**绍兴市关于全面做实基本医疗保险市级统筹**

**的试点方案**

（征求意见稿）

为贯彻落实党的十九大精神，进一步完善医疗保障体系建设，实现基本医疗保险市级统筹，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》精神和省委省政府相关要求，结合我市实际，制定本试点方案。

1. 指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，认真落实省委十四届六次、七次全会和市委八届七次、八次全会精神，坚持以人民为中心的发展思想，进一步深化医疗保障制度改革，加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，推进我市医疗保障事业高质量发展，争当医保治理体系现代化排头兵，努力在“重要窗口”建设中展示绍兴医保靓丽风景。

二、主要目标

从2021年1月1日起，在全市高质量实施以“制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体”为标准的基本医疗保险市级统筹制度。建立公平统一的政策体系，进一步缩小城乡差距，促进公平医保建设。建立科学高效的治理体系，探索市级统筹下市、县两级医保治理的新机制，合理划分市、县两级管理职责。建立安全可控的基金管理体系，实现基本医疗保险基金管理制度化、操作规范化，确保基金安全可持续。建立惠民便民的服务体系，着力解决群众医保办事难点、堵点，实现医保公共服务规范化、信息化、便捷化。

三、基本原则

**（一）政策统一，促进公平。**按照法律法规政策规定，健全和完善全市统一的基本医疗保险包括职工基本医疗保险（含生育保险，以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）政策，统一和完善参保范围、筹资标准、待遇保障、基金监管、经办服务等政策，促进基本医疗保险制度更加公平。

**（二）基金统筹，风险共担。**基本医疗保险基金实行市级统收统支，建立市与区（县、市）基金风险责任分担机制，明确基金收支的全过程管理，有效提高基金互助共济和抗风险能力。

**（三）理顺体制，强化管理。**按照“市级统筹、分级管理”要求，均衡各方利益，建立与管理绩效相挂钩的激励约束机制，明确市与区（县、市）政府在参保征缴、筹资补助、总额预算管理、基金监管等方面责任，提升管理的精准高效。

**（四）积极稳妥，有序推进。**以制度政策统一为基础、基金统收统支为核心、管理服务一体为目标，存量基金逐步到位，增量基金一步到位，做实市级统筹，确保参保人员总体待遇不降低，确保医保基金安全可持续，确保基本医疗保险制度平稳运行。

四、主要任务

**（一）制度政策统一。完善基本医疗保险制度。**执行全市统一的基本医疗保险参保范围，统一的职工医保缴费基数、缴费比例，统一的居民医保财政补助标准、个人缴费标准。执行全省统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目（含特殊医用材料）和医疗服务设施目录。执行全市统一的起付标准、报销比例、最高报销限额，执行全市统一的住院、门诊（门诊慢性病、门诊规定病种）等待遇保障范围和标准，统一转市外就医待遇。**深化医保支付方式改革。**制定医保基金总额预算管理政策，在全市实施总额预算精细化管理。推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，全面实施DRGs点数法付费改革，深化按床日付费，扩大门诊按人头支付与签约服务相结合改革。**促进多层次医疗保障体系发展。**生育保险与职工基本医疗保险两险合并实施。执行全市统一的大病保险、医疗救助政策，建立全市统一的商业补充医疗保险政策，进一步完善多层次医疗保障体系。

**（二）基金统收统支。**从2021年1月1日起，基本医疗保险基金实行全市统收统支管理。**统一基金预决算管理。**明确基金统一征缴、统一拨付，职工医保和居民医保年度基金预算草案、决算草案，由市级部门统一编制和上报。明确基金财务核算规定，建立健全医保、财政、税务部门、人民银行之间的对账机制。加强基金预算的严肃性，严格规范基金收支内容、标准和范围，强化预算执行的约束力。**统一基金收支管理。**明确基金征收主体，调整收入级次，明确收入划转规则、基金使用和支付管理。进一步完善征收机制，提高征管效能。强化部门间数据共享和比对，精准扩面，基本实现参保人员应保尽保，基本医疗保险费应缴尽缴。**统一基金移交存放。**对统筹前的各区（县、市）基金开展全面审计，明确历史欠账处置，明确基金累计结余处置。**统一责任分担。**按照“基金统一收支、责任分级负责、缺口合理分担”的原则，建立权利与义务相对等、事权与财权相匹配、激励与约束相结合的市与区（县、市）政府责任分担机制。《绍兴市基本医疗保险基金统收统支实施细则》详见附件。

**（三）管理服务一体。统一定点医药机构管理。**执行全市统一的医保定点医药机构协议管理办法，规范定点资格准入、退出和服务协议管理，统一考核标准。不断理顺医疗服务比价关系，实现市、区（县、市）级公立医院医疗服务价格全市统一，落实药械带量采购政策，推进医保药品支付标准全覆盖。**统一经办服务流程。**加强医疗保障公共服务标准化、信息化和便捷化建设，实行全市统一的医保业务经办流程和服务规范。健全区（县、市）、镇街、村社三级经办管理服务网络，深化医保经办“15分钟服务圈”越美医保品牌建设，实现医保事项“全城通办”**。统一信息系统建设。**完善全市统一的智慧医保业务信息平台，实现参保人员在全市定点医药机构、省联网和跨省异地定点医院直接结算，支持全市基本医疗保险市级统筹的各项经办服务管理工作，实现业务财务一体化。**统一医保基金监管。**深化医保基金监管信用体系建设，推进全市基金监管一体化，全力提升基金监管能力，落实区（县、市）基金监管主体责任。全面开展专项治理、飞行检查等工作，保持高压态势打击欺诈骗保，维护基金安全。
 **（四）职能分工明晰。**梳理市和区（县、市）两级相关部门职责，重新定位两级责任。**市级主要承担综合管理、组织统筹等宏观管理的职责，负责全市层面的政策设计、决策及考核。**制定全市统一的基本医疗保险政策，组织实施总额预算管理；编制统一的基金预算，按基金“收支两条线”要求实行统一征收、统一拨付；建设统一的信息系统；制定统一的经办服务规程和内控制度并组织实施；加强对全市医保基金的监督管理；指导并监督全市政策落地执行情况；落实市级统筹目标和组织对各区（县、市）责任考核。**区（县、市）主要承担属地管理和具体经办职责。**贯彻执行国家、省市有关医疗保险法律、法规和政策，组织做好当地医疗保险基金的筹集、管理、运行工作。实施全民参保计划，将符合条件的用人单位和人员纳入参保范围，做到应保尽保；夯实缴费基数，强化基金征收，做到应收尽收；严格执行基金预算，及时归集各项基金收入；严格执行总额预算管理；按照规定承担支出责任；组织开展医保具体经办服务；加强信息安全保障；加强基金监管力度。

五、实施步骤

**（一）准备阶段**。2020年12月底前，完善试点方案、试点工作报批。

**（二）启动实施。**2021年1月1日，基本医疗保险基金实现市级统收统支。

**（三）试点实施。**2021年1—6月，基本完成市级统筹的主要任务。

**（四）评估改进。**2021年7—9月，根据省专家组对试点情况的评估进行整改完善。

**（五）总结提升。**2021年10—12月，总结试点经验，基本医疗保险市级统筹方案基本成熟定型。

六、保障措施

**（一）强化组织领导。**市政府成立试点工作领导小组，市政府主要领导任组长，分管领导任副组长，医保、编办、民政、财政、卫健、退役军人事务、审计、市场监管、大数据、残联、税务、机关事务、人民银行等部门主要领导和各区（县、市）政府主要领导为成员。领导小组办公室设在市医保局，组建工作专班，具体负责领导小组日常工作。各区（县、市）要建立政府主要领导任组长，相关部门主要负责人参与的医保联席会议制度，开展辖区内的医保统筹改革工作。

**（二）强化部门责任。**医疗保障部门牵头做好试点工作的组织实施。财政部门做好基金专户管理，及时足额安排居民医保财政补助资金，保障试点工作需要的政府购买服务等必要工作经费。税务部门依法履行基本医疗保险费征管职责，夯实缴费基数，做好征收级次调整及征收工作。卫健部门牵头做好分级诊疗、医共体建设、家庭医生签约及提升基层医疗卫生机构服务能力等工作。审计部门负责统筹前全市各地医保基金的全面审计确认，并加强专项审计。编制管理部门负责做好医保、财政部门的机构编制保障工作。市场监管部门负责对定点医药机构药品的质量管理。民政、退役军人事务、残联等部门负责相关贫困人员、重点优抚对象、二级及以上残疾人的确认，与医保部门共同做好信息共享工作。大数据管理部门负责电子政务云平台、网络运维及安全。机关事务管理部门负责做好第三方服务机构集中办公场所等保障工作。人民银行按照职责做好相关工作。

**（三）强化考核激励。**从2021年起，将政策执行、参保扩面、缴费水平、基金征缴、预算管理、财政补助、责任承担、总额预算、经办服务、基金监管、基金支出等落实情况进行全面考核，并纳入市政府对各区（县、市）政府工作目标责任制考核范围，建立与考核结果挂钩的奖惩机制。采取委托第三方审计等形式，建立全市基本医疗保险工作定期审计制度，加强监管力度，对工作中出现的违规违纪问题严肃问责。

**（四）强化人员保障。**落实市级医保、财政部门从事医保政策制定完善、医保基金统一管理的人员的编制保障，确保市级统筹开展的必要力量。在编制保障前，市级统筹部分必要工作如模型构建、统计测算、总额预算、研究分析、财务核算基础工作等根据需要可以由市医保、财政部门通过政府购买服务的形式委托第三方开展。

**（五）强化宣传引导。**各区（县、市）要充分发挥报纸、广播、电视等传统媒体以及网络、微信等新媒体作用，对市级统筹相关政策做法以及意义进行广泛宣传、深入解读，切实提高政策的知晓率。及时回应参保人员关注的参保缴费、待遇享受、关系转移等问题，引导参保人员自觉遵守基本医疗保险政策规定，主动转变就医习惯，做到合理有序就医。及时回应定点医药机构和社会各界关切。各地在实施过程中遇到的重要问题、突发情况要及时向市政府和市级有关部门报告。

附件：绍兴市基本医疗保险基金统收统支实施细则

附件

**绍兴市基本医疗保险基金统收统支实施细则**

为进一步做实我市基本医疗保险市级统筹，全面实施职工基本医疗保险（含生育保险，以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）基金统收统支，特制定本实施细则。

一、统一基金预决算管理

（一）按照“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则，实行市级基金统筹管理，统一征缴、统一拨付。

（二）职工医保和居民医保年度基金收入预算草案由市医保经办机构会同市税务部门共同编制，支出预算草案由市医保经办机构编制，市医疗保障部门进行审核汇总。由市税务部门、医疗保障部门审核后的草案送市财政部门审核，再由市财政部门会同相关部门联合报市人民政府审定，并积极做好向市人大报送医保基金预算的各项工作。年度预算编制应充分考虑本年度预算执行情况、下年度经济社会发展水平、医保工作计划、就业情况、参保扩面计划和职工平均工资增长等因素。

（三）职工医保和居民医保年度基金决算草案由市医保经办机构编制，市医疗保障部门进行审核汇总。市医疗保障部门审核汇总后的基金决算草案送市财政部门审核，再由市财政部门会同相关部门联合报市人民政府审定后，提交市人大常务委员会审查和批准。

（四）各区（县、市）医保经办机构完成基础财务核算工作，并负责初编统计报表、财务报表，会同财政、税务部门编制基金预决算草案等相关工作。市医保经办机构编制全市基本医疗保险基金的统计报表、财务报表、基金预决算草案，建立健全医保、财政、税务部门、人民银行之间的对账机制。

二、统一基金收支管理

（一）2021年1月起，各区（县、市）职工医保和居民医保保险费仍由当地主管税务部门负责征收。上述保险费收入（包括欠缴入库和退库）级次均调整为“地市级”，按月归集从国库申拨至绍兴市社会保险基金财政专户（以下简称市财政专户）。

（二）各区（县、市）医保经办机构的收入户中的收入(包括转移收入、利息收入等)由各区（县、市）医保经办机构上划至市医保经办机构账户，再由市医保经办机构账户划转至市财政专户。收入户和支出户利息按季度划转。各区（县、市）财政专户产生的利息收入等各项收入由各区（县、市）财政部门定期归集至市财政专户。居民医保财政补助收入根据年初预算分季度均衡到位，第一季度在2月底前到位，二、三季度在首月月底前到位，第四季度在9月30日前与省补资金进行结算后到位。所有账户划转不得跨年。

（三）各区（县、市）医保经办机构办理属地各项医保基金待遇支付，并做好基金相关基础工作。各区（县、市）医保经办机构向市医保经办机构上报基金用款计划，由市医保经办机构审核后每月30日前向市财政部门申请所需基金，市财政部门次月10日前将医保基金从市财政专户划拨至市医保经办机构账户，市医保经办机构在收到财政拨款2个工作日内划至各区（县、市）医保经办机构支出户。

三、统一基金移交存放

（一）由市审计局牵头组织对6个区（县、市）统筹前的基本医疗保险基金开展全面审计，摸清各地基金征缴、财政投入、待遇项目、开支范围等方面的政策差异和实际执行情况。审计确认的多支少收问题形成的基金缺口和以权责发生制为原则统筹前形成的基金收支缺口，由各区（县、市）自行承担。

（二）市级统筹前的医保经办机构收入户余额，县（市）划归当地财政专户，三区划归市财政专户。按照权责发生制发生的统筹前基金支出在统筹前的累计结余中列支，异地清算预付金在统筹前的累计结余中暂付。各地公立医院的周转金按政策规定预付，在统筹前的累计结余中暂付。

（三）2021年1月起，各区（县、市）基本医疗保险基金累计结余实行全市统筹，由市统一调拨管理，各区（县、市）不得擅自动用。根据全市基金运行情况，逐步归集至市财政专户。暂存各区（县、市）的基金累计结余，由各地按竞争性存放要求开展保值增值，竞争性存放结果经报市财政局备案。

（四）2021年1月底前，各区（县、市）职工医保基金累计结余按同比例上划至市财政专户，作为职工医保归集基金。上划比例=满足全市3个月支付能力的基金额度/暂存各区（县、市）基金累计结余的总和。三区上划基金在保障统筹前所需基金支付前提下可先从市级管理的基金中列支。2022年起，每年年初职工医保归集基金支付能力不足3个月时，从各地职工医保基金累计结余中按上述方式上划补足。原市级职工医保调剂金结余并入职工医保归集基金，原《绍兴市人民政府办公室关于基本医疗保险调剂金管理的实施意见》（绍政办发〔2009〕192号）文件不再执行。

（五）2021年1月底前，各区（县、市）居民医保基金按照权责发生制属于2021年度的基金收入部分及财政补助首季应到位部分上划至市财政专户，作为居民医保归集基金。各地剩余的基金累计结余再按同比例上划，上划比例=满足全市1个月支付能力的基金额度/暂存各区（县、市）基金累计结余的总和。2022年起，当居民医保归集基金支付能力不足1个月时，从各地居民医保基金累计结余中按上述方式上划补足。

（六）上述划转清单由市医保部门牵头负责提供。

四、统一责任分担机制

（一）按照基金统一收支、责任分级负责、缺口合理分担的原则，建立权利与义务相对等、事权与财权相匹配、激励与约束相结合的市与区（县、市）政府责任分担机制。

（二）按照国家、省和市医保基金相关规定应由各区（县、市）政府承担的缴费补贴、待遇补助等各项财政补助，由各区（县、市）政府按实承担，承担比例和方式不变。

（三）各区（县、市）医保部门会同同级财政部门填报向上争取资金各类申请时，须报市级医保部门和财政部门审定后汇总上报。上级居民医保补助资金统一下达市级，并分区（县、市）列示。

（四）为调动各区（县、市）基金收支管理的积极性，基本医疗保险基金收支当期出现结余时，50 %作为归集基金，50 %可用于结余地弥补其今后年度的缺口。

（五）基本医疗保险基金收支当期出现缺口，根据缺口不同情况，确定市级及各区（县、市）分担责任。

1.每年对基金当期收支情况进行考核。收入目标考核以当年度基金预算收入执行情况为主，主要考虑近年执行数及当年度的参保职工缴费基数、征收率、参保扩面情况等因素。支出目标考核以当年度总额预算管理执行情况为主，兼顾基金预算支出执行情况，综合考虑参保人数、参保人员年龄结构情况、基金监管力度、医保基金待遇支出情况、重大政策调整和医疗服务数量、质量、能力、结构情况等因素。

2.各区（县、市）未达到上述收支考核目标造成的少收或多支情形，由市医保部门会同市财政、税务等部门根据各自职责确定，少收多支部分由各区（县、市）政府补足。市级直接监管追回的违规基金一律上缴市财政专户，不核减违规地的支出数。

3.各区（县、市）出现上述情况以外的当期正常基金收支缺口时，首先动用其基金累计结余弥补；若各地基金累计结余不足支付时，由归集基金、缺口地财政分别按50%比例补足；若归集基金亦不足支付时，则由市财政、缺口地财政分别按20 %、80%比例补足。

（六）上述补助、缺口责任分担、结余留用等，由市医保业务部门在次年3月底前提供清算业务数据和清单，并会同市财政、税务等部门商定后，在次年3月底前进行清算和催缴。上述分担比例与考核结果相挂钩，考核达不到优秀的，地方分担比例上升5个百分点。

五、其他

本实施细则从2021年1月1日起施行。