

YTCR-2017-0010001

烟台市人民政府令

第 138 号

《烟台市职工基本医疗保险实施办法》《烟台市居民基本医疗保险实施办法》已经 2017 年 10 月 23 日市政府第 12 次常务会议研究通过，现予公布，自 2018 年 1 月 1 日起施行。继续执行《烟台市城镇职工生育保险市级统筹实施办法》（烟台市人民政府令第 123 号），有效期至 2020 年 12 月 31 日。

市 长



2017 年 11 月 1 日

烟台市职工基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市职工基本医疗保险制度,增强医疗保险基金抗风险能力,提高医疗保障水平,维护职工合法权益,根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44号)和《山东省建立城镇职工基本医疗保险制度实施方案》(鲁政发〔1999〕94号)等有关规定,结合我市实际,制定本办法。

第二条 职工基本医疗保险实行市级统筹,并坚持以下原则:

(一)医疗保险水平与本市经济发展水平和各方面承受能力相适应;

(二)基金按“以收定支,收支平衡,略有结余”筹集使用;

(三)基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合;

(四)基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担,退休人员不缴纳基本医疗保险费;

(五)本市行政区域内所有用人单位及其职工均要参加基本医疗保险;

(六)全市范围内统一参保范围和项目、统一缴费标准、统一待遇水平、统一基金管理、统一经办流程、统一信息管理。

第三条 本市行政区域内的机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工(含建国前老工人),城镇个体经

济组织业主及其从业人员和灵活就业人员,均应参加职工基本医疗保险。

第四条 基本医疗保险基金支付范围包括住院医疗费用、慢性病门诊医疗费用、个人账户金。

第五条 市人力资源社会保障行政部门是我市社会保险行政部门,主管全市职工基本医疗保险工作。各县市区人力资源社会保障行政部门应继续做好本辖区内医疗保险基金征缴、待遇支付等工作。各级卫生计生、财政、物价、食品药品监管、审计等部门应按照各自职能,协同人力资源社会保障行政部门做好本办法的组织实施工作。

第二章 基金征缴

第六条 基本医疗保险费实行按月缴纳。用人单位应按本单位在职职工工资总额的 7%缴纳基本医疗保险费,在职职工按本人工资总额的 2%缴纳。市人力资源社会保障部门可根据经济发展、基金收支状况及上级政策调整等情况,适时调整缴费比例。基本医疗保险费与其他社会保险费实行集中、统一征缴。

基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户基金构成。用人单位缴纳的基本医疗保险费 35%左右划入个人账户基金,其余部分划入统筹基金;划入个人账户基金的比例,可根据基金的收支情况适时调整。职工缴纳的基本医疗保险费全部划入个人账户基金。灵活就业人员只需缴纳划入基本医疗保险统筹基金部分的医疗保险费,不建立个人账户。

第七条 破产企业应按照《中华人民共和国企业破产法》及有关规定，优先偿付欠缴的基本医疗保险费，并按烟台市上年度离休人员（含建国前参加革命工作的老工人，下同）一至六级革命伤残军人、退休人员基本医疗保险人均支付额，一次性向医疗保险经办机构缴纳 10 年的基本医疗保险费；关闭、注销的企业也应按照上述办法为离休人员、一至六级革命伤残军人一次性缴纳 10 年的基本医疗保险费，专项用于保障上述人员的基本医疗保险待遇。

第八条 参加职工基本医疗保险的人员，其基本医疗保险缴费年限（含视同缴费年限）男不满 25 年、女不满 20 年的退休后不享受基本医疗保险待遇和大额救助；本人自愿，可在退休时按本人工资 9%的比例一次性补齐男 25 年、女 20 年的基本医疗保险费，补缴的年限不计发个人账户金；退休时，无当年缴费基数，以上年度全省在岗职工平均工资的 60%为基数缴纳。

第三章 统筹基金的支付范围和标准

第九条 基本医疗保险统筹基金支付范围包括住院医疗费用、慢性病患者的门诊医疗费用等。统筹基金支付范围应该符合国家、省、市基本医疗保险药品目录、诊疗项目及服务设施目录范围和支付标准及社会保险法律、法规有关规定。

第十条 新参保及中断缴费一年以上重新参保的职工依法参加基本医疗保险并连续缴费满 6 个月（不含补缴年限）的，按规定享受基本医疗保险待遇；连续缴费不满 6 个月的，不享受基本

医疗保险待遇。中断缴费不满一年的，重新参保缴费后按规定享受待遇。中断缴费人员缴费中断期间不享受基本医疗保险待遇。

第十一条 在职职工在一个医疗年度（自然年度）内，因病每次住院的医疗费用（不含不予从统筹基金中支付的费用），在起付标准以上的部分，根据医院级别实行分段累进制报销：一级医院，起付标准以上至最高支付限额的部分按 90% 支付；二级医院，起付标准至 10000 元（含）的部分按 85% 支付、10000 元以上至最高支付限额的部分按 90% 支付；三级医院，起付标准至 5000 元（含）的部分按 80% 支付、5000 元至 10000 元（含）的部分按 85% 支付、10000 元以上至最高支付限额的部分按 90% 支付。退休人员在上述支付比例的基础上再提高 5%。

第十二条 职工基本医疗保险统筹基金的住院起付线标准为：一级医院 200 元，二级医院 500 元，三级医院 800 元；恶性肿瘤患者，在一个医疗年度内多次因放、化疗发生的医疗费用，只扣一次起付线。建立分级诊疗、逐级转诊管理制度，对符合双向转诊规定的住院参保职工，可以连续计算起付线，具体办法由卫生计生部门会同人力资源社会保障部门另行制定。

第十三条 建立职工慢性病门诊保障制度。门诊慢性病分为甲类慢性病和乙类慢性病。

甲类慢性病患者发生的符合规定的门诊医疗费用，由统筹基金按 85% 支付。慢性肾功能衰竭（肾衰竭期）患者的门诊血液透析费用、腹膜透析费用及器官移植后服用环孢素 A 的费用在上述基础上再提高十个百分点。

乙类慢性病门诊实行起付线和限额管理。乙类慢性病起付线标准 :300 元。乙类慢性病患者发生的符合规定的门诊医疗费用 , 在起付线标准以上部分按 80% 支付 , 一个医疗年度 (或有效期) 内不能超过慢性病最高支付限额。

参保人员可同时认定两种乙类慢性病 , 并按最先认定的双病种管理 , 每个病种单独计算起付线。

慢性病病种的认定管理、最高支付限额将根据统筹基金收支状况由人力资源社会保障部门适时调整。慢性病鉴定标准、细则及程序 , 由市人力资源社会保障行政部门另行制定。

第十四条 在一个医疗年度内 , 统筹基金支付住院医疗费用、慢性病门诊医疗费用不能超过最高支付限额。统筹基金的最高支付限额为 25 万元。

根据职工工资水平和统筹基金的收支状况 , 统筹基金的起付标准、最高支付限额由市人力资源社会保障行政部门适时调整。

第十五条 下列医疗费用不纳入统筹基金支付范围 :

- (一) 除已在联网结算平台即时结算的外 , 异地医疗费用无原始收费票据的 ;
- (二) 住院期间违规发生的门诊费用 ;
- (三) 未在规定的定点医疗机构发生的医疗费用 ;
- (四) 国家、省规定的其他情况。

第四章 个人账户金的划入和管理

第十六条 医疗保险经办机构为参保人员建立个人账户 , 每

月按规定标准将每名参保人员的个人账户金划入个人账户。

第十七条 个人账户金按照“效率优先、兼顾公平、适当照顾老年人”原则，暂按以下标准划入：

35 周岁以下（不含 35 周岁）在职职工月划入额=本人月缴费工资 $\times 2.3\%$ ；

35 周岁以上至 45 周岁以下（不含 45 周岁）在职职工月划入额=本人月缴费工资 $\times 2.7\%$ ；

45 周岁以上在职职工月划入额=本人月缴费工资 $\times 3.4\%$ ；

退休人员月划入额=本人年龄 $\times 1.5$

个人账户基金和个人账户金的使用与划转标准，市人力资源社会保障行政部门应根据社会经济发展、基金收支等情况，适时调整公布。

第十八条 基本医疗保险个人账户实行专款专用，主要用于住院医疗费用个人自负部分及门诊购药，由医疗保险经办机构负责记载和管理，个人账户金可以结转使用和继承。

第五章 基金管理和监督

第十九条 基本医疗保险基金纳入财政专户，实行收支两条线管理制度，专款专用。市财政部门统一开设市级医疗保险基金财政专户（以下简称市级财政专户）。市及县市区医疗保险经办机构分别设立职工基本医疗保险基金收入户、支出户。县市区应于每月月底前，将当期收入的职工基本医疗保险基金划转到市级收入户，市医疗保险经办机构于每月末将当期收入的职工基本医

疗保险基金全部划转到市级财政专户。县市区医疗保险经办机构于每月末向市级医疗保险经办机构书面申请下月参保职工医疗待遇支付计划，由市医疗保险经办机构审核汇总，经市人力资源社会保障、财政部门审核确认后，于次月 15 日前按核定额度，从市级财政专户划转资金到市医疗保险经办机构支出户，由市医疗保险经办机构核拨到各县市区支出户。

第二十条 各县市区当年职工基本医疗保险基金收支出现缺口时，根据职工基本医疗保险工作目标（扩面、征缴、清欠等）综合考核情况，由市职工基本医疗保险基金和县市区财政按比例分担基金缺口。

第二十一条 建立基本医疗保险基金收支预算制度。基本医疗保险基金实行全市统收统支、分级核算。全市基本医疗保险基金收支实行年度预算管理，由市医疗保险经办机构负责编制年度预算，经市人力资源社会保障、财政部门审核批准后，下达各县市区执行。

第二十二条 加快推进医疗保险支付方式改革，控制医疗费用不合理增长。科学选择支付方式，推进总额控制下，总额预付、按病种、按人头、按床日付费等复合式支付方式改革。建立健全医疗保险基金监控和预警机制，加强基金核算和内控制度建设，不断提高医疗保险基金使用效率。探索建立合理适度的“结余留用、超支分担”激励机制，引导医疗机构主动控制成本，规范诊疗行为。

第二十三条 利用医疗保险信息化平台，构建基本医疗保险基金运行分析和风险预警系统，加强对基金运行、基金结余等情况分析研判，强化对医疗服务的实时监控力度，建立处方、医嘱等信息上传制度，及时查处和纠正医务人员违规行为，确保基金安全。

第六章 服务管理

第二十四条 建立健全基本医疗保险定点医疗制度。除急诊、急救外，参保人员在统筹区域内就诊的，应到与医疗保险经办机构协议管理的定点医疗机构就诊；异地居住（工作）或因病症到统筹区域外就医的，应按《烟台市城镇基本医疗保险异地就医管理办法》规定办理异地就医或转诊手续。

第二十五条 医疗保险经办机构负责医药机构协议管理的申请受理和评估确认，与管理区域内定点医药机构实行协议管理，双方在平等沟通、协商谈判的基础上，签订《服务协议》，明确服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、违约处理等内容及双方的责任、权利和义务。

第二十六条 建立定点医疗机构年度考核机制，对定点医药机构日常管理和监督检查，完善分级管理考核办法。推行医疗保险执业医师制度，完善医疗保险执业医师准入、监管、退出机制，探索医疗保险执业医师与职称晋升、绩效考核、评先树优挂钩的管理模式。

第二十七条 各协议管理定点医药机构要积极配合医疗保

险经办机构做好医疗保险服务工作。扎实推进医药卫生体制改革，加强内部管理，规范服务行为，提高技术水平，降低医疗成本，保障参保人员的基本医疗需求，减轻参保人员个人负担。

第二十八条 各协议管理定点医疗机构应按医疗保险联网结算及实时控费的监管要求，建设规范的医院信息网络系统，配备与之相适应的信息管理软硬件，做好与社保信息系统对接工作，遵守信息技术及信息安全规定，按照服务协议要求及时上传医疗保险所需相关信息。

第二十九条 人力资源社会保障部门对全市基本医疗保险政策的执行情况、经办机构与医药机构服务协议的履行情况进行监督检查。

第七章 附 则

第三十条 建立大额救助金制度，大额救助金由个人缴纳。在职职工和退休人员按年度一次性缴纳大额救助金，标准为每人每年 36 元。医疗费用超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上符合规定的部分，由大额救助金按 90%比例支付，一个医疗年度内最高支付限额为 40 万元。

第三十一条 鼓励有条件的用人单位，在参加基本医疗保险的基础上，建立补充医疗保险，补充医疗保险费在工资总额 4% 以内的部分，可直接从成本中列支。补充医疗保险办法，经用人单位职工代表大会或职工大会讨论通过后实施。

国家公务员补充医疗保险办法，由人力资源社会保障、财政

部门另行制定。

第三十二条 实行职工大病保险制度。具体办法按省有关规定执行。

第三十三条 离休人员、一至六级革命伤残军人的医疗保险办法按原规定执行。

第三十四条 本办法自 2018 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2022 年 12 月 31 日。

烟台市居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为建立全市统一、城乡一体的居民基本医疗保险制度，保障居民基本医疗需求，根据《山东省人民政府关于建立居民基本医疗保险制度的意见》（鲁政发〔2013〕31号），结合我市实际，制定本办法。

第二条 居民基本医疗保险坚持以下原则：全覆盖、保基本、多层次、可持续，筹资标准和保障水平与全市经济社会发展水平相适应；坚持总体规划、统筹城乡、整合资源、提高效率；坚持以收定支，收支平衡，略有结余。

第三条 本市行政区域内不属于职工基本医疗保险参保范围的城乡居民，均应依法参加居民基本医疗保险。

第四条 居民基本医疗保险实行市级统筹，在全市范围内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。

第五条 市人力资源社会保障部门负责全市居民基本医疗保险工作，其所属医疗保险经办机构具体负责居民基本医疗保险的基金收缴、支付和管理等经办工作。

县市区政府（管委）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）具体负责辖区内居民基本医疗保险的政策宣传、参保登记、材料审核和基本医疗保险费收缴等

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。

财政部门负责政府补助资金的预算安排、资金拨付、基金监督等工作。

教育部门负责组织在校学生（幼儿园）统一参加居民基本医疗保险，做好参保登记、代收代缴、费用结算等工作。

民政、残联部门负责做好孤儿、特困人员、城乡最低生活保障对象、享受定期定量救济的 60 年代精减退职老职工、重度残疾人等特殊群体（以下统称特殊群体）的确认和参保缴费、医疗救助等工作。

卫生计生部门负责加强定点医疗机构建设，对各级定点医疗机构和医务人员的服务行为进行监管，采取措施控制医疗费用过快增长。

食品药品监管、审计、公安、物价等部门，按照各自职责做好居民基本医疗保险工作。

第六条 各级政府（管委）应履行居民基本医疗保险属地管理职责，并将居民参加基本医疗保险情况纳入科学发展综合考核。

第二章 基金筹集

第七条 居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式，建立居民个人缴费正常调整机制，合理划分政府与个人的筹资责任，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人

缴费比重。参保居民按规定缴纳基本医疗保险费，享受相应的医疗保险待遇。

（一）个人缴费标准分两档，2018 年缴费标准为：一档每人每年 230 元，二档每人每年 380 元。

（二）政府补助标准按国家和省规定执行，由财政部门适时公布。中央、省补助后的差额部分由市和县市区分担。

（三）各类在校学生和其他未成年居民（以下统称未成年居民）缴费标准为：各类在校学生个人缴费标准暂执行 2017 年标准，其他未成年居民按一档缴费。

（四）成年居民可根据经济条件和医疗保障需求，以户为单位自愿选择缴费档次，个人缴费档次一经选定，年度内不予变更。其中，特殊群体按二档标准缴费，鼓励建档立卡贫困人口选择二档缴费，以减轻其医疗负担。各级政府（管委）应按相关规定对特殊群体和建档立卡贫困人口个人缴费部分给予资助。

（五）乡镇政府（街道办事处）、村（居）委会集体应积极创造条件对居民参保给予资金扶持。

居民个人缴费标准和政府补助标准按照中央和省要求，根据我市经济社会发展水平、居民收入状况、医疗消费需求、基金结余等情况，由市人力资源社会保障部门会同市财政部门适时调整。

第八条 居民基本医疗保险实行年缴费制度，每年 9 月 1 日至 12 月 31 日为下一年度参保缴费期，参保居民应于参保缴费期内缴纳下一年度基本医疗保险费。已缴纳的基本医疗保险费在进

入医疗保险年度后不办理退费。

（一）在校学生按学籍以学校为单位组织参保登记和缴费，其他居民以户为单位由其户籍所在地或居住地乡镇政府（街道办事处）组织参保登记和缴费。

（二）特殊群体、建档立卡贫困人口由民政、残联部门和扶贫办统一组织参保登记和缴费。

（三）新生儿自出生之日起90日内办理参保手续并缴纳出生当年居民基本医疗保险费，自出生之日起享受居民医疗保险待遇。

（四）积极实施全民参保登记，加快收缴方式改革，推行持卡缴费、网上缴费等简便、安全、高效、易于接受的个人缴费方式，努力扩大覆盖面，提高参保率。

第九条 各经办机构应当按规定及时向医疗保险经办机构移交收缴的居民基本医疗保险费，不得截留、挪用。

第十条 财政部门应当每年安排专项资金作为政府居民基本医疗保险补助资金。市、县两级政府补助资金，按省财政规定的拨付办法执行。

第三章 医疗保险待遇

第十一条 居民基本医疗保险基金支付范围包括参保居民在定点医疗机构就医发生的住院医疗费用、慢性病门诊医疗费用、普通门诊医疗费用、生育医疗费用、未成年居民意外伤害门诊医疗费用等。支付范围应符合国家、省、市基本医疗保险药品目录、诊疗项目及服务设施目录范围和支付标准及社会保险法

律、法规的有关规定。

医疗保险年度为自然年度。

第十二条 居民基本医疗保险基金的住院起付线标准为：一级医院 300 元，二级医院 500 元，三级医院 800 元。恶性肿瘤患者，在一个医疗保险年度内多次因放、化疗发生的医疗费用，只扣一次起付线。建立分级诊疗、逐级转诊管理制度，对符合双向转诊规定的住院参保居民，可以连续计算起付线，具体由卫生计生部门会同人力资源社会保障部门另行制定。

第十三条 在一个医疗保险年度内，参保居民因病每次住院发生的符合规定的医疗费用，在起付标准至最高支付限额以内的部分，根据医院等级按以下标准支付：

（一）按一档缴费的，一级医院实施基本药物制度的按83%支付（基本药物按90%支付），未实施基本药物制度的按60%支付；二级医院按58%支付；三级医院按45%支付。

（二）按二档缴费的，一级医院按88%支付（基本药物按90%支付），二级医院按70%支付，三级医院按60%支付。

（三）未成年居民享受二档缴费的医疗保险待遇。

（四）儿童患急性白血病、先天性心脏病、唇腭裂三种疾病，实行定点救治、规范诊疗、限额管理、全额支付。限额以内的医疗费用由居民医疗保险和医疗救助按比例分担，其中居民医疗保险承担80%（不设起付线），医疗救助承担20%；超出限额部分由医疗机构承担。

第十四条 建立居民基本医疗保险慢性病门诊保障制度。门诊慢性病分为甲类慢性病和乙类慢性病。参保居民患慢性疾病需在门诊长期治疗的,发生的门诊医疗费用纳入居民基本医疗保险基金支付范围。一个医疗保险年度内起付标准为 300 元。不同的缴费档次享受不同的门诊待遇。合理制定慢性病病种管理和支付政策,鼓励患者在门诊就医,具体办法由市人力资源社会保障部门另行制定。

第十五条 建立普通门诊保障制度。普通门诊统筹基金重点解决参保居民门诊多发病、常见病医疗费用,所需资金从年度筹集的居民基本医疗保险基金中划拨,原则上不超过15%。居民普通门诊按照“区域规划、总量控制、方便就医”原则实行定点医疗。参保居民在指定的定点社区卫生服务中心或乡镇卫生院就医发生的符合规定的门诊医疗费,由普通门诊统筹基金按50%的比例支付,实行起付线和限额管理。做好普通门诊与慢性病门诊的政策衔接。改革普通门诊统筹基金付费方式,有效控制基金支出。普通门诊管理办法由市人力资源社会保障部门另行制定。

第十六条 参保居民中符合计划生育政策的孕妇产前检查、住院分娩实行定额支付,标准为每人每次1000元。

第十七条 未成年居民发生意外伤害事故,符合规定的门诊医疗费用,超过60元以上的部分,由统筹基金支付90%,一个医疗保险年度内最高支付限额为3000元。

第十八条 一个医疗保险年度内,统筹基金支付住院费用、

慢性病门诊医疗费用、生育医疗费用、未成年居民意外伤害门诊医疗费用不能超过最高支付限额。统筹基金年最高支付限额：一档缴费的为18万元，二档缴费的为22万元。

统筹基金支付的各项起付标准、最高支付限额、报销比例，由市人力资源社会保障部门根据经济社会发展水平和基金收支状况适时调整。

第十九条 下列医疗费用不纳入基金支付范围：

- （一）除已在联网结算平台即时结算的外，异地医疗费用无原始收费票据的；
- （二）住院期间违规发生的门诊费用；
- （三）未在规定的定点医疗机构发生的医疗费用；
- （四）国家、省规定的其他情况。

第四章 服务管理

第二十条 居民基本医疗保险药品目录、诊疗项目及服务设施目录，按我市职工基本医疗保险有关规定执行。

第二十一条 居民基本医疗保险实行定点医疗制度，大力推行基层医疗机构首诊制。除急诊、急救外，参保人员在统筹区域内就医的，应到协议管理定点医疗机构就诊；慢性病门诊和普通门诊患者应到具备相应资格的医疗机构就诊，并签订服务协议。异地居住或确因治疗需要到上一级医院或统筹区域外就医的，应按规定办理异地就医或转诊手续。

第二十二条 医疗保险经办机构负责医药机构协议管理的

申请受理和评估确认，与管理区域内定点医药机构实行协议管理，双方在平等沟通、协商谈判的基础上，签订《服务协议》，明确服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、违约处理等内容及双方责任、权利和义务。

第二十三条 人力资源社会保障行政部门对全市基本医疗保险政策的执行情况、经办机构与医药机构服务协议的履行情况进行监督检查。

第二十四条 建立定点医疗机构年度考核机制，完善分级管理考核办法。推行医疗保险执业医师制度，完善医疗保险执业医师准入、监管、退出机制，探索医疗保险执业医师与职称晋升、绩效考核、评先树优挂钩的管理模式。

第二十五条 建立全市统一的居民医疗保险信息管理系统，实现居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助和定点医疗机构信息共享、同步结算。

第二十六条 建立居民基本医疗保险关系转移接续办法，实现居民基本医疗保险与职工基本医疗保险、异地医疗保险关系互相衔接。

第五章 基金管理和监督

第二十七条 居民基本医疗保险基金实行收支两条线，纳入财政专户管理，专款专用，任何组织或个人不得侵占或挪用。市财政部门统一开设市级居民基本医疗保险基金财政专户，市、县两级医疗保险经办机构分别设立居民基本医疗保险基金收入户、支出

户。县市区应于每月底前将当期收入的居民医疗保险基金划转到市级居民医疗保险基金收入户,市医疗保险经办机构于每月末将当期收入的居民医疗保险基金全部划转到市级财政专户。县市区医疗保险经办机构每月末向市居民医疗保险经办机构书面申请下月参保居民医疗待遇支付计划,由市医疗保险经办机构审核汇总,报经市人力资源社会保障、财政部门审核确认后,于次月15日前,按核定额度从市级财政专户划转资金到市医疗保险经办机构支出户,由市医疗保险经办机构核拨到各县市区支出户。

第二十八条 居民基本医疗保险基金实行全市统收统支、分级核算。严格落实社会保险基金财务制度和会计制度,建立市级居民基本医疗保险基金预决算制度和内部审计制度,结合基金收支预决算管理,加强居民基本医疗保险付费总额控制。

第二十九条 各县市区居民基本医疗保险基金当期收支出现缺口时,根据居民基本医疗保险年度目标任务综合考核情况,由市居民基本医疗保险基金和县市区财政按比例分担,具体办法由市人力资源社会保障部门会同市财政部门制定。

第三十条 加快推进医疗保险支付方式改革,控制医疗费用不合理增长。科学选择支付方式,推进总额控制下,总额预付、按病种、按人头、按床日付费等复合式支付方式改革。不断提高医疗保险基金使用效率。探索建立合理适度的“结余留用、超支分担”激励机制,引导医疗机构主动控制成本,规范诊疗行为。

第三十一条 利用医疗保险信息化平台,构建基本医疗保险

基金运行分析和风险预警系统，加强对基金运行、基金结余等情况分析研判，强化对医疗服务的实时监控力度，建立处方、医嘱等信息上传制度，及时查处和纠正医务人员违规行为，确保基金安全。各协议定点医疗机构应按医疗保险联网结算及实时控费的监管要求，建设规范的医院信息网络系统，配备与之相适应的信息管理软硬件，做好与社保信息系统对接工作，遵守信息技术及信息安全的规定，按照服务协议的要求及时上传医疗保险所需的相关信息。

第三十二条 人力资源社会保障部门对基金收支、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收支、管理情况实施监督。

第三十三条 市、县两级经办机构的公用经费由同级财政予以保障，不得从医疗保险基金中提取。

第六章 附 则

第三十四条 实行居民大病保险制度，具体办法按照省有关规定执行。

第三十五条 市人力资源社会保障部门根据本办法制定实施细则。

第三十六条 本办法自 2018 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2022 年 12 月 31 日。

主送：各县市区人民政府（管委），东部新区办公室，市政府各部门，各单位。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院，各人民团体，各民主党派、工商联，中央、省属驻烟单位。

烟台市人民政府办公室

2017 年 11 月 1 日印发
