

随政办发〔2022〕29号

市人民政府办公室关于印发随州市基本医疗保险 市级统筹实施办法的通知

各县、市、区人民政府，随州高新区、大洪山风景名胜区管理委员会，市政府各部门：

《随州市基本医疗保险市级统筹实施办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

2022年9月30日

随州市基本医疗保险市级统筹实施办法

第一章 总 则

第一条 为深入贯彻落实《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)和《省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险市级统筹的实施意见》(鄂政办发〔2022〕36号)精神,进一步提高统筹层次,推动基本医疗保险制度健康持续发展,经市人民政府同意,结合我市实际,制定本办法。

第二条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,坚持以人民为中心的发展思想,认真落实党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的决策部署和省委、省政府工作要求,按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准,加快建立基本医疗保险市级统筹制度,为推进省级统筹奠定基础。

第三条 基本医疗保险市级统筹坚持的原则。

坚持政府主导。市、县(市、区)两级政府按照属地管理原则,承担扩面征缴、财政补助资金筹集、基金上解与拨付、基金监管等责任,确保工作落实。

坚持维护公平。市统筹区域内,参保人同等享受随州市相

应的基本医疗保险待遇，确保制度公平。

坚持责任分担。按照基金统收统支、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、激励与约束相结合的市、县（市、区）两级政府责任分担机制，防止出现基金穿底，确保基金安全。

第四条 2022年底，实现基本医疗保险市级统筹（包括职工医保市级统筹和城乡居民医保市级统筹，下同），生育保险市级统筹同步实施。

第二章 统一政策制度

第五条 市统筹区域内，按险种分别执行统一的基本医疗保险制度和生育保险制度，统一各险种参保政策、筹资政策、待遇支付政策。参保政策主要包括参保范围、资助参保、缴费年限、医保关系转移接续等。筹资政策主要包括筹资渠道、缴费基数、基准费率（标准）、财政补助标准等。待遇支付政策主要包括基本医疗保险和生育保险待遇支付政策。

第三章 统一待遇标准

第六条 严格落实国家医疗保障待遇清单制度，规范政策决策权限，对以往出台与清单不相符的政策，2023年底前要完成清理规范，同国家和省级政策相衔接。严格执行全国统一的基本医疗保险药品目录和全省统一的基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录。市统筹区域内，统一普通门诊、门诊慢特病、住院等医疗保险待遇，主要包括政策范围

内医疗费用的起付标准、支付比例和最高支付限额等基准待遇标准。

第四章 统一基金管理

第七条 基本医疗保险基金实行市级统收统支，纳入市医保基金财政专户（以下简称“市财政专户”）管理，实行收支两条线。职工医保基金和城乡居民医保基金分别建账、分账核算、分别计息、专款专用，不得相互挤占和调剂。

第八条 基金统收。市、县（市、区）税务部门征收的医疗保险费作为市级收入直接缴入本级国库，再划转至市财政专户。中央和省级财政城乡居民基本医疗保险补助资金直接拨付至市级财政，由市财政部门按规定及时划入市财政专户。各县（市、区）本级财政城乡居民基本医疗保险补助资金，按规定时间足额划拨至市财政专户。

第九条 基金统支。医保基金实行总额预算管理，采取“按月预付，按年结算”的办法。各县（市、区）医保部门每月 15 日前向市医保部门申请次月基金支出计划，经市医保部门审核后，每月 20 日前统一向市财政部门提出次月基金用款计划，市财政部门复核后在月底前将资金拨付至市医保基金支出户，再由市医保部门每月 5 日前拨付至各县（市、区）医保基金支出户，原则上应在年度终了后 2 个月内完成年终清算。大病保险基金由市财政部门根据市医保部门申请，按合同规定拨付至中标商业保险公司。

第十条 基金预决算。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，由市医保部门会同市财政、税务部门，根据社会保险基金预算管理有关规定及上年度医保基金预算执行情况，统一组织各县（市、区）编制全市医保基金收支预算（草案），按程序报批后下达各县（市、区）执行。各地要严格按照批准的预算执行，不得随意调整。因特殊情况需要调整的，按预算调整程序报批后执行。年度末，按规定编制基金决算。

第十一条 建立基金风险预警机制。加强基金运行分析和风险防控预警，按照医保基金结余率或平均可支撑月数设置基金预警线。市医保、财政部门对医保基金收支运行情况实行动态分析和监测，当统筹基金当年结余率低于 5%，或基金累计结余低于 6 个月待遇支付时，市医保部门会同市财政部门及时向市人民政府报告，并提出调整平衡基金收支的对策和措施。

第十二条 建立基金风险储备金制度。市医保基金风险储备金按照上年度职工基本医疗保险统筹基金（含生育保险基金）、城乡居民基本医疗保险基金收入的 3%提取，风险储备金累计余额达到上年度相应基金收入 20%时不再提取。风险储备金存于市财政专户，需使用时由市医保部门会同市财政部门提请市人民政府同意后统筹安排。

第十三条 建立基金缺口分担机制。按照“基金统收统支、管理分级负责、缺口合理分担”的原则，建立医保基金缺口分担机制。一个预算年度内，各县（市、区）完成年度收支计划，

当年基金收支相抵出现缺口时，由市通过累计结余基金进行弥补（优先使用市级统筹前暂存放在各地的累计结余基金）；累计结余基金不足的，由风险储备金分担 20%，当地政府分担 80%；风险储备金使用后仍有缺口的，由市级财政承担 10%，当地政府承担 90%。各县（市、区）因未严格执行缴费政策或未按规定补助到位等情形造成基金收支缺口的，由当地政府负责追缴并弥补到位。

第十四条 基金清理审计。2022 年 11 月底前，由市审计部门牵头，会同市财政、医保等部门对截至 2022 年 9 月 30 日的市本级、县（市、区）医保基金结余及所涉债权债务进行全面清理审计。清理审计结果经市医保部门确认后，市级统筹前的累计结余基金可暂存放在当地基金财政专户，由市统一管理使用，用于弥补市级统筹后当地基金收支缺口，其中职工医保个人账户结余资金用于各地职工个人账户的清算。市级统筹前的历史遗留问题，各县（市、区）人民政府要妥善处理，不得将统筹前的债务和缺口带到新的市级统筹制度中。

第五章 统一经办服务

第十五条 制定全市统一的基本医疗保险经办服务规程，执行统一的基本医疗保险参保登记、缴费申报、待遇支付、就医管理、费用结算等经办工作流程和服务规范。落实医保经办政务服务事项清单制度，健全市、县（市、区）、乡镇（街道）、村（社区）经办管理服务体系，为参保人员提供优质、便捷、

高效的医保经办服务。打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业化、标准化经办服务队伍。

第六章 统一定点管理

第十六条 全市实现统一定点管理，由市医保部门制定统一的定点医药机构协议管理办法，统一定点医药机构协议文本，明确双方权利责任义务。各地定点医药机构实行市、县（市、区）互认。加强对定点医药机构履约情况的监督检查，建立健全考核评价和动态准入退出机制。推进乡村医疗机构医疗保障一体化管理，将符合门诊统筹定点条件的村卫生室作为乡镇卫生院便民服务窗口纳入一体化管理。利用医保智能监控系统加强对定点医药机构的监管，严厉打击欺诈骗保行为。

第七章 统一信息系统建设

第十七条 充分依托全省统一的医保信息系统，加强部门间信息共享，实现数据向上集中、服务向下延伸，为统一规范基本政策及经办管理、定点管理、异地就医结算等提供有力支撑。积极开展“互联网+医保支付”等新服务模式，推进医疗保障公共服务均等可及。

第八章 组织保障

第十八条 强化组织领导。成立以市政府常务副市长为组长，分管市长为副组长，县（市、区）政府常务和分管负责人、市政府各相关部门负责人为成员的全面做实基本医疗保险市级统筹工作领导小组，及时研究解决工作推进中遇到的困难

和问题，统筹推进全市基本医疗保险市级统筹相关工作。领导小组办公室设在市医疗保障局，具体负责协调领导小组各单位推进落实工作。县（市、区）按照领导小组统一部署推进本地基本医疗保险市级统筹工作。

第十九条 落实责任主体。市人民政府是实施基本医疗保险市级统筹工作的责任主体，建立健全市级统筹考核评价机制，充分调动县（市、区）人民政府工作积极性，将中央和省下达的基本医疗保险扩面、基金征收等任务细化分解，下达至县（市、区）执行并督促落实。

第二十条 明确部门职责。各级医保、财政、税务、人民银行国库、卫生健康、审计等部门要各司其职，加强沟通协调。医保部门牵头组织实施基本医疗保险市级统筹工作；财政部门负责落实财政补助政策，会同相关部门做好医保基金监管工作；税务部门负责做好基本医疗保险费的征收管理工作；人民银行国库部门负责医疗保险费的收纳入库和划转；卫生健康部门负责做好医疗机构综合监管工作，更好为参保人员提供优质医疗卫生服务；审计部门负责做好基本医疗保险基金的审计工作。各级各相关部门要积极主动作为，形成工作合力，确保基本医疗保险市级统筹顺利实施。

第二十一条 加强宣传引导。加强医疗保险政策正面宣传和舆论引导，充分利用报纸、电视等主流媒体和网络、微信等新媒体，宣传解读基本医疗保险市级统筹相关政策，及时回

应人民群众关切。

第九章 附 则

第二十二条 本办法自 2022 年 12 月 31 日起实施，《市人民政府办公室关于印发随州市城乡居民基本医疗保险市级统筹暂行办法的通知》（随政办发〔2020〕20 号）同时废止。