

BZCR—2017—0010002

滨 州 市 人 民 政 府
关于印发《滨州市居民基本医疗
保险办法》的通知

滨政发〔2017〕4 号

各县(区)人民政府,各市属开发区管委会,市政府各部门、各直属事业单位,市属各大企业,各高等院校,中央、省驻滨各单位:

《滨州市居民基本医疗保险办法》已经 2016 年 12 月 23 日市政府第 62 次常务会议讨论通过,现予印发,请认真贯彻执行。

滨州市人民政府

2017 年 1 月 1 日

(此件公开发布)

滨州市居民基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为了健全完善居民基本医疗保险制度,保障居民基本医疗需求,根据《中华人民共和国社会保险法》、《山东省人民政府关于建立居民基本医疗保险制度的意见》、《省委办公厅省政府办公厅关于进一步深化医药卫生体制改革的实施意见》等法律和有关规定,结合我市实际,制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内未参加职工基本医疗保险的下列人员:

- (一)具有本市户籍的城乡居民(含持有本地公安部门出具居住证的人员);
- (二)高等院校(含高级技校、职业院校)全日制在校学生;
- (三)出具长驻滨州务工、求学证明和往年参保证明的外来人员。

第三条 居民基本医疗保险遵循以下原则:

- (一)全覆盖、保基本、多层次、可持续,筹资标准和保障水平与经济社会发展水平相适应;
- (二)政府引导,互助共济,城乡居民公平享有基本医疗保险待遇;
- (三)市级统筹、分级管理。全市统一参保范围和项目、统一缴

费标准、统一待遇标准、统一基金管理、统一经办流程、统一信息管理；

(四)个人缴费与政府补助相结合、权利和义务相对等；

(五)居民基本医疗保险基金以收定支、收支平衡、略有结余。

第四条 人力资源社会保障部门是居民基本医疗保险的行政主管部门，负责居民基本医疗保险的政策制定、指导协调和监督管理工作，其所属的居民基本医疗保险经办机构(以下简称经办机构)具体负责经办工作。

各县(区)政府(含滨州经济技术开发区、滨州高新技术产业开发区和北海经济开发区，下同)负责辖区内居民基本医疗保险的组织实施工作；乡镇政府(街道办事处)负责居民基本医疗保险的政策宣传、参保登记、保费征缴、材料审核、信息录入等工作。

发展改革部门负责将居民基本医疗保险纳入国民经济和社会发展规划，并督促落实。

财政部门负责会同有关部门制定居民基本医疗保险财政补助政策，政府补助资金预算安排和拨付，对居民基本医疗保险基金收支、管理和运营情况实施监督。

审计部门负责对居民基本医疗保险基金收支、管理和运营等情况实施定期审计和监督。

卫生和计划生育部门负责会同有关部门制定医疗机构管理服务配套政策，加强对医疗机构执行居民基本医疗保险政策情况的监督。

公安部门负责提供参保人员户籍信息,协助人力资源社会保障部门开展参保人员相关意外伤害的调查认定工作。

教育部门负责组织在校学生统一参保。

宣传部门和新闻媒体负责居民基本医疗保险政策和参保缴费的宣传工作。

民政部门负责特困供养人员、城乡最低生活保障对象等人员的资格审查及信息申报工作。

残联负责重度和贫困残疾人的资格审查及信息申报工作。

老龄办负责 80 岁以上老年人的资格审查及信息申报工作。

食品药品监管、物价等部门按照各自职责,协同做好居民基本医疗保险工作。

第五条 各县(区)经办机构开展日常工作所需经费,由各县(区)按服务人口每人每年不低于 1 元的标准纳入财政预算。乡镇政府(街道办事处)经办机构工作经费由县、乡级财政共同负责。市经办机构所需经费由市财政予以保障。

第二章 基金筹集

第六条 居民基本医疗保险基金由以下各项构成:

- (一)参保人员个人缴纳的基本医疗保险费;
- (二)政府补助资金;
- (三)社会捐助资金;
- (四)基金利息收入;

(五)其他收入。

第七条 居民基本医疗保险实行年缴费制度,按照个人缴费和政府补助等形式,全市统一筹集居民基本医疗保险基金。

(一)全市统一筹资标准。个人缴费和政府补助标准根据本市经济发展水平、居民收入状况、医疗消费需求等情况适时调整,逐步建立正常调整机制;

(二)居民基本医疗保险补助资金由市、县级财政每年列入预算,中央、省政府补助后的差额部分由市和各县(区)财政分担;

(三)特困供养人员、城乡最低生活保障对象、重度和贫困残疾人、80岁以上老年人以及因病造成生活特别困难并经当地政府批准的其他人员,参加居民基本医疗保险的个人缴费部分,所在县(区)政府应当按照相关规定予以全额补助,各有关部门按照职责与经办机构进行对接;

(四)新生儿出生后自动获取居民基本医疗保险参保资格,新生儿父母应在新生儿出生6个月内办理参保手续,缴纳出生当年个人参保费,新生儿参保后,自出生之日起享受当年的居民基本医疗保险待遇。

第八条 鼓励乡镇政府(街道办事处)、村(居)委会对本辖区居民参保缴费予以资助。鼓励有条件的用人单位对本单位职工供养的直系亲属参保缴费予以资助。

第九条 居民基本医疗保险费按照以下方式征缴:

(一)全日制高等学校负责征缴在校学生的基本医疗保险费,

中、小学校和托幼机构负责协助做好在校学生的参保缴费工作；

(二)其他参保人员以家庭为单位缴纳基本医疗保险费,由其户籍所在地乡镇政府(街道办事处)负责征缴;

(三)医保经办机构可委托金融机构代扣代缴居民基本医疗保险费。

第十条 各征缴及代收单位应当及时向经办机构移交居民基本医疗保险费,不得截留、挪用。

第十一条 居民应当按年度参保缴费。每年9月1日至12月31日为下一年度居民基本医疗保险参保缴费期。各县(区)可结合实际集中征缴,辖区居民应于集中缴费期内缴纳个人医疗保险费。

居民医疗保险应当连续参保缴费。中断缴费的,补缴中断期间个人缴费部分(自2015年1月起计算);当年超过缴费期缴费的,需全额缴纳包括政府补助在内的基本医疗保险费。缴费满3个月后方可享受居民基本医疗保险待遇。未缴费期间发生的医疗费用,居民基本医疗保险基金不予支付。

第三章 医疗保险待遇

第十二条 居民医疗保险待遇包括基本医疗保险待遇和大病保险待遇。基本医疗保险待遇包括住院医疗待遇、普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇。

在现有筹资水平上,确定居民医疗保险待遇。

一个年度内,基本医疗保险待遇最高支付限额为 15 万元。

第十三条 建立居民基本医疗保险个人账户。用于支付普通门诊医疗费、一般诊疗费、住院个人负担的医疗费及定点药店购药的费用。个人账户按每人每年 60 元的标准从居民医疗保险基金中划拨。个人账户可以结转使用和继承,不得提取现金、不得透支或挪作他用。补缴医疗保险费的,个人账户金不予划拨。个人账户金划拨标准,根据居民基本医疗保险筹资水平、医疗费用增长情况适时调整。

参保人员因门诊慢性病发生的门诊医疗费用由居民基本医疗保险基金支付。具体办法由市人力资源社会保障部门另行制定。

第十四条 住院医疗待遇:

(一)居民在乡镇卫生院(社区卫生服务中心)住院按市政府有关规定执行。

(二)居民住院医疗费用的起付标准为:二级医院 500 元/次、三级医院 1000 元/次。

(三)居民住院发生的政策范围内医疗费用,在起付标准以上至最高支付限额以下的部分,二、三级医疗机构基金支付比例分别为 75%、50%。

居民在定点中医医疗机构就诊的,将符合条件的中医诊疗技术、中药饮片和食品药品监督管理部门批准的中药制剂纳入居民基本医疗保险支付范围,同时将住院费用基金支付比例提高 5%。

(四)无责任人的意外伤害发生的住院医疗费,支付比例按同

级医院正常支付比例的 50% 予以支付,一个年度内最高支付限额 3 万元。

第十五条 居民基本医疗保险执行省人力资源社会保障行政主管部门统一制定的药品目录、诊疗项目目录、高值医用耗材目录和医疗服务设施范围目录。超出目录范围的费用,居民基本医疗保险基金不予支付。

第十六条 参保人员在 200 张床位以下的民营医疗机构住院的,起付标准和报销比例参照二级医院执行;在 200 张床位以上的民营医疗机构住院的,参照三级医院执行。

第十七条 参保人员因病情确需转往市外定点医疗机构住院治疗的,应先由参保地二级以上定点医疗机构提出转院意见,报县(区)经办机构备案。病情危急的,可由定点医疗机构先行转诊转院,在 5 个工作日内报经办机构备案。

转往市外联网医疗机构住院的,按省统一规定执行。转往市外非联网医疗机构住院的,发生的政策范围内医疗费用,按规定办理转诊手续的个人先自付 10%,未按规定办理转诊手续的个人先自付 20%,再按市内三级医院住院起付和支付标准执行。

第十八条 长期异地居住的参保人员,可选择 1—2 家当地二级以上(含二级)公立医院就医,凭临时居住证或工资发放证明、学生证等证明材料,在参保地县(区)经办机构审核登记。住院时,须在 5 个工作日内(须出院前),将住院日期、医院名称、病区床位、疾病诊断等信息报参保地经办机构备案。参保人员可享受我市同等

级别医院住院支付待遇。

未办理以上手续在异地住院的,按本办法第十七条执行。

第十九条 建立参保人员住院分级诊疗和双向转诊制度。对符合规定的转诊住院参保患者连续计算起付线,对规定病种未经转诊到上级医院就诊的参保患者,适当降低医保基金支付比例,具体政策由人力资源社会保障部门联合卫生和计划生育部门另行制定。

第二十条 建立居民大病保险制度,具体政策按省统一规定执行。做好居民基本医疗保险、大病保险和医疗救助制度的衔接,建立信息共享机制,实行居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助同步结算。

第二十一条 参保人员患有国家认定的甲类传染病和大规模流行疾病发生的医疗费用,由市、县(区)政府按照有关规定另行处理。

第二十二条 下列情形居民基本医疗保险基金不予支付:

- (一)应当从工伤保险基金中支付的医疗费用;
- (二)应当由第三人负担的医疗费用;
- (三)应当由公共卫生负担的医疗费用;
- (四)在境外就医的医疗费用;
- (五)因本人违法犯罪、吸毒、打架斗殴、自杀、自残、酗酒等原因发生的医疗费用;
- (六)其他不符合居民基本医疗保险基金规定支付范围的医疗

费用。

第二十三条 居民基本医疗保险关系转出我市或参保人员死亡的,居民基本医疗保险关系自动终止,已缴纳的基本医疗保险费不予退还。

第四章 医疗服务管理

第二十四条 居民基本医疗保险实行定点医疗管理。对定点医疗机构实施动态协议管理。县(区)经办机构应当与本辖区内定点医疗机构签订医疗服务协议,明确各自的权利和义务。

第二十五条 参保居民就医时,应当出示社会保障卡或身份证。医疗机构工作人员须认真核对有关证件,确保人证相符。

参保居民医疗终结后,只支付应由个人负担的医疗费,其余费用由经办机构与定点医疗机构按协议及时、足额结算。

第二十六条 全市逐步实行基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度,引导参保人员到基层就医。

第二十七条 建立医疗服务实时监控网络系统,实现医疗服务信息事前提示、事中监控预警、事后责任追溯。建立日常稽核和定期稽核相结合的监控机制,控制医疗费用不合理增长。进一步整合并规范县、乡级医保经办机构,建立起与医保政策落实、医疗行为监管、费用控制、基金管理等职责相适应的经办队伍。

第二十八条 深化医保支付方式改革,建立完善经办机构和定点医疗机构之间的谈判协商机制与风险分担机制。全面落实医

保基金预算管理、总额控制和超支分担制度,完善总额控制指标确定、分配和动态调整机制,实行以按病种付费为主,以按人头付费、按床日付费、按服务单元付费等为辅的复合型付费方式,引导医疗机构主动控制成本,规范诊疗行为。

第二十九条 经办机构应当细化医疗服务协议,实施医疗费用统一结算。建立管理和考核奖惩制度,强化对定点医疗机构医疗总费用、次均医疗费用、个人负担医疗费用等指标的监控,按年度披露相关信息,引导居民自主选择就医。

参保居民应自觉遵守医疗保险政策规定,服从定点医疗机构就医管理的有关规定。

第三十条 市人力资源社会保障部门应当建立医疗服务和基金使用情况第三方评估机制。完善定点医疗机构分级管理考核办法,建立信用档案数据库,全面推行医保执业医师制度。

第三十一条 定点医疗机构应当严格执行居民基本医疗保险各项政策规定,认真履行医疗服务协议,全面落实医保医师管理和医师处方、检查、治疗等信息实时上传制度。

严格执行基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、高值医用耗材目录和医疗服务设施范围目录。在使用目录外药品、医用材料、诊疗项目时,应告知患者或其亲属;未履行告知义务的,发生的费用由定点医疗机构承担。

第五章 基金管理和监督

第三十二条 居民基本医疗保险基金实行市级统筹。建立市级调剂金制度。市级统筹基金调剂金比例不低于当年筹资总额的20%。各县(区)滚存结余基金实行市级管理,按规定用于弥补本县(区)基金缺口。

统筹基金当年结余率控制在15%以内,累计结余一般不超过当年统筹基金的25%。

第三十三条 居民基本医疗保险基金严格实行收支两条线、纳入财政专户管理,专款专用,任何单位和个人不得挤占、挪用。

第三十四条 市和各县(区)应当建立和完善社会保障基金监督委员会,对居民基本医疗保险基金的收支、管理和运行情况实施社会监督。

第三十五条 落实居民就医报销公示制度,经办机构在居民参保地社区、村居公开报销信息,接受社会监督。

第三十六条 人力资源社会保障部门负责对居民基本医疗保险基金的收支、管理和使用情况进行监督检查。加大对违规支付、骗取和协助骗取居民基本医疗保险基金等问题的查处力度。

财政、审计部门按照各自职责,对居民基本医疗保险基金的收支、管理和运营情况实施监督。

第三十七条 经办机构负责居民基本医疗保险基金预决算草案的编制、基金筹集、会计核算和居民基本医疗保险费用的结算支

付等工作。建立健全内部管理制度,适时开展基金运行情况分析和风险预测预警,加强基金收支管理,确保居民基本医疗保险规范运行。定期公布基金收入、支出、结余情况,接受人力资源社会保障、财政、审计等相关部门的监督检查。

第三十八条 任何组织或者个人可对违规使用、骗取居民基本医疗保险基金行为进行举报、投诉。经查证属实的,对举报人的奖励金额按查证属实的违法违规金额的1%予以奖励,最多不超过5000元。对举报案情重大,且一次性追回社会保险基金超过50万的,对举报人按追回基金的1%增发奖金,最多不超过10000元。所需资金由同级财政列支。

第三十九条 经办机构及医疗机构、药品经营单位等社会保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金的,由人力资源社会保障部门责令退回骗取的医疗保险基金,处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款;属于医疗机构、药品经营单位的,解除服务协议;直接负责的主管人员和其他直接责任人员有职业资格的,依法吊销其执业资格,并按规定给予处分;情节严重构成犯罪的,依法追究刑事责任。

个人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险待遇的,由人力资源社会保障部门责令退回骗取的医疗保险金,处骗取基金额2倍以上5倍以下的罚款;情节严重构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第四十条 国家工作人员在医疗保险管理、监督工作中滥用

职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分；情节严重构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 附 则

第四十一条 居民基本医疗保险个人缴费和财政补助标准及待遇水平需调整时，由市人力资源社会保障部门会同市财政等部门提出具体方案，经市政府同意后执行。本市居民医疗保险有关规定与本办法不一致的，按本办法执行。

第四十二条 本办法自 2017 年 1 月 1 日起实施，有效期至 2020 年 12 月 31 日。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委办公室，市中级人民法院，市检察院，滨州军分区。

滨州市人民政府办公室

2017 年 1 月 1 日印发
