

# 菏泽市人民政府文件

菏政发〔2025〕19号

## 菏泽市人民政府 关于印发菏泽市居民基本医疗保险 实施办法的通知

各县区人民政府（管委会），市政府各部门、各直属机构，市属各企业，各大中专院校：

《菏泽市居民基本医疗保险实施办法》已经2025年12月29日市政府第73次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

菏泽市人民政府  
2025年12月31日

（此件公开发布）

# 菏泽市居民基本医疗保险实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步完善居民基本医疗保险制度，保障参加居民基本医疗保险人员的合法权益，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》（鲁政发〔2013〕31号）和《山东省人民政府办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的实施意见》（鲁政办字〔2024〕90号）等法律和相关政策规定，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本市行政区域内职工基本医疗保险参保范围以外的城乡居民，参加居民基本医疗保险适用本办法。

**第三条** 居民基本医疗保险应当遵循以下原则：

- （一）坚持应保尽保、保障基本，依法参保原则；
- （二）坚持筹资标准、保障水平与经济社会发展水平相适应的原则；
- （三）坚持缴费义务与享受待遇权利相对应原则；
- （四）坚持个人缴费与政府补助相结合的原则；
- （五）坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

**第四条** 市、县（区）人民政府医疗保障部门主管本行政区

域内的居民基本医疗保险工作。各级医疗保险经办机构负责居民基本医疗保险的经办管理和公共服务工作。

乡镇人民政府、街道办事处负责辖区内居民参保登记、信息录入和政策咨询等工作。

发展改革、教育和体育、公安、民政、财政、农业农村、卫生健康、市场监管、税务、残联等部门，按照各自职责做好居民基本医疗保险相关工作。

## 第二章 参保登记

**第五条** 居民参加居民基本医疗保险按下列办法办理参保登记手续：

（一）居民以家庭为单位，到所在乡镇人民政府、街道办事处办理参保登记手续；

（二）学校学生以学校为单位在学校所在地统一参保缴费。

（三）新生儿在出生后的6个月内办理参保登记手续并完成缴费的，可自出生之日起享受居民基本医疗保险待遇。

**第六条** 居民基本医疗保险实行年度缴费制度，税务部门做好征收工作和缴费服务。

（一）根据省有关文件确定年度集中缴费期，特殊情况下可以适当延长集中缴费期；

（二）集中缴费期内正常参保缴费的，按医疗年度享受居民基本医疗保险待遇；

(三) 建立连续缴费机制。对未在居民医保集中缴费期参保缴费或未连续参保缴费的人员，按照省有关文件设置待遇等待期。

**第七条** 居民基本医疗保险每年度的筹资标准和个人缴费标准，根据我市经济社会发展水平、居民参保缴费承受能力和医疗消费水平等情况，进行合理调整。

**第八条** 居民基本医疗保险费按照个人缴纳与政府补助相结合的方式进行筹集。医疗救助对象的个人缴费部分，依照国家和省有关规定予以参保资助，参保资助资金由当地政府依法通过财政或社会救助渠道进行筹集。

**第九条** 参保居民就业后，与用人单位有稳定劳动关系的，应随单位参加职工基本医疗保险；其他劳动者可以灵活就业人员个人身份缴费参加职工基本医疗保险，也可参加居民基本医疗保险，但不得重复参保、重复缴费、重复享受待遇。

参保居民就业后参加职工基本医疗保险的，其居民基本医疗保险缴费年限，按照连续缴费3年折算为1年计入职工基本医疗保险实际缴费年限。

**第十条** 参保人在居民医保缴费后，在集中缴费期内死亡或者由于参军、就业、户籍或学籍转出等原因，未开始享受对应医疗年度居民医保待遇的，可以申请退费。

待遇享受期开始后，对暂停的居民医保参保关系，原则上个人缴费不再退回。

**第十一条** 参保居民因升学、转学、就业、住址迁移、死亡等原因，造成参保登记事项发生变更或终止的，应当自变更或终止之日起 30 日内，到医疗保险经办机构办理变更或注销参保登记手续。

### **第三章 基金使用与管理**

**第十二条** 居民基本医疗保险基金由下列部分组成：

- (一) 参保居民缴纳的医疗保险费；
- (二) 各级政府补助资金；
- (三) 居民基本医疗保险基金利息收入；
- (四) 其他渠道筹集的资金。

**第十三条** 居民基本医疗保险基金的使用：

- (一) 用于支付政策范围内的住院和门诊医药费用；
- (二) 用于建立大病保险资金；
- (三) 用于其他符合居民基本医疗保险基金支出范围的医药费用。

**第十四条** 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，任何单位、组织和个人不得截留、挤占、挪用，不得用于平衡其他政府预算。

居民基本医疗保险基金按照国家规定计息，不计征税、费。

**第十五条** 居民基本医疗保险基金实行市级统筹管理制度，全市统收统支、统一管理、分级负责、收支挂钩，建立基金使用

和管理激励约束机制。

**第十六条** 居民基本医疗保险基金实行收支预算管理，政府补助资金按年度列入财政预算，并按规定及时拨付到位。

**第十七条** 除省级以上政府补助资金外，普通参保居民的政府补助资金由市、县（区）政府承担；学校学生参保的政府补助资金，按学校隶属关系，由同级政府承担。

**第十八条** 建立居民大病保险资金。

（一）筹资标准和筹资渠道。结合我市经济社会发展、医疗消费水平和社会负担能力等因素，合理确定大病保险筹资标准。大病保险资金从居民基本医疗保险基金中划拨，实行独立核算、专账管理。

（二）承办服务方式。坚持政府主导、专业承办。强化政府在制定政策、组织协调、监督管理等方面职责的同时，采取商业保险机构承办大病保险的方式，发挥市场机制作用和商业保险机构专业优势，提高大病保险运行效率、服务水平和质量。

#### 第四章 医疗保险待遇

**第十九条** 居民基本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门诊医疗待遇和住院医疗待遇。

**第二十条** 门诊医疗待遇包括普通门诊统筹待遇、门诊慢性病待遇、门诊高血压和糖尿病用药专项保障待遇等。其起付线、

报销比例、最高支付限额，由市医疗保障部门会同有关部门另行制定。

### **第二十一条** 住院医疗待遇。

(一) 住院起付线。参保居民在一、二、三级定点医疗机构第一次住院起付线分别是 200 元、700 元、1000 元，一个医疗年度内第二次住院的，起付线分别降低 100 元，第三次住院的，不再设起付线；

(二) 住院报销比例。起付线以上至最高支付限额以下政策范围内的住院医疗费用：一、二、三级定点医疗机构报销比例分别为 85%、75%、60%；

(三) 住院起付线、报销比例、最高支付限额，依据居民基本医疗保险基金承受能力，适时予以调整。

### **第二十二条** 大病保险待遇。

(一) 大病保险保障对象为参加居民基本医疗保险且足额缴纳当年度居民基本医疗保险费的参保居民，大病保险保障范围与基本医疗保险相衔接。大病保险医疗费用补偿办法按照省有关规定执行。

(二) 对连续参保缴费的，提高居民大病保险最高支付限额，具体政策按省有关规定执行。

**第二十三条** 居民基本医疗保险实行最高支付限额制度。一个医疗年度内，参保居民门诊医疗待遇、住院医疗待遇合并计算，居民基本医疗保险基金最高支付限额为 15 万元。

**第二十四条** 下列医疗费用不纳入居民基本医疗保险基金支付范围。

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的。
- (二) 应当由第三人负担的。
- (三) 应当由公共卫生负担的。
- (四) 在境外就医的。
- (五) 体育健身、养生保健消费、健康体检。
- (六) 国家和省规定的基本医疗保障基金不予支付的其他费用。

**第二十五条** 因自然灾害、重大疫情等因素造成的大范围急、危、重病人抢救发生的医疗费用，按照有关规定执行。

**第二十六条** 建立和完善多层次医疗保障机制，做好基本医保、大病保险、医疗救助等医疗保障制度的有效衔接，发挥好多层次医疗保障综合作用。

## 第五章 医疗服务管理

**第二十七条** 参保居民医疗服务实行定点就医和统筹区内无异地管理制度。

- (一) 参保居民应当到定点医疗机构就医购药。因急诊、抢救等紧急情况可以到就近的非定点医疗机构就医治疗，但应当在5个工作日内告知参保地医疗保险经办机构，并待病情稳定后转往定点医疗机构继续治疗。

(二) 实行统筹区内无异地就医制度。参保居民在统筹区内联网定点医疗机构住院就医，所发生的基本医保、大病保险、医疗救助等医疗费用实行“一站式”结算。

**第二十八条** 异地就医原则上“先备案，后结算”。临时外出就医人员首先自付比例为20%，可以根据实际情况进行调整。异地长期居住人员办理备案后在长期居住地就医的，享受与参保地就医相同的起付线、报销比例和最高支付限额等政策；异地长期居住人员在备案期间回参保地就医的按临时外出就医人员报销政策执行。

**第二十九条** 定点医疗机构包括各级各类综合性定点医疗机构、专科定点医疗机构和基层定点医疗机构。医疗保险经办机构应当与定点医疗机构签订定点服务协议，实行协议管理。

实行定点医疗机构动态管理，完善定点医疗机构准入和退出机制，优先将实施国家基本药物制度的基层医疗机构纳入定点医疗机构范围。严格定点医疗机构属地管理和医保信用评价管理制度，并加强对医疗服务的稽查、稽核、考核，将稽查稽核情况、医保信用评价及年度考核结果与质量保证金兑现相挂钩。

**第三十条** 定点医疗机构应当设立医疗保险办公室，配备专门经办服务人员，积极配合医疗保障部门做好管理和服务工作。

**第三十一条** 居民基本医疗保险应当执行统一的医保药品目录、医用耗材目录和医疗服务项目目录。

**第三十二条** 按照“总额控制、定额管理，结余适当留用、

合理超支分担”的原则要求，充分发挥居民基本医疗保险付费方式控制医疗费用不合理增长的作用；积极推进医保费用支付方式改革，建立协商谈判和风险共担机制，逐步完善多种结算办法相结合的医疗费用支付方式。

**第三十三条** 完善医疗费用结算办法。参保居民在定点医疗机构发生的基本医保、大病保险、医疗救助等医疗费用由定点医疗机构先行垫付，垫付部分由医疗保险经办机构审核后及时拨付到定点医疗机构。

## 第六章 法律责任

**第三十四条** 违反本办法规定，依据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规追究法律责任。

## 第七章 附 则

**第三十五条** 本办法自2026年1月1日起施行，有效期至2030年12月31日。法律法规及上级政策有新规定的，依法执行新规定。



---

抄送：市委各部门，市人大办公室，市政协办公室，市监委，市法院，市检察院，菏泽军分区战备建设处，各民主党派市委。

---

菏泽市人民政府办公室

2025年12月31日印发

---