

# 漳州市人民政府文件

漳政综规〔2022〕10号

## 漳州市人民政府关于印发漳州市 城乡居民基本医疗保险实施办法的通知

各县（区）人民政府，漳州开发区、常山开发区、古雷开发区、漳州台商投资区、漳州高新区管委会，市直各单位：

现将《漳州市城乡居民基本医疗保险实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件主动公开）

# 漳州市城乡居民基本医疗保险实施办法

## 第一章 总则

**第一条** 为完善我市城乡居民基本医疗保险制度，提高保障能力和服务水平，维护参保人员合法权益，确保医保基金安全稳健运行，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、财政部《关于印发〈社会保险基金财务制度〉的通知》（财社〔2017〕144号）、《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）、《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号）、《中共福建省委 福建省人民政府关于进一步深化医药卫生体制改革的意见》《福建省医保局 福建省财政厅关于建立医疗保障待遇清单制度的实施意见》（闽医保〔2021〕101号）、《福建省医疗保障局关于贯彻落实医疗保障待遇清单制度三年行动实施方案（2021—2023年）的通知》（闽医保〔2021〕109号）等精神，结合我市实际，制定本实施办法。

**第二条** 城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）按照“以收定支、收支平衡、略有节余”原则，坚持保障水平与经济社会发展水平相适应，完善基本医保、大病保险、医疗救助保障

体系，实现全覆盖、保基本、多层次、可持续的目标。

**第三条** 居民医保实行市级统筹制度，全市统一参保登记、统一基金征缴管理、统一医疗服务管理、统一经办和信息服务，确保制度的连续性和可持续。

## **第二章 实施范围及对象**

**第四条** 本市行政区域内的下列对象，依法参加我市居民医保：

（一）未参加职工基本医疗保险的本市户籍或持有效居住证非本市户籍的城乡居民；

（二）我市各类全日制高校、中职学校、中小学、幼儿园等在校学生；

（三）驻漳武警官兵；

（四）持有效《港澳台居民居住证》的非从业港澳台人员。

## **第三章 参保登记及接续**

**第五条** 符合参保条件的城乡居民，凭有效身份证件，采取集体、家庭、个人等多种方式通过在线渠道，或者到当地经办机构办理参保登记，实现应保尽保，避免重复参保。

**第六条** 城乡居民参保登记原则上实行属地管理，按下列方式办理：

（一）参保对象可通过在线渠道自助完成参保登记，或者向辖

区村（居）委会、所在学校、医保经办机构等部门申请参保登记；

（二）武警官兵在医保经办机构申请参保登记；

（三）持有效居住证的港澳台人员向所在地医保经办机构申请参保登记；

（四）无有效身份信息贫困人员参加我市居民医保的，具体办法按照有关规定执行。

**第七条** 居民医保按年度参保缴费。参保人每年9月起集中缴纳次年度医保费，其中：9月1日至12月31日为正常缴费期，按个人缴费标准缴费，次年1月1日起享受居民医保待遇；次年1月1日至2月底为延长缴费期，按个人缴费标准缴费，从缴费之日起享受居民医保待遇。

次年3月1日至10月31日为当年度居民医保参保补缴期，从缴费之日起60日内为医保等待期，等待期内不享受居民医保待遇；其中：次年3月1日至6月30日补缴的，按个人缴费标准缴费；7月1日至10月31日补缴的，按个人缴费标准加上财政补助标准缴费。

**第八条** 在一个医保结算年度内，新生儿出生后90日内办理当年参保缴费手续的，按照本年度缴费标准缴费，从出生之日起享受当年医保待遇；在出生90日后办理当年参保缴费手续的，按照该年度缴费标准缴费，从缴费之日起享受当年医保待遇。10月4日至12月31日期间出生的新生儿，如仅办理次年度参保缴

费，则按次年度居民医保标准享受医保待遇。

出生 90 日内未及时参保且因病抢救无效死亡的新生儿，若其父母任意一方属于我市基本医疗保险参保人员的，相关合规救治医疗费用根据其父母在我市参保的险种标准纳入医保待遇保障，由辖区医保经办窗口手工办理。

**第九条** 在校学生原则上应在学籍地参加居民医保。每年下半年入学的新生，原则上从入学次年起的开始连续参加学校所在地区居民医保，直至毕业；每年上半年入学的新生，原则上从入学当年开始连续参加学校所在地区居民医保，直至毕业。下半年入学的新生，次年 2 月底前完成参保缴费申报的，按个人缴费标准缴费，不设医保等待期。上半年入学的新生，入学 90 日内完成参保缴费申报的，按个人缴费标准缴费，不设医保等待期。超过规定时间参保缴费申报的，按个人缴费标准缴费，从缴费到账之日起 60 日内为医保等待期，等待期间不享受居民医保待遇。

**第十条** 因就业等个人状态变化，由职工医保转为参加居民医保的参保人员，按以下情形确认参保关系：

（一）中断缴费 3 个月（含）以内参加居民医保的，居民医保关系生效时间可往前追溯至最近职工医保暂停或终止月份的次月 1 日，按当年居民医保个人缴费标准缴费。

（二）中断缴费 3 个月以上并在 6 月底之前参加居民医保的，按个人缴费标准缴费；在 6 月底之后参加居民医保的，按个人缴

费标准加上财政补助标准缴费。居民医保关系不追溯。

（三）当年10月1日及以后暂停或终止参加职工医保的人员，在当年年底前完成次年居民医保费缴纳的，居民医保关系生效时间可往前追溯至当年度职工医保暂停或终止日期的次日，与职工医保参保时间无缝衔接，追溯期间按当年居民医保享受待遇。

#### 第四章 基金筹集

**第十一条** 居民医保基金由下列项目构成：

- （一）个人缴费资金；
- （二）政府配套补助资金；
- （三）基金利息；
- （四）依法纳入居民医保基金的其它资金。

**第十二条** 居民医保实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式。年度筹资标准和财政补助均不低于国家和省规定的标准。

**第十三条** 居民医保个人缴费，不区分参保年龄，标准一致。对民政、乡村振兴、卫健、残联、退役军人等部门认定的救助对象，按相关规定对个人缴费部分给予分类资助；家庭经济困难大学生按照高校隶属关系由同级财政给予全额补助，确保应保尽保。

**第十四条** 持有效《港澳台居民居住证》的非从业港澳台人员，其政府补助部分统一由当地政府先行全部承担，与上级财政

结算后按实际结算执行。

## 第五章 基本医疗保险待遇

**第十五条** 居民医保参保人员按照本办法规定享受普通门诊、门诊特殊病种、住院（含生育）、大病保险等医疗待遇。

符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及危重病抢救的医疗费用，其政策范围内费用由基金按规定予以支付，剩余部分由个人和大病保险予以分担。

**第十六条** 居民医保基金支付设立起付标准、最高支付限额、基金支付比例；个人负担的部分，由家庭共济账户或现金等方式支付。一个参保年度内，居民医保基金累计最高支付限额为10万元（不含普通门诊统筹部分），由门诊特殊病种医疗费和住院医疗费合并计算。

### （一）普通门诊统筹

1. 起付标准：每次就诊起付标准10元，仅使用已纳入国家医保药品目录的国家基本药物时，不设起付标准。

2. 支付比例：起付标准以上、年度最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，由基金按75%比例支付。

3. 支付限额：单次补偿最高限额50元，参保年度内最高支付限额每人300元。

4. 执行范围：本市行政辖区内基层公立医疗机构（含漳浦第二医院、漳州古雷港经济开发区第一医院）。

5. 单列门诊统筹支付的医保药品费用按有关文件要求由居民医保基金另行列支，不纳入普通门诊统筹基金支付范围。

## （二）门诊特殊病种

1. 起付标准：参保年度内，三级医院 800 元，二级医院 400 元，一级医院 50 元。高血压、糖尿病在基层公立乡镇卫生院（社区卫生服务中心）就医，不设起付标准；重性精神病（含精神分裂症）不设起付标准；结核病在指定定点医院诊疗不设起付标准。

2. 支付比例：起付标准以上、年度最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，由基金按比例支付，其中精神分裂症和重性精神病按 95%，其余病种按市域内 75%、市域外 70% 标准支付。

3. 门诊特殊病种范围共 29 种，根据病种设置支付限额。（1）与住院共用支付限额 7 种：精神分裂症、重性精神病、恶性肿瘤门诊化疗和放疗、重症尿毒症门诊透析治疗、器官移植抗排斥反应治疗、血友病、门诊危重病抢救；（2）支付限额 15000 元 3 种：再生障碍性贫血、肝硬化（失代偿期）、苯丙酮尿症；（3）支付限额 10000 元 5 种：慢性心功能衰竭、系统性红斑狼疮、脑卒中及后遗症、重症肌无力、强直性脊柱炎；（4）支付限额 5000 元 4 种：癫痫病、类风湿关节炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病、白内障门诊手术治疗；（5）支付限额 3500 元 10 种：高血压、糖尿病、帕金森病、慢性肾炎、甲状腺功能亢进、慢性阻塞性肺疾病（含慢性支气管炎）、慢性病毒性肝炎（乙型、丙型活动期）、



新冠肺炎出院患者门诊康复治疗、结核病规范治疗、支气管哮喘。

患有两种或两种以上门诊特殊病种的，支付限额取其中一种最高的计算；同时办理高血压、糖尿病的，支付限额为 5000 元，不进行累加。

4. 门诊特殊病种诊断原则上应由二级及以上或一级公立定点医疗机构副主任及以上医师诊断。参保人员需凭医院专科副主任及以上医师（高血压、糖尿病可由 5 年及以上主治医师诊断）出具的《门诊特殊病种申请表》报送经办机构审核确定，经审核确定后的门诊特殊病种医疗费用方可由统筹基金按规定支付。

参保人员可根据本人实际，自行选择 2 家就诊定点医疗机构。若就诊定点机构涉及精神病类专科，且患两种及以上特殊病种的，可放宽至 3 家。

年度内按所选的最高级别医院计算起付标准。

### （三）住院（含生育）

1. 起付标准：三级医院 800 元、二级医院 400 元、一级医院 50 元。漳州地区以外住院起付标准 1300 元。在二级及以上医院年度内多次住院的，依次递减 200 元直至 0 元。

2. 支付比例：扣除起付标准后的医保政策范围内费用，在漳州市内就医的，三级甲等医院基金支付比例 55%，其他三级医院基金支付比例 75%，二级医院基金支付比例 85%，一级医院基金支付比例 90%；在漳州市外就医通过正常转诊程序或因急诊抢救

的，三级医院基金支付比例 45%，二级医院基金支付比例 75%，一级医院基金支付比例 80%；在漳州市外就医未经转诊程序的，三级医院基金支付比例 35%，二级医院基金支付比例 65%，一级医院基金支付比例 70%。

3. 支付限额：基金最高支付限额 10 万元，大病保险按相关规定进行分段支付。

4. 在我市医院住院分娩的，根据我市按病种相关定价，不设起付标准。在三级甲等医院分娩的，基金支付比例 80%；在其他三级医院分娩的，基金支付比例 90%；在二级及以下医院分娩的，基金支付比例 100%。

**第十七条** 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，已缴费的当年度居民医保费不予退还，如再退出职工医保的，可继续享受当年度居民医保待遇。

险种发生变化的，重新计算住院次数和医保待遇。原参保险种已发生的住院次数和医保待遇不累计进入变化后的参保险种。

**第十八条** 下列情形的医疗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;

(六) 国家、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。遇到对经济社会发展有重大影响的,经法定程序,可做临时调整。

**第十九条** 除急救和抢救外,参保人员在就诊地的非定点医疗机构就医、购药发生的医疗费用,基金不予支付。

## 第六章 大病保险待遇

**第二十条** 城乡居民大病保险是以医保经办机构作为投保人,为参加全市居民医保的参保人员集体向商业保险公司投保,以参保居民作为被保险人,参保人所发生的符合我市居民医保政策范围内费用,经居民医保基金支付后,个人年度累计负担的政策范围内医疗费用,超过大病保险起付标准以上的部分,按照分段累进制按比例给予支付。个人年度大病保险支付金额上不封顶。

**第二十一条** 城乡居民大病保险费根据国家和省相关规定,以向社会公开招投标的方式确定,由居民医保基金划拨,参保人员个人不缴费。

**第二十二条** 大病保险起付标准实行动态调整,根据漳州地区上一年度居民人均可支配收入的50%,确定下一年度起付标准。

对特困供养人员、孤儿、最低生活保障对象、返贫致贫人口,实行大病保险倾斜支付政策,大病保险起付标准降低50%,支付比例提高5个百分点。

**第二十三条** 城乡居民大病保险赔付范围与居民医保基金支付范围有关规定一致。

## **第七章 医疗服务与就医管理**

**第二十四条** 居民医保实行医疗机构协议管理，建立健全考核评价机制和动态准入退出机制。医保经办机构与医疗机构按照属地管理原则实行协议管理，其中：三级甲等医院按市级公立医院医疗服务价格收费标准予以按比例支付，其他三级和二级医院按县级公立医院医疗服务价格收费标准予以按比例支付，一级医院按基层公立医疗机构医疗服务价格收费标准予以按比例支付；未定级医院，参照一级医院进行管理。

**第二十五条** 医疗机构应当向所在地医保经办机构提出承办居民医保服务申请，医保经办机构应当将符合条件的医疗机构纳入医保协议管理，签订协议后报同级医保行政部门备案。

医保经办机构与医疗机构之间应当签订医药服务协议，明确双方的权利、义务和责任，违反服务协议规定的，由违约方承担相应责任。

**第二十六条** 定点医疗机构应当成立相应的管理机构，建立健全内部医保服务管理制度，配备专（兼）职管理人员，做好医保服务管理工作。

**第二十七条** 定点医疗机构提供医药服务，应当认真核对患者参保身份信息，完善系统终端服务功能，提高服务效能；严格

执行居民医保政策，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费；严格执行分级诊疗规定，做好上下转诊工作。

**第二十八条** 医保经办机构应当建立定点医疗机构及其人员信息、医疗服务监管系统，实行智能化、精细化管理，对定点医疗机构及其人员提供的医疗服务进行审核、监管。

**第二十九条** 参保居民凭医保电子凭证、社会保障卡及相关证件到定点医疗机构就医，定点医疗机构应当认真核验。

**第三十条** 居民使用基本医保基金就医，严格按照国家、省发布的医保药品目录、诊疗项目（医用耗材）目录、医疗服务设施范围等执行，项目乙类自付比例按省定标准执行，其中医疗服务项目（医用耗材）乙类自付比例 10%以上（不含 10%）的部分提高 5 个百分点。

**第三十一条** 完善医保付费总额预算管理机制，加快推进医保支付方式改革，有效控制医疗费用增长。

## 第八章 基金管理

**第三十二条** 居民医保基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度、基金预决算管理制度和内控制度。

**第三十三条** 居民医保基金严格实行收支两条线管理，纳入财政专户，专款专用。任何单位、组织和个人不得挤占、挪用，不得违规投资运营，不得用于平衡一般公共预算。

**第三十四条** 居民医保基金按照国家社会保险基金银行存

款计息办法规定计算利息收入。

**第三十五条** 医保经办机构应当建立健全内部管理制度，加强基金收支管理，主动接受医保、财政、审计等部门的监督检查。各级医保、财政、审计部门按照各自职责，对居民医保基金的收支、管理等情况依法进行监督检查。

## 第九章 部门职责

**第三十六条** 医保部门负责居民医保政策、规定的制订及贯彻落实；负责居民医保政策和规定执行情况的监督、检查和考核。

**第三十七条** 医保经办机构负责居民医保参保登记，基金的筹集、支付和管理等经办工作，统一全市医保经办业务操作规程。

**第三十八条** 财政部门负责居民医保基金的管理和监督。

卫健部门负责医疗机构的行业监管，规范医疗机构诊疗行为，加快推进分级诊疗工作。

税务部门负责医疗保险费的征收。

市场监管部门负责医药机构的药品和医疗器械质量监管。

审计部门根据《中华人民共和国审计法》等有关规定对居民医保基金实行审计监督。

公安部门负责对移送的涉嫌骗取医保基金等违法犯罪线索开展调查，依法查处涉嫌骗取医保基金等违法犯罪行为。

司法行政部门对依法行政及出台行政规范性文件提供指导意见。

**第三十九条** 民政、乡村振兴、卫健、残联、退役军人等部门，做好救助对象的认定及相关信息共享工作。

## **第十章 附则**

**第四十条** 居民医保筹资标准、待遇保障水平，由医保部门会同财政、卫健、税务等相关部门根据国家、省有关政策规定和本市经济社会发展、居民收入、医疗服务水平、基金收支运行等情况作相应调整。

**第四十一条** 本实施办法由市医保局负责牵头组织实施，并负责解决文件贯彻执行、公平竞争审查、备案审查等工作中碰到的问题。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准，如遇国家、省有关政策调整，以国家、省最新规定为准。

**第四十二条** 本实施办法自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期五年。

---

漳州市人民政府办公室

2022年12月12日印发

---