

晋政办〔2017〕228号

晋江市人民政府办公室关于印发晋江市 城乡居民基本医保工作实施方案的通知

各镇人民政府、街道办事处，市有关单位：

《晋江市城乡居民基本医保（原新农合）工作实施方案》已经市政府第19次常务会议研究通过，现印发给你们，请认真贯彻落实。

晋江市人民政府办公室

2017年12月25日

（此件主动公开）

晋江市城乡居民基本医保工作实施方案

根据《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）、《泉州市人民政府办公室下发关于做好2018年度城乡居民基本医保基金征缴工作的通知》（泉政办明传〔2017〕112号）、《晋江市人民政府办公室关于成立城乡居民基本医保参保缴费工作协调领导小组的通知》（晋政办〔2017〕200号）要求，自2018年1月1日起，城乡居民基本医保（以下简称“城乡居民医保”）实行泉州市级统筹。我市在贯彻执行泉州市城乡居民医保一体化政策及相关配套政策基础上，为进一步缓解“因病致贫、因病返贫”，体现保留晋江特殊保障（含晋江特殊对象缴费减免和晋江特殊医疗保障方案），制定本实施方案。

一、组织管理

城乡居民医保政策一体化工作在泉州市深化医药卫生体制改革领导小组的直接领导下，由泉州市医疗保障管理局负责具体工作的组织协调。本级政府负责全市城乡居民参保工作的部署、宣传、动员、医保基金征缴等工作，负责做好城乡居民医保财政补助和个人减免财政承担部分的归集。

（一）晋江市政府统一组织领导下，市各有关部门及各镇（街道）共同组成“晋江市城乡居民基本医保参保缴费工作协调领导小组”（以下简称“领导小组”），各有关部门及各镇（街道）要根据各自的职责，通力协作，共同做好城乡居民医保有关工作。领导小组主要职责是：

1. 贯彻执行泉州城乡居民医保一体化方案及相关配套政策基础上，制定晋江缴费减免对象增加范围和晋江特殊医疗保障方案；

2. 负责全市城乡居民医保工作的基金征缴组织实施和监督检查;

3. 讨论决定有关重大事项。

(二) 领导小组下设办公室, 挂靠市财政局。负责领导小组交办事项及日常工作。办公室主要职责是:

1. 负责协调、推进辖区城乡医保参保缴费工作。

2. 做好城乡居民医保财政补助和个人减免财政承担部分的预算、足额配套并按要求及时上缴, 定期对辖区城乡居民医保参保工作进行督查, 按需通报工作进展情况, 确保工作落实。

3. 充分利用报纸、宣传折页、电视台、网络、微信公众号等, 加强城乡居民医保工作缴费和有关政策宣传, 准确解读政策, 做好舆论引导, 促进应保尽保。

(三) 各有关部门的主要职责: 卫计部门: 1. 负责合理布局城乡社区卫生服务机构、建立分级诊疗制度和提供医联体有关文件, 加强医疗服务机构监督管理, 做好农村居民已办理《独生子女父母光荣证》或者农村居民符合政策生育女孩并已绝育的家庭、计生特殊家庭的确认工作, 督促落实晋江市内定点医疗机构医疗费用总额控制工作; 2. 作为城乡居民医保财政资金、晋江特殊医疗保障基金和相关工作经费的预算主体, 将相关预算纳入市卫计局年度部门预算统一编制; 上级政府有出台相关规定后按上级规定执行; 民政部门负责协助做好城乡居民最低生活保障对象、特困人员、孤儿、重点优抚对象、革命“五老”人员、二十世纪六十年代精简退职职工中享受40%救济的人员、低收入家庭、革命老区基点村60岁以上老年人等认定工作; 残疾人联合会负责协助做好残疾人(含重度残疾人、一户多残家庭等)核对工作; 市老干局负责提供离休干部遗属名单(未参加城镇职工基本医疗保险及没有享受公费医疗等社会医疗保

障)；市文明办提供符合《晋江市帮扶生活困难道德先进人物的实施意见》(晋文明委〔2012〕10号)文件中要求并获市文明委审定的道德先进人物名单：食品药品监管部门负责加强全市定点医疗机构的药品和医疗器械质量监管；财政部门负责参保人员各级财政配套资金、参保对象政府补助资金、晋江特殊医疗保障方案资金及相关管理工作经费的落实；公安部门负责做好医疗保险基金欺诈案件查处工作；农业银行负责社保制发、解释工作。

(四)泉州市医疗保障基金管理中心晋江管理部(简称“晋江管理部”)，为泉州市医疗保障管理局下属泉州市医疗保障基金管理中心在晋江的派出机构，整合原新型农村合作医疗管理中心和职工医疗保险管理中心的相关工作职责，具体承担全市医疗保障的日常管理服务。本方案中主要职责是：

1. 贯彻执行泉州市医疗保障局、泉州市医疗保障基金管理中心、晋江市城乡居民基本医保参保缴费工作协调领导小组及办公室决定；

2. 配合各镇(街道)做好宣传发动、基金筹集和信息采集与校对工作；做好城乡居民医保参保资料的审定、信息录入等工作；

3. 负责年度城乡居民医保基金、晋江特殊医疗保障基金和有关工作经费的预决算、做好基金日常管理和报销服务管理工作，定期公布基金的收支及报销情况；

4. 对定点医药机构实行协议管理，与所属定点医药机构签订服务协议，督促定点医院按照政策要求为参保人提供优质的服务。明确双方的责任、权利和义务，做好周转金预付和医疗费用按月结算工作；

5. 行使监督管理职责，对定点医疗机构实施协议管理；完

善信息系统，提高对定点医疗机构管理和参保病人服务水平；完善监管手段，建设智能医疗稽核平台，加强稽核工作；建立医保医师代码库和“黑名单”制度，加大违法违规查处力度，将监管对象延伸到每个医务人员和发生医疗费用参保人，强化源头管控。

6. 在全市公立医院门诊大厅或便利参保人的位置设置医保服务站，做好城乡居民医保的宣传和解释工作，负责接受有关城乡居民医保工作的咨询和投诉；

7. 受市政府委托做好晋江特殊医疗保障方案的实施推动，配合卫计部门做好相关工作经费的使用审核，并按程序报市财政局核拨；

8. 开展调查研究，定期向上级管理部门报告工作情况。

（五）各镇（街道）对本辖区城乡居民医保的组织参保工作负总责，并成立城乡居民医保工作领导小组，成员包括镇（街道）、财政、卫计、综治、公安、教育、民政、计生、地税、工商等部门组成。各村委会（社区居委会）负责城乡居民医保的参保登记、缴费、申报、信息变更工作；各镇（街道）城乡居民医保工作领导小组负责复核、汇总，并向晋江管理部申报。主要职责是：

1. 做好辖区城乡居民医保工作的组织领导；
2. 做好群众的政策引导和宣传解释工作；
3. 做好本辖区内的基金筹集和信息采集校对工作；
4. 做好村（社区）城乡居民医保工作的督促落实；
5. 做好持有《福建省泉州市居住证》人员的宣传引导和组织参保工作。

（六）市政府采取购买服务的形式，由服务提供商协助行使服务职能。主要职责是：

1. 配合晋江管理部做好城乡居民医保参保资料的审定、信息录入等工作；
2. 协助做好基金数据的测算；协助做好基金使用情况的统计、财务报表等工作；
3. 配合做好医保系统、网络维护管理和报错工作；
4. 向市社会保障综合服务大厅医疗保障服务窗口和晋江市内公立定点医疗机构医保服务站派驻专管员；并负责专管员的招聘、培训和日常管理工作；
5. 做好城乡居民医保的医疗费用报销服务工作，为群众提供城乡居民医保政策咨询服务，协助做好政策宣传；
6. 配合晋江管理部做好城乡居民医保晋江特殊医疗保障方案的实施，包括提高特殊群体报销标准、提高特大病种市外转诊报销标准的基金申拨、支付，开设专用账户履行具体经办工作；配合本方案所述服务提供商做好附加意外险和大病保险的投保及相关理赔工作。

根据市政府与中国太平洋人寿保险股份有限公司福建分公司（简称“太平洋寿险”）签定的委托经办管理的服务合同，由太平洋寿险行使本方案服务提供商职能，并设立晋江医保服务中心（简称“服务中心”），履行具体职责。

（七）专管员工作职责

1. 严格遵守城乡居民医保政策相关管理规定和实际操作实施细则的规定；
2. 做好参保人入院登记、身份确认、床头访视、政策宣传、费用清单的审核、录入和住院费用的报销工作；
3. 对参保人提出的疑难问题做好耐心细致的解释工作；
4. 在参保人治疗过程中，发现可能存在违反规定的现象，及时向服务中心反映，由服务中心汇总统一报告管理部处理；

5. 做好与定点医疗机构财务室的财务核对与结算工作；
6. 负责办理到泉州市外定点医疗机构就医的登记和医疗费用的报销手续。
7. 完成服务中心交办工作。

（八）定点医疗机构职责

1. 各定点医疗机构要配合做好基本医保管理服务工作，负责医保政策咨询、医保服务及落实医保政策等；
2. 各定点医疗机构要配合做好医保信息系统和医保医师数据库的建设，积极主动做好医疗费用总额控制、按病种付费等多种复合付费工作，有效控制不合理医疗费用增长，提供优质医疗服务。

二、基本原则

（一）基本保障原则。主要保障城乡居民的住院和门诊特殊病种医疗需求，兼顾普通门诊统筹待遇，并逐步提高保障水平。

（二）合理筹资原则。按“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则筹资，采用个人缴费和各级政府补助相结合，对特殊群体和家庭经济困难的人群给予重点补助。根据我市经济发展水平和各方面承受能力合理确定筹资水平和筹资增长机制。

（三）市级统筹原则。在泉州市行政区划内，参加城乡居民基本医疗保险人员均同属一个统筹区，实行“六统一”，即：统筹区内统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理，并建立统一的城乡居民大病保险和城乡医疗救助制度。

三、参保对象和范围

（一）持有晋江市户籍的所有城乡居民（除参加城镇职工基本医疗保险外），以户口簿为单位，全户参保，不得选择性

参保。

(二) 驻本市武警中队、武警森林支队官兵。

(三) 持有本市居住证(或暂住证)，且未参加其他基本医疗保险的居民。

(四) 在晋江居住 1 年以上的非从业港澳台人员。

(五) 本市行政区划内就读的大中专、技校学生，包括侨、港、澳、台学生。

四、资金筹集

(一) 资金来源：

1. 参保对象缴费；
2. 各级财政补助；
3. 基金的利息收入；
4. 法律、法规规定的其他收入。

(二) 筹资标准。

1. 参保资金筹集工作坚持一级对一级负责的原则，个人参保费收取由各镇(街道)具体负责。各镇(街道)应积极宣传，组织发动群众参加城乡居民医保，以户为单位的知晓率要保持100%，参保率要确保99%以上，力争达100%。

2. 城乡居民医保财政补助标准按国家、省、市有关规定执行。晋江特殊对象缴费减免、晋江特殊医疗保障方案中所需增加的医疗资金支出由本级财政承担；

2018年泉州市级城乡居民医保统筹基金筹集标准：各级财政补助不低于450元/人，暂按480元/人编制财政预算(省级112.5元/人、泉州市级10元/人、晋江市级347.5元/人、镇级10元/人)；城乡居民个人缴费标准为180元/人)。

超过上级规定统一参保时限，符合补参保条件办理参保手续者，其上级财政补助部分由本级财政全额补助。

（三）城乡居民医保个人缴费减免措施

分泉州市级统筹基本医保政策规定减免对象和晋江特殊对象缴费减免范围。

1. 泉州市级统筹基本医保政策规定减免对象：

（1）城乡居民最低生活保障对象、特困人员（特困人员是指无劳动能力、无生活来源且无法定赡养、扶养、抚养义务人，或其法定赡养、扶养、抚养义务人无赡养、扶养、抚养能力的老年人、残疾人以及未满16周岁的未成年人）、孤儿（孤儿是指失去父母、查找不到生父母的未满18周岁的未成年人）、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，个人缴费部分由本级财政全额补助。

（2）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，个人缴费部分的一定比例由参保人缴纳，其余部分由本级财政补助。

2018年个人缴费部分的30%由参保人缴纳，其余部分由本级财政补助，补助标准为126元/人。

（3）民政部门管理的重点优抚对象（含革命“五老”人员），个人缴费部分参照城乡低保对象由本级财政全额补助。

（4）在国家提倡一对夫妻生育一个子女期间，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，经卫计部门确认后，该夫妻和未满18周岁子女参加城乡居民医保的个人缴费部分由本级财政补助。

其中，农村居民独子户，经卫计部门确认后，该夫妻和未满18周岁儿子参加城乡居民医保的个人缴费部分由本级财政给予补助。

2018年本级财政补助标准为30元/人。

2. 晋江特殊对象缴费减免范围:

(1) 农村居民计生纯女户(农村居民符合政策独生女家庭或符合政策生育两个、多个女孩并已绝育的家庭),经卫计部门确认后,该夫妻和女儿参加城乡居民医保的个人缴费部分由本级财政全额补助。

(2) 离休干部遗属(未参加城镇职工基本医疗保险及没有享受公费医疗等社会医疗保障)的个人参保费由本级财政全额补助。

(3) 其他持有第二代《残疾人证》人员(即,扣除重度残疾人、一户多残家庭中的残疾人)的个人参保费本级财政全额补助。

(4) 革命老区(基点)村60岁以上老年人的个人参保费本级财政全额补助。

(5) 符合《晋江市帮扶生活困难道德先进人物的实施意见》(晋文明委〔2012〕10号)要求并获市文明委审定的道德先进人物个人参保费由本级财政全额补助。

(四) 减免费用由各主管部门列入部门预算。

(五) 鼓励有条件的用人单位对职工直系亲属参加城乡居民医保给予适当补助。城镇职工基本医疗保险参保人员个人账户有结余的,可从个人账户划转资金为其直系亲属参加城乡居民医保缴费。

五、参保办理和缴费

(一) 参保登记和缴费实行属地管理。市政府负责每年组织我市城乡居民参保对象登记、保费收缴归集等工作。城乡居民基本医保与城镇职工医保的参保登记和缴费档案,要实现数据共享、即时比对。

(二) 城乡居民医保的参保办理

1. 城乡居民按户口簿以户为单位向户籍所在地村委会（社区居委会）登记和缴费，符合参保范围的对象应全户参保，不得选择性参保。

2. 城乡居民需携带《户口簿》或《居住证》（《暂住证》）原件及复印件、一寸彩色相片1张到户籍所在地或居住地村委会（社区居委会）办理参保登记和缴费手续。村委会（社区居委会）工作人员负责审核相关资料，收取城乡居民医保费，并将医疗保险费缴至指定的城乡居民基本医疗保障基金收入专户。各镇人民政府（街道办事处）统一向当地医保经办机构办理参保登记。

3. 在校大中专、技校学生向所在学校登记和缴费。其中，新生的年度个人缴费按4个月计算。各学校要充分利用省教育厅学生服务平台开展工作。

2018年我市符合条件的院校统一在泉州市医疗保障基金管理中心直属部参保登记；中专生按户在户籍地参保，我市暂不开展在校学生参保登记工作。

4. 每年参保缴费前一个月，各镇（街道）依据本方案四、资金筹集（三）城乡居民医保个人缴费减免措施对符合个人缴费减免条件的参保对象进行汇总造册，经相关部门确认后，报晋江管理部。

5. 参保费收取时，以村（社区）为单位详细真实填写、核对参保人登记表，并将参保人名单公示。参保费收缴后，由晋江管理部委托各镇村负责参保登记工作者出具正式凭证。

6. 在一个医疗保险结算年度内，新生儿出生并在90天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疗保险待遇；在出生90天后办理当年参保缴费手续的，按照本年度缴费标准缴费，从缴费后次日起享受当

年医疗保险待遇。

7. 对超出规定时间办理参保缴费的城乡居民，缴费后60天为等待期。等待期过后按规定享受相应的基本医疗保险待遇。缴费之前和等待期期间发生的医疗费用由参保居民个人全额自付。

8. 建立城乡居民医保跨年度自动续保机制，鼓励连续参保缴费，利用网络支付、手机支付、第三方支付等多种形式，简化居民参保手续，拓宽居民续保缴费途径。

（三）城乡居民医保参保的相关规范

1. 参保对象在结算年度中因出国定居、服役、转为参加城镇职工医疗保险、户籍迁出泉州市域或死亡的，当年已缴纳的参保费用不予退回，城乡居民医保关系自行终止。

2. 参保对象不可重复参加城乡基本居民医疗保险和城镇职工基本医疗保险。重复参保的，不可重复享受相应医保待遇，已缴纳的城乡居民医保费用不予退回。

3. 非从业城乡居民就业后，应参加城镇职工基本医疗保险。参保对象因参加城镇职工医疗保险的，应先办理退出城乡居民医保手续。退出城乡居民医保至接续城镇职工基本医疗保险期间所发生的医疗费用，按城乡居民医保待遇支付。参加城乡居民医保的年限不作为参加城镇职工基本医疗保险的缴费年限计算。

4. 城镇职工基本医疗保险参保人员转为参加城乡居民医保的，其个人账户资金可用于支付本人参保期间的医疗费用。

5. 在校大中专、技校学生毕业后稳定就业的，应当在其用人单位参加城镇职工基本医疗保险；属于城镇灵活就业的，按灵活就业人员身份参加城镇职工医疗保险；回乡创业的或未就业的，可继续参加城乡居民医保。

6. 遵照“先参保后受益”的原则。参保人享有城乡居民医保政策规定有关保障待遇和对城乡居民医保工作进行监督的权利，应履行按时足额交纳参保费用、提供个人信息资料和遵守新农合各项规章制度的义务。

（四）参保缴费期限和基金入库。

1. 参保缴费期限

从市政府召开参保组织工作动员会开始至12月31日止。具体时间按照上级主管部门要求执行。

2. 组织参保时间节点

按市政府统一部署，各镇街召开组织参保工作动员大会，部署参保工作；组织各镇街、村居参保工作经办人员举办业务操作专题培训会。

12月20日前，各镇街要完成资金筹集和信息采集、校对、补缺补漏等工作并将参保信息增、减表汇总到服务中心，参保率确保99%以上，力争100%。

3. 基金入库日制度

全市城乡居民医保基金实行筹集入库日制度，入库日为12月25日，各镇（街道）在入库日截止前必须确保全部收缴基金转入指定专用收入账户。

六、城乡居民医保待遇及基金支付

城乡居民医保待遇及基金支付，分泉州市级统筹基本医保和晋江特殊医疗保障两部分。泉州市级统筹基本医保执行《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）文件规定。同时，为进一步提高晋江城乡居民医疗保障待遇，增加一道保障线，突出晋江特色、亮点，在泉州一体化基础上保留原有的提高特定人群报销标准、提高特大病种市外转诊报销标准，增加大病补

充医疗保险、附加意外伤害保险等晋江特殊医疗保障政策。

（一）泉州市级统筹基本医保

1. 每年1月1日至12月31日为城乡居民医保的结算年度。

2. 城乡居民医保的用药范围、诊疗项目、医疗服务设施范围按照城镇职工基本医疗保险的《基本医疗保险药品目录》《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》及其支付标准等有关规定执行。国家或省里有新规定从其规定。

3. 参保对象符合统筹基金支付范围的住院费用和门诊特殊病种费用每次达到起付标准以上、最高支付限额以下的部分，按规定从统筹基金中支付，个人按一定比例分担。

城乡居民医保住院和门诊特殊病种的起付标准和报销比例具体如下：

医疗机构项目	三级医院	二级医院	一级医院及社区卫生服务中心
起付标准	800元	400元	50元
泉州市统筹区内报销比例	55%	75%	90%

封顶线：年度内统筹基金最高支付限额为15 万元。

市级统筹区内县属的三级医院执行二级医院的医保支付政策，二级的乡镇卫生院执行一级医院的医保支付政策。

市级统筹区内各级中医医院的城乡居民医保报销比例按降低一个医院等级标准执行，最低执行一级医院或社区卫生服务中心的支付标准。

参保对象年度内多次住院的，第二次住院的起付标准为所住医院起付标准的50%，第三次起住院不再设立起付标准。参保对象在市级统筹区内同一医疗联合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，不能分解住院次数。属于规定范围内门诊特殊病种和治疗项目的全年医疗费用视同一次住院费用，年度内起付标准次数与住院次数合并计算。2个及2

个以上门诊特殊病种按1个起付标准计算。

4. 城乡居民医保门诊特殊病种执行《泉州市城乡居民基本医保特殊门诊报销管理实施方案（试行）的通知》（泉医保〔2017〕59号）文件规定。

5. 依托定点基层医疗机构开展城乡居民医保普通门诊统筹，执行《泉州市城乡居民基本医保普通门诊统筹实施方案（试行）的通知》（泉医保〔2017〕65号）文件规定。

6. 城乡居民医保泉州市级统筹的大病保险，执行《泉州市医疗保障管理局关于城乡居民基本医保大病保险有关工作的通知》（泉医保〔2017〕71号）文件规定。

7. 未参加生育保险或参加生育保险连续缴费未满1年的女性参保对象，其生育费用按顺产1000元、剖腹产1500元的标准给予一次性报销。

8. 下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围：

- （1）应当从工伤保险基金中支付的；
- （2）应当由第三人负担的；
- （3）应当由公共卫生服务经费负担的；
- （4）在境外就医的；
- （5）其他依法、依规不应予以支付的医疗费用。

本地区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，由本级人民政府拨付专款解决。

（二）晋江特殊医疗保障

1. 提高特定人群报销标准。农村计生独女户、二女户、困难党员、第二代残疾证持有人等未享受城乡居民医疗救助对象，当年度门诊特殊病种和住院范围内个人自付部分扣除基本医疗保险、大病保险、医疗救助及各类补充医疗保险后按50%给予补助。

2. 提高特大病种市外转诊报销标准。符合政策规定的特大病种患者转外三级医院治疗，当年度门诊特殊病种和住院范围内个人自付部分扣除基本医疗保险、大病保险、医疗救助及各类补充医疗保险后按70%给予补助。特大病种范围：恶性肿瘤摘除手术、心脏相关手术、重度烧（烫）伤手术、人工耳蜗植入术、器官移植术、再生障碍性贫血治疗性手术、儿童（0-14周岁）白血病、儿童苯丙酮尿症、终末期肾病（尿毒症）、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、重性精神病、慢性髓细胞白血病（慢性粒细胞白血病）、急性心肌梗塞、脑梗死、血友病、主动脉夹层、蛛网膜下腔出血、呼吸衰竭、新生儿呼吸窘迫综合征、脑肿瘤手术治疗、脑血管瘤手术治疗、动脉瘤手术治疗、急性胰腺炎（重症）、脊髓炎。

3. 大病补充医疗保险。为提高参保群众抵抗大病风险能力，有效缓解“因病致贫、返贫”问题，实施城乡居民大病补充保险制度，按参保人数20元/人参保。

保障范围：符合城乡居民医保规定大病参保人发生住院可报销范围的医疗费用，纳入报销范围费用扣除城乡居民基本医保有关政策规定可报销已实际报销额后，再予以追加部分报销。

4. 附加意外保险。实施城乡居民附加意外伤害保险制度，除应当由第三人负担或工伤保险负担外，经认定的参保对象意外伤害按规定赔付。按参保人数10元/人参保。

保障范围：①参保人员意外身故补助；②参保人员意外伤害残疾补助；③符合城乡居民医保规定发生意外伤害住院参保人可报销范围的医疗费用，纳入报销范围费用扣除城乡居民基本医保有关政策规定可报销已实际报销额后，再予以追加部分报销。

以上特殊医疗保障政策所需资金均由本级财政承担。

（三）部门惠民补助政策衔接

1. 离休干部无工作遗偶住院费用补助衔接。

离休干部无工作遗偶住院就医政策范围内费用的结报报销余额再给予 50%比例的报销，全年累计最高总额不超过 5 万元。服务中心协助做好报销数据的理算工作，由市老干部局根据实际支出情况定期向财政申请拨付，所需经费由市“离退休干部帮扶解困基金”列支。

2. 特困家庭“四帮四扶”工程衔接。对重点帮扶家庭就医难的予以帮就医，为其发放就医补助资金，具体操作办法按照特困家庭“四帮四扶”工程有关文件规定执行。所需经费由帮扶基金列支。

七、医疗服务管理

城乡居民医保实行定点医疗服务协议管理，晋江管理部与各定点医药机构签订服务协议，建立健全考核评价机制和动态准入退出机制，经考核不符合定点条件并且未按规定整改的，依照定点服务协议取消定点资格。

（一）使用社会保障卡就医。参保对象在市级统筹区内定点医疗机构就医的，直接刷卡即时结算；到省内异地联网定点医疗机构就医的，需向所属医保经办机构开通即时刷卡结算功能。参保对象如因特殊情况未使用社会保障卡办理住院手续的，应向医院说明情况，并于3日内将社会保障卡交给医院办理有关手续。

参保对象持社会保障卡在市级统筹区域内或统筹区域外全省联网定点医院实时结算的大病保险医疗费用，由城乡居民医保经办机构同定点医院结算后，再向商业保险机构理赔。参保对象在市级统筹区域外不能刷卡实时结算的大病保险医疗费用，由个人先垫付后到所属城乡居民医保经办机构报销。

参保人年度多次住院的医疗费用按次分别结报。

参保年度期限临近届满时，参保人住院治疗仍未结束的，12月31日24时之前所发生的医疗费用按当年度报销标准结算，12月31日24时后的费用按下年度报销标准按另一次住院结算。

（二）特殊门诊办理。参保对象需要申办门诊特殊病种的，须携带二级（含二级）以上定点医院相关科室副主任医师以上（含副主任医师）填写意见的《门诊特殊病种审批表》、疾病证明书等有关资料，向所属医保经办机构办理。参保对象在泉州市范围内选择定点医院作为本人门诊特殊病种指定医院，携带个人社会保障卡、医保经办机构核发的《门诊特殊病种诊疗证》就医，经治医生须详细填写诊疗情况。详见《泉州市城乡居民基本医保特殊门诊报销管理实施方案（试行）的通知》（泉医保〔2017〕59号）。

（三）转外就医管理。参保对象因病情需要转出泉州市外治疗（含参保对象外出时在泉州市域外急诊住院）的，医疗费用按统筹区内可报销额度的80%由城乡居民医保基金支付。参保对象转外就医未实时刷卡结算的或因急诊符合规定到非定点医院就医的，先由个人垫付医疗费，报销时须携带社会保障卡、居民身份证、有效票据、总费用明细清单、长短期医嘱复印件、出院小结、《转外就医住院核对表》等全套材料，到所属医保经办机构办理费用报销。病情需要等原因需在统筹区外住院治疗的，必须在当地定点医疗机构就医，由个人垫付医疗费用，报销时携带上述全套材料到所属医保经办机构办理。

（四）报销截止日期。参保对象原则上应在出院后一个月內及时报销相关医疗费用，报销截止日期为次年11月30日。

（五）异地就医双向代结报服务工作。持续深化、加强我市外出经商务工人员和来晋经商务工人员医疗保障服务工作。

按照“三个一”工作思路，即：保持一个不变：保持务工经商人员参保地基本医疗保障报销政策、管理审核权限、基金运转方式等不变；构建一个平台：晋江市外来经商务工人员依托晋江管理部与户籍地医保机构对接，晋江籍外出经商务工人员依托驻地商会建立一个结报服务延伸平台，方便双向参保群众及时了解医保政策，按要求提交结报所需材料，并快速传报至户籍所在地医保经办机构审核报销；实现一个目标：实现晋江户籍外出经商务工和来晋经商务工人员“在异地就医、在就医地交件、在家乡快速审核报销”的目标。晋江管理部要注意对双向代结报服务工作开通以来的总结、提炼，不断扩大服务区域和合作商会范围，进一步便民、利民。

八、基金管理

（一）晋江管理部按泉州市医疗保障管理局要求负责辖区内城乡居民医保基金的支付和管理，并建立健全预决算制度、财务会计制度和内部控制制度。与定点医疗机构具体结算办法参照有关规定执行，参保对象发生符合城乡居民基本医疗保障基金支付范围的医疗费用，由晋江管理部支付，医疗费用纳入各级医疗保障基金的统计范围。

（二）晋江管理部按照泉州市医管中心要求推进统一的按病种付费为主、多种付费方式相结合的复合型付费方式改革，建立与定点医疗机构医疗服务协商谈判机制。

（三）泉州市级统筹部分的基金

泉州市级统筹部分的基金缴费收入，全额（包括风险调剂金、历年结余）缴入泉州市级城乡居民基本医疗保障基金财政专户管理，支出时由晋江管理部提出申请。

泉州市级统筹部分的基金，实行收支两条线管理、单独列账、独立核算、专款专用、不得挤占挪用。城乡居民医保统筹

基金及利息收入按有关规定免征各种税费，基金利息收入并入统筹基金。参保对象缴费以及用人单位对职工直系亲属缴费给予补助的税收鼓励政策，按国家有关规定执行。泉州市级统筹的城乡居民医保基金分为住院和门诊特殊病种统筹基金、普通门诊统筹基金、大病保险基金、意外伤害保险基金，原则上分别占当年筹资总额的80%、10%、5%、5%。

（四）晋江特殊医疗保障部分的基金

市政府委托晋江管理部负责晋江特殊医疗保障业务工作实际推动，根据报销情况提出基金支出申请，经市卫计局审批后，报市财政局核拨。大病补充医疗保险和附加意外伤害保险的资金，延续原来操作方式，由预算主体单位按核定总额度提出申请，报市政府审批后，市财政拨付；由服务提供商履行具体承保、赔付经办工作。特定人群和特大病种提高报销标准的基金，由本方案服务提供商开设专用账户，市财政按上年度数据为基数，年初预拨一季度额度到专用账户作为备用金，每个月再按实际发生费用拨支情况进行结算、拨补，每年度按实际发生总额进行清算。

（五）衔接其他部门惠民补助政策

离休干部无工作遗偶住院费用补助：服务中心根据系统数据进行理算，并提供理算表，市老干部局审核后支付给病人。衔接晋江市特困家庭“四帮四扶”工程的补助：市民政局按核定总额预拨到上述专用账户，服务中心再按实际拨支情况与市民政局进行清算。

基金申拨、支付具体操作流程，由相关主管部门与晋江管理部、服务中心协商确认。

（六）相关工作经费：相关工作经费由晋江管理部根据实际需求情况提出申请，经卫计局审批后，报财政局核拨。工作

经费包含：参保征缴工作补助经费、政策宣传费、购买服务的委托经办管理费、晋江特殊医疗保障方案系统开发涉及的设计开发费等，由本级财政承担。

参保征缴工作补助经费，由市财政按5元/人标准补助，征缴工作完成后，按各镇街道、村居收取个人参保费和信息采集的任务完成情况据实核拨；政策宣传费按实际使用情况核拨；委托经办管理费按年度财政预算额度核拨；系统开发费按实际需要申请拨支。

九、基金监督

（一）市卫计行政部门，要督促医疗机构加强对医务人员的宣传教育，严格执行各项制度、规定，改善服务态度，规范医疗行为。对草率对待参保病人和违反各项管理制度损害参保人利益的要追究相关责任人和主要负责人、分管负责人的责任，并进行必要的处罚；对违反城乡居民医保有关管理制度并造成严重后果的，将取消其定点医疗机构协议；因违反制度造成基金损失的，由相关责任人或责任单位负责追回或赔偿，追回或赔偿的资金划入城乡居民医保基金。

（二）晋江管理部履行协议管理职责，加强对各定点医疗机构参保病人发生的医疗费用进行核查，各定点医疗机构应及时提供相应资料，积极配合核查。晋江管理部依据《泉州市医疗保障基金管理中心关于印发〈泉州市定点医药机构“三函两牌”实施细则〉》（泉医保〔2017〕71号）、定点医药机构管理服务协议等文件、制度要求，结合“五个合理”，定期组织对定点医疗机构进行稽查考核。加强对定点医疗机构为参保病人实施的医疗行为进行日常监督管理，每季度及年终组织对定点医疗机构进行稽核，稽核情况及时汇总呈报泉州市主管部门、晋江市政府，同时报送财政局，定期通报稽核检查情况，对违反规定

的定点医疗机构进行处理。

（三）各定点医院要以推行医改和医保体制改革为契机，以支付方式改革为抓手，建立科学、高效、符合晋江特点的医联体制度，优化服务质量，为参保群众提供良好的就医环境；要做好即时结算系统升级改造工作，并做好符合条件参保病人医疗费用即时结算的宣传和报销工作。

（四）经查实医药构工作人员在提供凭证时有弄虚作假现象的，给予严肃处理；情节特别严重构成犯罪的，移交司法机关处理，医院负责人承担相应责任；对经查实发现参保人有弄虚作假行为的，一律不予报销，并取消当年度结报报销资格；对已报销的要通过行政、司法途径追回报销款，追回的报销款充入城乡居民医保基金。

（五）服务中心应采取审核与抽查相结合的办法，加强稽核和监督，确保原始凭证的真实性与住院报销的公平合理性，从是否坚持“五个合理”的原则进行分析；专管员须按政策规定，通过有效渠道（药房、收费处等环节）认真核对有疑问、疑难原始凭证的真实性。

（六）医疗保障管理部门、财政部门、审计部门、社会保险基金监督机构，按照各自职责加强对基金收支和管理情况的监督。

十、信息管理

晋江管理部配合泉州市医疗保障基金管理中心做好城乡居民基本医疗保险信息系统改造升级，统一参保权益记录、统一目录编码、统一就医和结算接口标准、统一疾病编码管理、统一定点服务机构编码管理；整合现有医疗保险信息资源，为城乡居民提供统一的社会保障卡服务、权益记录查询、政策咨询、业务办理等服务；配合做好医疗救助“一站式”即时结算服务信息

系统改造，确保医疗救助政策与城乡居民医保政策有效衔接，实现医疗救助基金刷卡实时支付。晋江管理部要逐步将城乡居民医保信息管理终端延伸到村卫生所，提高村卫生所城乡居民医保费用即时结算覆盖面，利用信息系统开展对村卫生所管理。对于参保缴费由镇人民政府（街道办事处）统一办理的，要将城乡居民医保信息管理系统终端延伸到镇人民政府（街道办事处），有条件的可延伸到村委会（社区居委会），进一步提高信息使用效率，加强参保档案信息管理。

十一、附则

（一）本方案未详及内容，参照上级政府、医疗保障管理部门关于城乡居民医保一体化的管理规定及其配套政策执行。领导小组可根据具体运行情况，结合上级相关政策，对本方案进行优化调整并公布实施。

（二）本方案自印发之日起施行。

（三）市政府委托泉州市医疗保障基金管理中心晋江管理部负责本方案解释工作。

市有关单位：宣传部、政法委、编办、文明办、老干局、法院、检察院、发展和改革委员会、教育局、公安局、民政局、财政局、人力资源和社会保障局、农业局、卫生和计划生育局、审计局、市场监督管理局、行政服务中心、广电局、残联、计生协会、红十字会、慈善总会、流动人口综合服务中心、中国太平洋人寿保险有限公司晋江中心支公司、中国农业银行股份有限公司晋江市支行。

抄送：泉州市医疗保障管理局，中国太平洋寿险福建分公司，晋江市委办、人大办、政协办、纪委办，市内各定点医疗机构，市四套班子领导成员，市人武部部长，市纪委副书记。

晋江市人民政府办公室

2017年12月25日印发
