



# 全市参保人数360.7万人 综合参保率达到97.41%

## 我市将持续开展“参保扩面”行动,将更多的人纳入基本医保覆盖范围

□晚报记者 荆常忠

晚报讯 3月23日,记者在“奋力推动品质滨州建设成效全面跃升——亮目标”主题系列新闻发布会市医疗保障局专场获悉,全民医保是保障人民健康的重大基本制度安排。我市基本医保参保总体稳定,参保质量持续提升。

参保覆盖面持续扩大。职工个人缴费和单位缴费相结合,法律强制依法参保。自

2025年启动基本医保参保长效机制,引导居民依法参保,对未按规定参保的居民,实行待遇等待期政策,未参保期间及等待期内,不享受医保待遇。截至目前,全市参保人数360.7万人,其中参保职工84.2万人,参保居民276.5万人,综合参保率达到97.41%。

筹资结构更加优化。职工医保个人、单位共同缴费。居民医保实行“政府拿大头,个人缴小头”的筹资模式,

2026年度个人缴费标准400元,大学生200元,财政补助标准700元以上。

参保服务更加便捷。让数据多跑腿,群众少跑路,市民可通过线上渠道缴费。推行职工医保个人账户共济缴费,实现“一人参保,全家共济”。到目前为止,全市仍有部分市民游离在基本医保覆盖范围之外,这部分人群一旦突发重大疾病,家庭将承受巨大的经济负担。且每断保一

年,将增加一个月的待遇等待期,等待期发生的医疗费用医保不予报销。

针对部分群众未及时参保的情况,市医保局将持续开展“参保扩面”行动,努力将更多的人纳入基本医保覆盖范围。

精准锁定未参保人员。医保、公安、教育等部门信息共享,准确把握每一位未参保人的基础信息,精准到村居和社区。

建立多方合作参保机制。近期协调支付宝、移动公司、银行、商业保险公司等进行合作,组织宣讲队,进企业、进社区、进学校、进农村,开展“敲门行动”,逐家逐户动员参保。

建立“一人一档”参保档案。为每一位未参保人建立参保档案,查明未及时参保原因,讲明未参保持利害,动态跟踪参保进度,努力实现应保尽保。

# 全市已有600余名失能人员通过代办功能成功享受长护险待遇

□晚报记者 荆常忠

今年以来,市医保局聚焦失能群体“急难愁盼”问题,从经办服务、异地结算、评估标准三个维度持续优化长护险服务供给,切实提升群众的获得感、幸福感和安全感。

优化经办流程,打造“家门口”的便捷服务

聚焦群众需求,梳理形成《长护险高频服务事项清单》,对照上级政策进一步统一规范和优化服务流程,比如,针对部分失能人员无法自主操作手机、线下提交材料不便的

问题,重点在待遇申请环节推出“他人代办”功能。开通线上服务窗口,增加家属/监护人代办权限,支持代办人通过手机APP完成待遇申请、材料上传、进度查询等全流程操作,实现了“数据多跑路、群众少跑腿”。截至目前,全市已有600余名失能人员通过代办功能成功享受长护险待遇,这一举措不仅解决了失能群体的“办事难”问题,也让长护险服务更有温度、更接地气。

打通异地结算,破解“垫资报销”的民生难题

随着人口流动日益频繁,

异地长期居住失能人员的护理保障需求愈发迫切。为解决这部分群体“先垫资、后报销”的麻烦,我市积极对接省级医保平台,开通了长护险省内异地联网直接结算功能。目前,凡是参加我市长护险、在省内异地长期居住的失能人员,只要在参保地完成异地长护险备案,就能在居住地的定点机构享受直接结算服务,无需再垫付大额护理费用。这项政策的落地,不仅减轻了失能家庭的经济压力,也让异地居住的老人能更安心地享受专业护理服务。

统一评估标准,构建“跨部门”的协同机制

老年人能力评估是长护险待遇认定的核心环节,评估标准不统一、结果互认曾是制约服务效率的瓶颈。为此,市医保局联合民政、卫健、残联等部门,共同研究明确了评估指标、流程和结果应用规则,实现了多部门评估数据的衔接互通、标准互认、结果共享。失能人只需完成一次评估,其结果就能同时应用于长护险待遇认定、民政养老服务补贴、残联残疾人护理补贴等多个政策场景,避免了重复评

估、多次评估的问题,既减轻了群众负担,也提高了行政效率。这一机制的建立,为我市构建“大养老、大护理”服务格局奠定了坚实基础。

市医保局负责人表示,下一步将继续以群众需求为导向,不断深化长护险制度改革,在服务供给、保障范围、监管机制等方面持续发力,努力打造更贴心、更高效、更可持续的长护险“滨州样板”,为失能群体提供更有质量、更有温度的民生保障。

# 我市可提供异地直接结算服务的医疗机构达431家, 零售药店1053家,实现县域内全覆盖

□晚报记者 荆常忠

3月23日,记者在“奋力推动品质滨州建设成效全面跃升——亮目标”主题系列新闻发布会市医疗保障局专场获悉,医保基金一头牵着医院的发展,一头牵着老百姓的报销。近年来,市医保局坚持以人民为中心,全力推进医保结算增效提速。

定点医疗机构服务提质增效

深化支付改革,提升基金运行效能。一方面是高效落地国家药品目录,制定器官移植、尿毒症透析等6类医保支付标准,建立药耗编码“一周两审”工作机制,为医保基金精准支付提供了坚实数据支撑。另一方面是全面推行DIP

支付方式改革,核心病种达到5805个,基层病种增至146个,中医优势病种扩展至79个,有效支持了新药耗、新技术、中医药的应用与发展。

开展数据发布,引导医疗机构控费增效。组建医保数据工作组,从医保基金运行、医疗机构运营、服务效能三大类核心维度,建立“月预付、季发布、专题分析、特例单议、履约考核”常态化机制,衔接DRG/DIP运行监测,形成数据发布与应用闭环,年内开展数据发布4次,引导医疗机构规范诊疗、合理控费、提质增效。

实行“即时结算”,赋能医药产业高质量发展。2025年,我市被确定为医保基金“即时结算”国家试点,重构结算管

理和智能决策双模块,构建“T+1”到账模式,实现日结月清,大幅缩短医疗机构资金回笼周期,有效缓解医院运营压力;同时持续优化异地就医清算机制,让基金周转更顺畅,既保障群众报销及时,也支持医疗机构轻装上阵、更好发展。

2026年,市医保局将持续深化医保支付方式改革,落实DIP3.0分组方案,巩固即时结算全国试点成效,确保资金“1日达”,助力医疗机构提质增效,医保基金精准赋能。

群众就医报销更方便

结算范围全覆盖,从“基本医保”到“生育保险”。我市已全面实现住院、普通门诊、门诊慢特病省内直接结算,住院和普通门诊跨省直接结算,

高血压、糖尿病等10种群众高频慢病纳入跨省直接结算,医保年服务达到200万人次以上。参保群众从城市大医院到乡镇卫生院都能直接结算,真正做到看病在哪里,报销就在哪里。在2025年将职工生育的顺产、剖宫产等4个病种纳入直接结算的基础上,2026年将居民生育纳入省内联网结算,进一步方便群众异地就医。

办事流程大简化,从“来回跑”到“免申即享”。全面取消省内异地就医备案限制,不用备案、不用开证明,持医保码或社保卡即可直接结算;跨省备案也可以通过国家医保APP、滨州医保微信小程序等多种渠道,实现掌上办、网上办、自助办,几分钟就能完

成,彻底告别过去“垫资、跑腿、排队”的难题。我市异地就医住院直接结算率达到96%,我市可提供异地直接结算服务的医疗机构达431家,零售药店1053家,实现了县域内全覆盖。

服务效能再升级,从“有保障”到“更优质”。2026年,将出台定点医药机构资源配置规划,从“有保障”向“优保障”转变,聚焦资源优化、服务提质、管理精细,进一步规范定点机构准入退出机制,强化对机构服务质量、医保合规性的动态监管,重点向薄弱领域倾斜资源,推动两定机构从“数量充足”向“质量过硬”转型。