



# 认真审查文件内容 确保《办法》合法可行

## ——就《滨州市城乡居民基本医疗保险办法》出台访市司法局党组书记、局长李玉会

滨州日报/滨州网记者 李伟伟 通讯员 刘顺芝 李香玲

记者:近日我市制定公布了《滨州市城乡居民基本医疗保险办法》(以下简称《办法》),请谈谈《办法》制定的必要性?

李玉会:现行的《滨州市居民基本医疗保险办法》于2020年12月31日到期。2020年,中央和省就居民基本医疗保险制度出台了新的文件,对医疗保障工作的基本原则、待遇保障、筹资机制、支付监管、经办服务等提出了新的要求,需要参照国务院、省政府办公厅相关文件,结合我市实际情况。

记者:《办法》修订的依据和主要内容有哪些?李玉会:《办法(修订草案)》主要是根据《中华人民共和国社会保险法》等有关法律,参照国务院、省政府办公厅相关文件,结合我市实际情况。

《办法(修订草案)》共六章41条。重点修改了以下内容:一是进一步明确部门职责,明确由税务部门负责居民基本医疗保险费的征缴,明确卫健、教育、民政等部门各自履行职责。二是增加医保缴费过渡期内住院医药费用报销比例减半执行规定。

三是基本医疗保险基金最高支付限额提高到20万元。四是“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%。”

五是取消一个年度内,在二、三级医院第三次住院起付线。六是增加“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院医疗机构住院医药总费用、个人负担医药费用等指标信息”内容。七是增加“因自然灾害、重大疫情等因

素造成的大范围危急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”内容。

八是建立居民医保风险储备金制度。每年初按当年居民基本医疗保险预算收入的5%提取本年度居民医保风险储备金,全市统筹使用。

记者:该《办法》具体的制定过程?李玉会:《办法》已列入市政府2020年规范性文件制定计划。市医保局在充分调研、广泛征求市直相关部门和有关企业意见和建议的基础上,结合我市实际,形成了《办

法(修订送审稿)》报我局审查。2020年11月,我局将《办法(修订送审稿)》在中国滨州网站全文刊登向社会征求意见。2020年12月1日,我局组织召开座谈会,对《办法(修订送审稿)》进行了修改完善。按照市政府规范性文件制定程序规定和技术规范,我就文件主要内容的合法性、合理性和可操作性等进行了认真审查,对有关内容进行了修改,形成《办法(修订草案)》。经审查认为,《办法(修订草案)》的起草依据均为现行有效的法律、法规和政策,内容符合上位法规定和我市实际,具有较强的针对性和可操作性。

# 体现以人民为中心理念 逐步改善提高医保待遇

## ——就《滨州市城乡居民基本医疗保险办法》出台访市医疗保障局局长王景军

滨州日报/滨州网记者 李伟伟 通讯员 李元新

记者:市政府颁布的《办法》是今后一个时期我市广大居民参加医疗保险、享受医保待遇的一项基本制度。请您介绍一下这个文件出台的背景。

王景军:我市居民基本医疗保险制度是由新型农村合作医疗制度与城镇居民基本医疗保险制度整合而来的。2015年正式实施以来,最大限度地保障了居民基本医疗需求,大大减轻了居民医药负担,赢得城乡居民积极拥护和广泛参与。目前,居民医保参保人数稳定在310万人以上,覆盖率达到95%以上。

经过几年的运行,居民医保制度也暴露出一些问题,需要进一步完善。一是现行的《滨州市居民基本医疗保险办法》于2017年实施,有效期已满,需要根据居民医保政策执行情况修订后重新发布。二是2018年底新一轮政府机构改革启动实施,对有关部门、机构在居民医保工作中的职责进行了调整,如居民医保费的征缴职能划转到税务部门等。三是中央发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》,确定了以人民健康为中心的指

思想,对医疗保障工作的基本原则、待遇保障、筹资机制、支付监管、经办服务等提出了新的要求,需要尽快贯彻落实。四是2017年以来,居民医保的参保缴费、待遇水平、经办服务及基金监管等方面发生了一些变化,需要对现行的政策进行适当调整。因此,在保持政策连续性和稳定性的前提下,对原有的居民医疗保险政策进行修订完善十分必要。

记者:《办法》与原来的政策相比有哪些变化?

王景军:《办法》在保持政策连续性和稳定性的前提下,对相关规定进行了调整。

一是进一步体现以人民为中心的理念,医保待遇逐步改善提高。如我市居民医保基金年度支付限额由原来的15万元调整为20万元,达到全市居民人均可支配收入的7.6倍,高于国家和省提出的6倍目标。取消门诊个人账户,实行门诊统筹,发挥互助共济作用,门诊医药费年度限额400元,按50%报销;将居民高血压、糖尿病患者门诊用药纳入保障范围,报销比例50%,医保基

金年度支付限额分别为300元、400元、500元;居民市外就医首先自付比例由原来的10%、20%降为5%、10%。符合规定的意外伤害住院费用,由原来的报销比例减半,调整为与普通疾病执行相同的报销比例。这些措施将进一步减轻居民的医疗负担。

二是体现医保政策上下统一的制度优势。2020年3月中央发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》,各地必须结合实际深入贯彻落实。新一轮政府机构改革实施,有关部门承担的医保职能相应调整。如医保征缴职能划转税务部门,特殊群体保障职能进一步强化,相关职能部门需要紧密协作。

三是强化医保基金风险防控机制。强化医保筹资与待遇调整要与本市社会经济发展水平相适应,逐步建立筹资与待遇挂钩调整的常态化机制。专门增加了居民医保风险储备金的规定,明确风险储备金的筹集、管理和使用规则,体现分级管理的职责。

四是体现疫情防控的责任担当。《办法》增加了疫情防控的内容:因自然灾害、重大疫情等因素造成的大范围危急重症救治发生

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。

记者:制度的生命在于落实。全面贯彻执行《办法》有哪些措施?

王景军:为确保《办法》的全面贯彻落实,采取以下措施:一是全面深入持久地开展医保政策宣传工作。有针对性地采取多种形式宣传居民医保政策规定,努力让政策进村入户,人人知晓,提升和保持居民参保积极性。强化互助共济、化解风险、理性就医、合理消费、节约费用等理念的引领和普及。

二是精心组织居民参保缴费工作,务求应保尽保。参保缴费是依法享受医保待遇的根本前提。既要发动组织好整体的参保缴费,又要突出外来人员、医保扶贫各类享受政府补助人员等特殊群体的登记缴费。

对于村居、学校以集体参保为主,分散居住的居民可以通过税务部门指定的金融机构及网上银行、微信、支付宝等渠道缴费。各级医保部门及医保经办机构要超前谋划,积极主动与有关部门沟通协调,共同做好居民医保的参保缴费工作。

三是高水平开展居民医保制度的运行分析。坚持开展居民医保制度运行季度分析,找准风险点,查找不利因素,提出应对措施,确保制度平稳健康运行。抓好基础数据的搜集、整理、分析,深入推行医保精算,逐步建立规范、科学的居民医保筹资机制。

四是加强对医保基金使用的管控。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、事后责任追究。积极推进医保支付方式改革,建立完善医保经办机构与定点医疗机构之间的谈判协商机制与风险分担机制。强化对定点医疗机构医疗费用总费用、次均医疗费用、个人负担医疗费用等指标的监控,定期披露相关信息,扩大社会监督。

五是持续加大对各种欺诈骗保行为的查处打击力度。医保基金是参保居民的救命钱,是保障群众健康的坚实支撑。决不允许任何单位、组织和个人以任何形式非法侵占。通过加强各种形式监管,完善落实内控制度,严厉查处打击各种欺诈骗保行为,保障基金安全。

BZCR—2021—0010001

# 滨州市城乡居民基本医疗保险办法

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,各直属开发区管委会,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

### 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规定的监督,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、托幼机构在园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元的标准纳入财政预算。市医保经办机构所需经费由市政府予以保障。

### 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居民医保费;(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县(市、区)分担。(三)建档立卡贫困人口、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)高等院校通过微信、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。

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,辖区居民应当在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,缴费到账成功之日起进入90天过渡期,过渡期内住院医疗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疗医疗机构就诊的,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院住院治疗治疗的,应由参保地二级以上定点医院办理转诊转院手续,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。

在市外定点医院住院发生的政策范围内医疗费用,经备案确认的,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医保待遇。符合规定的门诊慢性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。对定点医疗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疗机构签订医药服务协议,明确各自的权利和义务。制定定点医疗机构履行协议考核办法,突出行为规范、服务质量 and 费用控制综合评价,完善定点医疗机构退出机制。

第二十五条 参保人员就医时,应出示医保电子凭证或参保人保障卡。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障政策规定,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、事后责任追究。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院医疗机构住院医药总费用、次均医疗费用、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,健全医保经办机构与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,应当告知患者或其家属。

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、基金管理等工作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危急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、当年医保基金收支不抵支的县(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。

对未完成征缴计划、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算草案的编制、基金筹集、会计核算和居民医保费用的结算等工作。建立健全内控制度,开展基金运行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》等法律法规处理,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。

滨州市人民政府办公室  
2021年2月5日印发