

南通市人民政府办公室文件

通政办发〔2019〕101号

市政府办公室关于印发《南通市 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，市经济技术开发区管委会，苏通科技产业园区管委会，通州湾示范区管委会，市各委、办、局，市各直属单位：

《南通市基本医疗保险市级统筹实施方案》已经2019年11月18日十五届市政府第46次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真组织实施。



（此件公开发布）

南通市基本医疗保险市级统筹实施方案

加快提升基本医疗保险（包括职工医疗保险和居民基本医疗保险，简称职工医保和居民医保，下同）统筹层次，完善基金统筹制度，是深化医疗保障制度改革的重要任务，也是更好发挥基金统筹共济功能、实现基本医疗保险制度可持续发展的迫切需要。根据《中华人民共和国社会保险法》《关于实施基本医疗保险和生育保险市级统筹的意见》（苏政办发〔2019〕79号精神，结合实际，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，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，坚持和完善统筹城乡的民生保障制度，满足人民日益增长的美好生活需要，以人民群众最关心最直接的利益为切入点，把问题和短板作为完善政策的发力点，紧紧围绕健康南通建设，以增强制度公平性和基金抗风险为重点，建立更加公平、更可持续、更加完善的市级统筹医保体系，不断完善政府治理体系，推进治理能力现代化。

二、主要目标

从2020年1月1日起实行基本医疗保险基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”的基本医

疗保险市级统筹制度。其中，各县（市）、区居民医保筹资标准从2020年1月1日起全市统一为1200元。2020年度居民医保筹资低于此标准的县（市）、区，其人均差额乘以参保居民总数的总差额，按每年20%的比例分5年（2020~2024年）逐年补缴至市级居民医保基金账户。

三、基本原则

一是明晰职责权限。按照法律法规等规定，形成统一的政策制度和管理办法，推进医疗保障管理和服务规范化、标准化、法治化。

二是强化预算管理。基本医疗保险基金由市级统一预算，统一组织实施，市、县（市、区）两级政府分别按规定落实居民医保财政补助、基金监管等责任，确保基金平稳运行。

三是注重待遇平稳衔接。统筹考虑原各统筹地区政策差异，稳慎调整并统一待遇标准，确保参保人员待遇水平总体不降低，确保医保基金安全和制度运行平稳。

四、重点任务

（一）统一基本政策。全市范围内执行统一的基本医疗保险参保范围；执行统一的职工医保缴费基数、缴费比例；执行统一的居民医保财政补助标准、个人缴费标准；执行统一的职工医保个人账户划入办法和标准等。执行统一的享受退休人员职工医保待遇政策。全市范围内人员流动时其职工医保参保缴费信息连续记载。执行统一的参保人员市内就诊程序、分类转诊办法和转市外就医登记手续。

（二）统一待遇标准。贯彻执行医疗保障待遇清单制度，确保待遇标准统一。执行统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目（含特殊医用材料）、医疗服务设施范围等3个目录。执行统一的医疗费用基金起付标准、支付比例和最高支付限额；执行统一的基本医疗保险门诊统筹、门诊慢性病、门诊特殊疾病病种等保障待遇范围和标准。

（三）统一基金管理。基本医疗保险基金实行统收统支和市级财政专户管理。从2020年1月1日起，各地的基本医疗保险当期基金收入由征缴部门全额及时缴入市级国库，再划转至相关市级财政专户。市根据医疗保险基金预算管理有关规定和“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，统一编制基金预、决算，下达各县（市）、区年度收支计划。市医疗保障部门根据市级预算，统一向同级财政部门申报月度资金使用计划，财政部门按月及时拨付。

完善科学、严格的预算管理机制，严格按照批准的预算和规定的程序执行，不得随意调整。在执行中因特殊情况需要增加支出或减少收入，应当编制基本医疗保险基金预算调整方案，按社会保险基金预算调整程序经批准后执行。一个预算年度内，各县（市）、区完成年度收支计划的，如当年基金收支相抵出现缺口，由市通过结余基金补足。累计结余不足的，根据“以收定支、收支平衡”的原则调整医保政策。各级财政应按规定及时履行出资义务，县（市）、区未按规定补助到位、未严格执行缴费政策或未完成征收计划等情形形成的基金收入缺口，由县（市）、区政

府（管委会）负责补足或追缴到位，确保基本医疗保险健康平稳运行。

实施市级统筹前原各统筹地区应对基金进行清算，2020年6月底前对基金结余以及债权、债务等情况进行审计并予以清理。2019年末的累计结余基金可暂存放原统筹地区基金财政专户，但由市统一管理和调度使用，具体规定和办法由市医保局会同市财政局制定。通州区职工和居民医疗保险累计结余经审计后上划市级财政专户。

（四）统一经办管理。执行统一的基本医疗保险参保登记、缴费申报、保费征缴、待遇支付、费用结算、档案和财务管理等业务经办工作流程和服务规范。推进实现一站式、一窗式服务模式，加强医疗保障公共服务标准化、信息化和便利化建设。健全市、县（市、区）、镇（街道）经办管理服务网络，每个镇（街道）要有专（兼）职医保经办人员。按照“编随事走，人随编走”的原则，通州区医保行政和经办管理职能以及人员统一划转至市级医保部门，率先纳入市级医保一体化管理。

（五）统一定点管理。执行统一的定点医药机构协议管理办法；实行分级分类、精细化管理，健全能进能出的动态管理机制，对申请纳入协议管理医药机构执行统一的准入条件、评估规则和工作流程；执行统一的各类各级定点医药机构协议文本和考核办法，明确权利责任义务，细化违约情形及相应处理措施。加强对定点医药机构医保协议签订管理和协议执行监管，定期组织开展协议履行情况监督检查。

（六）统一信息系统建设。充分依托现有信息系统，加强部门间信息共享，实现数据向上集中、服务向下延伸，以满足基金统收统支管理要求。按照国家和省统一的建设规范和标准，2020年12月31日前构建市级集中的基本医疗保险业务信息系统，为统一规范基本政策以及经办管理、定点管理等提供有力的支撑。

五、配套保障措施

（一）强化扩面征缴及预算编制执行。完善基本医疗保险和生育保险费征收机制，进一步提高征管效能。医疗保障部门要会同人力资源社会保障、税务等部门深入实施全民参保计划，完善全民参保登记数据库，强化部门间数据共享和比对，推动扩面工作向精确管理转变，基本实现法定人员应保尽保，基本医疗保险费应缴尽缴。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，强化预算执行约束力，层层压实工作责任。

（二）强化基金管理监督。基本医疗保险基金专款专用，不得用于平衡财政预算。市、县（市、区）医疗保障部门要会同财政、税务、卫生健康等部门定期对基金征缴、支付及管理等环节开展监督检查，及时发现查处存在问题，严厉打击欺诈骗保行为，确保基金安全完整。加强对基金运行情况的动态监测，建立基金运行风险预警机制，制定切实可行的基金运行风险处置预案。

（三）强化分级诊疗制度建设。完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策，合理拉开基层医疗卫生机构、县级医疗机构和城市医疗机构间报销水平差距，提高基层医疗卫生机构医保支付比例，鼓励并规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机

构就诊。同时，要进一步加强紧密型医疗联合体建设，充分发挥全科医生和家庭签约医生健康守门人和医保费用控制守门人作用，提升基层医疗卫生机构服务能力和首诊服务利用率，切实为患者提供便捷服务，巩固分级诊疗成果，引导参保人员合理有序就医，防止因基本医疗保险市级统筹冲击分级诊疗制度。

六、组织领导

（一）加强组织领导。实施基本医疗保险和生育保险市级统筹，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）、区政府（管委会）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，做到主要领导亲自过问，分管领导具体负责，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）加强责任考核。市政府根据国家和省下达的基本医疗保险和生育保险参保扩面、基金征收等目标任务，细化分解并下达各县（市）、区，从2020年1月1日起，将扩面征缴、待遇支付、定点管理、基金预算管理、基金统收统支等落实情况纳入各县（市）、区政府（管委会）工作责任制考核和年度综合考核范围，加大考核力度，严格奖惩措施。

（三）加强协同配合。医保、财政、人社、卫健、税务等部门要各司其职、协调配合，形成工作合力。医保部门要做好基本医疗保险市级统筹工作的组织实施，会同有关部门制定市级统筹实施细则、医疗保险基金管理办法。财政部门要会同相关部门做好基金收支预算，加强基金财政专户管理，及时足额安排城乡居

民医保财政补助资金。人社部门要会同相关部门共同做好全民参保工作，做好基本医疗保险信息系统的对接工作。卫健部门要牵头做好分级诊疗、医疗联合体建设、家庭医生签约及提升基层医疗卫生机构服务能力等工作，更好保障参保人员获得优质医疗卫生服务。税务部门要贯彻落实社会保险费征管体制改革要求，依法履行征管职责，做好基本医疗保险费的征收工作。市医保局要会同市财政局、人社局、卫健委、税务局，加强对各地实施市级统筹情况的督促检查，及时总结经验，研究解决问题，确保市级统筹顺利实施。

（四）加强宣传引导。要加强正面宣传和舆论引导，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进行深入解读，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，让参保人员对市级统筹有全面、准确的认识，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。

