

泉州市人民政府文件

泉政规〔2022〕4号

泉州市人民政府关于印发 泉州市基本医保管规定的通知

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：

《泉州市基本医保管规定》已经2022年12月23日市政府第22次常务会议研究通过，现印发给你们，请认真组织实施。

泉州市人民政府

2022年12月29日

（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、稳健可持续的职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险制度(以下简称“职工医保”和“居民医保”),优化医疗保障公共管理服务,维护参保对象医保权益,制定本规定。

一、参保对象

(一) 职工医保

包括本市内所有国家机关、事业单位、企业、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,部队文职人员以及依据本规定参加职工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) 居民医保

包括除应参加职工医保以外的本市户籍城乡居民,在本市就读的在校学生,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,持《外国人永久居留证》在本市内居住但未就业的外籍人员,以及已在本市参加基本医保的流动人口的子女等。

二、参保登记和基金筹集

(一) 职工医保

1.职工医保费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，不再缴纳职工医保费。灵活就业人员的缴费基数按照每年公布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%~300% 执行，缴费比例为 9.5%。参保申请当月缴费的医疗保险关系当月生效，申请次月缴费的医疗保险关系次月生效。

2. 参保职工到达法定退休年龄，办理医保在职转退休时，累计缴费年限（含实际缴费年限和视同缴费年限）应满 25 年，在我市实际缴费年限必须满 10 年，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。累计缴费年限或在我市实际缴费年限不足规定时间的，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，一次性补足医保费后，方可享受退休人员基本医保待遇。一次性补缴的医保费全部进入统筹基金，不划入个人账户。

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% 为基数缴纳职工医保费，由其失业保险经办机构统一办理。

参保职工缴费基数、中断缴费、转移接续、缴费年限、退休职工的有关待遇按照省、市有关规定执行。

（二）居民医保

1. 城乡居民参保登记和缴费实行属地管理。城乡居民可办理线上参保登记，也可携带相关材料到户籍所在地或居住地的村（居）委会办理线下参保登记，具体参保缴费流程、财政补

助标准和个人缴费标准由市医保局会同市财政局、税务局联合发布。

2.市级财政对居民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。其余部分的补助资金由各县（市、区）人民政府、泉州台商投资区管委会承担。市级财政根据财力情况适时提高补助标准。

3.居民医保个人缴费实行以下减免措施：

（1）医疗救助对象按省、市有关规定进行资助参保。

（2）对一户多残家庭中的残疾人、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）最低生活保障边缘家庭中，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）在校大学生除省级以上财政补助部分外，其余补助按高校隶属关系，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。家庭经济困难大学生的个人缴费部分，除中央部属高校家庭经济困难

大学生个人缴费按照中央有关规定执行外，其他高校按照高校隶属关系由同级财政给予全额补助。各级教育、人社等部门负责组织本行政区域内各有关学校的家庭经济困难学生认定工作。

4.城乡居民下一年度的集中参保缴费期为当年度9月1日至当年度12月31日，按个人缴费标准缴费，从下一年度1月1日起享受居民医保待遇。参保补缴期为参保年度的1月1日至10月31日。1月1日至3月1日（不含）前缴费的参保人员，按个人缴费标准缴费，从缴费之日开始享受城乡居民医保待遇；3月1日至10月31日缴费的参保人员，缴费之日起60天内为医保等待期，等待期内不享受居民医保待遇，其中，7月1日起缴费的按个人缴费标准和财政补助标准之和缴费。

5.新生儿、入学新生、困难人口和符合条件的职工医保转参加居民医保参保人员等特定参保人群（以下简称“特定参保人群”）参保缴费按照省、市有关规定执行。一周岁以内的新生儿在出生90日（含）内办理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日（不含）后办理参保缴费手续的，按个人缴费标准缴纳医保费，从缴费之日起享受当年居民医保待遇。

在7月1日（含）后参加当年度居民医保的特定参保人群，其政府补助部分由各县（市、区）人民政府、泉州台商投资区管委会承担。

6.参保对象不可重复享受居民医保和职工医保待遇。参保居民因就业等原因参加职工医保的，享受职工医保待遇，已缴纳的当年度城乡居民基本医保费不予退还；如再退出职工医保

的，可继续享受当年度居民医保待遇。

三、医保待遇

(一) 基本医保结算年度为参保当年度1月1日至12月31日。统筹基金最高支付限额为40万元/人·年，其中基本医保段15万元/人·年，大病医保段25万元/人·年。

(二) 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。职工医保个人账户划拨和普通门诊待遇，以及居民医保普通门诊待遇按我市有关规定执行。

(三) 住院和特殊门诊

1.职工医保。住院(含特殊门诊)参保职工在医保定点医疗机构就医的，政策范围内费用起付标准和支付比例如下：

项目 \ 医疗机构	市域内		
	三级医院	市属二级医院，县属三级、二级医院，三级中医医院、精神专科医院	二级中医医院，二级乡镇卫生院，一级和未定级医院(含卫生院)，社区卫生服务中心及高校内设医务室
起付标准	700元	300元	50元
在职人员支付比例	90%	93%	96%
退休人员支付比例	93%	96%	98%

参保职工在市域外发生的医疗费用按本市市属同等级医疗机构报销额度的92%报销(异地安置退休、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和实施“厦漳泉同城化”除外)。

2.居民医保。住院(含特殊门诊)参保居民在医保定点医疗机构就医的，政策范围内费用起付标准和支付比例如下：

医疗 机构 项目	市域内			市域外 医院
	三级 医院	市属二级医院， 县属三级、二级 医院，三级中医 医院、精神专科 医院	二级中医医院，二级 乡镇卫生院，一级和 未定级医院（含卫生 院），社区卫生服务中 心及高校内设医务室	
起付标准	700 元	300 元	50 元	700 元
支付比例	65%	82%	92%	45%
非本市户籍的在校大中专、技校参保对象经备案在户籍地所在地市内定点医院就医的，按本市市属同等级医疗机构报销政策执行。				

3.参保对象年度内在市域内多次住院的，第二次起付标准减半，第三次起取消起付标准。若基本医保参保险种发生变化的，重新计算住院次数。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。属于规定范围内特殊门诊的医疗费用按全年累计医疗费用设置一次起付标准。基本医保门诊特殊病种和诊疗项目管理办法按我市有关规定执行。

4.市内民营医疗机构统一按二级（县级）医院执行医保支付政策，实行药品（耗材）联合限价阳光采购及“零差率”销售的，其医疗服务项目的医保支付标准统一按县级公立医疗机构医疗服务项目最高支付标准执行。

（四）大病医保

1.经招投标确定的职工医保大病医保费由职工医保统筹基金统一支付。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，予以报销 95%，最高支付限额为 25 万元/人·年。

2.参保居民在报销后，个人年度累计自付的符合报销范围的医疗费用，超过统计部门公布的上一年度我市全体居民人均可支配收入 50%的，实行分段阶梯式赔付，最高支付限额为 25 万元/人·年。如下表：

大病保险实际 报销金额 项目	≤5 万元	>5 万元且 ≤15 万元	>15 万元且 ≤25 万元
报销比例	70%	75%	80%

3.根据上年度医保基金结余情况，可组织开展大病医保二次补偿工作，具体工作方案由市医保局联合市财政局制定并组织实施。

(五) 参保居民生育的，其在本市内发生的生育医疗费用按顺产 1300 元、剖腹产 1800 元(含 300 元产前检查费用补助)的定额标准给予一次性补助；转到市域外的，按顺产 1100 元、剖腹产 1300 元(含 300 元产前检查费用补助)的定额标准给予一次性补助。

(六) 《中华人民共和国社会保险法》《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(医保发〔2021〕5 号)规定的不予支付的情形，不纳入基本医保基金支付范围。

四、医保服务管理

(一) 参保对象必须持社会保障卡或医保电子凭证就医购药，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、全省统一执行的特殊门诊，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就医的。

（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）基本医保按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围进行支付。

五、基金管理

（一）基本医保基金实行市级统筹，纳入市财政专户管理，专款专用。要按照保障基本、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）基本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）市财政局应与市医保局建立定期会商制度，制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）市医保局、财政局、卫健委和各县（市、区）人民政府、泉州台商投资区管委会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）**落实属地责任，推进全民参保。**公民有依法参加基

本医疗保险的权利和义务。基本医保工作纳入各级政府绩效考评内容。各县（市、区）人民政府，泉州开发区、泉州台商投资区管委会要履行属地参保扩面工作责任，确保常住人口参保率达到96%以上。要加强组织动员部署，强化绩效考核，做好居民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。财政部门负责落实参保对象财政补助资金，按参保居民每年不低于2元/人的标准给予各乡镇（街道）、村（居）参保经费补助，用于参保扩面和乡镇（街道）聘用人员、村（居）人员符合规定的工作补助、绩效奖励。要健全市、县、乡、村四级医保经办服务体系，基层医保经办服务窗口专（兼）职人员的工作经费补助由市、县财政部门落实保障。

（二）强化部门职责，加强工作联动。医保部门负责加强医保基金监管，将医保基金管理纳入绩效指标评价体系，提升医保基金的使用效益；税务部门负责对职工医保费和居民医保个人缴费的征缴工作；卫健部门负责加强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，定期做好死亡人员信息的推送工作；民政部门负责做好特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、革命“五老”人员、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、二十世纪六十年代精简退职职工中享受40%救济的人员认定和配合缴费补助工作，并会同医保等相关部门做好因病致贫重病患者的认定工作；农业农村部门负责农村易返贫致贫人员、脱贫（享受政策）人员等医疗救助对象

的认定和配合缴费补助工作；残联负责重度残疾人、一户多残家庭中的残疾人的认定和配合缴费补助工作；退役军人事务部门负责重点优抚对象的认定和配合缴费补助工作；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；教育部门负责为医保、税务部门与学校之间开展参保缴费工作提供支持，宣传发动各学校在校学生的参保缴费工作；市数字办负责医保相关数据信息的汇集。

（三）加大宣传力度，营造良好氛围。 各级各部门要加强基本医保政策的宣传引导，全方位多渠道、分阶段分层次精细化开展医保政策宣传，采取“线上+线下”相结合的方式，准确解读基本医保政策，提升全民参保意识，树立基本医保互助共济、责任共担、共建共享的参保理念，形成人人关注医保的氛围。要加强舆论监测，做好群众疑难问题的解答解释工作，合理引导群众预期。

七、其他

（一）本规定自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日。《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》（泉政文〔2019〕86 号）同时废止。

（二）如遇国家、省出台有关政策规定，从其规定。

（三）本规定由市医保局负责解释。

抄送：省医保局。

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

2022年12月29日印发

