厦门市职工医疗保险实施细则

第一章 总 则

**第一条**  为规范职工医疗保障关系，维护职工医疗保障合法权益，推动医疗保障事业健康发展，根据国家和福建省深化医疗保障制度改革精神，结合本市实际，制定本实施细则。

**第二条**  本市基本医疗保险坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，遵循保障水平与经济社会发展水平相适应、权利与义务相对应、公平与效率相结合的原则。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”）。

建立健全以基本医疗保险为主体，大病保险为延伸，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险等相互衔接、共同发展的多层次医疗保障制度体系。

**第三条** 本实施细则适用于本市职工基本医疗保险、职工大病保险和生育保险的参保缴费、待遇支付及其监督管理。

**第四条**  本市行政区域内的国家机关、企业、事业单位、社会组织、有雇工的个体工商户等用人单位（以下统称“用人单位”）及其职工应当参加职工医保。

法定劳动年龄内的本市户籍人员、本市有效居住证持有人（含港澳台人员），属于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、新就业形态劳动者以及其他灵活就业人员的（以下统称“灵活就业人员”），可以个人身份参加职工医保。

本实施细则所称的职工，包括在职职工（含灵活就业人员）和退休人员；其中退休人员是指享受职工医保退休待遇的人员。

**第五条**  市医疗保障行政部门是本市职工医保的主管部门。医疗保障经办机构具体负责职工医保经办服务工作。

税务部门负责职工医保（含生育保险）的征收工作。

财政、人力资源和社会保障、卫生健康、发展改革、市场监督管理、审计、民政、公安、机构编制管理、退役军人、银保监等部门，在各自职责范围内负责有关的医疗保障工作。

第二章 职工基本医疗保险

**第一节 基本医疗保险费征收**

**第六条** 职工基本医疗保险费由用人单位和职工分别按其缴费基数的7.5%和2%按月共同缴纳。

灵活就业人员基本医疗保险费的缴费率为9.5%，由个人缴纳。

**第七条**  职工基本医疗保险费用人单位缴费基数为职工工资总额，工资总额按其在职职工缴费基数之和确定。

职工个人缴费基数为本人上年度月平均工资。职工本人上年度月平均工资低于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称“省平均工资”）60%的，以上年度省平均工资的60%作为缴费基数；超过上年度省平均工资300%以上的，以上年度省平均工资的300%作为缴费基数。

新参加工作或从异地调入本市工作的人员，按本人月工资推算得出缴费基数。其他个人上年度月平均工资无法计算的，以上年度省平均工资为缴费基数。

灵活就业人员在上年度省平均工资的60%-300%范围内选择缴费基数。

**第八条**  工资总额的构成以统计部门规定为准，用人单位应当每年按规定申报上一年度职工工资总额。

省平均工资以统计部门公布的为准，缴费基数上下限统一于每年的7月1日调整。本实施细则所称上年度省平均工资，是指上半年按上上年度省平均工资计算；下半年按上年度省平均工资计算。

**第九条**  用人单位应当自成立之日起30日内向税务部门申请办理职工医保参保登记。

用人单位的职工医保参保登记事项发生变更或用人单位依法终止的，应当自变更或终止之日起30日内，到税务部门办理变更或注销职工医保参保登记。

**第十条**  用人单位应当自用工之日起30日内为其职工申请办理职工医保参保登记，并按规定缴纳基本医疗保险费；逾期办理的，应当补缴自录用之日起的基本医疗保险费。用人单位出现参保人员辞退、辞职、退休、死亡等情形的，应当在30日内向税务部门办理变更手续。

灵活就业人员自愿参加职工医保的，应当向税务部门申请办理职工医保参保登记。

**第十一条**  用人单位和灵活就业人员应当自行申报、按时足额缴纳基本医疗保险费，非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。

职工应当缴纳的基本医疗保险费由用人单位代扣代缴，用人单位应当按月将缴纳基本医疗保险费的明细情况告知本人。

**第十二条**  用人单位未按规定申报应当缴纳的基本医疗保险费数额的，或未按时足额缴纳基本医疗保险费的，依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定执行。

**第十三条**  税务部门应当依法征收基本医疗保险费，并及时向医疗保障经办机构通报征收情况。

市场监督管理、民政、机构编制管理部门应当及时向税务部门和医疗保障经办机构通报用人单位的成立、终止等情况；卫生健康、民政、公安机关应当及时向税务部门和医疗保障经办机构通报个人的出生、死亡等情况；公安机关应当及时向税务部门和医疗保障经办机构通报户口登记、迁移、注销，以及居住证签发、签注等情况。

**第十四条**  用人单位有权查询单位缴费记录，参保人员有权查询个人权益记录，并要求医疗保障经办机构提供医疗保障咨询等相关服务。个人有权监督本单位为其缴费情况。

**第十五条** 参保人员不得重复参保、重复享受待遇。发现重复参保的，按下列原则予以清理：

（一）重复参加职工医保的，原则上保留就业地参保关系；

（二）跨制度重复参保且连续参加职工医保一年以上（含一年）的，原则上保留职工医保参保关系。

重复参保缴纳的职工基本医疗保险费不予退回，城乡居民基本医疗保险费在待遇享受期开始前可申请退费。

本实施细则所称重复参保，是指同一参保人员重复参加同一基本医疗保险制度或重复参加不同基本医疗保险制度，具体表现为同一时间段内同一参保人员有两条及以上参保缴费状态正常的参保信息记录。

**第二节 统筹基金和个人账户**

**第十六条**  职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户组成，其计息办法按照国家有关规定执行。

**第十七条** 用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，按规定收取的滞纳金以及其他收入计入统筹基金。

**第十八条** 在职职工个人缴纳的基本医疗保险费按月划入个人账户，划入标准为本人参保缴费基数的2%。

退休人员个人账户由统筹基金按月按定额划入，划入标准为每人每月110元。

**第十九条** 个人账户的本金和利息归个人所有，可以跨年度结转使用。

参保人员死亡的，终止其基本医疗保险关系，在结清相关医疗费用后，其个人账户实际结余资金可依法继承；依法没有继承人的，个人账户实际结余资金划归统筹基金。

参保人员出国定居丧失中国国籍或出境定居注销户籍的，可申请一次性领取个人账户实际结余资金。

参保人员跨统筹区流动并按规定办理基本医疗保险关系转移接续的，其个人账户实际结余资金可随同转移。

**第二十条** 参保人员可自愿设立家庭共济账户，用于本人及其父母、子女、配偶等直系亲属（以下统称“家庭成员”）之间健康综合保障。其中，家庭成员应当属于福建省基本医疗保险的参保人员。家庭成员之间只能设立一个家庭共济账户。

家庭共济账户资金为个人账户实际结余资金超过福建省规定金额的部分，经参保职工本人授权后从个人账户划出。个人账户资金先于家庭共济账户资金使用，涉及多个个人账户的，应当指定家庭共济账户使用个人账户资金的先后顺序。

家庭共济账户的结转、计息等按照个人账户有关规定执行。办理继承、转移的，其家庭共济账户属于本人的实际结余资金归并到个人账户。

**第二十一条** 个人账户和家庭共济账户资金可用于支付参保人员本人及其家庭成员的下列费用：

（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费用；

（三）缴纳参加居民医保的保费；

（四）其他符合国家和省规定的项目。

不予支付的范围按照国家、省规定执行。

**第三节 基本医疗保险待遇**

**第二十二条**  基本医疗保险基金支付范围按照国家、省有关规定执行，包括基本医疗保险（含生育保险）药品、医用耗材、医疗服务项目等医保目录，以及医保支付标准、个人先行自付比例和最高支付限价等。

参保人员在定点医药机构就医、购药发生的符合基金支付范围的费用，由基本医疗保险基金按照规定的起付标准、支付比例和最高支付限额予以支付。

**第二十三条** 参保人员在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的费用，可由个人账户或家庭共济账户资金支付，其中购买处方药品需持定点医疗机构开具的处方。

实施“双通道”管理机制，将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，执行省统一的“双通道”药品范围。参保人员按规定购买“双通道”处方流转药品发生的费用，实行与开具处方定点医疗机构就医相同的医保支付政策。

**第二十四条** 一个医保年度内参保人员发生的符合基金支付范围的门诊医疗费用，按下列规定支付：

（一）门诊起付标准以内的医疗费用由个人负担，可由个人账户或家庭共济账户资金支付：在职职工门诊起付标准为累计1200元，退休人员为累计800元。

（二）超过门诊起付标准的医疗费用由统筹基金按比例支付，其余由个人负担：

1.1万元以下的部分，在职职工在三级、二级、一级及未定级定点医疗机构的支付比例分别为75%、85%、90%；退休人员在三级、二级、一级及未定级定点医疗机构的支付比例分别为85%、90%、95%；

2.超过1万元的部分，在职职工在三级、二级、一级及未定级定点医疗机构的支付比例分别为90%、93%、95%；退休人员在三级、二级、一级及未定级定点医疗机构的支付比例分别为95%、97%、98%。

**第二十五条**  参保人员在基层公立定点医疗机构门诊就医，使用已纳入国家医保药品目录的国家基本药物发生的医疗费用，不设起付标准，由统筹基金按门诊规定比例支付（相关费用不计入门诊起付标准累计）。

**第二十六条** 一个医保年度内参保人员发生的符合基金支付范围的住院医疗费用，按下列规定支付：

（一）住院起付标准以内的医疗费用由个人负担，可由个人账户或家庭共济账户资金支付：在职职工首次住院的，在三级、二级、一级定点医疗机构的起付标准分别为1000元、600元、200元；二次及二次以上住院的，在三级、二级、一级定点医疗机构的起付标准分别为500元、300元、100元。退休人员按前述标准减半计算。

（二）超过住院起付标准的医疗费用由统筹基金按比例支付，其余由个人负担：在职职工在三级、二级、一级定点医疗机构的支付比例分别为90%、93%、95%；退休人员在三级、二级、一级定点医疗机构的支付比例分别为95%、97%、98%。

**第二十七条**  长期卧床不起、行动不便的参保人员符合建床条件的，可申请设立家庭病床，发生的符合基金支付范围的家庭病床医疗费用，实行住院支付政策。

设立家庭病床期间，参保人员在其他定点医疗机构另行发生的医疗费用（急诊和抢救除外），基本医疗保险基金不予支付。

**第二十八条** 定点医疗机构提供“互联网+”医疗服务，与线下医疗服务实行同等的医保支付政策。参保人员在本市“互联网+”医疗服务定点医疗机构复诊并开具处方发生的诊察费和药品费，按规定纳入医保支付范围。提供药品配送服务的费用不纳入医保支付范围。

**第二十九条**  参保人员发生的符合基金支付范围的医疗费用，在一个医保年度内基本医疗保险统筹基金累计的最高支付限额为10万元。

**第三十条** 参保人员享受统筹基金支付待遇的标准，根据其医疗费用发生时连续参加基本医疗保险的时间确定：

（一）连续参保时间不满12个月的，按统筹基金正常待遇的50%支付;

（二）连续参保时间满12个月不满24个月的，按统筹基金正常待遇的75%支付;

（三）连续参保时间满24个月的，按统筹基金正常待遇的100%支付。

退休人员、医疗救助对象统筹基金支付待遇不受连续参保时间限制。

**第三十一条**  参保人员可与基层定点医疗卫生机构签订家庭医生签约服务协议，签约服务费由基本公共卫生服务经费、医保统筹基金和签约个人共同分担。个人负担部分可由个人账户或家庭共济账户资金支付，统筹基金负担部分由医疗保障经办机构与基层定点医疗卫生机构按规定结算。

**第四节 转移接续和缴费年限认定**

**第三十二条** 参保人员跨统筹地区流动，按规定办理基本医疗保险关系转移接续；生育保险关系随职工基本医疗保险关系一并转移接续。已享受职工医保退休待遇的，不再转移基本医疗保险关系。

办理转移接续手续后，其在异地的个人账户资金可转入本市，与本市个人账户资金合并计算；职工医保缴费年限累计计算，但重复缴费的年限不得累加计算。

参加居民医保以及非按职工医保标准缴费的年限，不作为职工医保缴费年限。

**第三十三条** 参保人员在各地实施职工医保制度前，符合国家、省规定的连续工龄或工作年限以及缴纳基本养老保险费的年限，视同职工医保缴费年限。

**第三十四条** 具备申报本市职工医保退休待遇资格的人员包括：

（一）本市户籍人员;

（二）在达到法定退休年龄时已实际缴纳本市职工基本医疗保险费满10年的非本市户籍人员（含港澳台人员、外国人）;

（三）在达到法定退休年龄时，按国家、省规定参加福建省基本养老保险行业统筹或福建省本级机关事业单位养老保险，按照属地原则参加本市职工医保的省、部属驻厦用人单位参保人员；

（四）本市机关、事业单位编制人员及备案员额人员；

（五）本市认定的高层次人才及其配偶。

**第三十五条** 具备申报本市职工医保退休待遇资格的人员，达到法定退休年龄时，应当同时符合下列两个条件，方可享受本市职工医保退休待遇：

（一）实际缴纳本市职工基本医疗保险费的年限满10年；

（二）缴纳职工基本医疗保险费的累计年限（含实际缴费和视同缴费年限）男满25年、女满20年。

**第三十六条** 参保人员在申报职工医保退休待遇时，本市实际缴费年限或累计缴费年限不足的，应当一次性补足。补缴标准以办理补缴时上年度省平均工资的60%为缴费基数，按用人单位和职工个人的缴费比例之和一次性补足至规定的缴费年限；一次性补缴的基本医疗保险费全部进入统筹基金，不划入个人账户。按规定一次性补足缴费年限后，从补缴到账次月起确认享受职工医保退休待遇。

**第三十七条** 参保人员应当在达到法定退休年龄当月及时申报并确认职工医保退休待遇。未及时申报或未确认期间发生的医疗费用不享受医疗保障待遇；待确认后的次月起，享受职工医保退休待遇。

**第三十八条** 符合国家规定在本市或在省、部属驻厦用人单位办理养老保险提前退休，且退休时为本市职工医保的参保人员，按规定递减计算职工医保退休缴费年限标准，但递减后的累计缴费年限标准不得低于15年。

**第三十九条** 成建制转移单位的退休人员随在职职工一并转移基本医疗保险关系，无需缴费；其转入时的在职职工不受本市实际缴费年限10年限制。

**第四十条** 达到法定退休年龄的人员不得以在职职工身份继续参加本市职工医保，符合条件的可选择参加居民医保。

**第四十一条** 达到法定退休年龄的非本市户籍参保人员，不具备申报本市职工医保退休待遇资格的或不按规定一次性补缴不足缴费年限的，经本人申请，可按规定办理基本医疗保险关系转移接续；也可选择终止本市基本医疗保险关系，申请一次性领取个人账户实际结余资金。

第三章 职工大病保险

**第四十二条** 建立职工大病保险制度，对参保职工发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

参加职工基本医疗保险的人员，同时参加职工大病保险，参保人员在享受基本医疗保险待遇的基础上享受大病保险待遇。

**第四十三条** 医疗保障经办机构作为投保人，为本市职工医保的参保人员集体向商业保险机构投保，按照大病保险合同约定统一向商业保险机构支付大病保险保费。

**第四十四条** 大病保险保费由职工基本医疗保险统筹基金和个人账户共同缴纳，合理分担。职工个人负担部分由医疗保障经办机构每月从个人账户中代扣代缴。

**第四十五条** 一个医保年度内参保人员在定点医疗机构就医、在定点零售药店购买“双通道”药品，发生的符合基本医疗保险规定且应由个人自付的医疗费用纳入大病保险保障范围，按下列规定支付：

（一）大病保险起付标准为个人自付费用1万元，可由个人账户或家庭共济账户资金支付。

（二）超过起付标准的个人自付费用由大病保险按比例支付，其余由个人负担：

1.个人自付费用在1万元至10万元（含）的部分，支付比例为75%；

2.个人自付费用在10万元至20万元（含）的部分，支付比例为85%；

3.个人自付费用超过20万元的部分，支付比例为95%。

（三）一个医保年度内大病保险最高支付限额为110万元。

**第四十六条** 参保人员发生的下列符合规定的医疗费用，纳入个人自付费用计算范围：

（一）基本医疗保险门诊、住院起付标准医疗费用；

（二）基本医疗保险起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下由个人按比例负担的医疗费用；

（三）基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的医疗费用；

（四）医保目录乙类范围的药品、医用耗材、医疗服务项目按比例先由个人支付部分，以及药品和医用耗材医保支付标准以上最高销售限价以下的部分。

**第四十七条** 参保人员享受大病保险待遇的标准，根据其医疗费用发生时连续参加基本医疗保险的时间确定：

（一）连续参保时间不满12个月的，按正常待遇的50%支付;

（二）连续参保时间满12个月不满24个月的，按正常待遇的75%支付;

（三）连续参保时间满24个月的，按正常待遇的100%支付。

退休人员、医疗救助对象大病保险待遇不受连续参保时间限制。

**第四十八条** 大病保险待遇享受起止时间与基本医疗保险一致。中断缴费期间以及连续参保时间不足导致职工基本医疗保险统筹基金不予支付的医疗费用，大病保险也不予支付，且不计入个人自付费用计算范围。

**第四十九条** 大病保险遵循收支平衡、保本微利的原则，合理控制商业保险机构盈利率。医疗保障经办机构根据法律法规和国家有关规定选定承保职工大病保险的商业保险机构，签署保险合同，明确双方责任、权利和义务。

**第五十条** 商业保险机构应当加强大病保险服务队伍配置，提升专业服务水平，配合医疗保障部门加强对医疗服务和医疗费用的监管，发现违法违规行为应及时报告医疗保障部门，医疗保障部门按规定予以查处。

第四章 生育保险

**第五十一条** 生育保险与职工基本医疗保险合并实施，统一缴费基数，参加职工基本医疗保险的用人单位在职职工同步参加生育保险。

**第五十二条** 用人单位应按规定参加生育保险，为本单位在职职工及时办理参保登记并按月足额缴纳生育保险费，职工个人不缴费。用人单位生育保险缴费率为0.7%。

机关、财政核拨或核补的事业单位生育保险缴费率为0.35%，其职工按原渠道领取工资，不享受生育津贴。

灵活就业人员不参加生育保险，不享受生育津贴。

**第五十三条** 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴，由职工基本医疗保险基金（含生育保险）支付。生育保险与其它社会保险不重复享受待遇。

**第五十四条** 生育医疗费用按照职工医保待遇规定支付结算。

**第五十五条** 职工在分娩、妊娠终止、实施计划生育手术前连续缴费满12个月（含当月）的，按规定享受生育津贴；当月正常参保缴费但连续缴费不满12个月的，生育津贴按正常待遇的50%支付。

**第五十六条** 生育津贴按职工所在用人单位上年度月平均工资，以每月30天进行折算，按日计发，时间标准如下：

（一）顺产128天；难产（含剖宫产）的增加15天；生育多胞胎的，每多生育一个婴儿，增加15天。

（二）怀孕3个月以内流产（含异位妊娠）的15天；怀孕3个月及以上流产的42天；怀孕7个月及以上流产的98天。

孕期妊娠月以28天即4周为1个月计算。

（三）实施计划生育手术：放置宫内节育器的7天；摘取宫内节育器的3天；输卵管结扎的30天；输精管结扎的15天；输卵管复通术的30天；输精管复通术的15天。

生育或流产时合并计划生育手术的，生育津贴天数按就高原则领取、不叠加享受。

（四）上年度无生育保险征缴记录的当年新成立用人单位，其生育津贴按上年度省平均工资计发。

**第五十七条** 参保男职工本人享受实施计划生育手术的生育保险待遇。

参保男职工未就业配偶生育的，享受生育医疗费用待遇。其未就业配偶没有参加基本医疗保险的，由职工基本医疗保险基金参照本市居民医保待遇标准支付生育医疗费用。

**第五十八条** 职工应当自生育之日起24个月内或实施计划生育手术之日起12个月内携带相应材料到医疗保障经办机构按规定申领生育津贴待遇。

第五章 就医结算管理

**第五十九条**  参保人员在定点医药机构就医、购药和结算医药费用，享受医疗保障待遇，应当持本人医保电子凭证或社会保障卡等其他符合国家、省规定的医疗保障凭证，并遵守基本医疗保险有关规定。社会保障卡按规定统一由人力资源和社会保障部门制发和管理。

定点医药机构应当加强实名就医和购药管理，在提供医药服务时核验参保人员的医疗保障凭证。

任何组织和个人不得冒用、伪造、变造、出借、出租医疗保障凭证。

**第六十条**  参保人员就医、购药发生的医药费用通过医保信息系统即时直接结算。其中，应当由个人支付的部分，由参保人员支付给定点医药机构；应当由医疗保障基金支付的部分，由医疗保障经办机构与定点医药机构按规定结算。

**第六十一条**  参保人员因行动不便等特殊情况不能到定点医疗机构就医配药的，按规定办理登记手续后，可委托他人进行门诊代配药。除外伤外，所配药品限于治疗经临床医师诊断明确、病情稳定、治疗方案确定的慢性病、精神病。受托人应当提供委托人医疗保障凭证以及本人有效身份证件。

**第六十二条**  参保人员在福建省内全省联网定点医药机构就医、购药直接结算医药费用，无需办理异地就医备案手续，医保支付范围和医保待遇执行本市医保规定。

**第六十三条** 符合条件的跨省异地长期居住人员和跨省临时外出就医人员按规定办理跨省异地就医备案手续，在备案地定点医疗机构发生的医疗费用按规定纳入医保支付范围。

参保人员备案后跨省异地就医发生的医疗费用，直接结算的，原则上执行就医地规定的医保支付范围及有关规定，医保待遇执行本市规定；因故无法直接结算的，回本市医疗保障经办机构按本市医保支付范围和医保待遇规定审核报销。

**第六十四条**  除急诊和抢救外，参保人员未按规定办理跨省异地就医备案手续，在省外定点医疗机构发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用先由个人负担10%后再按本市规定享受待遇；在省外定点零售药店发生的医药费用不予报销。

**第六十五条** 每年1月1日至12月31日为一个基本医疗保险年度。参保人员在当年度内发生的医疗费用应当在下一个基本医疗保险年度开始后的3个月内（即3月31日前）结算完毕。参保人员死亡的，其亲属应当在3个月内结清医疗费用。除法定不可抗力因素外，逾期办理的，医疗保障经办机构不予结算医疗费用。

**第六十六条** 除国家、省另有规定外，下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

（一）在非定点医药机构发生的（急诊和抢救除外）；

（二）应当从工伤保险基金中支付的；

（三）应当由第三人负担的；

（四）应当由公共卫生负担的；

（五）在境外就医的；

（六）体育健身、养生保健消费、健康体检；

（七）国家、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，医疗保障经办机构有权向第三人追偿。

**第六十七条** 因重大公共疫情或受大规模自然灾害影响造成的医疗费用支出，按照国家、省、市有关规定执行。

第六章 待遇生效和中断

**第六十八条** 参加本市职工医保的人员，当月办理参保登记并次月缴费到账的，医疗保险关系从参保登记当月开始生效；参保登记次月缴费未到账的，医疗保险关系从实际缴费到账当月开始生效。

**第六十九条** 参保缴费时间应当保持连续，不得随意中断。未按规定及时按月足额缴纳基本医疗保险费的，认定为中断缴费，并按下列规定处理：

（一）从中断缴费次月起，暂停享受医疗保障待遇，个人账户和家庭共济账户资金可继续使用，中断期间发生的医疗费用不计入个人自付费用计算范围；

（二）中断缴费3个月（含）以内续保并补缴中断期间基本医疗保险费且次月缴费到账的，视为连续，中断月份计入连续参保时间，中断期间的待遇可按规定追溯享受；

（三）中断缴费超过3个月以上的，中断期间不享受医疗保障待遇。重新参保并次月缴费到账的，从参保当月起开始重新计算连续参保时间；重新参保次月缴费未到账的，从实际缴费到账当月起开始重新计算连续参保时间；

（四）从其他统筹区转入本市并按规定办理基本医疗保险关系转移接续的参保人员，在转移接续前未中断缴费，或中断缴费3个月（含）以内续保并补缴中断期间基本医疗保险费且次月缴费到账的，在其他统筹区正常参保缴费时间可与本市参保缴费时间合并计算，中断月份计入连续参保时间。

**第七十条** 居民医保转换为职工医保的参保人员，其年度内发生的医疗费用累加计算，按转换后的参保险种享受基本医疗保险待遇。

在参保身份转换期间未中断缴费，或中断缴费3个月（含）以内续保并补缴中断期间基本医疗保险费且次月缴费到账的，视为连续；其参保身份转换前后的正常缴费时间合并计算，转换中断月份计入连续参保时间，中断期间的待遇可按规定追溯享受。

**第七十一条** 用人单位未按规定及时为职工办理参保登记或未按规定按月足额缴费，致使参保职工无法正常享受医疗保障待遇或生育保险待遇的，由用人单位按照本实施细则规定的待遇项目和标准支付给职工。

**第七十二条** 参保人员被判处拘役、有期徒刑、无期徒刑或死缓的，在服刑期间不缴纳基本医疗保险费，不享受医疗保障待遇。缓刑或监外执行期间、服刑期满释放或假释后，正常参保缴费，按规定享受医疗保障待遇。

第七章 基金监管和服务

**第七十三条** 职工基本医疗保险基金（含生育保险）纳入财政专户管理，专款专用，任何组织和个人不得侵占或挪用；执行国家统一的基金财务制度、会计制度和预决算制度。基金不足支付时，由财政部门统筹解决。

**第七十四条** 市医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划、参保人员用药需求等确定本市定点医药服务的资源配置。

医疗保障经办机构根据国家医疗机构和零售药店医疗保障定点管理办法及省、市评估细则，开展定点医药机构评估、确认工作。

**第七十五条** 医疗保障经办机构与医药机构协商谈判，签订服务协议，明确双方权利义务，规范医药服务行为，明确违约责任。

医疗保障经办机构应当及时向社会公布签订服务协议的定点医药机构名单。

**第七十六条** 医疗保障经办机构按规定及时与定点医药机构结算和拨付医疗保障基金，并预留部分金额作为质量保证金。医疗保障经办机构对定点医药机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

**第七十七条** 定点医药机构应当为参保人员提供合理、必要的医药服务，执行符合规定的价格政策，提高服务质量，合理有效使用医疗保障基金。

在满足临床需求的前提下，定点医疗机构应当优先使用可由医疗保障基金支付的医药服务项目，控制患者自费比例；除急诊和抢救等特殊情况外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或其近亲属、监护人同意。不得以医保支付政策为由拒收患者。

**第七十八条** 具备条件的医师按照**长期处方管理规范**，根据慢性病患者诊疗需要，一般可开具处方量在4周内的长期处方；根据慢性病特点，病情稳定的患者适当延长，最长不超过12周。

医疗机构及其医务人员按照医疗机构检查检验结果互认管理办法，在不影响疾病诊疗的前提下，对标有全国或本机构所在地区互认标识的检查检验结果予以互认，不得重复检查检验。

**第七十九条** 医疗保障基金使用监督管理实行政府监管、社会监督、行业自律和个人守信相结合。基金使用及监督管理按照《医疗保障基金使用监督管理条例》执行。

**第八十条** 医疗保障、卫生健康、市场监督管理、财政、审计、公安等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，对欺诈骗保行为依法予以查处。

（一）医疗保障部门负责监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法查处医疗保障领域违法行为；

（二）卫生健康部门负责加强医疗机构和医疗服务行业监管，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为，监督管理中医医疗、预防、保健、康复以及临床用药等行为；

（三）市场监督管理部门负责医疗卫生行业价格监督检查，执业药师管理，药品零售和使用环节质量监管，并规范相关行为；

（四）财政部门负责加强财政资金保障，监督医保基金支出情况；

（五）审计部门负责加强医保基金监管相关政策措施落实情况跟踪审计，督促相关部门履行监管职责，对在审计中发现的欺诈骗保问题及时移送相关部门查处；

（六）公安机关负责依法查处打击各类欺诈骗保等犯罪行为。

**第八十一条** 任何组织和个人有权对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉。

医疗保障部门畅通举报投诉渠道，依法及时处理有关举报投诉，并对举报人的信息保密；对查证属实的举报，按照有关规定给予举报人奖励。

第八章 其他特别规定

**第八十二条** 根据国家、省有关规定和本市经济社会发展水平以及基本医疗保险基金的运行情况，市医疗保障行政部门可会同市财政部门对本细则中的参保缴费、个人账户、待遇保障、就医结算、监管和服务等提出调整方案，经市人民政府同意后实施。

**第八十三条** 建立医疗救助制度，对符合条件的救助对象经基本医疗保险、大病保险支付后，个人及其家庭难以承受的符合规定的自付医疗费用给予救助，具体办法另行制定。

**第八十四条** 用人单位可在参加基本医疗保险基础上，建立企业补充医疗保险，用于补助职工个人负担的医疗费用。

**第八十五条** 离休人员、老红军的医疗保障按照本市有关规定执行，军人及军队相关人员的医疗保障按照有关规定执行。

**第八十六条** 依法获得相关就业证件和外国人居留证件并在本市合法就业的外国人，与用人单位建立劳动关系的，可按规定参加职工医保。

持本市取得的外国人永久居留身份证件的人员，属于灵活就业的，可参照本市有效居住证持有人以个人身份参加职工医保。

**第八十七条** 本市认定的高层次人才及其配偶、子女可不受国籍、户籍限制，按规定参加职工医保。

**第八十八条** 1998年7月以前在本市办理养老保险退休的人员参加职工医保，不再缴纳基本医疗保险费，可享受职工医保退休待遇。1998年7月前人事行政关系或劳动关系隶属于本市的参保人员，自1998年7月起连续缴费至2003年12月的，医保退休不受本市实际缴费年限10年限制。

对原具有本市户籍并在达到法定退休年龄前参加过本市职工医保，但已到境外定居的人员，可视同本市户籍人员申报职工医保退休待遇。

第九章 附 则

**第八十九条** 本实施细则由市医疗保障局会同相关部门负责解释。

**第九十条** 本实施细则自2023年1月1日起实施，有效期5年。本市以往制定的有关职工医疗保险的规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。《厦门市人民政府关于颁布<厦门市外来从业人员基本医疗保险暂行办法>的通知》（厦府〔2000〕综126号）、《厦门市人民政府办公厅关于同意调整外来从业人员由社会统筹医疗基金支付住院费用最高限额的批复》（厦府办〔2006〕187号）、《厦门市人民政府办公厅关于基层公立医疗机构严格执行国家基本药物制度的通知》（厦府办〔2010〕237号）、《厦门市人民政府关于印发大病医疗保险办法的通知》（厦府〔2018〕15号）、《厦门市人民政府关于公布职工基本医疗保险缴费基数和缴费费率的通知》（厦府规〔2021〕12号）同时废止。

厦门市城乡居民医疗保险实施细则

第一章 总 则

**第一条**  为规范城乡居民医疗保障关系，维护城乡居民医疗保障合法权益，推动医疗保障事业健康发展，根据国家和福建省深化医疗保障制度改革精神，结合本市实际，制定本实施细则。

**第二条**  本市基本医疗保险坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，遵循保障水平与经济社会发展水平相适应、权利与义务相对应、公平与效率相结合的原则。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”）。

建立健全以基本医疗保险为主体，大病保险为延伸，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险等相互衔接、共同发展的多层次医疗保障制度体系。

**第三条** 本实施细则适用于本市城乡居民基本医疗保险和城乡居民大病保险的参保缴费、待遇支付及其监督管理。

**第四条**  本市行政区域内，未参加职工医保或未按照规定享有其他医疗保障的下列城乡居民依法参加居民医保：

（一）本市户籍的成年居民

（二）未满18周岁的未成年人

1.本市户籍的未成年人；

2.父亲或母亲持本市有效居住证且参加本市职工医保的非本市户籍未成年人。

（三）本市经政府有关部门批准设立的各类全日制学校在校在园学生（以下简称“在校学生”）

各类全日制普通高等院校（包括民办高校、独立学院、成人高等院校全日制普通班）、科研院所（以下统称“高校”）中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生（以下统称“大学生”）；中等职业学校（含中专、技校、职高）、特殊教育学校、中小学（含小学、初中、高中）中实行学籍管理的全日制学生；幼儿园、托儿所等幼托机构的在册儿童。

在校学生包括侨、港、澳、台籍学生，不包括以上高校中接受成人高等教育（含脱产、业余、函授形式学习）以及进修、网络、广播电视等学校的学生。

**第五条**  市医疗保障行政部门是本市居民医保的主管部门。医疗保障经办机构具体负责居民医保经办服务工作。

税务部门负责居民医保的征收工作。

教育部门负责组织落实全日制学校在校学生的参保工作。学校负责本校在校学生的参保登记工作。

村（居）委会负责本辖区内其他城乡居民的参保登记工作。

财政、人力资源和社会保障、卫生健康、发展改革、市场监督管理、审计、民政、公安、残联、农业农村、银保监等部门，在各自职责范围内负责有关的医疗保障工作。

第二章 城乡居民基本医疗保险

**第一节 基本医疗保险费征收**

**第六条** 城乡居民基本医疗保险费由财政和个人共同承担。建立与经济社会发展水平、财政负担能力和基本医疗消费需求相适应的动态调整筹资机制。具体筹资标准由市医疗保障、财政和税务部门共同研究，经市人民政府同意后公布执行。其中，财政补助资金由市、区两级财政分别承担50%。

**第七条** 符合资助参保政策的医疗救助对象及家庭经济困难大学生，参加居民医保所需个人缴费部分，由政府按规定给予资助。

**第八条** 城乡居民基本医疗保险基金只建立统筹基金，不设立个人账户。

**第九条** 城乡居民基本医疗保险费实行预缴制，每年9月至12月为次年居民医保的集中参保缴费期。城乡居民应当在集中参保缴费期内按规定办理参保登记手续，并按个人缴费标准一次性缴纳下一年度的基本医疗保险费。

超过集中参保缴费期，符合参保条件的城乡居民可以中途参保，中途参保人员按全年个人缴费标准缴纳基本医疗保险费。

**第十条** 在校学生原则上应在学籍地参加居民医保。新入学学生当年已参加异地居民医保的，在当年度内可继续享受原参保地医保待遇；选择参加本市居民医保并缴纳本年度基本医疗保险费的，本市居民医保待遇可追溯至参保登记月。

**第十一条** 在校学生通过所在学校办理居民医保参保申请，其他城乡居民向户籍所在地或居住地村（居）委会办理参保申请。学校或村（居）委会接到城乡居民申请、进行参保信息采集后，统一向税务部门办理参保登记手续。

已参加本市居民医保的参保人员，参保信息发生变化或下一医保年度中止参保的，应当及时办理变更或停保手续。参保信息未发生变化且须继续参保的参保人员，在新年度无需重新办理参保登记，按规定及时足额缴纳基本医疗保险费后，医疗保险关系自动延续。

**第十二条** 参保人员选择个人自缴的，可使用银行一卡通委托代扣、医保家庭共济账户代缴、线上缴费等方式进行缴费。通过学校或村（居）委会代缴的，学校或村（居）委会在规定期限内统一向税务部门申报缴纳。

**第十三条** 税务部门应当依法征收基本医疗保险费，并及时向医疗保障经办机构通报征收情况。

卫生健康、民政、公安机关应当及时向税务部门和医疗保障经办机构通报个人的出生、死亡等情况；公安机关应当及时向税务部门和医疗保障经办机构通报户口登记、迁移、注销，以及居住证签发、签注等情况。

**第十四条** 参保人员有权查询个人权益记录，并要求医疗保障经办机构提供医疗保障咨询等相关服务。

**第十五条** 参保人员不得重复参保、重复享受待遇。发现重复参保的，按下列原则予以清理：

（一）重复参加居民医保的，原则上保留常住地参保关系；

（二）学生重复参保的，原则上保留学籍地参保关系；

（三）跨制度重复参保且连续参加职工医保一年以上（含一年）的，原则上保留职工医保参保关系。

重复参保缴纳的职工基本医疗保险费不予退回，城乡居民基本医疗保险费在待遇享受期开始前可申请退费。

本实施细则所称重复参保，是指同一参保人员重复参加同一基本医疗保险制度或重复参加不同基本医疗保险制度，具体表现为同一时间段内同一参保人员有两条及以上参保缴费状态正常的参保信息记录。

**第二节 基本医疗保险待遇**

**第十六条**  基本医疗保险基金支付范围按照国家、省有关规定执行，包括基本医疗保险（含生育保险）药品、医用耗材、医疗服务项目等医保目录，以及医保支付标准、个人先行自付比例和最高支付限价等。

参保人员在定点医药机构就医、购药发生的符合基金支付范围的费用，由基本医疗保险基金按照规定的起付标准、支付比例和最高支付限额予以支付。

**第十七条**  参保人员可自愿设立家庭共济账户，用于本人及其父母、子女、配偶等直系亲属（以下统称“家庭成员”）之间健康综合保障，按规定使用家庭共济账户资金。其中，家庭成员应当属于福建省基本医疗保险的参保人员。

**第十八条** 参保人员在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的费用，可由家庭共济账户资金支付，其中购买处方药品需持定点医疗机构开具的处方。

实施“双通道”管理机制，将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，执行省统一的“双通道”药品范围。参保人员按规定购买“双通道”处方流转药品发生的费用，实行与开具处方定点医疗机构就医相同的医保支付政策。

**第十九条** 一个医保年度内参保人员发生的符合基金支付范围的门诊医疗费用，按下列规定支付：

（一）门诊起付标准以内的医疗费用由个人负担，可由家庭共济账户资金支付：成年居民门诊起付标准为累计500元，未成年人、在校学生不设门诊起付标准。

（二）超过门诊起付标准的医疗费用由统筹基金按比例支付，其余由个人负担：

1.1万元以下的部分，在三级、二级、一级及未定级定点医疗机构的支付比例分别为45%、55%、65%；

2.超过1万元的部分，在三级、二级、一级及未定级定点医疗机构的支付比例分别为65%、75%、85%。

**第二十条**  参保人员在基层公立定点医疗机构门诊就医，使用已纳入国家医保药品目录的国家基本药物发生的医疗费用，不设起付标准，由统筹基金按门诊规定比例支付（相关费用不计入门诊起付标准累计）。

**第二十一条** 一个医保年度内参保人员发生的符合基金支付范围的住院医疗费用，按下列规定支付：

（一）住院起付标准以内的医疗费用由个人负担，可由家庭共济账户资金支付：成年居民首次住院的，在三级、二级、一级定点医疗机构的起付标准分别为1000元、600元、200元；二次及二次以上住院的，在三级、二级、一级定点医疗机构的起付标准分别为500元、300元、100元。未成年人、在校学生不设住院起付标准。

（二）超过住院起付标准的医疗费用由统筹基金按比例支付，其余由个人负担：在三级、二级、一级定点医疗机构的支付比例分别为73%、80%、90%。

**第二十二条**  长期卧床不起、行动不便的参保人员符合建床条件的，可申请设立家庭病床，发生的符合基金支付范围的家庭病床医疗费用，实行住院支付政策。

设立家庭病床期间，参保人员在其他定点医疗机构另行发生的医疗费用（急诊和抢救除外），基本医疗保险基金不予支付。

**第二十三条** 定点医疗机构提供“互联网+”医疗服务，与线下医疗服务实行同等的医保支付政策。参保人员在本市“互联网+”医疗服务定点医疗机构复诊并开具处方发生的诊察费和药品费，按规定纳入医保支付范围。提供药品配送服务的费用不纳入医保支付范围。

**第二十四条**  参保人员发生的符合基金支付范围的医疗费用，在一个医保年度内基本医疗保险统筹基金累计的最高支付限额为10万元。

**第二十五条** 参保人员享受统筹基金支付待遇的标准，根据其医疗费用发生时连续参加基本医疗保险的时间确定：

（一）连续参保时间不满12个月的，按统筹基金正常待遇的50%支付;

（二）连续参保时间满12个月不满24个月的，按统筹基金正常待遇的75%支付;

（三）连续参保时间满24个月的，按统筹基金正常待遇的100%支付。

未成年人、在校学生、医疗救助对象统筹基金支付待遇不受连续参保时间限制。

**第二十六条**  参保人员可与基层定点医疗卫生机构签订家庭医生签约服务协议，签约服务费由基本公共卫生服务经费、医保统筹基金和签约个人共同分担。个人负担部分可由家庭共济账户资金支付，统筹基金负担部分由医疗保障经办机构与基层定点医疗卫生机构按规定结算。

第三章 城乡居民大病保险

**第二十七条** 建立城乡居民大病保险制度，对参保居民发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

参加城乡居民基本医疗保险的人员，同时参加城乡居民大病保险，参保人员在享受基本医疗保险待遇的基础上享受大病保险待遇。

**第二十八条** 医疗保障经办机构作为投保人，为本市居民医保的参保人员集体向商业保险机构投保，按照大病保险合同约定统一向商业保险机构支付大病保险保费。大病保险保费从城乡居民基本医疗保险统筹基金中划出。

**第二十九条** 一个医保年度内参保人员在定点医疗机构就医、在定点零售药店购买“双通道”药品，发生的符合基本医疗保险规定且应由个人自付的医疗费用纳入大病保险保障范围，按下列规定支付：

（一）大病保险起付标准为个人自付费用3万元，可由家庭共济账户资金支付。

（二）超过起付标准的个人自付费用由大病保险按比例支付，其余由个人负担：

1.个人自付费用在3万元至10万元（含）的部分，支付比例为60%；

2.个人自付费用在10万元至20万元（含）的部分，支付比例为70%；

3.个人自付费用超过20万元的部分，支付比例为80%。

（三）一个医保年度内大病保险最高支付限额为50万元。

**第三十条**  特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、最低生活保障对象、返贫致贫人口等医疗救助对象，大病保险起付标准降低50%，支付比例提高5个百分点，并不设大病保险最高支付限额。

**第三十一条** 参保人员发生的下列符合规定的医疗费用，纳入个人自付费用计算范围：

（一）基本医疗保险门诊、住院起付标准医疗费用；

（二）基本医疗保险起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下由个人按比例负担的医疗费用；

（三）基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的医疗费用；

（四）医保目录乙类范围的药品、医用耗材、医疗服务项目按比例先由个人支付部分，以及药品和医用耗材医保支付标准以上最高销售限价以下的部分。

**第三十二条** 参保人员享受大病保险待遇的标准，根据其医疗费用发生时连续参加基本医疗保险的时间确定：

（一）连续参保时间不满12个月的，按正常待遇的50%支付;

（二）连续参保时间满12个月不满24个月的，按正常待遇的75%支付;

（三）连续参保时间满24个月的，按正常待遇的100%支付。

未成年人、在校学生、医疗救助对象大病保险待遇不受连续参保时间限制。

**第三十三条** 大病保险待遇享受起止时间与基本医疗保险一致。中断缴费期间以及连续参保时间不足导致城乡居民基本医疗保险统筹基金不予支付的医疗费用，大病保险也不予支付，且不计入个人自付费用计算范围。

**第三十四条** 大病保险遵循收支平衡、保本微利的原则，合理控制商业保险机构盈利率。医疗保障经办机构根据法律法规和国家有关规定选定承保职工大病保险的商业保险机构，签署保险合同，明确双方责任、权利和义务。

**第三十五条** 商业保险机构应当加强大病保险服务队伍配置，提升专业服务水平，配合医疗保障部门加强对医疗服务和医疗费用的监管，发现违法违规行为应及时报告医疗保障部门，医疗保障部门按规定予以查处。

第四章 就医结算管理

**第三十六条**  参保人员在定点医药机构就医、购药和结算医药费用，享受医疗保障待遇，应当持本人医保电子凭证或社会保障卡等其他符合国家、省规定的医疗保障凭证，并遵守基本医疗保险有关规定。社会保障卡按规定统一由人力资源和社会保障部门制发和管理。

定点医药机构应当加强实名就医和购药管理，在提供医药服务时核验参保人员的医疗保障凭证。

任何组织和个人不得冒用、伪造、变造、出借、出租医疗保障凭证。

**第三十七条**  参保人员就医、购药发生的医药费用通过医保信息系统即时直接结算。其中，应当由个人支付的部分，由参保人员支付给定点医药机构；应当由医疗保障基金支付的部分，由医疗保障经办机构与定点医药机构按规定结算。

**第三十八条**  参保人员因行动不便等特殊情况不能到定点医疗机构就医配药的，按规定办理登记手续后，可委托他人进行门诊代配药。除外伤外，所配药品限于治疗经临床医师诊断明确、病情稳定、治疗方案确定的慢性病、精神病。受托人应当提供委托人医疗保障凭证以及本人有效身份证件。

**第三十九条**  参保人员在福建省内全省联网定点医药机构就医、购药直接结算医药费用，无需办理异地就医备案手续，医保支付范围和医保待遇执行本市医保规定。

**第四十条** 符合条件的跨省异地长期居住人员和跨省临时外出就医人员按规定办理跨省异地就医备案手续，在备案地定点医疗机构发生的医疗费用按规定纳入医保支付范围。

参保人员备案后跨省异地就医发生的医疗费用，直接结算的，原则上执行就医地规定的医保支付范围及有关规定，医保待遇执行本市规定；因故无法直接结算的，回本市医疗保障经办机构按本市医保支付范围和医保待遇规定审核报销。

**第四十一条**  学生放寒暑假、休学、参加学校规定的教育实践、课题研究、社会调查、短期在外学习和其他原因需跨省异地就医的，可由本人、本人亲属或学校按规定办理跨省异地就医备案手续，特殊情况下可由学校事后报备，发生的医疗费用按规定予以支付。

**第四十二条**  除急诊和抢救外，参保人员未按规定办理跨省异地就医备案手续，在省外定点医疗机构发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用先由个人负担10%后再按本市规定享受待遇；在省外定点零售药店发生的医药费用不予报销。

**第四十三条** 每年1月1日至12月31日为一个基本医疗保险年度。参保人员在当年度内发生的医疗费用应当在下一个基本医疗保险年度开始后的3个月内（即3月31日前）结算完毕。10月至12月出生的新生儿、新入学学生在当年度内发生的医疗费用应当在下一个基本医疗保险年度开始后的6个月内（即6月30日前）结算完毕。参保人员死亡的，其亲属应当在3个月内结清医疗费用。除法定不可抗力因素外，逾期办理的，医疗保障经办机构不予结算医疗费用。

**第四十四条** 除国家、省另有规定外，下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

（一）在非定点医药机构发生的（急诊和抢救除外）；

（二）应当从工伤保险基金中支付的；

（三）应当由第三人负担的；

（四）应当由公共卫生负担的；

（五）在境外就医的；

（六）体育健身、养生保健消费、健康体检；

（七）国家、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，医疗保障经办机构有权向第三人追偿。

**第四十五条** 因重大公共疫情或受大规模自然灾害影响造成的医疗费用支出，按照国家、省、市有关规定执行。

第五章 待遇生效和中断

**第四十六条** 参加本市居民医保的人员，在集中参保缴费期内按规定缴纳下一年度的基本医疗保险费，医疗保险关系从次年1月1日起开始生效。

在当年度开始后参保缴费的城乡居民，当月办理参保登记并次月缴费到账的，医疗保险关系从参保登记当月开始生效；参保登记次月缴费未到账的，医疗保险关系从实际缴费到账当月开始生效。

**第四十七条** 新生儿出生后3个月内办理当年度参保登记并次月缴费到账的，医疗保险关系从出生之日起生效。出生3个月后办理当年度参保登记或未及时缴费的，按照第四十六规定执行。

**第四十八条** 参保缴费时间应当保持连续，不得随意中断。未按规定及时足额缴纳基本医疗保险费的，认定为中断缴费，并按下列规定处理：

（一）中断缴费一个年度及以上的，再次参保后连续参保时间重新计算，中断期间不享受医疗保障待遇；

（二）在当年度开始后3个月（含）以内参保并补缴基本医疗保险费且次月缴费到账的，视为连续，中断月份计入连续参保时间，中断期间的待遇可按规定追溯享受；

（三）在当年度开始3个月后（即每年3月后）参保缴费，缴费之前不享受医疗保障待遇，缴费之前发生的医疗费用由个人负担，且不计入个人自付费用计算范围。参保次月缴费到账的，从参保当月起开始重新计算连续参保时间；参保次月缴费未到账的，从实际缴费到账当月起开始重新计算连续参保时间；

（四）从其他统筹区转入本市并按规定办理基本医疗保险关系转移接续的参保人员，在转移接续前未中断缴费，或中断缴费3个月（含）以内续保并补缴基本医疗保险费且次月缴费到账的，在其他统筹区正常参保缴费时间可与本市参保缴费时间合并计算，中断月份计入连续参保时间。

**第四十九条** 职工医保转换为居民医保的参保人员，其年度内发生的医疗费用累加计算，按转换后的参保险种享受基本医疗保险待遇，职工个人账户实际结余资金可继续结转使用。

在参保身份转换期间未中断缴费，或中断缴费3个月（含）以内续保并补缴中断期间基本医疗保险费且次月缴费到账的，视为连续；其参保身份转换前后的正常缴费时间合并计算，转换中断月份计入连续参保时间，中断期间的待遇可按规定追溯享受。

**第五十条** 学生毕业、结业、转学、肄业，或按学籍管理规定被注销学籍，办理离校手续当年已缴纳本年度基本医疗保险费的，在当年度内可按原参保身份继续享受居民医保待遇。

**第五十一条** 参保人员被判处拘役、有期徒刑、无期徒刑或死缓的，在服刑期间不缴纳基本医疗保险费，不享受医疗保障待遇。缓刑或监外执行期间、服刑期满释放或假释后，正常参保缴费，按规定享受医疗保障待遇。

第六章 基金监管和服务

**第五十二条** 城乡居民基本医疗保险基金纳入财政专户管理，专款专用，任何组织和个人不得侵占或挪用；执行国家统一的基金财务制度、会计制度和预决算制度。基金不足支付时，由财政部门统筹解决。

**第五十三条** 市医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划、参保人员用药需求等确定本市定点医药服务的资源配置。

医疗保障经办机构根据国家医疗机构和零售药店医疗保障定点管理办法以及省、市评估细则，开展定点医药机构评估、确认工作。

**第五十四条** 医疗保障经办机构与医药机构协商谈判，签订服务协议，明确双方权利义务，规范医药服务行为，明确违约责任。

医疗保障经办机构应当及时向社会公布签订服务协议的定点医药机构名单。

**第五十五条** 医疗保障经办机构按规定及时与定点医药机构结算和拨付医疗保障基金，并预留部分金额作为质量保证金。医疗保障经办机构对定点医药机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

**第五十六条** 定点医药机构应当为参保人员提供合理、必要的医药服务，执行符合规定的价格政策，提高服务质量，合理有效使用医疗保障基金。

在满足临床需求的前提下，定点医疗机构应当优先使用可由医疗保障基金支付的医药服务项目，控制患者自费比例；除急诊和抢救等特殊情况外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或其近亲属、监护人同意。不得以医保支付政策为由拒收患者。

**第五十七条** 具备条件的医师按照长期处方管理规范，根据慢性病患者诊疗需要，一般可开具处方量在4周内的长期处方；根据慢性病特点，病情稳定的患者适当延长，最长不超过12周。

医疗机构及其医务人员按照医疗机构检查检验结果互认管理办法，在不影响疾病诊疗的前提下，对标有全国或本机构所在地区互认标识的检查检验结果予以互认，不得重复检查检验。

**第五十八条** 医疗保障基金使用监督管理实行政府监管、社会监督、行业自律和个人守信相结合。基金使用及监督管理按照《医疗保障基金使用监督管理条例》执行。

**第五十九条** 医疗保障、卫生健康、市场监督管理、财政、审计、公安等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，对欺诈骗保行为依法予以查处。

（一）医疗保障部门负责监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法查处医疗保障领域违法行为；

（二）卫生健康部门负责加强医疗机构和医疗服务行业监管，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为，监督管理中医医疗、预防、保健、康复以及临床用药等行为；

（三）市场监督管理部门负责医疗卫生行业价格监督检查，执业药师管理，药品零售和使用环节质量监管，并规范相关行为；

（四）财政部门负责加强财政资金保障，监督医保基金支出情况；

（五）审计部门负责加强医保基金监管相关政策措施落实情况跟踪审计，督促相关部门履行监管职责，对在审计中发现的欺诈骗保问题，及时移送相关部门查处；

（六）公安机关负责依法查处打击各类欺诈骗保等犯罪行为。

**第六十条** 任何组织和个人有权对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉。

医疗保障部门畅通举报投诉渠道，依法及时处理有关举报投诉，并对举报人的信息保密；对查证属实的举报，按照有关规定给予举报人奖励。

第七章 其他特别规定

**第六十一条** 根据国家、省有关规定和本市经济社会发展水平以及基本医疗保险基金的运行情况，市医疗保障行政部门可会同市财政部门对本细则中的参保缴费、待遇保障、就医结算、监管和服务等提出调整方案，经市人民政府同意后实施。

**第六十二条** 建立医疗救助制度，对符合条件的救助对象经基本医疗保险、大病保险支付后，个人及其家庭难以承受的符合规定的自付医疗费用给予救助，具体办法另行制定。

**第六十三条** 持本市有效居住证的港、澳、台人员，以及父亲或母亲持本市有效居住证的港、澳、台未成年人，可按规定参加居民医保。

**第六十四条** 在本市居住但未就业，持本市取得的外国人永久居留身份证件的外国人，可参照本市户籍人员按规定参加居民医保。

**第六十五条** 本市认定的高层次人才及其配偶、子女可不受国籍、户籍限制，按规定参加居民医保。

第八章 附 则

**第六十六条** 本实施细则由市医疗保障局会同相关部门负责解释。

**第六十七条** 本实施细则自2023年1月1日起实施，有效期5年。本市以往制定的有关城乡居民医疗保险的规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。《厦门市人民政府办公厅关于转发厦门市城镇居民医疗保险暂行办法的通知》（厦府办〔2006〕281号）、《厦门市人民政府办公厅关于转发厦门市未成年人医疗保险暂行办法的通知》（厦府办〔2006〕282号）、《厦门市人民政府办公厅关于切实做好农村居民医疗保险组织实施工作的通知》（厦府办〔2008〕24号）、《厦门市人民政府办公厅转发市劳动保障局财政局地税局关于厦门市大学生参加城乡居民基本医疗保险实施办法的通知》（厦府办〔2009〕176号）、《厦门市人民政府办公厅转发市地税局、市财政局、市人力资源和社会保障局关于调整城乡居民医疗保险参保时间的通知》（厦府办〔2015〕45号）同时废止。