

株洲市人民政府办公室文件

株政办发〔2020〕5号

株洲市人民政府办公室 关于印发《株洲市全面实行基本医疗保险和 生育保险市级统筹实施方案》的通知

各县市区人民政府、株洲经开区管委会，市政府各局委办、各直属事业单位：

《株洲市全面实行基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

株洲市人民政府办公室
2020年5月18日



株洲市全面实行基本医疗保险和生育保险 市级统筹实施方案

为提高基本医疗保险和生育保险统筹层次，推动基本医疗保险和生育保险制度健康持续发展，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号），结合我市实际，制定本实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，全面落实党中央、国务院和省、市重大决策部署，坚持以人民为中心的发展思想，倾真情为人民群众优质服务、尽全力让人民群众真心满意，建成更加公平、更加可持续、更加完善的医疗保障体系，不断提升人民群众医疗保障获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则

1.维护公平。在全市范围内统一基本医疗保险和生育保险政策，实现参保人员依法参保缴费，公平享受相应的基本医疗保险待遇和生育保险待遇。

2.风险共济。实行基本医疗保险和生育保险基金（以下简称“基金”）市级集中统一管理、统筹调剂使用，合理均衡县市区之间基金负担，提高基金整体抗风险能力。

3.责任分担。按照基金统一收支、管理分级负责、缺口合理分担的原则,建立权利与义务相对应、事权与财权相匹配、激励与约束相结合的市、县两级政府责任分担机制。

4.优化服务。加快建立统一集中的医保信息平台,统一规范经办服务流程,提升基本医疗保险公共服务水平。

(三)工作目标

在 2020 年全面实行以政策统一为基础,以基金统收统支为核心,以基金预算管理为约束,以统一信息系统为支撑,以统一经办管理服务为依托,以防控基金运行风险为目标的基本医疗保险和生育保险市级统筹制度。进一步推进个人账户改革,探索建立长期护理保险制度。

二、统筹内容

(一)统一统筹险种。统筹险种为城镇职工基本医疗保险(含大病医疗互助)、城镇职工生育保险、城乡居民基本医疗保险(含大病保险)。城乡居民基本医疗保险实行分开核算。

(二)统一基本政策。全市基本医疗保险和生育保险有关政策按照现行文件规定及相关配套政策逐步统一执行,各县市区不得另行制定新的政策文件。

(三)统一医疗服务价格。按照价格管理权限,出台全市统一的医疗服务项目价格标准,按医疗机构的级别分类执行。

(四)统一基金管理。基金按照“统一收支、统一预算、分级管理、统筹使用”的办法管理。

1.市级统收。基金收入项目包括:保费征收部门征收的基本医疗保险和生育保险费收入、各级财政补贴收入(含县市区政府按政策规定对城乡居民医保的配套补助资金)、转移性收入、利息收入以及其它项目收入。每月各县市区医保部门将基金收入转入至同级财政专户,月底前各县市区财政专户全额上解到市级财政专户。市级财政部门核对后以县市区为单位分账核算。各县市区累计结余基金(除预留支付备用金以外)于2020年9月底前统一归集上解至市级财政专户,计入各县市区基金结余科目。2021年3月31日前,定期存款到期收回。各县市区累计结余基金可用于弥补市级统筹以后本县市区基金收支缺口。2020年10月1日起,各县市区医保经办机构支出户只存放3个月的支付备用金。市本级参照执行。

2.市级统支。基金支出项目包括:基本医疗保险和生育保险待遇支出、转移性支出以及其它项目支出。通过市级财政专户统一拨付基本医疗保险和生育保险各项基金支出。市医保局根据各县市区上年度基金支出情况,通过市级财政专户在年初预拨可支付一个季度的基金至市医保基金支出户,再下拨至各县市区基金支出户,此后根据各县市区基金上解情况按季度核定各县市区医保部门申请的基金支出总额,统一通过市级财政专户拨付至市医保基金支出户,再下拨,由各县市区医保经办机构支付给协议医药机构或参保人。

3.市级预决算管理。按照以收定支、收支平衡的原则,各县市

区医保部门会同本级财政、税务部门在每年年底前，按照市财政局、市医保局、市税务局的要求，根据本年度预算执行情况和下年度基金收支测算，编制下年度基金预算草案，报市财政局、市医保局、市税务局审核，经市政府批准后执行。全市建立统一的基金决算制度。建立健全预决算管理体制，增强基金预决算的严肃性和硬约束，实行全程预决算监督。基金预决算管理办法另行制定。

(五)统一服务管理。提高管理层次，积极探索推进全市医疗保障部门垂直管理。构建全市统一的医疗保障经办管理体系，大力推进服务下沉，建立一体化的工作流程和分工协作的工作机制。制定统一的基本医疗保险和生育保险参保登记、缴费申报、基金征缴、待遇支付、异地就医结算、关系转移接续、档案和财务管理等工作程序和服务标准。推进医保公共服务标准化、规范化，实行医保一站式服务、一窗口办理、一单制结算。建立统一的医疗保障服务热线。统一协议医疗机构、协议零售药店资格准入、退出和服务协议管理标准。制定医保经办和费款征收相互衔接、统一的业务流程。

(六)统一就医管理。全市执行统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围，完善医保目录、医保服务协议和结算管理，完善医保目录动态调整机制。建立全市统一的药品、医用耗材、医疗技术的经济性评价机制，完善医保准入谈判制度，增强医保对医药服务领域的激励约束作用。统一全市医保支付政策和标准，建立健全医保基金总额预算管理制度，推进全市统一的以总额控费为主的多元复合式医保支付方式改革，执行统一的按病种

收付费、按床日付费、门诊特殊慢性病、按人头付费、日间手术等多元复合支付项目和支付标准,积极探索 DRG(疾病诊断相关分组)付费。

(七)统一信息系统。按照“统一、高效、兼容、便捷”的要求,运用全省统一的信息系统,规划部署全市信息平台,加强维护管理。与税务部门统一数据编码标准,建立共享机制,满足双方业务需求。实现医保信息系统与协议医疗机构、协议零售药店、大病保险承办机构有效对接。加快推进覆盖全市各级医保经办机构、协议医疗机构和协议零售药店等的信息网络平台,完善异地就医结算平台,全面实现省内和跨省异地就医信息共享和费用即时结算目标。

三、工作责任和考核管理

(一)明确市县区管理责任。

1.市级管理责任。负责指导管理各项医保业务,制定全市基金支付和结算管理办法、协议医药机构评估和管理办法。建立基本医疗保险基准费率制度,规范缴费基数政策,合理确定费率,实行动态调整。负责基金的统一监督管理和运行统计分析。健全基金风险预警和调控机制,按照上年统筹基金筹资总额的 10%建立市级风险储备金,市级风险储备金计入当年基金支出,市级风险储备金累计结余达到当年统筹基金筹资总额的 30%时当年不再提取,具体管理办法另行制定。负责全市基金预决算管理,制定基金征缴计划、支付计划,负责对各县市区医保工作实行目标考核。负责制定市本级医保管理办法。

2.县区级管理责任。负责本行政区域参保登记、权益记录、基金预决算管理,制定基金征缴计划、支付计划,定期归集专户基金、申报统支基金。完成下达的基金征缴、支出和安全管理等目标考核任务。负责本行政区域内协议医疗机构、协议零售药店的准入、监督管理以及费用审核、结算和支付管理工作。负责本行政区域内基金的日常监督管理和运行统计分析。区级医保部门应同时接管并做好市直管理参保单位转移接续、灵活就业人员参保续保、参保企业补收补退、“就近办理、同城通办”等各项业务。

(二)妥善处理历史遗留问题。2020年8月底前,对各县市区基金运行情况进行全面审计和清算。市级统筹前的历史遗留问题由各县市区人民政府负责,区分情况妥善处理:对财政历年拖欠的医疗保险费(含按规定应当配套的财政补助资金、生育保险、大病医疗互助相关费用),要制定清欠计划,分期分批清缴,由各级医保部门负责欠费入库;对改制破产企业、困难企业欠缴的医疗保险费,由企业或企业主管部门负责清偿。所有历史遗留问题、医保经办机构历年拖欠协议医疗机构、协议零售药店的合理费用,由各县市区根据具体情况限期妥善解决。

(三)切实加强基金征缴和监管。各县市区人民政府负责本行政区域内医保参保和基金筹集工作,健全城乡居民保费征缴组织体系,全面实施全民参保计划,确保应保尽保,全市常住人口参保率稳定在95%以上。完善参保缴费政策,分解落实任务指标。建立医保、税务、财政、民政等相关部门共同参与的信息共享和工作协

调机制,加强经办服务,做到应保尽保。严格执行统一的医保待遇政策,强化医疗服务监管,严厉打击骗取套取医保基金的行为,维护医保基金安全。

(四)明确基金缺口分担责任。实行市级统筹后,根据基金缺口形成的原因,分担基金缺口责任。预算年度内各县市区基本医疗保险和生育保险费收入(含城乡居民医保财政补助,不含上解风险储备金)小于各县市区符合政策的基金支出的差额,通过该县市区累计结余基金解决,不足部分按比例由市级风险储备金和该县市区人民政府共同解决。不足部分低于该县市区当年统筹基金筹资总额 10%的,由市级风险储备金解决;不足部分高于该县市区当年统筹基金筹资总额 10%且低于 30%的,由市级风险储备金承担 70%,该县市区人民政府承担 30%;不足部分高于该县市区当年统筹基金筹资总额 30%且低于 50%的,由市级风险储备金承担 30%,该县市区人民政府承担 70%;不足部分高于该县市区当年统筹基金筹资总额 50%的,由该县市区人民政府自行承担,县市区人民政府应补未补的,市级风险储备金不予拨付。各县市区由于基金收入未完成预算(含城乡居民医保财政补助不到位)、基金监管不到位(参保人员住院率、转诊率、医疗费用控制等未能达到管理目标)等因素造成的基金缺口,通过该县市区累计结余基金解决,不足部分由该县市区人民政府补足,当年该县市区人民政府未及时补足的,由市与县市区财政扣缴。因违规支出造成基金增支的,由该县市区人民政府全额追回。市本级参照执行。

(五)建立健全目标考核管理制度。加强医保工作目标考核管理,每年年初下达各县市区医保目标考核任务,对基金征缴、基金收支预算管理、协议服务机构监督管理、医疗费用支出控制等有关工作实行量化考核,强化县市区管理责任。因基金应收未收、基金监管不到位等因素造成基金缺口的,由当地政府根据基金缺口产生的原因查清问题、落实责任。对当年度基金实际征收完成预算征收任务、完成各项目标管理任务、医保统筹基金实际支出未超过当年基金实际收入的县市区,实行激励考核奖励机制,具体办法由市医保局商市财政局、市税务局另行制定。

四、实施步骤

(一)动员部署(2020年5月30日前)。株洲市基本医疗保险和生育保险市级统筹工作在株洲市医药集中带量采购及相关配套改革试点工作领导小组领导下开展工作。各县市区成立相应的工作领导小组,周密部署安排,细化工作举措,及时研究解决工作推进中遇到的问题,确保市级统筹工作顺利推进。

(二)全面摸底(2020年8月31日前)。在实行市级统筹前,重点要摸清政策和基金底数。市医保局要全面调研了解各县市区医保现行政策标准和基金运行情况,为合理确定具体政策标准提供依据。市财政局、市医保局对县市区进行全面审计和清算,经审计后,各县市区医保、财政部门要于9月底结清欠费,将剩余累计结余基金(除预留支付备用金以外)统一归集上解至市级财政专户。各县市区人民政府负责解决市级统筹前的历史遗留问题,制定清

欠计划,分期分批清缴。医保经办机构要妥善解决历年拖欠协议医疗机构、协议零售药店的合理费用。

(三)组织实施(2020年9月30日前)。市医保局要指导并管理各项医保业务实施;与市财政局联合制定市级基金预算管理办法;出台协议医药机构评估和管理办法;做好2020年市级基金预决算管理,制定基金征缴计划、支付计划。县市区医保部门要积极配合做好市级统筹工作,加强基金管理,严格落实财务管理制度,规范基金收支账户及收支项目;严格落实全市统一的医保待遇政策,做好政策培训及宣传;规范辖区内协议医疗机构、协议药店的准入和监督管理;统一经办业务流程,加强医疗费用审核、结算和支付管理;规范申报流程,完善基金使用的预算管理。

(四)总结考核(2020年11月31日前)。市医保局要对市级统筹各项工作进展情况进行全面总结,针对存在的问题和短板,进一步规范和完善,建立健全长效机制。加强对各县市区市级统筹工作考核验收,对在规定期限内按要求完成市级统筹工作的,由市财政适当安排奖补资金给予奖励,奖补资金主要用于解决历史遗留问题和工作经费。

五、工作要求

(一)加强组织领导。市级统筹工作是加强医疗保障体系建设的重要内容,事关改革、发展和稳定,各县市区人民政府要提高政治站位,强化大局意识,坚持以人民为中心,切实把这项工作摆上重要位置。要加强组织领导,周密部署安排,坚持主要负责人负总

责,分管负责人具体抓,一级抓一级、层层抓落实,确保领导到位、责任到位、工作到位。

(二)健全工作机制。要加强医疗保障行政、经办机构服务能力建设,建立与医疗保障事业发展相适应的人员、信息系统配置和经费保障机制,工作经费由同级财政统筹安排,确保 2020 年 10 月 1 日起全面实现市级统筹。

(三)密切部门协作。各县市区医保部门要牵头抓好市级统筹工作,认真履行基金的综合管理职能。财政部门负责基金预决算的监督管理,按月上解专户基金,调整财政补助资金拨付方式,保障工作经费,支持提高医保统筹层次。卫生健康部门要加强医疗机构综合监管和分级诊疗体系建设,健全医疗机构绩效考核体系,规范医疗行为,严格控制医疗费用不合理增长。税务部门要切实履行已划转保费征收职能,确保已划转基金应收尽收。相关部门要主动作为,加强协调配合,形成工作合力,确保市级统筹制度平稳运行。

(四)做好政策宣传。各县市区医疗保障、税务等部门要组织开展形式多样的宣传活动,做好政策宣传解释,为顺利推进我市市级统筹工作营造良好的舆论环境。

本方案自公布之日起施行。

抄送：市委各部门，株洲军分区战备建设处。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市中级人民法院，市人民检察院。

各民主党派市委，各人民团体。

株洲市人民政府办公室

2020年5月19日印发
