

丽水市人民政府办公室文件

丽政办发〔2021〕61号

丽水市人民政府办公室关于印发 丽水市全面做实基本医疗保险市级统筹 实施方案的通知

各县（市、区）人民政府，市政府直属各单位：

《丽水市全面做实基本医疗保险市级统筹实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

丽水市人民政府办公室

2021年11月18日

（此件公开发布）

丽水市全面做实基本医疗保险 市级统筹实施方案

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》精神，全面做实基本医疗保险市级统筹，实现基本医疗保险高质量、可持续发展，根据《中共浙江省委 浙江省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》等部署要求，结合我市实际，制定本实施方案。

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，全面贯彻党的十九届五中全会、省委十四届八次全会和市委四届九次全会精神，以人民健康为中心，坚持以数字化改革为牵引，进一步深化医疗保障制度改革，实现基本医疗保险市级统筹，提高市域基本医疗保障的公平性和协调性，增强基本医疗保险基金区域共济能力和使用效率，推动医疗保障治理现代化，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感，在打造展示新时代中国特色社会主义医保制度优越性重要窗口和推动共同富裕中贡献医保力量。

二、主要目标

从2022年1月1日起，全面做实基本医疗保险市级统筹，实行“制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体”的基本医

疗保险市级统筹管理制度。全市实施统一的医疗保险基本政策、待遇标准、基金收支、经办服务、定点管理、信息系统。建立健全权责对等的风险分担机制，完善复合型医保支付方式，建立科学合理的管理绩效评价制度，加快建立市-县（市、区）两级医保统筹管理新机制，推进医疗保障数字化改革，打造线上线下一体化的高效便民医保服务体系。加快形成市-县（市、区）两级组织有序、权责清晰、分工明确、运转高效的医保联动管理体制，市域医保制度的系统性、整体性、协同性进一步提升。

三、基本原则

（一）完善政策，保障公平。全市实行统一的职工基本医疗保险（含生育保险，以下简称职工医保）、城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）、大病保险等保障制度，统一和完善参保范围、筹资政策、保障待遇、基金管理、经办服务、监督管理政策，促进医疗保障制度更加公平发展。

（二）统收统支，科学分担。基本医疗保险基金、大病保险基金实行市级统收统支，强化基金收支的全过程管理，建立市与县（市、区）两级基金风险责任分担机制，全面提升市域基本医疗保险基金抗风险能力。

（三）落实责任，提升管理。按照“市级统筹、分级管理”要求，建立与管理绩效相挂钩的激励约束机制，明确市与县（市、区）政府在参保征缴、筹资补助、总额预算管理、基金监管等方

面的主体责任。探索建立市域统筹的高效医保治理体系，完善城乡均等、便捷高效的医保经办服务体系。

（四）确保平稳，有序推进。根据本地实际，均衡个人、用人单位等各方利益，有力有序推进做实市级统筹，确保参保人员总体待遇不降低，确保企业总体缴费水平相适应，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）统一制度政策。统一全市基本医疗保险、大病保险的参保范围、筹资标准和待遇水平，执行统一的保障目录、医疗服务价格和招标采购管理制度、支付方式改革政策，促进医保、医疗、医药联动改革。

1. 实行统一的参保范围。执行统一的职工医保和居民医保参保范围，鼓励无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员及其他灵活就业人员参加职工医保，统一困难群众资助参保政策。在巩固户籍人口参保的基础上，将常住人口纳入参保范围。

2. 实行统一的筹资标准。全市实行统一的职工医保缴费比例、缴费基数核定标准、基本医疗保险个人账户划入办法和标准。用人单位职工工资总额按照单位参保职工缴费工资之和确定，职工缴费工资按照本人上一年度月平均工资确定。职工缴费工资低于上一年度全省社会单位就业人员月平均工资 60% 的，按照 60%

确定；高于上一年度全省社会单位就业人员月平均工资 300%的，按照 300%确定。生育保险费率统一为 0.5%。实行统一的居民医保个人缴费标准，实行统一的居民医保财政补助标准，逐步优化筹资结构，居民医保个人缴费一般不低于人均筹资额的三分之一。对持居住证参保的，个人按本地居民相同标准缴费，各级财政按本地居民相同标准给予补助。基本医疗保险和大病保险的筹资标准按照法律法规规定，由市医保部门会同财政部门，根据本地经济社会发展水平、居民人均可支配收入等情况确定和调整，经市政府批准后实施。

3. 实行统一的保障待遇。按照国家和省医疗保障待遇清单制度要求，严格执行待遇保障范围和待遇调整机制，落实统一的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目（含医用材料）目录和门诊特殊病种待遇政策。执行全市统一的医疗费用基金起付标准、支付比例和最高支付限额；执行全市统一的住院、门诊（含门诊慢性病）待遇保障范围和标准；执行全市统一的转外就医、异地就医待遇；执行全市统一的生育保险待遇标准和生育津贴发放范围；执行全市统一的大病保险筹资和待遇政策；执行全市统一的基金支付范围。

4. 实行统一的支付方式。全市统一开展总额预算管理下的按病组（DRG）、按床日、按项目、结合家庭医生签约按人头付费等多元复合式医保支付方式，全面实施住院费用按疾病诊断相关

分组（DRG）点数付费，全市按险种统一计算点数和点值。开展门诊按人头付费。完善全市统一的激励约束机制和盈亏分担机制。

5. 实行统一的服务价格和招采管理。实行全市统一的医疗服务价格政策，执行统一的医保支付标准，执行统一的药品和医用耗材招标采购政策，全面促进医疗机构提质增效和水平发展。

（二）基金统收统支。全市职工医保、居民医保、大病保险基金实现统收统支管理，实行统一征缴、统一拨付、统一清算。

6. 实行统一的预决算管理。基金预算和决算草案由市医保经办机构编制，经市财政、医保、税务部门审核后按程序报批。其中，基金收入预算和决算草案由市医保经办机构会同市税务部门编制。

7. 实行统一的基金收支管理。统一基金征收主体，统一调整基金收入级次，统一基金收入划转、基金使用和支付管理，完善医保经办机构、财政部门、税务部门之间定期对账机制。市级统筹前的基金缺口，由原统筹区自行承担；市级统筹前的基金结余除按规定额度上缴市级用于归集基金统筹使用外，剩余部分留存于县（市、区），主要用于弥补当地以后年度基金缺口。其中，统筹前的职工医保个人账户结余基金全额留存于县（市、区），不得用于弥补当地以后年度统筹基金缺口。各县（市、区）统筹前基金结余由市级统一管理和调度使用。

（1）开展基金审计。审计部门对各县（市、区）统筹前的

基本医疗保险基金开展全面审计。各地经办机构、财政部门做好历年债权债务清理和基金结余核实等工作，对统收统支前审计确认的医疗保险基金收入、支出、结余及债权、债务等情况进行清算，妥善解决历年欠费、债务等问题。统收统支前多支少收问题形成的基金缺口和以权责发生制为原则形成的基金收支缺口，由各县（市、区）自行承担，清算工作原则上应在 2022 年 3 月底前完成并上报市医保和财政部门。

（2）职工医保基金上划。2022 年 1 月底前，按照权责发生制的原则，各县（市、区）职工医保基金累计结余按规定额度上划至市财政专户，作为职工医保归集基金，各地累计结余不足上划的部分由当地财政安排专项资金补足，不得用留存的统筹前职工医保个人账户资金抵付上划资金。原市级职工医保调剂金结余并入职工医保归集基金。其中，统筹后的职工基本医保个人账户资金（含统筹后的结余部分）归集至市级统一收支管理。

上划基金以各县（市）上年度实际支出计算 3 个月支付能力为额度。各地从累计结余上划基金，累计结余不足上划的部分由当地财政安排专项资金补足。2023 年起，每年年初全市职工医保归集基金支付能力不足 3 个月时，不足部分按照上年度各地职工参保人数占全市职工参保人数比例从各地上划。

（3）居民医保基金上划。2022 年 1 月底前，按照权责发生制的原则，各县（市、区）居民医保基金累计结余按规定额度上

划至市财政专户，作为居民医保归集基金。各地累计结余不足上划的部分由当地财政安排专项资金补足。

上划基金以各县（市、区）按上年度实际支出计算 1 个月支付能力为额度。2023 年起，每年年初全市居民医保归集基金支付能力不足 1 个月时，不足部分按照上年各地居民参保人数占全市居民参保人数比例从各地上划。

（4）基金存放。统收统支前各县（市、区）基本医疗保险基金结余，按规定额度归集市财政专户后的剩余部分，由各地按竞争性存放要求开展保值增值，竞争性存放结果报市财政局备案。

8. 实行统一的责任分担机制。落实“基金统一收支、责任分级负责、缺口合理分担”要求，科学划分市与县（市、区）基金管理责任，做到权利与义务相对等、事权与财权相匹配、激励与约束相结合。分险种建立市级归集基金，归集基金由各地按规定额度上缴的基金、以前年度市级医疗风险调剂金结余、统筹后基金利息收入、分县核算当期盈余按比例补充归集基金等组成。统筹后出现当期基金收支缺口时，由归集基金与各县（市、区）按规定比例额度分担。

（1）统一责任分担

市本级及各县（市、区）职工医保或居民医保出现当期基金收支缺口时，首先由缺口地基金累计结余弥补；当各县（市、区）基金累计结余不足支付时，由市归集基金和缺口地政府分别按

50%、50%比例承担；当市归集基金历年结余亦不足以支付时，由市本级和缺口地政府分别按 20%、80%比例分担。

（2）统一过渡机制

对居民医保统一财政补助标准设置三年过渡期。

在过渡期内出现当期缺口实行市、县分担时，如县（市、区）2021 年的财政补助标准高于全市统筹后标准的，先由缺口地按该部分差额弥补缺口，仍有不足时，再由缺口地与市级归集基金按比例分担。

在过渡期内出现当期收支结余的县（市、区），结余部分的 50%增加分县核算的基金累计结余，50%纳入市级归集基金统筹使用。

（3）统一考核机制

自 2022 年起，将各项医保工作执行情况纳入对各县（市、区）人民政府工作目标责任制考核，建立与考核结果挂钩的奖惩机制。目标考核内容主要包括基金上划归集、补助资金到位、年度参保人数、征缴率、缴费基数、基金监管、药品耗材带量采购等各项责任落实情况。市本级及各县（市、区）未达到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，少收多支部分由属地政府补足。县（市、区）政府考核未达到优良的，市级对年度基金缺口分担比例在原基础上降低 5 个百分点。

（三）管理服务一体。加快医疗保障数字化改革，依托市-县-乡-村“四位一体”经办服务（监管）体系，推动市域医保服务精细化、均等化，实行医保监管全覆盖。

9. 实行统一的协议管理。全市实行统一的定点医药机构协议管理办法，实行统一的准入条件、统一的评估规则和统一的工作流程，对各类各级定点医药机构实行统一服务协议文本和考核办法。县（市、区）医保部门按照市级统一部署，组织开展定点医药机构协议履行情况监督检查，加强对定点医药机构服务行为的监管。

10. 实行统一的经办服务。全市实行统一的医保业务经办规程和管理制度，按照“数据市级集中、服务向下延伸”的要求，合理划分市、县（市、区）两级医保经办机构职责，推动医疗保障服务向乡镇（街道）、村（社区）、定点医药机构延伸。医保经办服务实行市域通办，全面推进“掌上办”“网上办”“即时办”“流动办”“上门办”“聚合办”。强化经办流程分段设置、经办权限分类管理，完善经办风险防控机制。

11. 实行统一的信息管理。围绕数字化改革目标，依托现有信息系统，加强部门信息共享，推进医保业务、医保数据、医保基金同向流动、一体管理。提升全市统一的智慧医保业务信息平台，加强医保信息网络安全管理，确保市级统筹各项经办服务运行顺畅。

12. 实行统一的监督管理。落实县（市、区）基金监管主体责任，建立与市级统筹相适应的基金监管体制，推进全市一体化监管体系建设，全面提升市和各县（市、区）基金监管能力。

13. 实行统一的市县分工。加快建立适应市级统筹工作要求的市域医保管理新机制，市医保部门依据法律法规和政策要求，研究制定全市医疗保障制度政策，强化基金运行监督管理，落实对县（市、区）的考核工作；县（市、区）医保部门贯彻执行全市统一的制度政策，做好基金监管工作，提高经办服务能力和水平。探索适应我市实际的医疗保障管理机制，畅通市与县（市、区）人员流动渠道，开展定期轮岗、挂职学习、派驻办公等工作形式，推动全市医保部门人员统筹使用、能力同步提升、资源统一调度，加快全市医保一体化融合发展。

五、保障措施

（一）强化组织领导。成立由市政府主要领导任组长，各相关部门、各县（市、区）政府主要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。领导小组办公室设在市医保局，组建工作专班，具体负责领导小组办公室日常工作。

（二）强化部门责任。各县（市、区）政府、各相关部门要统一思想，提高认识，各司其职，密切配合，加大工作力度，稳妥推进市级统筹工作。医保部门负责组织推进市级统筹工作，会同有关部门出台有关配套管理措施，落实相关工作要求；财政部

门要会同相关部门做好医保基金收支预算，加强基金财政专户管理，按照规定足额安排相关资金，保障市级统筹工作所需的必要工作经费；税务部门要依法履行基本医疗保险费征缴职责，做好征收级次调整及征收工作；卫生健康部门要做好城市医联体和县域医共体、家庭医生签约服务等与市级统筹改革衔接工作；审计部门要对统筹前全市各地医保基金做好审计确认；机构编制、民政、审计、市场监管、大数据管理、残联、退役军人事务、银保监等部门按职责做好相关工作。

（三）强化宣传引导。做实基本医疗保险市级统筹是提升民生保障水平的重要举措，市级相关部门、各县（市、区）政府要加强政策宣传解读，做好正面宣传和引导，提高医疗保险政策知晓率，及时回应参保人员、定点医药机构和社会各界的关切，凝聚社会共识，为平稳实施医疗保险市级统筹营造良好舆论氛围，确保基本医疗保险市级统筹工作顺利推进。

六、本实施方案从 2022 年 1 月 1 日起实施，实施方案所指市级统筹基本医疗保险基金管理遵照《丽水市基本医疗保险基金市级统收统支实施办法》（暂行）执行。

附件：《丽水市基本医疗保险基金市级统收统支实施办法》
（暂行）

附件

丽水市基本医疗保险基金市级统收统支 实施办法（暂行）

为落实基本医疗保险市级统筹工作要求，实现全市职工基本医疗保险（含生育保险、以下简称“职工医保”）、城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）基金统收统支，结合我市实际，制定本实施办法。

第一章 预决算管理

第一条 统一管理。按照“收支平衡、略有结余”原则，全市基本医疗保险基金实行统一预决算管理。

第二条 方案编制。全市基本医疗保险基金预算草案由市医保经办机构编制，其中，收入预算草案由市医保经办机构会同市税务部门编制。经市财政、医保、税务部门审核并按程序报批后，由市医保经办机构具体执行。预算年度终了，由市医保经办机构编制基金决算草案，其中，收入决算草案由市医保经办机构会同市税务部门编制。经市财政、医保、税务部门审核后按程序报批。年度预算编制应充分综合考虑上年度预算执行情况、当年度经济社会发展水平、医疗保障政策调整等因素，合理确定预算指标。

第三条 职责分工。市医保经办机构编制全市基本医保基金统计报表、财务报表、基金预决算草案，建立健全医保、财政、税务、人行之间的对账机制。各县（市、区）医保经办机构在市级统一安排下做好医保基金财务核算工作，并负责初编统计报表、财务报表等相关工作。

第二章 基金收入管理

第四条 保费征缴。职工和居民医保基本医疗保险费由市、县（市、区）税务部门负责征收，按规定缴入国库。职工医保、居民医保保费收入级次调整为“地市级”。征缴入库的基本医疗保险费由市财政部门按月或按旬及时从国库申拨至丽水市社会保险基金财政专户（以下简称市财政专户）。年度征缴入库的医疗保险费应全部划入市财政专户。

第五条 财政补助。2022年起，居民医保基金的财政补助实行全市统一标准，各县（市、区）按照全市统一的财政补助标准计算当地财政应上缴筹资补助，连同对困难群众等的缴费补助，于当年4月底前上划二分之一，6月底前全部上划至市财政专户。

统一后的财政补助标准低于当地2021年度财政补助标准的县（市、区），当年一般公共预算安排居民医保补助支出预算按2021年度财政补助标准编制。中央和省级财政对居民医保补助资金直接下达至市财政专户，分县（市、区）核算。

第三章 基金支出管理

第六条 支出管理。基本医疗保险基金实行总额预算管理，采取“按月拨付、按年结算”的办法结算。

第七条 支付范围。基本医疗保险基金的支出范围实行全市统一，按照国家和省待遇保障清单、《浙江省医疗保障条例》等规定执行。各地原有基金支付范围与市级统筹后的规定不一致的，应按市级统筹规定进行调整。市级统筹后各地调整出基金支付范围的待遇，应在充分论证分析的基础上提出解决方案，妥善解决改革过程中形成的历史问题，确保参保人员原有待遇总体不降低。

统一生育保险政策。生育保险参保人员按规定享受生育保险待遇。

统一城乡居民体检费用列支渠道。城乡居民医疗保险参保人员按规定组织参加体检，所需资金由当地财政据实安排，专款专用。

统一企业退休职工体检费用列支渠道。各地按规定开展企业退休职工体检，所需资金由当地财政安排。

规范家庭医生签约服务费用支付。家庭医生签约服务费用按规定由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民个人分担。

规范破产改制企业退休职工门诊定额补助。符合规定的破产改制企业退休职工，按规定享受门诊定额补助待遇，资金由当地

财政专项安排。

第八条 基金预付。县（市、区）医保部门按规定设立医疗保险基金支出户，主要用于医疗保险待遇支付。支出户月末银行存款余额不得超过一个月的支付额度，年末银行存款余额需清零。医保经办机构根据上年度基金支出和结余情况，可向符合条件的定点医药机构预拨不高于2个月基本医疗保险周转基金。

第九条 基金划转。县（市、区）医保部门应按月向市医保经办机构上报基金用款计划。市医保经办机构每月30日前根据上月各项医疗保险基金支出数等情况，制定下月基金用款计划，并向市财政部门申请拨款。市财政部门审核后在每月初5个工作日内将基金划拨至市医保经办机构基金支出户，医保经办机构按照统一的拨付流程支付医保待遇。其中大病保险基金由市医保经办机构按“政保合作”合同规定拨付合作的商业保险公司。

第十条 基金支付。各医保经办机构应建立收支台账及月报制度，按规定每月与定点医药机构进行费用结算和拨付。市级医保经办机构会同相关部门制定全市统一的申拨流程，规范管理基金支付。定点医药机构应于每月10日前向属地医保经办机构申拨上月基金支付金额，经办机构应于每月25日前完成审核后结算拨付，并在年度结束后3个月内完成上年度清算工作，具体清算额度由市医保经办机构核定。市级医保经办机构应将清算后的全市上年度医疗保险基金支出情况报市财政部门。

第四章 实施时间

第十一条 本实施办法从 2022 年 1 月 1 日起施行。实施期间产生的问题，由市医保部门会同相关部门提出调整方案，报市政府批准后实施。

抄送：市委各部门，市人大常委会、市政协办公室，丽水军分区，市
监委，市法院，市检察院。

丽水市人民政府办公室

2021 年 11 月 19 日印发
