

# 济南市人民政府公报

2014 年第 7 期

(总第 173 期)

主管主办：济南市人民政府

2014 年 4 月 5 日出版

## 目 录

### 【省政府办公厅文件】

山东省人民政府办公厅关于开展居民大病  
保险工作的意见  
(鲁政办发〔2014〕13号) …………… (2)

### 【市政府规章】

济南市人民政府令(第 252 号) …………… (5)

### 【市政府文件】

济南市人民政府关于全面实施餐厨废弃物  
统一收运处置的通告  
(济政发〔2014〕6号) …………… (10)

### 【市政府办公厅文件】

济南市人民政府办公厅关于加强餐厨  
废弃物管理工作的通知  
(济政办发〔2014〕6号) …………… (11)

### 【部门文件】

济南市质量技术监督局关于下放计量类  
行政许可事项的通知  
(济质监发〔2014〕9号) …………… (13)

济南市城乡建设委员会关于印发《济南市

外地进济建筑业企业监督管理实施  
意见》的通知  
(济建资字〔2014〕7号) …………… (15)

济南市人力资源和社会保障局关于印发  
《济南市职工基本医疗保险办法实施  
细则》的通知  
(济人社发〔2014〕58号) …………… (17)

济南市人力资源和社会保障局关于印发  
《济南市职工基本医疗保险普通门诊  
统筹办法》的通知  
(济人社发〔2014〕59号) …………… (25)

济南市人力资源和社会保障局关于公布  
职工基本医疗保险基金最高支付限额  
的通知(济人社发〔2014〕60号)  
…………… (27)

### 【审计结果公告文件】

济南市质量技术监督局 2012 年度预算执行  
和其他财政财务收支情况审计结果  
(审计结果公告〔2014〕20号) …… (28)

# 山东省人民政府办公厅 关于开展居民大病保险工作的意见

## 鲁政办发〔2014〕13号

各市人民政府，各县（市、区）人民政府，省政府各部门、各直属机构，各大企业，各高等院校：

为进一步健全我省居民医疗保障体系，提高重特大疾病保障水平，根据国家发展改革委等部门《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》（发改社会〔2012〕2605号）和《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），经省政府同意，现就开展居民大病保险工作提出以下意见：

### 一、工作目标和基本原则

（一）工作目标。自2014年起，全面实施居民大病保险制度，逐步完善政策和管理办法，提高大病保险保障水平，形成规范运作、可持续发展的长效机制，有效减轻参保居民医疗费用负担。

### （二）基本原则。

1. 政府主导，市场运作。政府负责政策制定、组织协调、筹资管理，并加强监管指导。利用商业保险机构的专业优势，支持商业保险机构承办大病保险，发挥市场机制作用，提高大病保险的运行效率、服务水平和质量。

2. 责任共担，持续发展。大病保险保障水平要与经济社会发展、医疗消费水平及居民基本医疗保险基金承受能力相适应。强化社会互助共济的意识和作用，形成政府、个人和保险机构共同分担大病风险的机制，实现可持续发展。

3. 统筹规划，注重衔接。在国家确定的原则和制度框架下，制定全省统一的居民大

病保险政策，统筹规划，全面推进。充分发挥基本医疗保险、大病保险、社会医疗救助、疾病应急救助等的协同互补作用，加强制度之间的衔接，形成保障合力。

4. 收支平衡，保本微利。强化大病保险资金管理，科学测算、平稳起步，规范运作，保障资金收支平衡。提高大病保险保障绩效，合理控制商业保险机构的盈利率。鼓励商业保险机构在承办大病保险业务的基础上，提供多样化的健康保险产品，实现业务同步健康发展。

### 二、居民大病保险的基本政策

（一）保障对象和保障范围。居民大病保险的保障对象为参加居民基本医疗保险的参保人员。新生儿按当地规定办理居民基本医疗保险参保手续，自出生之日起享受居民基本医疗保险和大病保险待遇。居民大病保险采取按医疗费用额度补偿的办法。参保居民一个医疗年度发生的住院（含门诊慢性病）医疗费用，经居民基本医疗保险补偿后，个人累计负担的合规医疗费用超过居民大病保险起付标准的部分，由居民大病保险给予补偿。居民大病保险合规医疗费用具体范围，由省人力资源社会保障厅根据有关规定确定。2014年，大病保险合规医疗费用范围，按合并后的城镇基本医疗保险和原新农合药品目录、诊疗项目目录、服务设施目录执行。

（二）筹资渠道和筹资标准。居民大病保险资金从居民基本医疗保险基金中划拨，由居民基本医疗保险统筹地区经办机构按规定拨付至商业保险机构。筹资标准根据我省基本医疗保险筹资能力和保障水平、患大病发

生高额医疗费用的情况以及大病保险保障水平等因素测算确定。2014 年居民大病保险筹资标准为每人 32 元。逐步建立和完善基金划拨、个人缴费等多渠道筹资机制,不断增强保障能力。

(三) 支付标准。居民大病保险起付标准参照我省上一年度居民年人均可支配收入情况确定,实际支付比例不低于 50%。建立支付标准动态调整机制,根据筹资标准和居民年人均可支配收入变化等因素,适时进行调整。具体补偿方案通过公开招标或谈判确定。2014 年,起付标准为 1 万元,起付标准以上个人负担的合规医疗费用,按医疗费用的数额分段给予补偿。个人负担合规医疗费 1 万元以上 10 万元以下部分给予不低于 50% 的补偿,10 万元以上部分给予不低于 60% 的补偿,个人年最高补偿限额为 20 万元。

在居民基本医疗保险补偿、居民大病保险补偿的基础上,民政、卫生和计生部门对救助对象再按规定给予一定救助。

(四) 统筹层次。大病保险实行省级统筹,全省统一政策,统一招标或谈判,由选定的商业保险机构负责经办。居民大病保险制度实施后,各市不得降低基本医疗保险支付水平。逐步统一全省居民基本医疗保险筹资标准、起付标准、支付比例、年度最高支付限额、门诊慢性病种等政策,均衡各地基本医疗保险待遇水平,增强大病保险制度的公平性。

### 三、居民大病保险的管理服务

(一) 承办方式。省人力资源社会保障厅会同省发展改革委、省财政厅遵循公开、公平、公正和诚实信用的原则,通过政府采购选定承办全省居民大病保险的商业保险机构。商业保险机构承担经营风险,自负盈亏。商业保险机构承办大病保险的保费收入,按规定免征营业税。

(二) 准入条件。承办大病保险的商业保险机构必须具备以下基本条件:具备保险监管部门公布的经营大病保险的资质;在山东

省行政区域内经营健康保险专项业务 5 年以上,具有良好市场信誉;在所有市、县(市、区)设有分支机构,具备完善的服务网络和较强的医疗保险专业能力;配备医学、财会等专业背景的专职服务人员队伍,人员素质、数量、专业结构及办公场所、设施能够满足日常工作需要;信息系统与定点医疗机构和统筹地区基本医疗保险信息平台实现有效对接,大病保险费用能够实行即时结算;商业保险机构总部同意分支机构参与当地大病保险业务,并能提供业务、财务、信息技术等支持;能够实现大病保险业务单独核算;符合国家和省规定的其他条件。

(三) 合同管理。省人力资源社会保障厅与选定的商业保险机构签订承办大病保险合同,明确双方的责任、权利和义务。为保持政策的连续性,合同期限一般以 2 年为一个周期。2014 年与原新农合招标选定的商业保险机构通过谈判协商续签 1 年合同。要依据大病保险政策规定,在合同中明确筹资标准、保障范围、补偿标准、盈亏和风险控制与处理、信息交换与保护、考核办法、监督管理、违约责任等内容。要遵循收支平衡、保本微利的原则,严格控制商业保险机构运营成本和盈利率,居民大病保险合同中应对超额结余及政策性亏损建立相应动态调整机制。要按照《社会保险个人权益记录管理办法》(人力资源社会保障部令第 14 号)的规定,严格信息管理,在合同中明确约定商业保险机构对参保人员的个人信息承担保密责任,不得将个人信息用于管理居民大病保险以外的其他用途,不得向第三方交换。合同要对承办方配备的工作人员数量、专业背景、工作职责等内容进行约定。签约双方都要严格履行合同,一方违反合同约定或发生其他严重损害参保人权益的,合同另一方可以提前终止或解除合同,并依法追究责任人。

(四) 经办服务。各市医疗保险经办机构要以为参保人员提供便捷服务为原则,在参保缴费、资金划拨、财务管理、支付结算、

费用审核、系统对接与信息交换等环节与商业保险机构做好衔接和协作，为商业保险机构对参保人提供“一站式”即时结算服务创造条件。商业保险机构要主动配合医疗保险经办机构 and 依托其信息系统，加强居民大病保险管理，做好医药费用审核、支付结算和业务咨询等工作；完善服务流程，提升服务效率，及时合理向医疗机构支付医疗费用，并充分利用商业保险机构网点分布广的优势，为参保人异地就医结算提供便利服务。

(五) 监督管理。各级人力资源社会保障部门要加强对大病保险经办工作的协调指导和监督管理。商业保险机构经办大病保险获得的保费要实行单独核算，专账管理，确保资金安全，保证偿付能力；每季度要将全省居民大病保险资金收入情况、参保人员医疗费用补偿情况报送省人力资源社会保障厅，并将各市的情况分送当地人力资源社会保障局。要定期将居民大病保险的收支运营、补偿等相关情况向社会公示，接受社会监督。各统筹地区医疗保险经办机构要将居民大病保险资金收支纳入居民基本医疗保险基金预算和决算管理，规范居民大病保险费拨付流程；要借助商业保险机构的人力资源，加强对定点医疗机构的管理，健全定点医疗机构考核机制，将次均费用及其增长幅度、平均住院日、目录内药品使用比例、住院人次占门诊人次比例等指标纳入考核内容；要协同推进基本医疗保险、居民大病保险支付方式改革，引导定点医疗机构规范医疗服务行为，提高医疗服务质量，严格控制医疗费用不合理支出。

#### 四、原新农合重大疾病医疗保险过渡政策

对农村居民患儿童白血病、儿童先天性心脏病、终末期肾病、乳腺癌、宫颈癌、重性精神疾病、艾滋病机会性感染、耐多药肺结核、血友病、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、肺癌、食道癌、胃癌、I 型糖尿病、甲亢、急性心肌梗塞、脑梗死、结肠癌、直肠癌等

20 类重大疾病发生的医疗费用，2014 年单独进行补偿。所发生的医疗费用经居民基本医疗保险补偿后，个人负担合规医疗费用 1 万元以上的部分给予 73% 补偿，1 万元以下的部分给予 17% 补偿，个人年最高补偿限额为 20 万元。合规医疗费用范围，仍按原省卫生厅等部门《关于印发〈20 类重大疾病新农合大病保险合规医疗费用（试行）〉的通知》（鲁卫农卫发〔2013〕2 号）规定执行。城镇居民患 20 类重大疾病的，也按上述规定执行。2014 年因重大疾病医疗保险政策过渡产生的超出筹资标准 32 元以上的大病保险资金缺口，经省人力资源社会保障厅会同省财政厅测算认定后，由居民基本医疗保险统筹地区政府负担。自 2015 年起，居民大病保险不再执行 20 类重大疾病补偿政策，统一按医疗费用额度进行补偿。

#### 五、保障措施

(一) 加强统筹协调。开展居民大病保险是完善多层次医疗保障体系的重要举措，是对基本医疗保障制度的拓展和延伸，也是推进政府主导与市场资源配置相结合、创新医疗保险管理机制的积极探索。各级政府和相关部门要充分认识开展大病保险工作的重要性，切实加强领导，明确分工，落实责任。人力资源社会保障部门作为居民大病保险主管部门，要加强管理，严格监督检查，督促商业保险机构按合同要求提高服务质量和水平，对违法违规行为及时处理。保险监管部门要做好商业保险机构从业资格审查，加强业务监管，对商业保险机构的违规行为和不正当竞争行为加大查处力度。财政部门要对利用基本医疗保险基金向商业保险机构购买大病保险明确相应的财务列支和会计核算办法，加强基金监督。卫生和计生部门要加强对医疗行业、市场、机构、产品、服务及医务人员医疗行为的监管，严格控制医疗费用，防止过度医疗。审计部门按规定进行严格审计。民政部门负责做好社会医疗救助与居民大病保险的衔接工作。各有关部门要按职责

分工抓好落实,细化配套措施,并加强沟通协作,形成工作合力。

(二) 精心组织实施。省人力资源社会保障厅要会同省发展改革委、省财政厅、省卫生和计生委、省保监局抓紧研究制定居民大病保险实施方案,明确具体政策要求、经办监管、推进步骤等,并尽快组织实施。要加强居民大病保险工作的评估,每年对居民大病保险经办运行情况与实施效果进行全面考核,及时发现问题、解决问题,确保居民大病保险工作的顺利开展。

(三) 注重舆论引导。各地要准确、全

面、客观地宣传居民基本医疗保险与居民大病保险基本政策及其实施成效,注意做好原新农合 20 类重大疾病医疗保险过渡政策的解释工作,坚持正确的舆论导向,争取社会各界和参保居民的广泛支持和参与,为居民大病保险工作营造良好的社会环境。

山东省人民政府办公厅

2014 年 3 月 17 日

(2014 年 3 月 17 日印发)

## 济南市人民政府令

### 第 252 号

《济南市职工基本医疗保险办法》已经于 2014 年 3 月 22 日市政府第 47 次常务会讨论通过,现予公布,自 2014 年 4 月 1 日起施行。

市 长 杨鲁豫

2014 年 4 月 1 日

## 济南市职工基本医疗保险办法

### 第一章 总 则

**第一条** 为建立和完善职工基本医疗保险制度,保障职工基本医疗,根据国家和省有关规定,结合本市实际,制定本办法。

**第二条** 本办法适用于本市行政区域内职工基本医疗保险的参保、服务及其监督管理等活动。

**第三条** 职工基本医疗保险应当坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则,实现公平与效率相结合、权利与义务相对应,保

障水平与社会发展水平相适应。

**第四条** 市社会保险行政部门主管本市职工基本医疗保险工作。市社会保险经办机构具体负责职工基本医疗保险基金的筹集、管理和待遇审核、给付等工作。

县(市)社会保险行政部门主管本行政区域内职工基本医疗保险管理工作,所属社会保险经办机构负责职工基本医疗保险基金的筹集、管理和待遇审核、给付等工作。

财政、卫生、食品药品监管、物价、审

计、民政等部门,应当按照各自职责,共同做好职工基本医疗保险的管理工作。

**第五条** 本市职工基本医疗保险与社会医疗救助、单位补充医疗保险、公务员医疗补助、商业医疗保险等相结合,形成多层次的职工医疗保障体系。

## 第二章 职工基本医疗保险基金的筹集

**第六条** 职工基本医疗保险基金收入包括:用人单位和职工、灵活就业人员缴纳的基本医疗保险费、利息收入、财政补贴收入、转移收入、上级补助收入、下级上解收入、其他收入等。

**第七条** 用人单位按照上月职工工资总额的**9%**向市、县(市)社会保险经办机构缴纳职工基本医疗保险费,职工按上月本人工资收入(以下简称缴费工资)的**2%**缴费,由所在单位按月代扣代缴。

职工月缴费工资低于本市上年度在岗职工月平均工资**60%**的,单位和个人均按本市上年度在岗职工月平均工资的**60%**为基数缴纳。

**第八条** 灵活就业人员以本市上年度在岗职工月平均工资为基数,可以按照**10%**的费率缴费并建立个人账户,或者按照**5.5%**的费率缴费不建立个人账户。

**第九条** 用人单位依法终止、撤销、解散、破产的,应当按照国家、省有关规定优先清缴基本医疗保险费。

破产企业应当按照本市上年度退休人员人均医疗费数额,为本单位退休人员一次性缴纳**10**年的医疗保险费。

**第十条** 职工基本医疗保险基金按照以下规定计息:

(一)当年筹集的部分,按照银行活期存款利率计息;

(二)上年结转的基金本息,按照银行**3**个月期整存整取存款利率计息;

(三)存入社会保障财政专户的沉淀资金,比照银行**3**年期零存整取存款利率计息,

并不低于该档次利率水平。

**第十一条** 职工基本医疗保险基金分为统筹基金和个人账户金。

统筹基金是指职工基本医疗保险基金收入扣除划入个人账户的部分。

个人账户金包括职工个人缴费和从基金收入中划入个人账户的部分。个人账户金及其利息归个人所有。

**第十二条** 职工个人账户金按下列规定划入:**35**周岁以下按本人月缴费工资的**0.8%**; **35**周岁以上**45**周岁以下按本人月缴费工资的**1%**; **45**周岁以上按本人月缴费工资的**1.5%**。

职工月缴费工资高于本市上年度在岗职工月平均工资**300%**的部分计缴的基本医疗保险费,**50%**划入个人账户。

灵活就业人员个人账户金按下列规定划入:**35**周岁以下按本人月缴费工资的**2.8%**; **35**周岁以上**45**周岁以下按本人月缴费工资的**3%**; **45**周岁以上按本人月缴费工资的**3.5%**。

退休人员个人账户金按照本人月基本养老金(退休金)的**4%**划入,实行保底封顶。其中,**60**周岁以下月划账金额低于**50**元的按**50**元划入,最高不超过**170**元; **60**周岁以上**70**周岁以下月划账金额低于**60**元的按**60**元划入,最高不超过**190**元; **70**周岁以上**80**周岁以下月划账金额低于**70**元的按**70**元划入,最高不超过**220**元; **80**周岁以上**90**周岁以下月划账金额低于**80**元的按**80**元划入,最高不超过**220**元; **90**周岁以上月划账金额低于**90**元的按**90**元划入,最高不超过**220**元。

**第十三条** 本市通过个人账户调整等方式建立职工普通门诊统筹制度。具体办法由市社会保险行政部门另行制定。

## 第三章 职工基本医疗保险待遇

**第十四条** 参保人发生的起付标准以上,最高支付限额以下的住院、门诊规定病种和

普通门诊的医疗费用由统筹基金按规定比例支付。

参保人符合基本医疗保险规定的住院、门诊规定病种和普通门诊应由个人负担的医疗费用及在定点零售药店购药的费用可以由个人账户金支付。

**第十五条** 本办法所称起付标准是指在一个医疗年度内,先由个人负担的住院、门诊规定病种和普通门诊的医疗费用额度。

住院、门诊规定病种和普通门诊的起付标准以本市上年度在岗职工平均工资为基数,按照三级医疗机构不高于 6%、二级医疗机构不高于 4%、其他医疗机构不高于 3% 的标准分别确定。

住院、门诊规定病种和普通门诊的起付标准分别计算。在一个医疗年度内,参保人第二次住院起付标准比上一次降低 20%,从第三次住院起不再计算起付标准;门诊规定病种和普通门诊起付标准分别累计计算,只负担一次。

**第十六条** 本办法所称最高支付限额是指在一个医疗年度内参保人发生的统筹支付范围内的医疗费用最高数额。住院及门诊规定病种的最高支付限额标准为本市上年度在岗职工平均工资的 6 倍,普通门诊的最高支付限额标准由社会保险行政部门另行规定。

超过最高支付限额的医疗费,由大额医疗费救助金解决,具体办法由社会保险行政部门另行制定。

**第十七条** 每年的一月一日至十二月三十一日为一个医疗年度。

每个医疗年度的起付标准和最高支付限额由社会保险行政部门适时调整公布。

**第十八条** 参保人(不含退休人员)在一个医疗年度内发生的统筹基金支付范围内的住院和门诊规定病种医疗费用,按照以下规定负担:

1. 起付标准以上、10000 元以下部分,统筹基金负担 85%,个人负担 15%;
2. 10000 元以上至最高支付限额部分,

统筹基金负担 88%,个人负担 12%。

退休人员的统筹基金负担比例比前款负担比例提高三个百分点,个人负担比例降低三个百分点。建国前老工人的统筹基金负担比例较退休人员的负担比例提高五个百分点,个人负担比例降低五个百分点。

参保人经定点三级甲等综合医院或市级以上专科医院同意转往外地住院治疗的、临时在外地患急症住院治疗的、异地安置或长驻外地人员由长期备案的定点医院转往其他医院住院治疗的,统筹基金负担比例降低十个百分点,个人负担比例提高十个百分点。

参保人在一个医疗年度内发生的普通门诊医疗费用,统筹基金和个人负担比例由社会保险行政部门另行制定。

**第十九条** 基本医疗保险规定的乙类药品、支付部分费用诊疗项目和医疗服务设施项目,先由参保人按规定比例自付后,再按本办法第十八条规定分别由统筹基金和个人负担。

**第二十条** 职工自用人单位缴纳基本医疗保险费的次月起享受基本医疗保险待遇。

灵活就业人员自连续缴纳基本医疗保险费的第 7 个月起,享受基本医疗保险待遇。原在用人单位工作,已连续缴纳基本医疗保险费满 6 个月的,在解除、终止劳动关系或领取失业保险金期满后 3 个月内以灵活就业人员身份参加基本医疗保险的,自缴费的次月起享受基本医疗保险待遇。

**第二十一条** 退休人员享受职工基本医疗保险待遇的最低缴费年限为男满 30 年,女满 25 年。

未达到最低缴费年限的,应当按照办理退休手续时本市上年度在岗职工月平均工资为基数,一次性补足所差月份的基本医疗保险费,并自次月起享受职工基本医疗保险待遇。

按规定视同的职工基本养老保险缴费年限、2005 年 1 月前城镇职工基本养老保险实际缴费年限均计算为缴费年限。

**第二十二条** 用人单位欠缴职工基本医疗保险费的,自欠费的次月起,统筹基金暂停支付其职工医疗费用,个人账户金余额可继续使用。自用人单位补足欠费和滞纳金次月起,恢复职工享受待遇。

灵活就业人员自欠缴职工基本医疗保险费次月起,统筹基金暂停支付其医疗费用。连续欠费不足 6 个月的,自补足欠费和滞纳金的次月起恢复享受待遇;连续欠费 6 个月以上的,自重新缴费的第 7 个月起享受待遇。

参保人欠费期间发生的医疗费用,统筹基金不予支付。

**第二十三条** 失业人员在领取失业保险金期间应当缴纳的基本医疗保险费从失业保险基金中支付,个人不再缴纳。

**第二十四条** 经司法机关或者有关部门认定,参保人因自杀、自残或者犯罪所致伤、病发生的医疗费用,统筹基金不予支付。

#### 第四章 医疗服务管理

**第二十五条** 基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店管理。

社会保险行政部门应当从符合条件的医疗机构和零售药店中确定定点单位,由社会保险经办机构与其签定协议,明确双方的权利义务。具体办法由市社会保险行政部门另行制定。

**第二十六条** 参保人持本人有效就医证件到本市定点医疗机构就医,可以在定点医疗机构购药,也可持门诊处方到定点零售药店购药。

申请门诊规定病种治疗,应当经社会保险经办机构组织鉴定确认,并发给《基本医疗保险门诊规定病种医疗证》。

危重病人紧急抢救的,可以就近在本市非定点医疗机构住院治疗,但应当自住院之日起三个工作日内向社会保险经办机构递交书面报告,病情稳定后,应当转到定点医疗机构治疗。无正当理由逾期不报告或者经查实不属危重病人紧急抢救的,统筹基金不予

支付。

**第二十七条** 用人单位或者个人不得有下列骗取基本医疗保险待遇的行为:

(一) 伪造劳动关系或者冒用他人个人资料参加基本医疗保险;

(二) 冒用、伪造参保人身份或者基本医疗保险有关凭证在定点医疗机构和定点零售药店就医购药;

(三) 通过重复就诊或者伪造、变造、涂改病历、处方、报销凭证、单据或者有关证明材料,骗取基本医疗保险待遇;

(四) 将个人基本医疗保险凭证出借给他人使用,或者通过有偿转让诊疗凭证、结算单据,进行基本医疗保险费用结算;

(五) 变卖使用基本医疗保险基金所得药品或者医用材料;

(六) 利用个人账户金套取现金;

(七) 其他骗取基本医疗保险待遇的行为。

**第二十八条** 定点医疗机构和定点零售药店及其工作人员应当严格执行基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准。

定点医疗机构、定点零售药店应当为参保人提供合理、必要的医疗、药事服务。为参保人使用基本医疗保险目录范围外的药品、材料或者提供基本医疗保险目录范围外的服务时,应当事先征得参保人同意。

**第二十九条** 定点医疗机构和定点零售药店不得有下列行为:

(一) 违反疾病诊疗常规、技术操作规程,有超出诊疗必要限度的过度检查、用药、治疗等违规行为,造成医疗资源浪费和基本医疗保险基金损失;

(二) 采取伪造病历挂床住院、虚假住院或者以伪造、变造证明材料等违法手段骗取基本医疗保险基金;

(三) 使用基本医疗保险基金支付非参保人本人的医疗费用,或者将基本医疗保险结算信息系统提供给非定点医疗机构或零售药

店使用；

(四) 将不符合出入院或者转院标准的病人安排出入院或者转院，分解住院次数或者故意延长病人住院时间，造成基本医疗保险基金损失；

(五) 无正当理由拒绝为参保人提供医疗服务，将属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用转由参保人个人支付；

(六) 不按外配处方配药，串换药品、诊疗项目、医用材料或将基本医疗保险基金支付范围外的医疗费用由基本医疗保险基金支付；

(七) 利用参保人个人账户金套取现金；

(八) 其他骗取基本医疗保险基金或者造成基本医疗保险基金损失的行为。

## 第五章 监督管理

**第三十条** 市、县（市）人民政府设立由政府有关部门、用人单位代表、医疗机构代表、工会组织代表、有关专家参加的基本医疗保险基金监督组织，加强对基本医疗保险基金的社会监督。

**第三十一条** 基本医疗保险基金纳入财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占和挪用。

**第三十二条** 社会保险行政部门和财政部门应当加强对基本医疗保险基金的监督管理。审计部门应当定期对社会保险经办机构的基金收支情况和管理情况进行审计。

**第三十三条** 社会保险行政部门和经办机构应当加强对定点医疗机构、定点零售药店的监督检查，被检查单位和人员应积极配合，如实提供有关档案、病历资料和数据等。

**第三十四条** 物价部门应当及时向社会公布基本医疗保险药品价格、诊疗项目、医疗服务设施收费标准。

**第三十五条** 社会保险行政部门应当设立基本医疗保险监督举报电话和投诉信箱，及时接受社会的举报投诉。

## 第六章 法律责任

**第三十六条** 用人单位未按时足额缴纳

医疗保险费的，由社会保险费征收机构责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金。

**第三十七条** 用人单位未按规定缴纳基本医疗保险费的，在此期间参保人发生的医疗费用由用人单位按本办法的规定标准予以支付；影响参保人计算基本医疗缴费年限导致其损失的，损失部分由用人单位按本办法的规定标准予以支付。

**第三十八条** 用人单位或者个人违反本办法第二十七条规定的，由社会保险行政部门责令退回骗取的基本医疗保险基金，并处骗取金额二倍以上五倍以下罚款。

**第三十九条** 定点医疗机构、定点零售药店违反本办法第二十八条规定，给参保人造成经济损失的，由定点医疗机构、定点零售药店承担赔偿责任。

**第四十条** 定点医疗机构和定点零售药店违反本办法第二十九条规定的，社会保险经办机构对其违规行为所产生的医疗费用不予支付，已经支付的予以追回，并视情与其暂停结算或解除协议；由社会保险行政部门对其处以骗取金额二倍以上五倍以下罚款；情节严重的，取消定点资格。

**第四十一条** 社会保险经办机构及其工作人员在基本医疗保险基金征缴、管理、监督活动中，有滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊行为的，由社会保险行政部门责令改正，对主管人员和直接责任人给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 第七章 附 则

**第四十二条** 本办法所称灵活就业人员，是指无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员。

**第四十三条** 市政府根据基本医疗保险基金的收支情况和医疗消费水平，适时调整单位、职工、灵活就业人员缴费费率和统筹基金支付比例。

市社会保险行政部门根据我市经济社会发展水平，适时调整个人账户金划入规定、个人账户支付范围、普通门诊统筹筹资标准和门诊规定病种目录，并及时向社会公布。

**第四十四条** 本办法自2014年4月1日

起施行。2002年10月14日公布的《济南市城镇职工基本医疗保险暂行办法》（市政府令第201号）同时废止。

（2014年4月1日印发）

JNCR-2014-0010003

## 济南市人民政府 关于全面实施餐厨废弃物统一收运处置的通告

### 济政发〔2014〕6号

为规范餐厨废弃物管理，维护城乡环境卫生，保障食品安全，促进资源循环利用，根据《山东省餐厨废弃物管理办法》（省政府令第274号）等有关规定，确定在我市各区内全面实施餐厨废弃物统一收集、运输和处置。现将有关事项通告如下：

一、餐厨废弃物由依法取得餐厨废弃物收运、处置经营许可并签订经营协议的企业，采取定点、定时方式收运，按照有关作业标准进行处置。未签订经营协议的单位和个人不得从事餐厨废弃物收运、处置活动。

二、餐厨废弃物产生单位应当与取得相关经营许可的餐厨废弃物收运企业签订餐厨废弃物收运协议，负责将餐厨废弃物放入专用收集容器，并保持容器整洁完好；按规定安装油水分离器或建设隔油池等污染防治设施，不得将餐厨废弃物排入排水管道、河道、公共场所等处，不得与其他垃圾混合收集，或交由未取得餐厨废弃物收运经营许可的单位（个人）收运。

三、餐厨废弃物收运单位应当按照作业标准和收运协议收运餐厨废弃物，并将餐厨

废弃物运输到指定处置场所。餐厨废弃物处置单位应当按照相关技术标准和特许经营协议依法处置餐厨废弃物，并自觉接受有关部门监管。

四、对违反本通告规定的单位（个人），依据《山东省餐厨废弃物管理办法》等相关规定予以查处。鼓励单位和个人向环境卫生主管部门据实举报违反餐厨废弃物管理规定的行为（投诉举报电话：16039）。

五、各区政府、济南高新区管委会为辖区餐厨废弃物管理第一责任主体，并建立健全工作协调机制。环境卫生主管部门负责本行政区域内餐厨废弃物监管，有关部门按照各自职责做好餐厨废弃物管理相关工作。

六、本通告自公布之日起施行，有效期5年。

济南市人民政府  
2014年3月27日

（2014年3月27日印发）

JNCR-2014-0020003

# 济南市人民政府办公厅

## 关于加强餐厨废弃物管理工作的通知

### 济政办发〔2014〕6号

各县（市）、区人民政府，市政府各部门：

为加强我市市区餐厨废弃物管理，维护城乡环境卫生，保障食品安全，促进资源循环利用，根据《山东省餐厨废弃物管理办法》（省政府令第 274 号）等规定，经市政府同意，现就有关问题通知如下。

#### 一、明确总体要求

按照减量化、资源化、无害化原则，全面加强餐厨废弃物管理，完善覆盖市区的餐厨废弃物统一收运管理网络，建设规范的餐厨废弃物终端处置设施，建立部门协作配合、运转有效的监管执法体系，落实企业主体责任，实现餐厨废弃物从产生、收集、运输到处理的规范运行，有效解决餐厨废弃物引发的环境污染和食品安全问题，推进餐厨废弃物资源化利用和无害化处理，为“加快科学发展，建设美丽泉城”发挥促进和保障作用。

#### 二、健全管理体系

（一）完善管理机制。实行许可管理制度，从事餐厨废弃物收运和处理的企业，必须依法取得餐厨废弃物收运、处置经营许可证并签订经营协议。推行台账制度，餐厨废弃物产生、收运和处理要建立台帐，详细记录餐厨废弃物的种类、数量、去向等情况，定期向监管部门报告。建立有奖投诉举报制度，公开投诉举报电话，接受并及时处理违反餐厨废弃物管理规定行为的投诉举报。健

全激励机制，鼓励和支持餐厨废弃物收运、处置先进技术、工艺、设备的研究、推广和应用，鼓励社会资本参与餐厨废弃物收集运输体系和处置设施的建设和运营，将餐饮废弃物管理纳入餐饮企业等级评定条件。

（二）加强源头管理。餐厨废弃物产生单位要与依法取得资质的餐厨废弃物收运企业签订收集运输协议，负责将餐厨废弃物放入专用收集容器，并保持收集容器整洁完好；按规定建设隔油池或者安装油水分离器等设施；执行餐厨废弃物产生台账和联单制度，定期向辖区城管部门报告餐厨废弃物的产生数量和去向。不得将餐厨废弃物与其他垃圾混倒或者排入排水管道、河道、公共厕所、公共场所等处，不得将餐厨废弃物交由未经许可的单位和个人收运、处置。

（三）规范收运管理。餐厨废弃物收运单位要严格按照有关规定和标准规范实施收运作业，不得擅自处理餐厨废弃物。同时，建立应急处理和信息通报机制，及时清除因洒漏餐厨废弃物造成的污染。市食品安全委员会办公室牵头协调有关部门组成综合执法队伍，依法查处将餐厨废弃物交由未取得相关资质的收运、处置单位（个人）处理的行为；乱倒乱堆或直接将餐厨废弃物排放到生活垃圾收集设施、城市排水管网等行为；未经审批擅自收运餐厨废弃物行为；收运单位违反

规定收运餐厨废弃物行为。

(四) 强化处置管理。餐厨废弃物处置单位要严格按照有关规定和技术规范处置餐厨废弃物, 并按时向城管部门、食品药品监管部门报送餐厨废弃物来源、数量及产品流向等情况; 自觉接受有关部门的监督检查。综合执法队伍要健全执法管理机制, 加大监管执法力度, 依法从严查处非法处置餐厨废弃物行为。

### 三、落实职责分工

市有关部门要明确餐厨废弃物管理分工, 强化职责, 齐抓共管, 形成合力。市食品药品监管部门负责将餐厨废弃物管理纳入餐饮服务单位量化分级管理体系及全市食品安全工作考核内容。城管(城管执法)部门负责制定餐厨废弃物管理工作实施方案, 指导和监管各区餐厨废弃物收运、处置工作。公安部门负责依法查处各种牌照不全、无证驾驶、非法改装、违法行驶的收运和处置餐厨废弃物车辆。畜牧兽医部门负责对畜禽养殖场(小区)实施规范化管理, 依法查处使用未经高温处理的餐厨废弃物饲喂家畜行为。环保部门负责餐厨废弃物利用、处理过程的环境监管工作。教育部门负责加强学校食堂监管, 确保其产生的餐厨废弃物按规定实施收运、处置。商务部门负责加强餐饮行业管理, 引导餐饮企业按规定做好餐厨废弃物管理工作。物价部门负责制定和调整餐厨废弃物处理收费标准。

### 四、强化保障措施

(一) 加强组织领导。市政府与各区政府、济南高新区管委会签订餐厨废弃物收运

处置管理工作目标责任书。市生活垃圾和餐厨废弃物处理工作领导小组负责餐厨废弃物管理工作的组织领导和统筹协调。各区政府、济南高新区管委会为辖区餐厨废弃物管理工作第一责任主体, 要进一步完善协调机制, 强化推进措施, 保障工作落实。各有关部门要根据职责分工, 互相支持配合, 形成监管合力。

(二) 强化监督检查。各级要完善监督检查机制, 定期对餐厨废弃物管理工作情况进行检查督导, 及时通报有关情况。要有效发挥社会监督作用, 进一步完善投诉举报奖励制度。健全综合执法工作机制, 不断提高监管效能, 积极研究解决监管工作中遇到的困难和问题, 确保各项工作有效落实。严格责任追究制度, 严肃查处不按规定履行监管责任的行为, 并依法追究相关责任人的责任。

(三) 加大宣传力度。各级各有关部门要充分利用电视、广播、网络、报纸等媒体, 广泛、深入、持久地开展餐厨废弃物资源化利用、无害化处理的宣传教育活动, 提高餐厨废弃物产生、收运、处置单位和人员遵纪守法的自觉性, 增强社会公众食品安全和环境责任意识。充分发挥舆论监督作用, 曝光违法违规行为, 为实现餐厨废弃物资源化利用和无害化处理营造良好社会氛围。

本通知自公布之日起施行, 有效期 5 年。

济南市人民政府办公厅

2014 年 3 月 27 日

(2014 年 3 月 27 日印发)

JNCR-2014-0690001

# 济南市质量技术监督局

## 关于下放计量类行政许可事项的通知

### 济质监发〔2014〕9号

各县市区质监局（高新区市场监管局）、机关各处室、各直属单位：

根据市委、市政府简政放权工作要求和省局《关于市质监局行政审批事项有关问题的通知》（鲁质监许字〔2013〕527号）、《关于将市、县局审批的计量类许可事项技术审查下放办理的通知》（鲁质监许发〔2014〕15号）和《关于对济南市质监局《关于有关行政许可事项下放办理的请示》的批复》（鲁质监许字〔2014〕12号）等文件要求，市局按照有关法律法规规定，决定自2014年5月1日起，将部分市局负责办理的计量类市级行政许可事项审批权下放到县市区（以下简称县级）局（高新区市场监管局）。现将有关事项通知如下。

#### 一、下放事项

##### （一）计量检定人员类。

计量检定员资格核准：在县级注册登记的企事业单位（计量所除外）计量检定员资格核准下放到县级局办理。（市级计量所次级计量标准计量检定员、县级计量所、在市级工商部门注册登记的企事业单位计量检定员资格核准由市局办理。）

（二）法定计量检定机构任务授权、制造（修理）计量器具许可、计量标准器具核准类。

（1）法定计量检定机构任务授权：县级局所属的法定计量检定机构，在本行政区内能够开展的计量检定项目，需要为在县级注

册登记的企事业单位开展内部强制检定的授权下放县级局办理。（在市级和县级注册登记的企事业单位（市县计量所除外）建立社会公用计量标准，对社会开展强制检定、非强制检定工作的授权，在市级注册登记的企事业单位开展内部强制检定的授权，以及县级局所属的法定计量检定机构，在本行政区内不能开展的计量检定项目，需要为在县级注册登记的企事业单位开展内部强制检定的授权，由市局办理。）

（2）制造（修理）计量器具许可：在县级注册登记的企事业单位的修理计量器具许可和非重点管理计量器具制造许可下放到县级局办理。（在县级以上注册登记的企事业单位的修理计量器具许可和非重点管理计量器具制造许可由市局办理。）

（3）计量标准器具核准：在县级注册登记的企事业单位建立的最高等级计量标准下放到县市区局办理。（县级局组织建立的计量标准，在市级注册登记的企事业单位最高等级计量标准由市局办理。）

#### 二、下放环节

自申请人申报至审批发证等环节均由县级局负责办理。技术审查环节按照“受理、审查、审批三分离”和“集中审查”的原则，各县级局应建立技术审查机构（可单独成立或直接委托有关机构）负责，成立或委托文件报市局备案。

要作好与当地政法部门的审批事项

备案工作, 许可费用由县级局按有关规定办理收费许可后收取, 并承担技术审查机构的技术审查费用。

### 三、工作要求

(一) 加强组织领导。市级许可事项下放是市局落实市委、市政府深化行政审批改革、推进简政放权的重要举措, 各县级局一定要从政治和全局的高度, 进一步增强责任感和紧迫感, 主要领导同志负总责, 抓紧研究制定本单位的工作制度, 强化工作措施, 确保该项工作顺利开展。

(二) 搞好协调配合。市级许可事项下放涉及市局相关处室、县级局和有关直属机构, 各部门之间要互相支持, 互相配合, 形成合力。工作中遇到问题, 要及时协调, 妥善处理, 使各项工作统一协调, 整体推进。市局有关业务主管处室和直属机构要研究制定相应业务的监管监察、稽查执法、检验检测等管理措施, 确保许可下放之后的各项工作质量。市局行政许可工作机构要加强对县级局行政许可工作机构的业务指导和工作督导, 确保许可工作质量。

(三) 严格工作标准。市级许可事项下放的工作质量按照“两集中、两到位”和“谁办理谁负责”的原则各负其责。要严格按照省市局《行政许可实施办法》的要求, 建立专职许可工作机构和调配工作人员(应为公务员或参公人员), 建立健全相关规章制度, 依法依规开展工作, 保证工作质量。县级局建立的技术审查工作机构要按照省市局的有关要求, 完善有关委托手续, 建立完善各项工作制度, 加强对考评员的使用和管理, 履行好相关工作职责, 确保技术审查工作质量。要应用“山东金质行政许可审查管理系统”和 CA 密钥, 按省局许可统一流程办理。要加强观察员管理, 按照省市局要求, 对负责

办理的许可事项派遣观察员, 并及时上传有关资料。要加强行政许可档案管理, 对本局产生的许可资料, 按省市局许可档案管理的有关要求及时归档并妥善保管。对市局配发的空白证书, 要指定专人负责, 加强管理。

(四) 加强窗口建设。各县级局要按照当地党委、政府要求, 原则上进驻当地审批服务中心大厅统一办理, 实行“一个窗口对外”和“一站式服务”。要遵守公开规定, 完善公开方式, 按行政许可“八公开”要求公示办事指南等事项, 方便服务对象查询。

(五) 严肃工作纪律。各部门要严格按照时间安排开展工作, 做到下放过程中工作不受影响、不发生责任问题, 按时完成工作任务。在工作中, 要做到“三严格”和“四严禁”。既严格按照备案的行政审批服务事项进行审批, 严格按照规定的审批服务流程和申报要件实施服务, 严格按照规定使用行政审批文书和审批专用章, 严禁私设事项, 严禁私设门槛, 严禁随意审批, 严禁搭车收费。对网上审批系统, 因目前省局的网上审批系统暂时未开发县级局的功能, 只能统一使用市局的功能, 因此各县级局工作人员要妥善保管 CA 密钥, 一律不得对外公开登录帐户, 不得修改登录密码, 不得处理无关数据, 不得泄漏企业申报信息, 以确保许可工作正常运行。对存在搭车收费等违规、违纪行为的, 一经查实, 按有关规定严肃处理。

本通知自 2014 年 5 月 1 日起施行, 有效期五年。

济南市质量技术监督局

2014 年 3 月 20 日

(2014 年 3 月 20 日印发)

JNCR - 2014 - 0150002

# 济南市城乡建设委员会 关于印发《济南市外地进济建筑业企业 监督管理实施意见》的通知

济建资字〔2014〕7号

各县（市）、区建委（建设局），高新区建设局，各有关单位：

现将《济南市外地进济建筑业企业监督管理实施意见》印发给你们，请结合实际认真执行。

济南市城乡建设委员会  
2014年3月31日

## 济南市外地进济建筑业企业监督管理实施意见

**第一条** 为进一步规范外地进济建筑业企业在济建筑活动，促进建筑市场公平、有序，保障工程质量安全，根据《山东省建筑管理局关于印发〈外省建筑业企业进鲁承揽业务监督管理实施意见〉的通知》（鲁建管行字〔2013〕6号）等文件精神，结合我市实际，制定本实施意见。

**第二条** 凡在本市行政区域内从事建筑施工活动的外地建筑业企业，须遵守本意见。

**第三条** 本意见所称的外地建筑业企业，是指法人单位注册地不在本市行政区域内、持有《建筑业企业资质证书》的建筑业企业。

**第四条** 济南市城乡建设委员会（下称市城乡建设委）是全市外地建筑业企业进济从事建筑活动的行政主管部门，负责外地建筑业企业日常监督管理。

**第五条** 外省建筑业企业应在取得《山

东省外省进鲁建筑业企业备案证》之日十五个工作日内到市城乡建设委办理进济告知性备案。备案时，提交以下资料（复印件），并装订成册（复印件与原件核对无误后，原件当场退还）：

1. 《山东省外省进鲁建筑业企业备案证》；
2. 在济办公场所证明材料（自有的提供产权证；租用的提供出租方产权证以及租赁合同）；
3. 企业驻济负责人的任命文件及身份证；
4. 农民工工资保证金交存凭证（由企业法人基本账户汇入专用账户）；
5. 其他应提供的材料。

材料审核无误后，市城乡建设委出具外地建筑业企业进济备案证明。

**第六条** 省内外市建筑业企业在济从事建筑业活动，须到市城乡建设委办理进济告知性备案。备案时，提交以下资料（复印件），并装订成册（复印件与原件核对无误后，原件当场退还）：

1. 企业法人营业执照、资质证书、安全生产许可证副本、企业法定代表人身份证、经办人的企业法人授权委托书、身份证和企业驻济负责人的任命文件及身份证；

2. 在济办公场所证明材料（自有的提供产权证；租用的提供出租方产权证以及租赁合同）；

3. 农民工工资保证金交存凭证（由企业法人基本账户汇入专用账户）；

4. 其他应提供的材料。

材料审核无误后，市城乡建设委出具外地建筑业企业进济备案证明。

**第七条** 外地建筑业企业变更单位名称、资质等级、法定代表人、驻济负责人、驻济办公地点、联络人或通讯方式等，应自变更之日起 15 日内将相关情况书面告知市城乡建设委；外地建筑业企业因破产、倒闭、撤销、歇业的，应自破产、倒闭、撤销、歇业之日起 15 日内将相关情况书面告知市城乡建设委。

**第八条** 外地建筑业企业在我市从事建筑活动，须严格遵守法律、法规和规章，服从我市有关建筑市场、工程质量、安全生产与文明施工、劳务分包、劳动用工、工资支付、环境保护、卫生防疫、计划生育等方面的监管，按通知要求出席有关会议，按时报送各类报表、信息。

**第九条** 外地进济企业退出本市建筑市场前，须履行完毕在本市所签定的业务合同，全额支付农民工工资，并在市级以上主流媒体（《济南日报》、《济南时报》、《齐鲁晚报》任选）发布退市声明。市城乡建设行政主管部门接到申请及声明后，在相关建设管理网

站上发布企业退市公告，公告期为 60 日。公告期满，无拖欠农民工工资投诉举报的，外地建筑业企业可取回农民工工资保证金。

**第十条** 外地进济建筑业企业存在下列违法违规行为的，记入济南市建筑市场不良行为记录，除约谈企业法定代表人外，还将按照法律法规及省、市相关规定严肃处理。

（一）在办理市场准入或备案手续时提供虚假材料的；

（二）参与违法违章建设的；

（三）串通投标、围标，或以向招标人、评标委员会成员行贿等手段谋取中标的；

（四）出借资质或以他人名义投标，或以伪造业绩、证书等方式弄虚作假，骗取中标的；

（五）未按照法律、法规、规章或工程建设强制性标准从事建筑施工活动，虽未造成人员死亡但影响恶劣的；

（六）未按照法律、法规、规章或工程建设强制性标准从事建筑施工活动，造成一般（含一般）以上工程质量安全事故的；

（七）恶意拖欠农民工工资，或以讨要农民工工资为由唆使、组织、默许农民工恶意逼讨工程款，或采取围堵政府机关、社区、道路和拉横幅游行等非理性方式恶意讨要农民工工资，引发群体性事件，造成不良社会影响的；

（八）转包、违法分包和挂靠施工经营，或中标项目管理人员不到岗履职的；

（九）未按规定交存农民工工资保证金的；

（十）存在其他违法违规行为的。

**第十一条** 本意见自 2014 年 5 月 1 日起施行，有效期为 3 年。市城乡建设委《关于印发〈外地进济建筑业企业监督管理办法〉的通知》（济建发〔2011〕21 号）同时废止。

(2014 年 3 月 31 日印发)

JNCR-2014-0120008

# 济南市人力资源和社会保障局 关于印发《济南市职工基本医疗保险办法 实施细则》的通知

济人社发〔2014〕58号

各县（市）区人力资源和社会保障局，高新区社会保障局，各有关单位：

根据国家、省有关规定和《济南市职工基本医疗保险办法》，制定了《济南市职工基本医疗保险办法实施细则》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

济南市人力资源和社会保障局  
2014年4月1日

## 济南市职工基本医疗保险办法实施细则

**第一条** 根据《济南市职工基本医疗保险办法》（以下简称《办法》），制定本实施细则。

**第二条** 已在省社会保险经办机构办理了基本养老保险登记手续，参加我市职工基本医疗保险的单位，应当持社会保险登记证副本，到市、县（市）社会保险经办机构办理职工基本医疗保险登记手续。

**第三条** 参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，应当同时参加城镇企业职工基本养老保险。

**第四条** 参保人员发生增减时，用人单位应当于发生增减之日起30日内到社会保险经办机构办理增减手续。

参保人办理养老保险退休手续后，由街道办事处（镇政府）人力资源和社会保障服务机构（未移交社区管理的由原工作单位）持职工档案等资料于30日内到社会保险经办机构办理待遇变更手续。

**第五条** 职工个人月工资收入按国家统计局规定列入工资总额统计的实际收入计算。

**第六条** 《办法》第十二条中规定的退休人员个人账户保底封顶额，是指按照退休人员本人月基本养老金（退休金）的4%划入并扣除大额医疗费救助金等扣缴项目后的月划账金额。

《办法》实施时已享受退休人员基本医疗保险待遇的参保人，其个人账户月划账金额高于相应年龄段封顶额的，按《办法》实施时的划账金额。

**第七条** 参保人办理退休手续后，达到职工基本医疗保险最低缴费年限的，从其被批准退休的次月起享受退休人员的基本医疗保险待遇。

参保人办理退休手续后未达到最低缴费年限，因生活困难无力一次性补足所差月份基本医疗保险费的，可按照人力资源和社会保障部门的规定申请按月继续缴费。继续缴

费期间享受在职职工的基本医疗保险待遇。

**第八条** 2010 年 7 月 1 日后职工基本医疗保险关系由异地转入我市的参保人员, 办理退休手续时, 其在我市的实际缴费年限应满 10 年。实际缴费年限不足 10 年的, 应以办理退休手续时本市上年度在岗职工月平均工资为基数, 一次性补足所差月份的基本医疗保险费, 并自次月起享受退休人员的基本医疗保险待遇。

**第九条** 连续三年以上按时足额缴费的参保单位发生欠费的, 经市、县(市)社会保险经办机构批准, 可以适当延长其参保人享受统筹基金支付医疗待遇的时间, 但最长不超过三个月。

**第十条** 单位因分立、改制、重组, 其退休人员超过在职职工人数 30% 的, 超过的部分由单位按全市上年度退休人员人均医疗费为每人一次性缴纳十年的基本医疗保险费。

单位合并、转让、租赁、承包、兼并、分立、改制前, 应当补齐欠缴的基本医疗保险费和滞纳金。接收或继续经营者, 应当承担原单位参加基本医疗保险的义务。

**第十一条** 参保人申请门诊规定病种治疗的, 由社会保险经办机构组织鉴定确认。经鉴定确认后, 发给门诊规定病种医疗证, 并确定一家定点医疗机构进行治疗。确定后一般在一个医疗年度内不得变更。

经核准治疗门诊规定病种疾病所发生的医疗费, 由统筹基金按规定报销。门诊规定病种处方外配的, 统筹基金不予支付。

**第十二条** 定点医疗机构应对门诊规定病种患者的病历、处方单独管理, 并向患者和社会保险经办机构据实提供医疗费用明细。门诊规定病种患者的医疗费, 本人凭社会保障卡与定点医疗机构只结算个人负担部分, 其余部分由定点医疗机构与社会保险经办机构按月结算。

**第十三条** 门诊规定病种实行分类管理。社会保险经办机构可对门诊规定病种患者进行定期复查, 经专家鉴定已基本痊愈的, 收

回门诊规定病种医疗证, 停止其享受门诊规定病种的待遇。

**第十四条** 定点医疗机构必须严格掌握入出院的标准。参保人患病确需住院治疗的, 由医生开据住院单, 经定点医疗机构医疗保险管理部门登记后方可住院。急诊病人可先收治住院, 但应在三个工作日内补办登记手续。

**第十五条** 参保人在定点医疗机构住院时, 应当出示社会保障卡, 使用社会保障卡办理住院登记和出院结算手续。

参保人在办理或补办社会保障卡期间需要住院的, 应当持身份证复印件和住院证复印件到社会保险经办机构开具无卡证明, 并持无卡证明到定点医疗机构办理住院手续, 领卡后及时补登记。出院结算时仍未取得社会保障卡的, 暂不结算, 取卡后及时补办结算手续。

**第十六条** 定点医疗机构在参保人住院时, 应核对其社会保障卡。定点医疗机构应当每天向参保人提供费用清单。发生乙类药品及统筹基金支付部分费用的诊疗项目、医疗服务设施项目的费用时, 应提前告知参保人。发生统筹基金不予支付的费用, 应征得参保人的同意。

参保人住院期间, 应随身携带社会保障卡备查。

**第十七条** 参保人病愈出院一般不予带药。确需带药的, 不得超过七天量。

**第十八条** 参保人住院实行首诊负责制, 对符合住院条件的, 首诊定点医疗机构必须按规定接收住院, 不得借故推诿病人。已经收治住院的病人, 因本医疗机构条件所限诊治有困难的, 要按规定为病人办理转院。参保人向上一级定点医疗机构转院时, 应补齐转入定点医疗机构起付标准的差额。

**第十九条** 在同一定点医疗机构急诊留观转住院的, 其留观期间的医疗费用与住院费用合并计算。急诊抢救无效死亡的参保人所发生的急诊费用, 按照住院规定执行。

**第二十条** 工伤保险参保人因工伤康复住院期间发生的职工基本医疗保险支付范围内的医疗费用,按照住院规定执行,但不收取起付标准。

**第二十一条** 生育保险参保人因生育相关疾病住院期间发生的职工基本医疗保险支付范围内的医疗费用,按照住院规定执行。因生育合并症发生手术费用的,只报销手术费用,不收取起付标准。

**第二十二条** 参保人患同一种疾病,15 日之内一般不得重复住院。

**第二十三条** 需异地转诊转院治疗的参保人必须符合下列条件:

(一) 本市定点医疗机构不能诊疗的危重疑难病症;

(二) 经本市三级甲等定点医疗机构或市级以上专科定点医疗机构检查、专家会诊仍未确诊的;

(三) 接诊医疗机构的诊疗水平高于本市诊疗水平。

**第二十四条** 需异地转诊转院治疗的参保人,应由三级甲等定点医疗机构或市级以上定点专科医疗机构组织专家会诊,并提出建议,由定点医疗机构医疗保险管理部门填写转诊转院备案表。

异地转诊转院转入医疗机构属于异地联网即时结算医疗机构的,参保人应先持转诊转院备案表到社会保险经办机构备案,方可办理住院手续,出院时医疗费用即时结算;不属于异地联网即时结算医疗机构的,医疗费用先由参保人垫付,出院后由管理单位凭转诊转院备案表、有效费用单据、病历首页复印件、医嘱单复印件、汇总费用明细等材料及时到社会保险经办机构报销。

参保人未按规定办理相关手续而自行转诊转院的,统筹基金不予支付其医疗费用。

**第二十五条** 长驻外地工作人员和异地安置退休人员,可以在长驻地选择定点医疗机构进行诊疗,由其管理单位持长驻地居住证或户籍证明复印件、异地人员备案表、所

选择的外地医疗机构名单到社会保险经办机构备案。所选择的外地医疗机构原则上一年之内不得更换。

上述人员的备案信息发生变化时,应及时办理备案变更手续。在非备案的医疗机构发生的医疗费用,统筹基金不予支付。

**第二十六条** 长驻外地工作人员的个人账户金,自备案的次月起,由社会保险经办机构记入社会保障卡金融账户区。

**第二十七条** 长驻外地工作人员和异地安置退休人员的门诊规定病种和普通门诊统筹医疗费用,由管理单位凭门诊处方、病历、有效费用单据和费用清单到社会保险经办机构报销。

**第二十八条** 长驻外地工作人员和异地安置退休人员所选择的外地医疗机构属于异地联网即时结算医疗机构的,参保人住院时应当先向社会保险经办机构备案,方可办理住院手续;出院时医疗费用即时结算;不属于异地联网即时结算医疗机构的,医疗费用先由参保人垫付,出院后由管理单位凭有效费用单据、病历首页复印件、医嘱单复印件、汇总费用明细等材料及时到社会保险经办机构报销。

长驻外地工作人员和异地安置退休人员经所选择的外地医疗机构同意,转往其他医疗机构住院治疗的,按照异地转诊转院的有关规定执行。

**第二十九条** 参保人临时在外地突发急症住院治疗的,只能报销其中一所医疗机构的医疗费,如出现多所医疗机构的医疗费单据,必须附有相应转诊证明。参保人入院后须及时告知管理单位,由管理单位于参保人入院后五个工作日内书面告知社会保险经办机构。医疗费用先由参保人垫付。出院后,由管理单位凭有效费用单据、病历首页复印件、医嘱单复印件、汇总费用明细、出入院记录复印件、相关检查检验单复印件等材料及时到社会保险经办机构报销。

无特殊原因不按规定书面报告社会保险

经办机构或者经审核不属于急症住院的，统筹基金不予支付其医疗费用。

**第三十条** 参保人在境外发生的医疗费用，统筹基金不予支付。

参保人被单位派驻境外的，应当照常缴纳基本医疗保险费。其个人账户计入额，单位缴费部分按 50% 划入个人账户，个人缴费全部计入个人账户。

**第三十一条** 凡在外地发生的医疗费用，在执行起付标准时，按照国家评定的医疗机构等级确定，未确定等级的，按照我市二级医疗机构的标准执行。

**第三十二条** 单位初次参保时，其参保人正在住院治疗的，应按有关规定将享受医疗保险待遇之前的住院费用一次性结清。

**第三十三条** 参保人住院的基本医疗保险待遇，以出院的时间和缴费状态作为结算依据。

**第三十四条** 本实施细则所称管理单位，是指用人单位、街道办事处（镇政府）人力资源和社会保障服务机构等具体负责为参保人到社会保险经办机构办理医疗费用报销手续的单位。

社会保险经办机构办理医疗费用报销时，应当依据报销时的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施项目范围。

**第三十五条** 本实施细则自印发之日起施行，有效期五年。《济南市城镇职工基本医疗保险暂行办法实施细则》（济劳社险字〔2002〕38 号）同时废止。

- 附件：1. 职工基本医疗保险门诊规定病种目录  
2. 济南市职工基本医疗保险门诊规定病种鉴定标准

## 附件 1

# 职工基本医疗保险门诊规定病种目录

- |  |   |
|--|---|
| <p>一、I 类病种</p> <p>(一) 恶性肿瘤的治疗</p> <p>(二) 慢性肾衰竭（尿毒症期）的透析治疗</p> <p>(三) 器官移植患者的抗排异治疗（限心脏、肝、肺、肾、异体骨髓移植）</p> <p>(四) 精神病</p> <p>二、II 类病种</p> <p>(五) 慢性病毒性肝炎</p> <p>(六) 肝硬化</p> <p>(七) 再生障碍性贫血</p> <p>(八) 结核病</p> <p>(九) 系统性红斑狼疮</p> <p>(十) 血液系统疾病（血友病、骨髓增生性疾病、骨髓增生异常综合征）</p> | <p>(十一) 慢性肾衰竭（非尿毒症期）</p> <p>三、III 类病种</p> <p>(十二) 糖尿病（有心、脑、肾、眼并发症之一）</p> <p>(十三) 高血压（有心、脑、肾、眼并发症之一）</p> <p>(十四) 肺心病（并发右心衰竭）</p> <p>(十五) 冠心病（反复发作心绞痛或心肌梗塞）</p> <p>(十六) 脑出血、脑梗塞、脑栓塞（并发后遗症）</p> <p>(十七) 慢性心力衰竭</p> <p>(十八) 风湿性疾病（风湿热关节炎、类风湿关节炎、多发性肌炎和皮肌炎、动脉炎、血管炎、过敏性紫癜、白塞病、强直性脊柱</p> |
|--|---|

炎)

(十九) 间质性肺疾病

(二十) 重症肌无力

(二十一) 癫痫

(二十二) 帕金森氏病及综合征

(二十三) 多发性硬化

## 附件 2

# 济南市职工基本医疗保险 门诊规定病种鉴定标准

## 一、I 类病种

### (一) 恶性肿瘤的治疗

符合以下条件之一：

1. 门诊或住院确诊恶性肿瘤，并经病理学或细胞学确诊。

2. 住院后未经病理学或细胞学确诊，但根据病史、体征，结合 X 线、B 超、CT、磁共振、内窥镜、实验室等辅助检查，明确诊断为恶性肿瘤。

3. 未经住院治疗且未经病理学或细胞学确诊，但结合 X 线、B 超、CT、磁共振、内窥镜、实验室等辅助检查，明确诊断为恶性肿瘤的，需进一步提供加盖红章的诊断证明。

说明：

1. 自确诊之日起 5 年及以上的恶性肿瘤，申请时需进一步提供恶性肿瘤未愈或转移、复发、新发的相关病历资料。

2. 对于部分需要按恶性肿瘤处理的颅内良性占位性病变，需进一步提交放化疗或术后复发转移的相关病历资料。

### (二) 慢性肾衰竭（尿毒症期）的透析治疗

各种原因造成慢性肾脏损伤，并出现肾功能异常达到尿毒症期， $GFR \leq 15ml/\text{分}$ ，需长期透析治疗，并提供：3-5 次透析记录，血液透析的动静脉造瘘记录或置入半永久深静脉置管记录或腹膜透析的置管记录（若因心力衰竭、凝血功能障碍等原因暂时无

法造瘘，需提供确需长期透析但暂时无法造瘘及原因的诊断证明）。

(三) 器官移植患者的抗排异治疗（限心脏、肝、肺、肾、异体骨髓移植）

心脏、肝、肺、肾、异体骨髓移植术后，需持续服用抗排异药物治疗的患者（需提供确诊的住院病历复印件）。

说明：异体骨髓移植只包含用于治疗血液系统疾病的异体骨髓造血干细胞移植，不包含外周造血干细胞移植。

### (四) 精神病

符合以下病症：精神分裂症、（双相）情感性精神障碍、脑器质病变性精神障碍、强迫症、精神病性抑郁症、恐怖症、焦虑症之一者。

说明：需提供明确诊断的二级及以上专科医院的住院病历复印件。未经住院治疗的，需有半年及以上二级及以上专科医院的门诊治疗记录并同时提供该医院的诊断证明。

## 二、II 类病种

### (五) 慢性病毒性肝炎

符合中度以上慢性病毒性肝炎诊断标准，即 ALT 和 AST 反复或持续升高  $\geq 50U/L$ ，并符合以下标准之一：

1. 血清白蛋白  $\leq 35g/L$ ；
2. 胆红素正常值上限 2 倍以上；
3. 凝血酶原活动度  $\leq 70\%$ ；
4. 胆碱酯酶  $< 4500U/L$ ；

5. B超或 CT: 肝内回声增粗、肝脏或脾脏轻度肿大之一;

6. 病理: 炎症 3 级以上, 纤维化 1~4 期。

#### (六) 肝硬化

符合肝硬化诊断标准, 并符合以下条件之一:

1. 血清白蛋白 $<35\text{g/L}$ ;
2. 胆红素正常值上限 2 倍以上;
3. 凝血酶原活动度 $\leq 70\%$ ;
4. 有食道或胃底静脉曲张;
5. 有腹水;
6. 有严重腹水史;
7. 与门脉高压相关的消化道出血;
8. 与门脉高压相关的脾机能亢进;
9. 有肝性脑病史。

#### (七) 再生障碍性贫血

1. 症状、体征诊断明确并经住院确诊;
2. 血液及骨髓象检查阳性。

#### (八) 结核病

##### 1. 肺结核

符合以下条件之一:

(1) 肺部有异常阴影和痰菌及病理证实的菌阳肺结核。

(2) 肺部有异常阴影, 痰菌三次检查为阴性或培养阴性, 有肺结核相关症状或体征, PPD 试验强阳性。

(3) 菌阴肺结核, 有肺结核相关症状或体征, 免疫学、分子生物学、生化酶检查, 其中一项阳性, 并排除其他肺部疾病。

(4) 经实验治疗证实有效的菌阴肺结核。

##### 2. 肺外结核

符合以下条件:

(1) 有肺结核病史或伴有其他器官结核病依据。

(2) 有结核病的全身症状和局部症状。

(3) X线、CT、结核菌、免疫学、分子生物学、生化酶检查, 其中一项阳性, 或 PPD 试验强阳性。

#### (九) 系统性红斑狼疮

符合 ACR.1997 系统性红斑狼疮分类标准, 并符合以下条件:

按照 ACR.1997 系统性红斑狼疮分类标准进行的相关检查, 如血清抗核抗体检查, 抗 ENA 抗体系列检查, 免疫球蛋白检查, 血沉和肝肾功能, 提示 SLE 活动或检查结果阳性; 伴有并发症的, 延伸相关脏器的检查, 如狼疮性肾炎、狼疮性脑炎、狼疮性浆膜炎等, 相应的检查阳性。

(十) 血液系统疾病 (血友病、骨髓增生性疾病、骨髓增生异常综合征)

1. 症状、体征诊断明确。
2. 并符合以下条件之一:

(1) 血液及凝血指标异常 (活化部分凝血酶原时间延长和凝血因子 VIII 或凝血因子 IX 降低), 确诊血友病。疑难病例有遗传学或分子遗传学支持证据。

(2) 血液及骨髓检查 (包括骨髓穿刺和骨髓活检) 相应异常改变, 确诊骨髓增生性疾病、骨髓增生异常综合征。

#### (十一) 慢性肾衰竭 (非尿毒症期)

同时符合以下条件:

1. 各种原因造成慢性肾脏损伤, 症状、体征诊断明确。

2. 血常规、尿液、血生化检查, 其中一项以上阳性。

3.  $\text{GFR} \leq 90\text{ml/分}$  或血肌酐大于各医疗机构检验正常值的上限 (提供半年内非同一天 2 次及以上化验单)。

说明: 只有门诊病历资料的, 需鉴定当天于鉴定医院现场复查肾功能等相关检查。

#### 三、III 类病种

(十二) 糖尿病 (有心、脑、肾、眼并发症之一)

确诊糖尿病: 空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$  和餐后 2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ , 或者连续二次空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ , 或者连续二次随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ , 并有下列并发症之

一：

1. 心脏：同“冠心病”鉴定标准；  
2. 脑：同“脑血管病后遗症”鉴定标准。

3. 肾脏：符合以下条件之一：

①有微量白蛋白尿（尿白蛋白排泄率 $>200\mu\text{g}/\text{min}$ 或尿白蛋白排泄量 $>300\text{mg}/24\text{h}$ ）；

②慢性肾功能减退（血肌酐 $>$ 各单位检验正常值上限者）（需提供半年内非同一天两次及以上血肌酐化验单或鉴定当天现场抽血检查）。

4. 眼病：糖尿病视网膜病变Ⅱ—Ⅵ期、白内障、青光眼之一者（需鉴定当天于鉴定医院现场检查确认）。

5. 糖尿病足：足部皮肤溃疡或肢端坏疽。

（十三）高血压（有心、脑、肾、眼并发症之一）

原发性高血压诊断明确，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ （应激状态血压升高除外），并符合以下条件之一：

1. 心脏：有心绞痛、心肌梗塞、左心功能不全病史之一并以下辅助检查①单项或②与③两项或③与④两项异常者：

①冠状动脉造影显示至少一支冠脉血管管腔狭窄 $\geq 50\%$ 或冠脉 PCI 术后。

②冠状动脉 CT 显示至少一支冠脉血管管腔狭窄 $\geq 70\%$ 。

③心电图或动态心电图或心脏运动负荷试验符合以下情况之一：a. ST 段水平或下斜型下移幅度 $\geq 0.1\text{mv}$ ；b. 频发室早二联律、频发多源性室早、短阵室速；c. 持续房颤。

④心脏彩超：符合以下超声改变之一：  
a. 明显的室壁动度减低；b. 室壁瘤；c. 左室后壁厚度 $\geq 13\text{mm}$ 或室间隔厚度 $\geq 13\text{mm}$ 。

2. 脑：同“脑血管病后遗症”鉴定标

准。

3. 肾脏：符合以下条件之一：

①有微量白蛋白尿（尿白蛋白排泄率 $>200\mu\text{g}/\text{min}$ 或尿白蛋白排泄量 $>300\text{mg}/24\text{h}$ ）；

②慢性肾功能减退（血肌酐 $>$ 各单位检验正常值上限者）（需提供半年内非同一天两次及以上血肌酐化验单或鉴定当天现场检查肾功能）。

4. 眼底：高血压眼底动脉硬化Ⅱ—Ⅳ期（需鉴定当天于鉴定医院现场检查确认）。

5. 主动脉夹层动脉瘤并经住院确诊。

（十四）肺心病（并发右心衰竭）

同时符合以下条件（需提供明确诊断的住院病历复印件）：

1. 症状、体征诊断明确。X 线、心电图其中一项检查支持诊断，有肺动脉高压、右心室肥大、右心功能不全之一者；

2. 心功能Ⅲ级以上（含Ⅲ级）。

（十五）冠心病（反复发作心绞痛或心肌梗塞）

有心绞痛反复发作或心肌梗塞病史，并以下辅助检查①单项或②与③两项或③与④两项异常者：

①冠状动脉造影显示至少一支冠脉血管管腔狭窄 $\geq 50\%$ 或冠脉 PCI 术后。

②冠状动脉 CT 显示至少一支冠脉血管管腔狭窄 $\geq 70\%$ 。

③心电图或动态心电图或心脏运动负荷试验符合以下情况之一：a. ST 段水平或下斜型下移幅度 $\geq 0.1\text{mv}$ ；b. 频发室早二联律、频发多源性室早、短阵室速；c. 持续房颤

心脏彩超 符合以下超声改变之一  
明显的室壁动度减低 室壁瘤

十六 脑出血 脑梗塞 脑栓塞 并发后遗症

同时符合以下条件

症状 体征明确

2. 脑 CT 或 MRI 检查证实;

3. 有脑血管病病史, 并肢体功能明显障碍 (患肢肌力 0—Ⅲ级)、肢体协调功能中度障碍、完全性失语 (运动性、感觉性) 之一者。

(十七) 慢性心力衰竭

同时符合以下条件 (需提供明确诊断的住院病历复印件):

1. 有导致心力衰竭的慢性病史 (如高血压、冠心病、风心病、先心病、心律失常、心肌病等); 症状、体征诊断明确并经住院确诊;

2. 心功能Ⅲ级或Ⅳ级。

3. 以下辅助检查符合其中之一者:

(1) 心脏彩超: EF 值 $\leq$ 45%。

(2) X 线: 心脏扩大并双下肺纹理增多等肺淤血表现。

(3) 血 BNP $\geq$ 2000ng/ml。

(十八) 风湿性疾病

1. 风湿热 (关节炎);

2. 类风湿关节炎;

3. 多发性肌炎和皮肌炎;

4. 动脉炎 (巨细胞动脉炎、大动脉炎、结节性多动脉炎);

5. 血管炎 (显微镜下多血管炎);

6. 过敏性紫癜;

7. 白塞病;

8. 强直性脊柱炎。

符合中华医学会风湿病学分会 2004 年《风湿性疾病诊治指南》相关标准, 诊断明确。

(十九) 间质性肺疾病

符合以下条件:

1. 各种原因造成的间质性肺疾病, 症状、体征诊断明确。

2. 呼吸功能检查异常 (包括肺通气功能、弥散功能)。

3. X 线胸片或纤维支气管镜 (包括肺灌洗) 检查支持间质性肺疾病。

4. 高分辨率 CT、肺活检, 其中一项阳性。

(二十) 重症肌无力

符合以下条件:

1. 症状、体征诊断明确。

2. 抗胆碱酯酶药物试验、疲劳试验、肌电图检查, 其中一项符合重症肌无力诊断标准并排除胸腺瘤。

3. 经神经专科医师确诊。

(二十一) 癫痫

符合以下条件:

1. 系统详细病史及诊治病历, 症状、体征诊断明确。

2. 脑电图检查符合癫痫诊断标准 (阴性结果不能排除癫痫诊断)。

(二十二) 帕金森氏病及综合征

符合以下条件:

1. 符合下列标准两项以上者:

(1) 静止性震颤。

(2) 运动迟缓或运动减少。

(3) 肌强直。

(4) 姿势步态异常。

2. 隐袭起病, 缓慢进展, 逐时加重的病程。

3. 经神经专科医师确诊。

综合征的诊断标准, 除具备以上条件外, 需明确原发病。

(二十三) 多发性硬化

缓解—复发的病史及症状体征提示 CNS 一个以上的分离病灶, 并符合以下条件:

1. 症状、体征诊断明确。

2. 磁共振或视、听、体感诱发电位, 其中一项以上符合 MS 标准。

(2014 年 4 月 1 日印发)

JNCR-2014-0120007

# 济南市人力资源和社会保障局 关于印发《济南市职工基本医疗保险 普通门诊统筹办法》的通知

济人社发〔2014〕59号

各县（市）区人力资源和社会保障局，高新区社会保障局，各有关单位：

根据《济南市职工基本医疗保险办法》，制定了《济南市职工基本医疗保险普通门诊统筹办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

济南市人力资源和社会保障局

2014年4月1日

## 济南市职工基本医疗保险 普通门诊统筹办法

**第一条** 为进一步减轻职工基本医疗保险参保人的门诊医疗费用负担，提高参保人医疗保障水平，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本市职工基本医疗保险参保人员普通门诊统筹适用本办法。

**第三条** 普通门诊统筹坚持“保基本”原则，保障参保人基本医疗水平，对基层卫生服务机构采取倾斜政策，引导参保人“小病进社区”，促进医疗资源的合理配置。

**第四条** 市社会保险行政部门主管我市职工基本医疗保险普通门诊统筹工作。市社会保险经办机构具体负责普通门诊统筹资金的筹集、管理和待遇审核、给付等工作。

**第五条** 普通门诊统筹所需资金由统筹基金和个人缴纳共同承担，其中个人部分，

按照每人每月10元标准筹集。建立基本医疗保险个人账户的参保人（含退休人员），由社会保险经办机构通过个人账户调整等方式从职工基本医疗保险基金中划转；未建立基本医疗保险个人账户的参保人，按照上述标准缴纳。

**第六条** 在一个医疗年度内，参保人普通门诊就医发生的医疗费用，统筹基金支付设立起付标准和最高支付限额。

在一个医疗年度内，参保人发生的统筹基金支付范围内普通门诊医疗费用累计计算起付标准，起付标准只负担一次，按医疗机构级别分别确定：市三级（含部队三级，下同）定点医疗机构1200元；二级及一级定点医疗机构700元；定点社区卫生服务机构

400 元。

在一个医疗年度内，统筹基金支付普通门诊费用的最高数额为 1600 元。超过的部分，由大额医疗费救助金解决，最高支付限额为 800 元。

**第七条** 统筹金（包括职工基本医疗保险统筹基金和大额医疗费救助金，下同）支付普通门诊统筹的数额不计入基本医疗保险基金和大额医疗费救助金最高支付限额。

**第八条** 在一个医疗年度内，参保人发生的统筹基金支付范围内普通门诊医疗费用，在起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的，由统筹基金和个人按下列规定比例分别负担：

（一）在市三级定点医疗机构的，统筹基金负担 35%，个人负担 65%；

（二）在二级及一级定点医疗机构的，统筹基金负担 55%，个人负担 45%；

（三）在定点社区卫生服务机构的，统筹基金负担 60%，个人负担 40%。

由大额医疗费救助金解决的部分按照上述比例支付。

建国前老工人统筹金负担比例较本条第一款和第二款同段提高 5 个百分点，个人负担比例降低 5 个百分点。

**第九条** 参保人应当自愿选择一家普通门诊统筹定点医疗机构，并与之签订《济南市职工基本医疗保险普通门诊统筹医疗服务协议》。

参保人未选择普通门诊统筹定点医疗机构并与之签订协议的，不享受普通门诊统筹医疗待遇。

**第十条** 普通门诊统筹定点医疗机构确定后，一般在一个医疗年度内不得变更。

**第十一条** 参保人拟选择的门诊规定病种和普通门诊定点医疗机构为同一级别的，

应当选择同一家（门诊规定病种定点医疗机构为专科医院的除外）。

**第十二条** 参保人在非门诊统筹定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用，统筹金不予支付。

**第十三条** 普通门诊统筹处方外配及参保人在住院或家庭病床治疗期间发生的普通门诊医疗费用，统筹金不予支付。

**第十四条** 参保人因本人定点的社区卫生服务机构不具备所需要的医疗条件而无法诊治的，由定点社区卫生服务机构负责办理转往上级定点医院的转诊手续，发生的转诊医疗费用由个人垫付，经定点社区卫生服务机构审核后，按普通门诊统筹规定予以结算。

转诊医疗费用按照转入定点医疗机构统筹支付待遇结算。转入定点医疗机构为省（部）三级的，起付标准按照市三级定点医疗机构执行，统筹金支付比例较市三级定点医疗机构降低 5 个百分点，个人负担比例相应提高 5 个百分点。

**第十五条** 参保人在定点医疗机构发生的急诊医疗费用，经定点医疗机构医疗保险管理部门审核后，纳入普通门诊统筹结算；参保人在非定点医疗机构发生的急诊医疗费用，统筹金不予支付。

参保人急诊抢救无效死亡发生的医疗费用、急诊留观转住院留观期间发生的医疗费用和门诊规定病种参保人急诊治疗已核定病种疾病的医疗费用，不纳入普通门诊统筹支付范围。

**第十六条** 普通门诊统筹定点医疗机构应当严格遵守基本医疗保险和医疗卫生的各项法律、政策和规定，在参保人就医过程中要因病施治，严格掌握适应症，做到合理诊疗，并向市社会保险经办机构实时上传门诊医疗费用明细。

**第十七条** 普通门诊统筹执行《国家基本药物目录》，一般诊疗费、基本的检查检验和治疗项目纳入普通门诊统筹支付范围，支付范围以外的门诊医疗费用统筹金不予支付。

**第十八条** 异地安置和长驻外地参保人员的管理单位（含用人单位、街道办事处（镇政府）人力资源和社会保障服务机构等有为参保人办理社会保险相关手续的单位，下同）应当为其办理普通门诊统筹异地备案手续。备案后，参保人在居住地选定的定点医疗机构就诊发生符合规定的门诊医疗费用，由个人先行垫付，报销手续由管理单位携带上一医疗年度门诊病历、处方、有效费用单据、费用清单等门诊医疗费用材料到社会保

险经办机构办理。

**第十九条** 参保人在门诊统筹定点医疗机构诊疗，凭个人社会保障卡结算个人负担部分；统筹金支付部分由市社会保险经办机构与定点医疗机构进行结算，采取按人包干付费、总量控制与质量考核相结合的结算方式。

**第二十条** 普通门诊统筹医疗待遇的享受按照《济南市职工基本医疗保险办法》第二十条、第二十二条等规定执行。

**第二十一条** 本办法自 2014 年 4 月 1 日起施行，有效期为五年。

(2014 年 4 月 1 日印发)

JNCR-2014-0120006

## 济南市人力资源和社会保障局 关于公布职工基本医疗保险基金 最高支付限额的通知 济人社发〔2014〕60号

各县（市）区人力资源和社会保障局，高新区社会保障局，各有关单位：

为进一步提高我市职工基本医疗保险保障水平，满足参保职工的基本医疗保障需求，根据《济南市职工基本医疗保险办法》的规定，自 2014 年 4 月 1 日起，职工基本医疗保险基金住院及门诊规定病种的最高支付限额

调整为 24 万元。

本通知自下发之日起施行，有效期五年。

济南市人力资源和社会保障局  
2014 年 4 月 1 日

(2014 年 4 月 1 日印发)

# 济南市质量技术监督局 2012 年度 预算执行和其他财政财务收支情况审计结果

## 审计结果公告 [2014] 20 号

根据《中华人民共和国审计法》的规定, 2013 年 2 月至 3 月, 济南市审计局对济南市质量技术监督局(以下简称市质监局) 2012 年度预算执行和其他财政财务收支情况进行了审计。现将审计结果公告如下:

### 一、基本情况

市质监局是市政府直属办事机构, 主要职责是组织依法查处违反有关质量技术监督法律法规的行为, 负责对较大产品质量事故的调查, 依法对质量检验机构授权和监督管理, 组织打击生产领域假冒伪劣等违法行为, 组织实施规定牵头的专项打假等工作。本次重点审计了市质监局本级, 并对其下属市质量技术监督信息中心、市质检所等单位进行了延伸。

### 二、审计评价

审计结果表明, 市质监局 2012 年度财务会计报告基本真实地反映了预算执行和财务状况, 内部控制制度比较健全, 预算执行基本符合预算法及相关法律、法规的规定。资金使用总体情况较好, 会计核算基本符合《会计法》、《行政单位会计制度》以及相关会计准则的规定。但在审计过程中也发现存在预算编制不尽完善、专项资金使用效率不高、公用经费超出预算等问题。

### 三、审计发现的主要问题及整改情况

(一) 部分专项资金预算重复编报, 造成市质监局预决算口径不一致。市质监局 2012 年度预算中编制专用设备购置费 680 万元、食品抽样检验经费 800 万元等项目。其下属资金使用单位也均在本单位预算中编制了该项目资金。市财政局将该专款拨付市质监局, 并由市质监局根据下属单位部门预算进行拨

付。年终决算时, 市质监局本级不体现上述款项, 造成预决算口径不一致。

审计指出上述问题后, 市质监局已与市财政局进行了沟通协调, 将今后的专项资金由使用单位进行预算编制, 避免双重体现导致的预决算口径不一致现象发生。

(二) 1083.95 万元结余(结转)资金未纳入下年度预算。截至 2011 年底市质监局各类经费结余(结转) 4601.17 万元, 其中 842.17 万元未纳入 2012 年度预算。市质量技术监督信息中心 2011 年底事业基金和上年结余(结转) 合计 56.60 万元, 其中 16.60 万元未纳入 2012 年度预算。市质检所 2011 年底“质检所食品抽样检验经费”累计结余(结转) 225.18 万元, 未纳入 2012 年度预算。

审计指出上述问题后, 市质监局已督促各单位在编制 2014 年部门预算时, 将结余(结转)资金全部纳入部门预算。

(三) 食品抽样检验经费中公用经费占比过大。市质监局 2012 年收到财政部门拨入的食品抽样检验经费 800 万元, 市质检所等单位当年用于食品抽样检验、买样品等费用支出 124.02 万元, 仅占当年总支出 719.52 万元的 17.24%, 其余主要用于支付食品抽样检验聘用人员劳务费、交通运行费等。

审计指出上述问题后, 市质监局表示今后要不断加强对下属单位专项资金使用情况的监管力度, 努力提高财政资金使用效益。

济南市审计局  
2014 年 4 月 2 日

## 《济南市人民政府公报》简介

《济南市人民政府公报》是由济南市人民政府主办，济南市人民政府办公厅承办并编辑出版的政府出版物，是市政府信息公开的法定载体。

《济南市人民政府公报》系统、准确地刊载：上级有关文件，济南市地方法规；市政府规章；市政府及市政府办公厅文件；经法制机构合法审查的部门规范文件等。

根据《中华人民共和国立法法》等有关法律法规规定：在《济南市人民政府公报》上刊登的政府规章和规范性文件为标准文本。未经政府公报统一公布的规范性文件无效，不得作为行政管理的依据。

《济南市人民政府公报》为 A4 开本，半月刊，全年 24 期。赠阅到全市各级政府、村（居）民委员会，县级以上图书馆、档案馆、行政服务大厅等公共场所。

地 址：济南市历下区龙鼎大道 1 号

邮 编：250099

网 址：<http://www.jinan.gov.cn>

电子信箱：[sdjnjb@jinan.gov.cn](mailto:sdjnjb@jinan.gov.cn)

---

**济南市人民政府公报**

2014 年第 7 期

4 月 5 日出版

主管主办：济南市人民政府

编辑出版：济南市人民政府公报编辑室

印刷单位：济南市政府机关文印中心

内部刊号：鲁联内资(2009)第 1351 号

联系电话：(0531)66607646

传 真：(0531)66607619

---