

滨州市人民政府文件

滨政发〔2014〕18号

滨州市人民政府 关于印发《滨州市居民基本医疗保险 暂行办法》的通知

各县(区)人民政府,滨州经济开发区、高新区、北海经济开发区管委会,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暂行办法》已经2014年9月29日市政府第34次常务会议讨论通过,现印发给你们,请认真贯彻执行。

滨州市人民政府

2014年10月20日

滨州市居民基本医疗保险暂行办法

第一章 总 则

第一条 为统筹城乡居民基本医疗保险制度,健全完善居民基本医疗保险体系,保障居民基本医疗需求,根据国家和省有关规定,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。

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,医疗保障水平与经济社会发展水平相适应;

(二)总体规划,统筹城乡,整合资源,提高效率;

(三)政府引导,自愿参保,互助共济,城乡居民公平享有基本医疗保险待遇;

(四)市级统筹、分级管理,相互衔接、协调发展;

(五)个人缴费与政府补助相结合、权利和义务相对等、待遇与缴费挂钩;

(六)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)(含滨州经济开发区、滨州高新技术产业开发区和北海经济开发区,下同)政府(管委会)负责辖区内居民基本医疗保险的组织实施工作;乡镇(街道)政府(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。

公安部门负责参保人员的户籍认定工作。

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、残联、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元标准纳入财政预算。乡镇(街道)经办机构工作经费由县(区)、乡镇(街道)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筹资制度,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)个人缴费设两个档次。一档为每人每年200元,二档为每人每年100元,逐步向一个档次缴费过渡。

参保人员原则上以家庭为单位任选缴费档次,享受对应的基本医疗保险待遇。有条件的县(区)可统一缴费档次,以县(区)为单位从中确定一个档次缴费。

全日制高等院校学生统一按二档缴费。

(二)市、县级财政应将居民基本医疗保险的政府补助纳入年度预算安排,并确保及时、足额拨付到居民基本医疗保险基金专户。2015年各县(区)居民基本医疗保险筹资标准不低于460元,其中政府补助不低于360元,中央、省财政补助后的差额部分由市和各县(区)财政分担。

建立正常调整机制,根据我市经济发展水平、居民收入状况、医疗消费需求等情况,适时调整政府补助和缴费标准。

(三)对农村五保供养对象、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资助,按一档缴费标准缴费。

(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,自出生之日起享受相应缴费档次的居民基本医疗保险待遇。

第八条 鼓励乡镇(街道)政府(办事处)、村(居)委会对本辖区居民参保缴费予以资助。有条件的用人单位可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收缴:

(一)全日制高等学校在校学生的基本医疗保险费由所属学校负责收缴;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(街道)政府(办事处)负责收缴。

(三)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 各代收单位应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 参保人员应当按年度足额缴费。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)可确定具体缴费起止时间,集中征缴。参保人员应于集中缴费期内缴纳基本医疗保险费。缴费档次一经确定,年度内不予变更。

中断缴费或超过年度缴费期缴费的,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 参保人员在定点医疗机构就医发生的住院医疗费、普通门诊医疗费和门诊特殊疾病医疗费由居民基本医疗保险基金按本办法规定予以支付。

第十三条 居民基本医疗保险执行省人力资源社会保障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。

第十四条 参保人员住院设起付标准和年度支付限额,起付标准以下医疗费用由个人负担,起付标准以上医疗费用由个人和居民基本医疗保险基金按比例分担。

第十五条 参保人员在乡镇卫生院(社区卫生服务中心)住院按市政府有关规定执行。

第十六条 参保人员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。

第十七条 一个自然年度内,参保人员在市内定点医疗机构发生的住院医疗费用(住院分娩除外),居民基本医疗保险基金按照以下标准予以支付。

(一)居民基本医疗保险年度住院费用(含特殊疾病门诊医疗费用)最高支付限额为15万元。

(二)居民基本医疗保险待遇水平与个人缴费挂钩。参保人员按本办法第七条规定的一档标准缴费的,政策范围内医疗费用报销比例为二级医院75%、三级医院55%;按照二档标准缴费的,报销比例相应降低10%。

(三)参保人员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,同时将住院费用报销比例提高5%。

(四)全日制高等学校在校学生住院享受一档缴费医疗保险待

遇。

第十八条 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。

第十九条 参保人员住院分娩实行定额报销,剖宫产报销 2000 元,自然分娩报销 500 元。有合并症或并发症者,按正常住院比例支付。

第二十条 参保人员因病情确需转往市外定点医疗机构(含与市、县(区)经办机构签订服务协议的市外民营医疗机构)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,可由定点医疗机构开具转院证明,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。

第二十一条 外地务工、上学等长期异地居住的参保人员,可选择一家当地二级以上(含二级)公立医院就医,填写《滨州市居民基本医疗保险异地居住就医定点医院登记表》,凭临时居住证、工资发放证明或学生证等证明材料,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,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,按本办法第二十条执行。

第二十二条 建立居民基本医疗保险门诊统筹制度,参保人员因普通门诊诊疗和患特殊疾病需在门诊长期医疗的,发生的医疗费用纳入居民基本医疗保险基金支付范围。具体办法由市人力资源社会保障部门协同有关部门另行制定。

第二十三条 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。

第二十四条 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解决。

第二十五条 因本人吸毒、打架斗殴、自杀、自残、酗酒以及医疗事故等原因进行治疗发生的医疗费用,居民基本医疗保险基金不予支付。

因交通事故、刑事案件中被伤害或其他责任事故等第三人支付或者无法确定第三人的,按《中华人民共和国社会保险法》第三十条执行。

第二十六条 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

第二十七条 居民基本医疗保险实行定点医疗管理,市人力资源社会保障部门应按市场竞争、公开公平、方便参保人员就医的原则,在滨州市区和各县(区)分别确定定点医疗机构,并向社会公布,由参保人员自主选择就医。

建立定点医疗机构准入和退出机制,实施动态管理。在全市逐步实行基层首诊和双向转诊制度,对未执行首诊就医管理的参保人员,可适当提高个人支付比例,引导参保人员到基层就医,基本实现小病就医在基层,大病就医不出县。

加强经办机构建设,合理配置经办资源,优化队伍结构,提升业务技能,实现精细化管理。

第二十八条 参保人员持社会保障卡到参保地定点医疗机构就医并即时结算。其中发生的应由居民基本医疗保险基金支付的费用,由经办机构与定点医疗机构按协议及时、足额结算。

第二十九条 人力资源社会保障部门应建立全市统一的居民基本医疗保险信息管理系统,建设功能完善、互联互通、资源共享、统一高效的区域基本医疗保险信息化平台,完善系统服务功能,提高服务效率和质量。加大信息系统建设和长期运行维护投入,形成稳定可靠的政府投入机制。

第三十条 居民基本医疗保险基金预算管理和费用结算相结合,实行付费总额控制。进一步深化医保付费方式改革,在总额控

制的基础上,结合门诊统筹积极推行按病种(病组)付费、按人头付费、按床日付费、总额预付等支付方式,引导医疗机构主动控制成本,规范诊疗行为。

按照“结余留用、超支分担”原则,统筹考虑物价水平、参保人员医疗消费水平等因素,科学划定不同级别和类别定点医疗机构基金支付年度总额控制目标,确定居民基本医疗保险基金和定点医疗机构对结余资金和超支费用的分担办法,控制医疗费用不合理增长,切实维护好参保人员的合法权益,充分调动医疗机构和医务人员合理控制医疗费用的积极性。

第三十一条 市、县(区)经办机构应与定点医疗机构签订医疗服务协议,明确各自的权利和义务;科学制定就医服务流程和医疗费用结算支付办法,细化定点服务协议;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考核。通过医疗服务协议和制度管理,加强对医疗服务行为的监管。

经办机构应定期公布定点医疗机构次均住院费用、日均住院费用等指标,指导居民自主选择就医。

第三十二条 定点医疗机构应建立、完善居民基本医疗保险内部管理制度,成立管理机构,配备专门工作人员,严格执行居民基本医疗保险各项政策规定和医疗服务协议,全面做好内部管理工作。严格执行居民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。落实综合措施,积极促

进合理检查、合理用药,全面执行定点医师管理、定点医师处方实时上传、检查等信息上传制度。积极配合人力资源社会保障部门建立居民基本医疗保险信息管理系统,按规定及时结算由医疗保险支付的医疗费用。落实居民就医报销公示制度,公开报销信息,接受社会监督。

第五章 基金管理和监督

第三十三条 居民基本医疗保险实行市级统筹,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。

建立市级调剂金制度,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。市级统筹基金调剂金比例不低于当年筹资总额的20%。积极创造条件,逐步向市级统收统支过渡。

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%。

第三十四条 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。落实预决算制度、财务会计制度和定期审计制度。

第三十五条 市、县(区)应建立和完善社会保障基金监督委员会,掌握、分析居民基本医疗保险基金的收支、管理和运行情况,对居民基本医疗保险工作提出咨询意见和建议,实施社会监督。

第三十六条 任何组织或者个人可对违规使用、套取居民基本医疗保险基金行为进行举报、投诉。

第三十七条 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。

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。

第三十八条 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、审计部门的监督检查。

第三十九条 居民基本医疗保险向全市统收统支过渡期间实行“统一政策、分级管理”的经办服务体制。

市级经办机构负责本市行政区域内定点医疗机构的监督管理和定期稽查,监督、指导各县(区)经办机构落实各项经办业务。各县(区)经办机构负责辖区内居民基本医疗保险基础数据录入和基本医疗保险费收缴等经办服务工作,承担辖区内城乡居民就医医疗费用的费用审核、待遇支付和监督管理等工作。

第六章 附 则

第四十条 居民基本医疗保险的筹资标准和待遇水平,根据

我市经济社会发展、居民收入和医疗服务水平的不断提升作相应提高。调整工作由市人力资源社会保障部门会同财政等部门提出意见,报市政府批准后实施。

第四十一条 本办法由人力资源社会保障部门组织实施。有关配套政策由市人力资源社会保障部门会同相关部门另行制定。

第四十二条 本办法自 2015 年 1 月 1 日起实施,有效期至 2016 年 12 月 31 日。市政府和有关部门之前发布的城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗有关规定与本办法不符的,以本办法为准。

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

2014年10月20日印发
