

舟山市人民政府办公室文件

舟政办发〔2020〕114号

舟山市人民政府办公室 关于印发舟山市全面做实基本 医疗保险市级统筹试点方案的通知

各县（区）人民政府、各功能区管委会，市政府直属各单位：

《舟山市全面做实基本医疗保险市级统筹试点方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻实施。

舟山市人民政府办公室

2020年12月29日

（此件公开发布）

舟山市全面做实基本医疗保险市级统筹 试点方案

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，为加快构建高质量医疗保障制度体系，全面做实基本医疗保险市级统筹试点工作，结合舟山实际，制定本方案。

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，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会和省委十四届六次、七次、八次全会精神，以“八八战略”为指引，坚持以人民为中心，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，围绕更加公平、更加精准、更加惠民要求，建立健全基本医疗保险市级统筹制度，实现全民医保向高质量医保发展。

二、基本原则

（一）政策统一，促进公平。全市统一职工基本医疗保险（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、医疗救助等保障制度，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）基金统筹，风险共担。职工医保、居民医保、大病保险基金实行全市统收统支，建立市与县（区）基金风险责任分担机制，有效提高基金互助共济和抗风险能力。

（三）积极稳妥，有序推进。坚持问题导向，着力破解难题，从统一制度和基金统筹着手，均衡各方利益，积极稳妥、有力有序地推进市级统筹各项工作，为省级统筹探索经验。

（四）理顺体制，强化管理。按照“市级统筹、分级管理”原则，明确市与县（区）政府在参保征缴、筹资补助、基金监管等方面的主体责任。探索高效的医保管理体制，建立全市高度融合的医保经办服务体系。

三、主要目标

（一）建立公平统一的政策体系。在统一全市医疗保障政策的基础上，尽力而为、量力而行，加强医保基金统筹共济，促进制度公平，逐步缩小医保城乡差距，增强对贫困群众基础性、兜底性保障。

（二）建立科学高效的治理体系。探索与市级统筹相适应的医保治理新模式，合理划分市、县（区）两级工作职责，统一规范统筹区内医疗保障管理服务。强化市级政策制定、统筹管理职能，突出县（区）基金监管和具体经办职能。

（三）建立惠民便民的服务体系。通过医保信息化建设，实现经办服务标准化，建立管理服务一体化的市、县（区）经办服务体系。实现医保经办事项全时段线上自助服务，“掌上办”“网上办”达到 100%。大力推进服务下沉，实现市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）服务全覆盖。

四、主要任务

（一）制度政策统一。统一全市基本医疗保险、大病保险、医疗救助等制度的参保范围、筹资标准和待遇水平，执行统一的

医保目录、医疗服务价格、招标采购和支付方式改革政策，加强各项制度和政策的协同水平，促进医保、医疗、医药联动改革。

1.统一参保范围。职工医保参保人员范围为国家机关、企业、事业单位、社会组织、有雇工的个体工商户等用人单位的职工及灵活就业人员；居民医保参保人员范围为已参加职工医保外的本市户籍人员、在我市学校就读的市外户籍学生、持有本市有效期内居住证等人员；大病保险参保人员为参加基本医疗保险的所有人员；医疗救助对象为特困、低保、低边人员及县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

2.统一筹资标准。职工医保费由用人单位和职工共同缴纳。用人单位月缴费基数按本单位职工月工资总额确定，职工和灵活就业人员月缴费基数按不低于浙江省全社会单位就业人员月平均工资确定，缴费比例按不低于省规定标准执行。

居民医保费由参保人员个人缴费和政府补助组成。年度人均筹资标准不低于全市上一年度居民人均可支配收入的2.5%，参保人员个人缴费与政府补贴比例不低于1:2。特困、低保、低边和二级及以上残疾的人员，个人缴费金额由财政全额承担。

大病保险费由政府（用人单位）和个人共同缴纳。建立政府（用人单位）和个人合理分担的多渠道大病保险筹资机制，根据重大疾病发生情况合理确定大病保险年度筹资标准。

医疗救助费由财政全额安排。根据医疗救助对象、范围、费用支出等情况，合理确定年度人均筹资标准。

各项医疗保障筹资标准，由市医保部门会同财政部门，根据

本市经济社会发展水平、居民人均可支配收入、医疗保障基金运行、国家和省有关规定等情况确定和调整，报市人民政府批准后实施。

3.统一保障待遇。建立健全与分级诊疗、家庭医生签约、医共体建设相协调的基本医疗保险待遇政策，不同级别医疗机构设置差别化支付比例和起付线，适当向基层医疗卫生机构倾斜。

大病保险基金用于基本医疗保险基金按规定支付后，超过大病保险起付标准的合规费用，按省规定要求设置年度起付标准和支付比例。

医疗救助对象发生的合规医疗费用，经基本医疗保险、大病保险按规定支付后剩余部分，按省规定要求确定支付比例和支付办法。

4.统一支付方式。全市统一完善总额预算管理下的按病组、按床日、按项目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，建立定点医药机构医保基金使用的激励约束机制。加强基金支出分析，充分反映基金支出质量、预算执行和基金监管情况，全面构建基金绩效评估指标体系。

5.统一服务价格和招采管理。全面执行国家、省、市招采合一、量价挂钩的药品、医用耗材集中带量采购政策，由市医保部门督导各医疗机构按时完成带量采购任务。制定和完善全市统一的医疗服务价格，执行统一的医保支付标准。通过医保购买和付费机制改革，全面促进医疗机构提质增效和高水平发展。

（二）基金统收统支。按照“以收定支，收支平衡，略有结

余”原则，全市职工医保、居民医保、大病保险基金实行统收统支管理，分别统一征缴、统一拨付、统一清算。

1.预决算管理。全市医疗保险基金实行预决算管理。基金预算由市医保部门、税务部门按规定编制，市财政部门审核，并按程序报批后执行。预算年度终了，由市医保部门按规定编制基金决算，市财政部门审核后，按程序报批。市医保部门负责各定点医药机构年度总额控费指标核定及清算工作。各县（区）医保部门负责年度预决算草案初编工作。

2.收支管理。

（1）全市医疗保险基金由税务部门征缴。各县（区）应于每月底将医疗保险基金收入及时足额划入市级社会保险基金财政专户（以下简称市财政专户）。

（2）市医保经办机构在规定时间内向市财政部门提交月度用款计划，市财政部门审核后按时将各项基金划拨市医保经办机构对应支出户，由市医保经办机构划至各县（区）医保经办机构支出户。

（3）理清历年债务。各县（区）财政部门会同医保部门对统收统支前的医疗保险基金收、支、结余及债权、债务等情况进行清算并统一上报。统收统支前形成的债务和基金缺口，由各县（区）自行承担。统收统支前各县（区）基金结余，统一归缴市财政专户。

（4）完善责任分担机制。按照“基金统一收支、市级分账核算、责任分级负责、缺口合理分担”原则，建立事权与财权相匹配、激励与约束相结合的市与县（区）政府责任分担机制。落

实县（区）政府对本地医疗保险的主体责任，建立县（区）政府医疗保险基金征缴和支出考核机制，确保基金平稳运行。

全市医保基金统收统支实施细则由市医保部门会同财政部门 and 税务部门另行制定。

（三）管理服务一体。

1.统一协议管理。优化医药机构定点申请和评估程序，完善定点医药机构考核办法和退出机制。定点医药机构全市统一，各县（区）互认，定点申请在各县（区）医保部门初审后，由市医保部门审核和评估确定，服务协议由市医保经办机构与定点医药机构签订。

2.统一经办服务。全市实行统一的医保业务经办规程和管理制度，实现经办业务标准化、规范化。加强纵向贯通，推进服务下沉；通过横向互联，实现经办服务“一城通办”；持续深化“最多跑一次”改革，推进“掌上办”“网上办”。基本医保、大病保险、医疗救助、优抚保障、职工医疗互助等实现“一站式、一窗式、一单制”结算服务。

3.统一信息管理。全市建立统一的涵盖参保登记、待遇支付、基金结算等内容的智慧医保信息管理系统，建立医疗服务“事前提示、事中提醒、事后处置”全过程智能审核平台，由省、市医保部门统一开发建设和维护，实现参保人员在市内、省内、跨省联网直接结算。加强医保信息网络安全管理，提供必要的人才和技术支撑，确保市级统筹各项经办服务运行顺畅。

4.统一监督管理。建立与市级统筹相适应的基金监管体制机制，推进全市基金监管一体化建设，全面提升市和县（区）基金

监管能力，落实县（区）基金监管责任。建立健全全市统一的定点医药机构和医保医师（药师）管理和考核办法，规范对违法违规行为的处罚程序，加大基金监管的处罚力度。加强与第三方合作，全面开展专项治理、飞行检查等工作，着力打击欺诈骗保，维护基金安全。

（四）探索市、县（区）医疗保障部门垂直管理体制机制。积极探索适应我市实际的市与县（区）医疗保障经办机构垂直管理体制机制，县（区）经办机构实行市、县（区）“双重管理”工作机制，打通市与县（区）人员流动通道，采取定期轮岗、挂职学习等办法，全面提升县（区）经办机构和人员队伍的管理水平和服务能力，实现全市经办服务“同城化”“同质化”，建立全市高度融合的医保经办运行新机制。

五、实施步骤

（一）准备阶段。2020年12月底前，广泛征求各方意见，制定市级统筹试点方案，报省人民政府批准。

（二）启动实施。2021年1月1日起，实现基金市级统收统支，试点实施市级统筹。

（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，医疗保险市级统筹方案基本成熟定型。2022年起，深入推进基本医疗保险市级统筹工作。

六、保障措施

(一)加强组织领导。市政府成立全面做实基本医疗保险市级统筹工作领导小组，推进市级统筹工作落地实施。领导小组下设办公室，协调解决工作中遇到的具体问题。各级政府负责各项医疗保险的参保筹资和基金征缴工作，落实本级财政补助资金，扩大基本医疗保险覆盖面，做到应保尽保、应收尽收。医保参保、基金征缴、支出控制及责任承担等内容纳入市政府对县（区）政府年度考核。

(二)强化责任分工。各相关部门必须统一思想，提高认识，各司其职，密切配合，加大工作力度，稳妥推进医保市级统筹工作。

市医保部门牵头负责全市医疗保险市级统筹相关工作的组织实施，负责制定全市统一的医疗保障政策，加强对县（区）业务工作的指导和监督。新闻单位负责医疗保障政策的媒体宣传工作。编制部门负责做好市级统筹的机构编制保障工作。财政部门负责落实财政应负担资金并按规定拨付到位，加强医疗保障基金预算管理，保障工作经费，与相关部门共同做好基金监管工作。税务部门负责医疗保险费征缴，配合编制医疗保险基金年度预算。卫健部门负责加强对医疗机构的管理，规范医疗服务行为，督促落实医疗保障政策。市场监管部门负责对零售药店的管理，督促落实医疗保障政策。审计部门负责医疗保障基金审计监督。人社部门负责做好医疗保障信息系统过渡期相关维护工作。民政部门负责提供特困、低保、低边人员名单。退役军人事务部门负责提供优抚对象名单。残联负责提供有关残疾人员名单。总工会

负责提供困难职工、精减职工和职工医疗互助人员名单。人民银行舟山市中心支行及其县（区）级行国库部门负责医疗保险费的收纳入库，将医疗保险基金划入市级财政专户。

（三）提升服务能力。市、县（区）要加强医保管理经办服务能力建设，确保必要的机构编制配备，强化专业人员队伍建设，可通过政府购买服务的方式进一步充实经办力量，提高服务水平。

（四）加强宣传引导。积极引导舆论，提高市级统筹知晓度，为试点工作平稳实施营造良好的舆论氛围。全面宣传全市医保政策统一、基金统收统支、管理服务一体对提高医保基金使用效率、增强基金抗风险能力、更有力保障参保人员合法权益的促进作用。及时总结和宣传推广好的经验做法，确保医疗保险市级统筹试点工作顺利推进。

本方案从2021年1月1日起施行。

抄送：市委各部门，市人大常委会、市政协办公室，舟山警备区，市法院，市检察院，部、省属在舟单位，驻舟部队。

舟山市人民政府办公室

2020年12月30日印发
