

# 滨州市人民政府文件

滨政发〔2021〕3号

---

## 滨州市人民政府 关于印发《滨州市城乡居民基本医疗保险办法》的通知

各县(市、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:

《滨州市城乡居民基本医疗保险办法》已经2021年1月11日市政府第73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

2021年2月3日

(此件公开发布)

# 滨州市城乡居民基本医疗保险办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为健全完善城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)制度,保障城乡居民基本医疗需求,根据《中华人民共和国社会保险法》,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)国家、省和本市规定的其他人员。

**第三条** 居民医保遵循以下原则:

应保尽保、保障基本,稳健持续、防范风险,市级统筹、分级管理,以收定支、收支平衡、略有结余,权责一致、公平互助。

**第四条** 医疗保障部门是居民医保的行政主管部门,负责居民医保的政策制定、指导协调和监督管理工作;其所属的基本医疗保险经办机构(以下简称医保经办机构)具体负责经办工作。

各县级政府按职责分工负责辖区内居民医保的组织实施工作;乡镇(街道)政府(办事处)负责居民医保的政策宣传、参保登记、材料审核、信息录入等工作。

发展改革部门负责将居民医保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医保财政补助政策,安排政府补助资金预算并拨付,对居民医保基金收支、管理和运营情况实施监督。

税务部门负责居民医保费的征缴。

审计部门按照职责对居民医保基金的收支、管理和运营情况实施审计和监督。

卫生健康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医保政策情况的监督,负责80岁以上老年人的资格认定及信息申报。

公安部门负责提供居民户籍信息,协助医疗保障部门开展参保人员相关意外伤害的调查认定工作。

教育部门负责协助做好在校学生、托幼机构在册儿童参保的政策宣传及组织工作。

扶贫部门负责建档立卡贫困人口的资格审查和信息申报。

民政部门负责特困供养人员、城乡最低生活保障对象、孤儿及事实无人抚养儿童的资格审查及信息申报。

残联负责重度残疾人的资格审查及信息申报。

新闻媒体负责居民医保政策公益宣传工作。

人力资源社会保障、市场监管部门按照各自职责做好居民医保的相关工作。

**第五条** 县(市、区)、乡镇(街道)医保经办机构开展日常工作所需经费,由各县(市、区)按服务人口每人每年不低于1元标准纳入财政预算。市医保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** 居民医保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** 居民医保实行年缴费制度,按照个人缴费和政府补助形式,全市统一筹集居民医保基金。

(一)个人缴费和政府补助标准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,逐步建立正常调整机制。

(二)居民医保政府补助资金由市、县两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(市、区)分担。

(三)建档立卡贫困人员、特困供养人员(含孤儿及事实无人抚养儿童)、城乡最低生活保障对象、重度残疾人、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,参加居民医保的个人缴费部分,所在县级政府应当按照相关规定予以

全额资助。各有关部门按照职责与税务部门、财政部门、医保经办机构做好人员信息动态对接。

(四)新生儿出生后自动获取居民医保参保资格,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医保待遇。

(五)居民不得跨统筹地区重复参加基本医疗保险并享受待遇。

**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** 居民医保费由税务部门负责征缴,相关部门和单位按职责协助。

(一)居民以家庭为单位参保缴费,由其户籍所在地乡镇(街道)政府(办事处)负责组织。

(二)高等院校(含高级技校、职业院校)负责组织在校学生参保缴费。

(三)税务部门可委托金融机构、基层代办点等代收居民医保费。

(四)鼓励居民通过微信、手机银行、自助业务机等方式个人缴费。

**第十条** 税务部门应及时更新参保人员信息,与医保经办机构建立参保人员信息更新、比对、纠错工作机制,实现常态化信息

共享交换。

**第十一条** 居民应当按年度连续参保缴费。每年10月1日至12月31日为下年度居民医保集中参保缴费期。各县(市、区)可结合本地实际集中征缴,辖区居民应于集中缴费期内缴纳个人医疗保险费。超过当年集中缴费期缴费的,需全额缴纳包括政府补助在内的基本医疗保险费,缴费记账成功之日起进入90天过渡期,过渡期内住院费用报销比例减半执行。

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);不予补缴的,适当降低医保待遇。

未缴费期间发生的医药费用,居民医保基金不予支付。

### 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普通门诊待遇、住院待遇、门诊慢性病待遇。参保人员住院期间暂停门诊待遇和门诊慢性病待遇。

一个年度内,基本医疗保险基金最高支付限额为20万元。

根据医保基金收支情况,报销比例、支付限额等医保待遇可适当调整。

#### **第十三条** 普通门诊待遇

(一)门诊医疗不设起付线,政策范围内医药费每年限额400元,按50%比例报销。一年内未发生门诊费用的,次年报销比例

提高到70%。

(二)参保人员以县(市、区)为单位按照就近原则,选择一级定点医疗机构,实行签约服务。对医疗机构按人头付费、总额包干。

(三)高血压、糖尿病门诊用药纳入基本医保门诊支付范围。

#### **第十四条 住院待遇**

(一)居民住院政策范围内医疗费用的起付标准为:一级医院200元/次、二级医院500元/次、三级医院1000元/次。一个年度内,在二、三级医院第三次住院起,取消起付线。

(二)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,一、二、三级医疗机构按项目付费的医保基金支付比例分别为90%、75%、50%。

(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医保支付范围,同时将住院费用基金支付比例提高5%。

(四)参保人员因无责任人的意外伤害发生的住院医疗费用,按普通疾病纳入基本医疗保险保障范围。

#### **第十五条 门诊慢性病待遇**

参保人员因门诊慢性病发生的门诊医药费用由居民医保基金支付。具体办法由市医疗保障部门另行制定。

**第十六条** 居民医保执行省医疗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,居民医保基金不予支付。

**第十七条** 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。

**第十八条** 参保人员因病情需转往市外定点医疗机构住院治疗的,应由参保地二级以上定点医疗机构办理转诊转院手续,并报县(市、区)医保经办机构备案。参保人员申请到市外住院就医的,县、乡级医保经办机构按规定办理异地就医联网备案手续。

在市外定点医疗机构住院发生的政策范围内医疗费用,经过备案确认的,个人首先自付比例为 5%,未备案确认自行市外就医的,个人首先自付比例为 10%;再按市内三级医院住院起付标准和报销比例执行。市外就医联网结算的,执行就医地医保目录,参保地报销比例;市外就医未联网结算的,执行参保地医保目录和报销比例。

**第十九条** 异地居住 6 个月及以上的参保人员,凭居住证、工资发放证明、学生证或书面个人承诺,在参保地县、乡级医保经办机构备案登记,可享受我市同等级别医院住院医保待遇。符合规定的门诊慢病费用可异地联网报销或返回参保县(市、区)报销。

未办理以上手续在异地住院的,按本办法第十八条执行。

**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。做好居民医保、大病保险和医疗救助制度的衔接,建立信息共享机制,实行居民医保、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、县两级按照有关规定另行处理。

**第二十二条** 下列情形居民医保基金不予支付:

- (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)其他不符合居民医保基金规定支付范围的医疗费用。

**第二十三条** 居民医保关系转出我市、转为职工医保或参保人员死亡的,居民医保关系自动终止,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** 居民医保实行定点医疗管理。对定点医药机构实施动态协议管理。县(市、区)医保经办机构应与本辖区内定点医药机构签订医药服务协议,明确各自的权利和义务。制定定点医药机构履行协议考核办法,突出行为规范、服务质量和费用控制综合评价,完善定点医药机构退出机制。

**第二十五条** 参保人员就医时,应出示医保电子凭证或社会保障卡。医疗机构工作人员须认真核对人员身份。支持通过多种渠道识别核对身份。

参保人员医疗终结后,只支付应由个人负担的医药费,其余费用由医保经办机构与定点医疗机构按协议及时足额结算。

参保人员发生的由基本医疗保险基金支付的医药费用(含门诊、住院),最迟应于次年的6月30日前报结,逾期不予支付。

**第二十六条** 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。

**第二十七条** 全市推行基层首诊、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。

**第二十八条** 建立医疗服务实时智能监控网络系统,实现医疗服务信息事前提示、事中监控预警、事后责任追溯。完善对医疗服务的监控机制,建立信息披露强制制度,依法依规向社会公开定点医疗机构住院医药总费用、次均医药费用、个人负担医药费用等指标信息。

**第二十九条** 持续深化医保支付方式改革。完善医保基金总额预算办法,健全医保经办机构和定点医疗机构之间的谈判协商机制。全面落实医保基金总额控制,推行以按病种付费为主,以按项目付费、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。

**第三十条** 定点医疗机构应严格执行居民医保各项政策规定,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,定期开展医保政策及经办业务培训。

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,应当告知患者或其亲属。

**第三十一条** 市医疗保障部门应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。

**第三十二条** 加强医保经办能力建设。将医保经办业务作为社会公共服务的重要事项,实行一体化管理,通过职能下沉、信息共享、网络服务、网格管理等措施,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 etc 职责相适应的医保经办服务体系。

## 第五章 基金管理和监督

**第三十三条** 居民医保基金实行市级统筹。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%。

各县(市、区)滚存结余基金实行市级管理,按规定用于弥补本县(市、区)基金缺口。

**第三十四条** 居民医保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。

因自然灾害、重大疫情等因素造成的大范围急危重症救治发生的医药费用,实行医保基金应急预付。基金出现支付不足时,县级以上人民政府给予补贴。

**第三十五条** 建立居民医保风险储备金。每年初按当年居民

医保预算收入的5%提取本年度居民医保风险储备金,全市统筹使用。

对完成征缴计划任务、当年医保基金收不抵支的县(市、区),经市医保、财政部门批准可动用历年滚存结余资金;滚存结余资金不足的,由居民医保风险储备金和县级财政按4:6的比例分担。市级居民医保风险储备金出现缺口时,按照分级负担的原则,由市财政、医保部门结合当年基金执行、财力情况提出意见,报市政府批准后执行。

对未完成征收计划、当年基金出现缺口的县(市、区),经市医保、财政部门同意,由本县(市、区)滚存结余资金解决;滚存结余资金不足的,由本县(市、区)财政解决。

**第三十六条** 医疗保障部门负责对居民医保基金的收支、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医保基金等问题的查处力度。

**第三十七条** 医保经办机构负责居民医保基金预决算草案的编制、基金筹集、会计核算和居民医保费用的结算支付等工作。建立健全内控制度,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,确保规范运行。每年公布基金收入、支出、结余情况,接受医疗保障、财政、审计部门的监督检查。

**第三十八条** 任何组织或者个人可对违规使用、骗取居民医保基金行为进行举报、投诉。经查证属实的,按欺诈骗保行为类别对举报人进行奖励。所需资金由同级财政列支。

**第三十九条** 医保经办机构及医疗机构、药品经营单位等医疗保障服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金的,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,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,依据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规规章,严肃处理。

## 第六章 附 则

**第四十条** 居民医保个人缴费和财政补助标准及待遇水平需调整时,由市医疗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。

**第四十一条** 本办法自2021年2月3日起实施,有效期至2026年2月2日。

有效期内国家和省如果出台新的居民医保政策从其规定。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。

---

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，市中级人民法院，市检察院，滨州军分区。  
各民主党派市委(总支部)，市工商联。

---

滨州市人民政府办公室

2021年2月5日印发

---