

台州市人民政府办公室文件

台政办发〔2021〕48号

台州市人民政府办公室关于印发 台州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：

《台州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，请认真贯彻执行。

台州市人民政府办公室

2021年11月29日

（此件公开发布）

台州市全面做实基本医疗保险 市级统筹实施方案

为推进基本医疗保险高质量、可持续发展，全面做实基本医疗保险市级统筹，根据《中共浙江省委办公厅浙江省人民政府办公厅印发〈关于全面做实基本医疗保险市级统筹的指导意见〉的通知》精神，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，深入贯彻党的十九届五中、六中全会和省委十四届八次、九次全会精神，坚持以人民健康为中心，以数字化改革为牵引，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，全面做实基本医疗保险市级统筹，在台州高质量发展建设共同富裕先行市中扛起医保担当。

二、基本原则

（一）政策统一，促进公平。健全和完善全市统一的职工基本医疗保险（含生育保险，以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）政策，实现参保人员依法参保缴费，公平享受相应的基本医疗保险待遇，促进基本医疗保险制度更加公平。

（二）基金统筹，共担风险。实行基本医疗保险基金（以下简称基金）市级统收统支，合理均衡市域内县（市、区）基金负

担，建立市、县基金风险责任分担机制，实行基金收支全过程管理，有效提高基金互助共济和抗风险能力，提升基金使用效率，增强医疗保险制度的可持续性。

（三）权责清晰，强化管理。按照“市级统筹、分级管理”要求，建立与绩效相挂钩的激励约束机制，合理界定市、县政府的管理职责，明确市、县政府在参保征缴、筹资补助、总额预算管理、基金监管等方面职责分工，实现管理精准高效，推动医疗保障事业治理现代化。

（四）平稳衔接，联动协同。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，确保基本医疗保险制度平稳运行。深化“三医联动”“六医统筹”改革，加强与分级诊疗制度相衔接，促进医疗资源合理利用，确保参保人员待遇水平总体不降低，不断增强群众获得感、幸福感、安全感、认同感。

三、主要目标

从2022年1月1日起，全市按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的要求，基本医疗保险制度实施基本政策、待遇标准、基金收支、经办服务、定点管理、信息系统“六统一”，全面做实基本医疗保险市级统筹。建立公平统一的政策体系，逐步缩小城乡差距，实现市域范围内筹资责权对等、待遇享受公平的高质量医疗保障体系。建立科学高效的治理体系，合理划分市、县两级管理职责，探索市级统筹下市、县两级医保治理新机制。

建立安全可控的基金管理体系，进一步完善基金监管体制，创新基金监管方式，确保基金安全可持续。建立惠民便民的服务体系，提供无差别的经办服务，着力解决群众医保办事难点、堵点、痛点，实现医保公共服务标准化、数字化、便利化。

四、主要任务

（一）统一基本政策。完善基本医疗保险制度，全市执行统一的职工医保、城乡居民医保和大病保险政策。参保范围、筹资标准、待遇水平、招标采购、支付方式等政策的调整，按规定上报省级医保、财政部门审核。

1. 统一参保范围。执行全市统一的职工医保、城乡居民医保参保范围，鼓励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. 统一筹资标准。执行全市统一的职工医保缴费基数、缴费比例。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，职工缴费工资基数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省全社会单位就业人员月平均工资 60% 的，按照 60% 确定；高于上一年度省全社会单位就业人员月平均工资 300% 的，按照 300% 确定。执行统一的职工医保个人账户划入办法和标准。执行统一的城乡居民医保财政补助和个人缴费政策，参保人员个人缴费不低于人均筹资额的三分之一。各项基本医疗保险筹资标准按照法律法规规定，由市医保部门会同市财政

部门，根据台州市经济社会发展水平、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. 统一保障待遇。严格执行医疗保障待遇清单制度，确保待遇标准统一。执行全市统一的基金起付标准、支付比例和最高支付限额，统一的住院、门诊（含慢性病）待遇保障范围和标准，统一的转外就医、异地就医待遇政策。执行统一的职工医保个人账户和门诊统筹政策。合理拉开统筹区内外和不同等级医疗机构间（含医共体内成员单位）报销比例，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。执行全省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。执行统一的门诊特殊病种待遇。

4. 统一支付方式。深化医保支付方式改革，执行全市统一的总额预算管理下多元复合式医保支付方式。完善总额预算管理办法，在全市实施总额预算精细化管理。全面实施基本医疗保险住院费用按疾病诊断相关分组（DRGs）点数法付费改革，深化门诊费用按人头付费与家庭医生签约服务相结合改革。完善结余留用、合理超支分担的责任共担机制，充分发挥医疗保险基金对县域内外诊疗和医疗费用结构的调节作用，引导分级诊疗和有序就医。

5. 统一医药价格和招标采购管理。执行全市统一的医疗服务价格、统一的医保支付标准、统一的药品和医用耗材招标采购政策和结果。逐步理顺医疗服务比价关系，提高劳务技术性医疗服务价格，持续优化医疗服务价格结构，全面促进医药机构提质增

效和高水平发展。

(二) 基金统收统支。2022年1月1日起，全市实行职工医保、城乡居民医保基金统收统支，统一征缴、统一拨付、统一清算。

6. 统一基金预决算管理。根据社会保险基金预算管理有关规定和收支平衡、略有结余的原则，由市医保经办机构编制职工医保和城乡居民医保年度基金预算和决算草案，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. 统一基金收支管理。明确基金征缴主体，调整收入级次，明确收入划转、基金使用和支付管理等规则。明确基金财务核算规定，建立健全医保经办机构、财政部门、税务部门、人民银行之间的定期对账机制。清理历年债务、欠费和基金结余，对统筹前各县（市、区）基金开展专项审计，明确历史债务、欠费和基金累计结余处置办法。市级统筹前的基金缺口，原则上由原统筹区自行承担，出台具体实施方案并报市政府备案，5年内完成基金收支缺口弥补；市级统筹前的基金结余，原则上留存原统筹区，由市里统一管理和调度使用，主要用于弥补当地以后年度基金缺口。

8. 统一责任分担机制。按照基金统一收支、责任分级负责、缺口合理分担原则，建立市、县政府责任分担机制，做到权利与义务相对等、财政事权与支出责任相匹配、激励与约束相结合。建立健全县（市、区）政府医疗保险基金征缴和支出考核机制，

建立基金运行风险预警机制，制定完善医疗保险基金运行风险处置预案。

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。持续深化医保领域数字化改革，完善经办管理，优化医保服务，实现全市医保管理服务同质化。

9. 统一协议管理。执行全市统一的医保定点医药机构协议管理办法，健全准入退出的动态管理机制，对申请纳入协议管理的医药机构执行统一的准入条件、评估规则和工作程序，签订统一的定点医药机构协议文本，执行统一的考核办法。

10. 统一经办服务。执行全市统一的医保业务经办工作流程和服务规范，简化办理环节和材料，优化医保报销一次告知、一表申请、一窗办成。加强医保公共服务标准化、数字化和便利化建设。依托“互联网+”，健全覆盖全市的经办管理服务网络，实现医保服务“网上办”“掌上办”、市域内“一窗通办”。

11. 统一信息管理。以数字化改革为引领，集中全市医保信息系统，完善参保人员在全市定点医药机构、省内异地和跨省异地定点医院直接结算。加快医保数据集中管理，部门联动建立公共服务优质共享的新机制，实现数据向上集中、服务向下延伸，更好适应基金统收统支和各项经办业务要求。强化全市基础数据维护和信息网络安全管理，确保市级统筹各项经办服务运行顺畅。

12. 统一职责管理。梳理市、县两级政府及相关部门职责，建立与市级统筹相适应的医疗保障治理机制。

市级政府及相关部门主要承担综合管理、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。制定完善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缴、统一拨付；统一信息系统，做好信息安全规划和保障；制定统一的经办服务规程和内控制度并组织实施；指导全市基金使用的监督管理；指导监督政策落地执行情况；下达市级统筹目标任务，组织对各县（市、区）责任考核。

县（市、区）政府及相关部门主要承担属地管理和具体业务经办职责。贯彻执行国家、省、市有关医疗保险法律、法规和政策，组织做好属地基金的筹集、管理、运行工作；严格执行总额预算管理；严格执行基金预算，及时归集各项基金收入；做好信息安全保障；组织开展医保具体经办服务，提高经办服务能力和水平；承担基金监管主体责任，加大基金监管力度；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，强化基金征缴，做到应收尽收；按照规定承担支出责任和缺口分担责任。

五、实施步骤

（一）准备阶段。2021年9月底前，完成对各地2021年6月底前基金的全面审计核查；11月底前，出台《台州市全面做实基本医疗保险市级统筹实施方案》和《台州市基本医疗保险基金统收统支实施细则（试行）》，并报省级医保部门备案。

(二) 启动实施。2022年1月1日起，基金实现市级统收统支。

(三) 实施阶段。2022年1—12月，基本完成市级统筹工作的主要任务。

(四) 评估完善。2023年6月底前，邀请第三方进行评估，根据评估情况进行整改完善。

(五) 总结提升。2023年12月底前，总结经验，实现基本医疗保险市级统筹方案基本成熟定型。2024年起，深化基本医疗保险市级统筹工作。

六、保障措施

(一) 强化领导，建立机制。全面做实基本医疗保险市级统筹，是共同富裕示范先行关乎民生的重大改革，工作任务重，政策性强。各地要提高政治站位，强化大局意识，切实把做实基本医疗保险市级统筹纳入政府的重要议事日程，要成立市级统筹工作领导小组机构，精心组织，周密部署，抓好落实，确保各项政策措施执行到位。

(二) 部门协同，形成合力。市级各部门（单位）要各司其职、协调配合，形成工作合力。医保部门负责组织推进市级统筹工作，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；税务部门要依法履行基本医疗保险费征缴职责，做好征缴预算级次调整及征缴工作；人民银行要做好基本

医疗保险费及时收入市级国库，并做好划拨至市财政专户工作；大数据管理、机构编制、发展改革、民政、人力社保、卫生健康、退役军人事务、审计、市场监管、台州湾新区管委会、残联、银保监等部门（单位）要按职责做好相关工作，及时研究解决改革中跨部门、跨区域、跨行业的重大问题，确保市级统筹工作顺利实施。

（三）强化考核，加强监管。从2022年起，将市级统筹政策执行、扩面征缴、资金筹集、待遇支付、定点管理、基金预算管理、基金统收统支、经办服务等落实情况纳入县（市、区）工作目标责任制考核，建立与考核结果挂钩的奖惩机制，建立全市基本医疗保险工作定期审计制度。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，加强监管力度，严禁突击使用基金，严禁擅自出台地方性医保政策和措施，强化预算执行的约束力，对工作中出现的违纪违规问题严肃问责。

（四）加大宣传，凝聚共识。加强正面宣传和舆论引导，充分发挥传统媒体和新媒体作用，对市级统筹相关政策、做法及意义进行广泛宣传、深入解读，切实提高政策知晓率。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。及时回应社会关切，凝聚社会共识，正确引导改革预期。

附件：台州市基本医疗保险基金统收统支实施细则（试行）

附件

台州市基本医疗保险基金统收统支 实施细则（试行）

第一章 总则

第一条 为增强基本医疗保险基金的互助共济和抗风险能力，提高基本医疗保险统筹层次，实现基本医疗保险基金统收统支，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本细则适用于本市行政区域内的基本医疗保险基金的统收统支管理。

基本医疗保险基金包括职工基本医疗保险（含生育保险，以下简称职工医保）基金和城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）基金。

第三条 建立基本医疗保险基金全市统收统支机制，在全市范围内实行统一基金预决算管理、统一基金收支管理、统一基金使用管理、统一责任分担机制的管理模式。

第二章 基金预决算管理

第四条 根据收支平衡、略有结余原则，统一编制基金预决算，实行统一征缴、统一拨付、统一核算。

第五条 职工医保和城乡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，市医保部门审核。经市税务、医保部门审核后的预算草案报市财政部门审核并汇总编制，再由市财政部门报市政府审定后，提交市人大常委会审议，经批准后由市财政部门批复市医保经办机构执行。

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、医保政策情况、总额控费情况、就业情况、参保扩面计划、职工平均工资增长等因素。

第六条 职工医保和城乡居民医保年度基金决算草案由市医保经办机构编制，其中，收入决算草案由市医保经办机构会同市税务部门共同编制。经市税务、医保部门审核后报送市财政部门审核，再由市财政部门报市政府审定，提交市人大常委会审议。

第七条 各县（市、区）医保经办机构会同财政、税务部门做好财务核算、基金预决算草案初编等相关工作。

第三章 基金收支管理

第八条 各县（市、区）职工医保和城乡居民医保的医疗保险费由税务部门按属地管理原则负责征缴。从2022年1月起，上述保险费收入（包括欠缴入库、退休一次性缴费收入）预算级次均调整为“地市级”，就地缴入市级国库。市级财政部门负责按月开具划款凭证，提交人民银行，从市级国库划拨至市财政部门的医疗保险基金财政专户（以下简称市财政专户）。

城乡居民医保财政补助收入根据年初预算分季度均衡到位上划至市财政专户，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。直达资金按照中央、省里有关规定执行。

按照权责发生制原则，2021年下半年征缴的所属2022年城乡居民医保个人缴费部分由市财政部门在2022年1月底前开具划款凭证，提交人民银行，从市级国库划拨至市财政专户。财政补助第一季度应到位部分由各县（市、区）财政部门在2022年2月底前上划市财政专户。

第九条 各县（市、区）医保经办机构支出户产生的利息收入和其他收入按季度划转当地财政专户，再由各县（市、区）财政部门将上述收入及财政专户产生的利息收入、转移收入按季度划转至市财政专户。

第十条 各县（市、区）医保经办机构每月25日前向市医保经办机构上报下月基金用款计划，由市医保经办机构审核后每月月底前向市财政部门申请所需基金，市财政部门于次月5日前将基金从市财政专户划拨至市医保经办机构支出户，市医保经办机构在收到财政拨款两个工作日内将资金划至各县（市、区）医保经办机构支出户。各县（市、区）医保经办机构应在每月15日前向市医保经办机构上报上月基金支出核算报表，由市医保经办机构审核汇总后，在月底前报市财政部门备案。

第十一条 建立周转金制度。周转金主要用于各县（市、区）

医保经办机构月度结算资金拨付，年底清算收回至市财政部门。每年12月25日前，各县（市、区）医保经办机构向市医保经办机构按当年度各地一个月的月均支付额一次性申请下年度的周转金，由市医保经办机构汇总后向市财政部门提出申请。市财政部门于次年1月10日前将基金从市财政专户划拨至市医保经办机构支出户，市医保经办机构在收到财政拨款两个工作日内将资金划至县（市、区）医保经办机构支出户。

第十二条 市医保经办机构负责编制全市基金的统计报表、财务报表、基金预决算草案，建立健全医保、财政、税务、人民银行之间的对账机制。税务部门与人民银行开展基本医疗保险费征缴入库对账，财政部门与人民银行开展基本医疗保险费入库与划转支出对账。医保部门向税务部门反馈系统入账数据，双方联合处理差异。职工医保中的灵活就业人员医保费、城乡居民医保费数据由各县（市、区）医保、税务部门按月对账，并报市级部门汇总；用人单位职工医保费由市税务部门与市医保经办机构汇总对账，由市医保经办机构分解数据给各县（市、区）医保经办机构进行核对入账。

第四章 基金使用管理

第十三条 由市审计部门牵头，会同市财政、医保部门对各地统筹前的基金结余情况进行审计。根据审计确认的结果，以权责发生制为原则，统筹前的基金缺口，原则上由原统筹区自行承

担，出台具体实施方案并报市政府备案，5年内完成基金收支缺口弥补；统筹前的基金结余，原则上留存原统筹区，由市里统一管理和调度使用，主要用于弥补当地以后年度基金缺口。

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。各地公立医院的预付金按政策规定预付，在统筹前的累计结余中暂付。

第十四条 2022年1月起，各县（市、区）基金累计结余实行全市统筹，各县（市、区）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。

暂存各县（市、区）的基金累计结余，由各地按竞争性存放要求开展保值增值，竞争性存放结果报市财政部门备案。

第十五条 2022年1月底前，各县（市、区）职工医保基金累计结余按满足上年度3个月支付能力的额度上划至市财政专户，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/暂存各县（市、区）基金累计结余的总和。以后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。2022年2月底前，职工医保市级风险调剂金结余并入职工医保归集基金。

2022年1月底前，各县（市、区）城乡居民医保按满足当地上年度1个月支付能力的基金额度上划至市财政专户，作为城乡居民医保归集基金。以后每年年初城乡居民医保归集基金支付能力不足1个月时，由各地上划补足，上划补足额度的50%由当年

度出现缺口的县（市、区）按照各自亏损的比例承担，其余 50% 由各县（市、区）按照当年度城乡居民医保参保人数占比进行分摊。城乡居民医保归集基金可从暂存在各县（市、区）的城乡居民医保基金累计结余中划入，累计结余不足的由各县（市、区）政府统筹解决。城乡居民医保归集基金不允许从当年度征缴的医疗保险费中划入。

第五章 责任分担机制

第十六条 按照基金统一收支、责任分级负责、缺口合理分担原则，建立权利与义务相对等、财政事权与支出责任相匹配、激励与约束相结合的市、县政府责任分担机制。

第十七条 按照国家、省、市基金相关规定应由市及县（市、区）政府承担的缴费补贴、待遇补助等各项财政补助，按现行政策执行。

第十八条 为调动各县（市、区）基金收支管理的积极性，各县（市、区）基金当年度出现结余时，50%作为归集基金，50%返还各县（市、区）用于弥补以后年度缺口。

第十九条 基金收支当年度出现缺口，根据缺口不同情况，确定市级及各县（市、区）分担责任。

市级统筹工作领导小组办公室对基金当年度收支情况进行考核，纳入到各县（市、区）目标责任制考核范围。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

当年度的参保人员缴费标准、征缴率、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、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。

各县（市、区）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、税务等部门根据考核确定，由各县（市、区）政府补足。市级直接查办案件追回的违法违规基金一律上缴归集基金，不核减违规地的支出数。

各县（市、区）出现上述情况以外的当年度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；若归集基金不足支付时，则由市财政、缺口地财政分别按 20%、80%比例补足。

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%。

第二十条 上述补助、缺口责任分担、结余留用等，由市医保部门在次年 6 月底前提供清算业务数据和清单，并会同市财政部门商定后，报市级统筹工作领导小组办公室审定，由市医保、财政等部门在次年 7 月底前进行清算和催缴。

第六章 附则

第二十一条 本实施细则从 2022 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，军分区，市监委，
市法院，市检察院。

台州市人民政府办公室

2021年11月30日印发

