；人社部门牵头负责社会保障卡制发管理工作；市场监管部门负责加强全市医药机构的药品和医疗器械质量监管；财政部门负责提供经费保障，落实参保对象财政补助资金；公安部门负责做好涉嫌欺诈骗取基本医保基金刑事案件查处工作；各大中专院校、技校负责组织在校学生参保登记、缴费工作。

七、其他

（一）本规定自2020年1月1日起施行，有效期至2024年12月31日。《泉州市人民政府关于印发泉州市城镇职工基本医

疗保险规定的通知》（泉政〔2015〕7号）、《泉州市人民政府关于印发泉州市城乡居民基本医保政策一体化暂行规定的通知》（泉政文〔2017〕86号）和《泉州市人民政府办公室关于城镇个体工商户等从业人员参加城镇职工基本医疗保险有关问题的通知》（泉政办〔2019〕6号）同时废止。

（二）以上规定发布后，如遇国家、省有关政策调整，以国家、省最新规定为准。

（三）本规定由市医保局负责解释。

抄送：省医保局、民政厅、财政厅、卫健委、税务局。

市委办公室、市委各部门，省部属驻泉各单位，泉州军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，市中级人民法院，市人民检察院。

各民主党派泉州市委会，市工商联。

泉州市人民政府办公室

2019年12月30日印发

