

通化市人民政府关于 印发通化市全面推进医疗保障 市级统筹实施方案的通知

通市政发〔2020〕3号

各县（市、区）人民政府，通化医药高新区管委会，吉林通化国际内陆港务区管委会，市政府各委办局、各直属单位：

《通化市全面推进医疗保障市级统筹实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

通化市人民政府

2020年5月29日

通化市全面推进医疗保障市级统筹实施方案

为进一步完善全市医疗保障制度体系，更好地适应医疗保障功能定位，充分发挥保障效能，实现可持续发展，按照《吉林省人民政府关于全面推进医疗保障市级统筹的意见》（吉政发〔2020〕3号）要求，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心，本着

“政府主导、权责清晰、平稳衔接、便民惠民”原则，结合我市实际，制定本实施方案。

一、工作目标

进一步规范政策制度，健全待遇保障、筹资运行、医保支付和基金监管运行机制，完善医药服务供给和医疗保障治理，全面做实市级统筹，实

现医保基金市级统收统支，探索推进市以下医疗保障部门垂直管理。

（一）2020年底前，城乡居民基本医疗保险和城乡居民大病保险基金实现市级统收统支，医疗救助管理层次与城乡居民基本医疗保险统筹层次相一致。

（二）2022年底前，城镇职工基本医疗保险和补充保险在市级统筹区域内政策制度统一、经办服务统一的基础上，实现基金市级统收统支。

（三）2025年底前，建立以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、长期护理保险共同发展的多层次医疗保障制度体系，为推行医保保障省级统筹做好准备。

二、主要任务

医疗保障市级统筹是按照险种分别执行统一的参保范围、筹资标准、待遇支付、目录管理、定点管理和基金管理，健全待遇保障机制、筹资运行机制、医保支付机制和基金监管机制，实行一体化管理，实现全市区域内政策标准和经办管理服务的统一，

形成完整的医疗保障链条，逐步提升整体保障效能。

（一）统一参保范围。

1.城镇职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）。全市行政区域内所有用人单位，包括各类企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工和退休人员；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以及其他灵活就业人员。

2.城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）。全市行政区域内不属于职工医保参保范围的城乡居民，包括农村居民、城镇非从业居民、其他按规定应纳入的人员。

责任单位：市医保局、市人力资源社会保障局，各县（市、区）政府，通化医药高新区管委会。

（二）统一筹资标准。

1.职工医保。用人单位和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。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

员以及其他灵活就业人员，由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费，执行统一的职工医保缴费基数、缴费标准、缴费年限和补充医疗保险等政策。

（1）缴费基数：参加职工医保的用人单位，统一按其职工缴费工资之和核定单位的医疗保险缴费基数；职工以上年度本人月平均工资作为个人医疗保险缴费基数。职工本人上年度月平均工资超过上年度全省全口径平均工资的300%以上部分，不计入个人医疗保险缴费基数；本人月平均工资低于上年度全省全口径平均工资60%的，以上年度全省全口径平均工资的60%作为个人医疗保险缴费基数。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以及其他灵活就业人员参加职工医保，可在全省全口径平均工资的60%至300%之间选择适当的缴费基数。

缴费基数由市医保局会同市财政局、市税务局根据有关规定进行适时

调整确定。单位和职工缴费比例按照职工医保基金可持续、参保单位及参保人员共同受益原则，根据经济发展和实际运行情况，经市政府批准可作适时调整。

（2）缴费标准：参加城镇职工统账结合基本医疗保险的机关事业单位按6.4%、企业单位按6.5%的比例缴纳，个人按2%的比例缴纳，设立个人账户；参加单建统筹基本医疗保险的单位，按4.2%的比例缴纳，不设个人账户。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以及其他灵活就业人员，按4.2%的比例缴纳，实行单建统筹，不设个人账户。

（3）缴费年限：职工医保累计缴费年限（含视同缴费年限）为男满30年，女满25年，其中实施职工医保以前符合国家规定的连续工龄或工作年限为视同缴费年限，实施职工医保后，基本医疗保险缴费年限从参保缴费之日起开始计算，参保人员实际累计缴费年限最低为15年。职工达到国

家规定退休年龄且符合上述条件的，可享受退休人员职工医保待遇；实际缴费年限累计不满15年的，按退休前一年的缴费标准一次性补足所差年限的基本医疗保险费后可享受相对应的退休人员职工医保待遇。

已参加职工医保，并与单位解除劳动关系中断缴费的参保人员，可以选择灵活就业参保方式进行接续。未达到法定退休年龄或超过法定退休年龄连续缴费未达到规定缴费年限的人员，在办理接续参保时，中断缴费的年限，应按办理时上年度全省全口径平均工资的4.2%，一次性补足所差年限的基本医疗保险费后，开始享受基本医疗保险单建统筹待遇。

新参保单位缴费后设立3个月待遇等待期，等待期内发生的住院医疗费用统筹基金不予支付，等待期满后方可享受医疗保险待遇。

（4）补充医疗保险：缴费标准为每人180元/年。参加职工医保的单位，由参保单位代收代缴，每年3月末前一次性缴纳；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以及其他灵活就业人员在每年3月末前，由参保人员到医保经办机构办理缴纳。补充医疗保险缴费标准根据基金结余情况，由市医保局会同市财政局适时调整。

2.居民医保。坚持多渠道筹资，实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式，统一全市居民筹资标准和政府补助标准。落实居民个人缴费正常调整机制，合理划分政府与个人的筹资责任，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费比重。调整居民医保筹资标准由市医保局会同市财政局、市税务局根据省医保、财政、税务部门发布的筹资标准确定。

（1）缴费标准：2020年度全市居民个人缴费标准统一为每人290元/年（未成年人、学生、儿童200元），政府补助标准按照上级政策规定执行。

（2）缴费时间：居民医保实行按自然年度集中缴费，缴费日期为每年10月1日至12月31日。集中缴费期内

参保缴费不设待遇等待期，参保缴费生效后即可享受医疗保险待遇，集中缴费期以外参保的自动设立3个月待遇等待期，等待期满后享受医疗保险待遇。原已参加职工基本医疗保险的人员在停（退）保后3个月之内缴纳居民基本医疗保险的，不设待遇等待期，自缴费生效之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇；超过3个月后缴纳居民基本医疗保险的，参照首次参保缴费规定执行，其中在转换当年，参保人员与单位解除劳动合同，并中断缴纳职工医保基本医疗保险的，中断职工基本医疗保险待遇期间可申请恢复居民基本医疗保险待遇。

（3）缴费方式：城乡居民按户籍所在县（市、区）参加居民医保。全市城乡居民医保个人缴费统一以个人为单位进行征缴。我市行政区域内大中小学就读的学生和幼儿园儿童由所在学校或幼儿园统一参保并代收居民医保费，其中大学生入学当年自参保登记后享受居民基本医疗保险待遇。

（4）补充医疗保险：参加居民医保的人员，执行全省统一的大病保险筹资标准，落实多渠道筹资调整机制。

3.长期护理保险。参加职工基本医疗保险的，从个人账户和统筹基金中划转，其中参加统账结合基本医疗保险的，以当月职工医保缴费基数为标准，分别从职工医保个人账户划转0.2个百分点、职工统筹基金中划转0.3个百分点，列入职工长期护理保险资金；参加单建统筹基本医疗保险的，从职工统筹基金中划拨0.5个百分点，列入职工长期护理保险资金；参加居民医保的，从居民医保统筹基金中按每人30元/年标准进行划拨，列入居民医保长期护理保险资金，划拨标准视资金运行情况适时调整。

责任单位：市医保局、市财政局、市税务局，各县（市、区）政府，通化医药高新区管委会。

（三）统一待遇政策。

严格落实医保待遇清单管理制度，根据国家和我省确定的基本政

策，按要求对现行政策进行动态调整。要按照杜绝增量、规范存量的原则，对政策进行清理规范并做好政策衔接过渡，不得新出台超出清单授权范围的政策措施。

1.职工医保。分别统一职工个人账户划入比例、住院、门诊统筹基金起付标准、封顶线、报销比例、统筹基金最高支付限额、门诊慢特病种类、补充医疗保险最高支付限额等待遇支付标准。

（1）住院待遇。

①起付标准：根据医院的不同等级，一、二、三级医院的起付标准分别为：300元、500元、700元。

②报销比例：在职职工住院起付标准以上至10000元（含10000元）住院医疗费用，统筹基金支付75%；10001元以上至最高支付限额以内住院医疗费用统筹基金支付85%。退休人员统筹基金支付比例提高2个百分点；在社区级医疗服务机构发生的住院医疗费用，统筹基金支付比例

提高5个百分点。

③基金最高支付限额：在一个保险年度内发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，最高支付限额70000元。

（2）门诊待遇。门诊慢性病和特殊疾病医疗管理实行全市统一病种范围、起付标准、报销比例和最高支付限额，统一申报鉴定流程和标准、统一结算管理办法，具体办法另行制定。

（3）个人账户待遇。个人账户资金由单位职工本人缴纳部分和用人单位缴纳部分按比例计入。在职职工以本人缴费工资为基数，45周岁及其以下的按2.4%、45周岁以上按2.7%计入（含个人缴纳2%）；退休人员以本人退休后第一个月的基本养老金为基数，按3.0%计入。

（4）补充医疗保险待遇。符合职工医保报销范围内的住院和门诊医疗费，基金最高支付限额以上部分，按85%比例报销，最高支付限额25万

元。

2.居民医保。分别统一住院、门诊统筹基金起付标准、封顶线、报销比例、门诊慢特病种类、大病保险支付政策、医疗救助范围和方式等待遇支付标准。

(1) 住院待遇。

①起付标准：根据医院的不同等级，一、二、三级医院的起付标准分别为：300元、900元、1200元。

②报销比例：一、二、三级医院住院起付标准以上至30000元（含），报销比例分别为：80%、70%、55%；30001元—60000元（含），报销比例分别为85%、75%、60%；60001元以上，报销比例分别为90%、80%、65%。

③基金最高支付限额：在一个保险年度内发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，最高支付限额20万元。

(2) 门诊待遇。

①普通门诊统筹：在全市统筹区

域内二级、一级公立医疗机构起付标准为300元，一个自然年度只计算一次起付标准；一级以下公立医疗机构不设起付标准。二级、一级公立医疗机构发生的普通门诊医药费用，年度报销额度为700元/人，一级以下公立医疗机构年度报销额度为100元/人，报销比例为50%。

②慢病门诊：在全市统筹区域内二级、一级及以下公立医疗机构起付标准为300元，一个自然年度只计算一次起付标准。慢病病种、年度政策规定范围内医药费用报销比例和基金最高支付限额等支付政策按全省统一政策标准执行。

③特病门诊：在全市统筹区域内二级及二级以上定点医疗机构开展，门诊特殊疾病报销比例暂按居民医保住院报销比例执行。门诊特殊疾病病种和保障待遇按照全省统一政策标准执行。

④学生意外伤害门诊：参保在校学生一个年度内发生的年度政策规定

范围内医药费用属于意外伤害门诊医药费，在100元（不含）以上，5000元（含）以下部分，报销比例为75%。

（3）补充医疗保险待遇。居民大病补充保险个人自负住院医疗费起付标准（线）为1万元。符合年度政策规定范围内医疗费用超过大病保险起付标准（线）的，其报销比例执行分段递增，具体支付比例为：起付标准以上0—1万元（含1万元）报销60%；1—20万元（含20万元）区间每增加1万元，报销比例提高1%；20万元以上报销80%。2020年度大病保险基金最高支付限额（封顶线）为30万元。

（4）医疗救助待遇。执行全省统一的救助范围、救助方式、救助标准和办理程序。

3.长期护理保险。享受长期护理保险待遇的参保人员的日常生活能力评估标准、长期护理需求认定和等级评定标准体系按全省统一政策标准执

行。入住定点机构接受长期护理保险的参保人员，发生的护理费用不设起付标准，参加职工医保和居民医保的支付比例均为75%。市医保局会同市财政局等部门根据经济社会发展水平、基金收支状况和参保人员基本医疗需求等适时调整医疗保障待遇支付政策，并报省医保局备案后实施。

责任单位：市医保局、市财政局、市民政局、市卫生健康委，各县（市、区）政府，通化医药高新区管委会。

（四）统一支付方式。

1.实施医保目录管理。按照全省统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目及医疗服务设施项目目录、医用耗材目录执行。

2.实施定点协议管理。完善定点协议管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、谈判程序，统一就医管理办法，充分发挥协议管理的基础性作用。全市定点医药机构实行属地管理与分级管理相结合的管理模式，

市医保部门统一确定定点医药机构，建立完善统一的定点医药机构管理办法，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。将符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围，支持“互联网+医疗”等新服务模式发展，建立健全跨区域就医协议管理机制。

3.实施支付方式改革。完善医保基金总额预算办法，健全医疗保险经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，促进医疗机构集体协商，科学制定总额预算，与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩。大力推行大数据应用，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费，条件成熟时可在我市推广按疾病诊断相关分组（DRGs）付费。适应医疗服务模式发展创新，完善医保基金支付方式和结算管理机制。

责任单位：市医保局、市卫生健康委，各县（市、区）政府，通化医

药高新区管委会。

（五）统一基金管理。

1.实施市级统收统支。全市统筹区域内的城镇职工基本医疗保险基金、城镇职工大额补充保险基金、城乡居民基本医疗保险基金和城乡居民大病保险基金（以下统称“医保基金”）实行统收统支管理，执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算制度，在全市范围内实行统一基金收支管理、统一基金预决算管理、统一基金经办业务的管理模式。

（1）做好基金清算审计。实施市级统筹前，各县（市、区）政府应对医保基金进行清算，对基金结余以及所涉债权债务等情况进行审计，并予以清理，确保基金运行安全。

（2）做好基金账户管理。在市级医保基金财政专户下设立统筹资金子账户，用于县（市、区）医保基金收入。市医保经办机构设立医保基金市级统筹专户，主要用于医保基金拨付；各县（市、区）保留原有医保基金财政专户，主要用于基本医疗保险

财政补助资金配套。各级医保经办机构设立医保基金支出户，主要用于医保待遇拨付。

（3）做好基金归集上解。各县（市、区）政府应将医保滚存结余基金，按险种对应归集到医保基金市级统筹专户。已购买国债或转存定期的结余基金应来函告知市级相关部门，到期后按照规定时间将本息全额归集。

2.实行“收支两条线”。医保基金纳入财政专户管理，实行“收支两条线”，按照险种分别建账、分账核算。基本医疗保险费由税务部门分级征收并直接进入各级国库，各级国库转入市级财政专户。中央、省、市县财政对城乡居民基本医疗保险参保补助资金通过各级财政专户划入市级财政专户，各县（市、区）政府对城乡居民基本医疗保险参保的配套补助资金应按规定时限通过各级财政专户划入市级财政专户。医疗保险待遇支付实行用款计划管理，款项由市级财政专户划入医保基金市级统筹专户，市

医保局按规定从市级统筹专户向各县（市、区）医保经办机构预拨款项，确保医保待遇按时足额支付。

3.建立风险预警机制。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则及国家和省有关规定，全市统一编制医保基金收支预算，并强化预算执行监督，全面实施预算绩效管理，增强预算刚性约束力。加强对医保基金运行情况监测，建立基金运行风险评估、风险预警和绩效考核机制，制定切实可行的风险处置预案。

4.建立责任分担机制。一个预算年度内，县（市、区）政府完成年度收支计划的，如当年基金收支相抵出现缺口，由市级通过结余基金补足；累计结余不足的，由市级与县（市、区）政府按照比例分担基金缺口，各级政府应按规定及时履行出资义务。对未按规定补助到位或未严格执行缴费、管理政策等原因产生的基金收入缺口，由同级政府负责补足或追缴到位，确保基金健康平稳运行。

责任单位：市医保局、市财政

局、市审计局、市税务局，各县（市、区）政府，通化医药高新区管委会。

（六）统一基金监管。

建立健全严密有力的基金监管机制，坚持全面检查与重点检查相结合、自查自纠与抽查复查相结合、外部监管和内控管理相结合，加强对纳入医保范围内的医疗服务行为和医疗费用的监督管理，实现基金监督检查全覆盖。

1.组建专业执法队伍。加强医保基金监管能力建设，贯彻落实执法公示制度、执法全过程记录制度、重大执法决定法制审核制度、双随机一公开制度，规范经办机构与定点医疗机构协议管理，推进依法行政。

2.创新基金监管方式。在日常监督和专项监督基础上，采取飞行检查、引入第三方参与监管、举报奖励等方式，将医保基金支付全部纳入事后审查范围。

3.加快智能系统建设。实施大数据分析筛查，依法依规开展医疗保障

信用评价和信息披露，建立“黑名单”制度，提高监管效能和震慑力。

4.建立联合执法机制。加强部门之间联动沟通，综合运用协议、行政、司法等手段，加强对欺诈骗保和重大违法行为的联合查处力度。

责任单位：市医保局、市公安局、市卫生健康委、市市场监管局。

（七）统一经办服务。

医疗保险经办管理是我国基本医疗保障制度顺利实施的关键环节，经办服务关系广大参保人员的切身利益。要完善经办管理和服务体系，更好提供精准化、精细化服务，提高信息化服务水平，推进医保治理创新，为人民群众提供便捷高效的医保服务。

1.构建统一管理体系。整合经办机构资源，大力推进服务下沉，实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖，健全经办服务网络，合理划分实现经办管理权限，建立与市级统筹相适应的经办服务体系。

2.加强经办队伍建设。全市各级

政府要加强医保经办机构队伍建设，根据服务保障对象数量，按照人员配备标准要在各乡镇（街道）配齐医保工作人员，打造与医疗保障事业公共服务需求相适应的专业队伍。加强医疗保障公共服务管理能力配置，建立与服务管理绩效挂钩的激励约束机制。合理安排政府预算，保证医疗保障公共服务机构正常运行。探索通过购买服务的方式，加强经办能力建设。

3.规范经办服务管理。全市执行统一的医保参保登记、缴费申报、保费征缴、待遇支付、费用结算、财务管理和档案管理等业务经办工作流程和服务规范，实行综合柜员制服务模式，推进医保服务标准化规范化，实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算。适应人口流动需要，做好各类人群参保和医保关系跨地区转移接续，加快完善异地就医直接结算业务。加强医保经办机构内部风险防控管理，建立健全各项制度，完善基金运行分析机制，强化对医疗

服务的智能监控力度。建立统一的医保服务热线，深入实施“互联网+医保”，加快推进服务事项网上办理，提高运行效率和服务质量。

4.加快推进信息化建设。贯彻落实国家医疗保障业务编码标准，部署实施全国统一的省级集中医疗保障信息系统，并与人力资源社会保障等部门业务系统对接，构建统一规范、功能完备、完全高效、便民快捷的智慧医保服务体系。

责任单位：市医保局、市人力资源社会保障局、市税务局、市民政局、市市场监管局、市政务服务和数字化局，各县（市、区）政府，通化医药高新区管委会。

（八）统一管理体制。

按照国家和省有关深化医疗保障制度改革的要求，在推进市级统筹过程中积极探索适应医疗保障制度改革需要的体制机制创新，结合我市实际推行“循序渐进、稳步实施”的过渡政策，逐步实现市级以下医疗保障部门垂直管理。

责任部门：市医保局，各县（市）政府。

三、工作要求

（一）加强组织领导。实施医疗保障市级统筹是加强医疗保障体系建设的重要内容，事关改革、发展和稳定大局。各县（市、区）政府要高度重视、加强领导、落实责任、精心组织，建立工作协调机构，协调解决重点难点问题，确保制度平稳运行，各项政策措施落到实处。

（二）落实主体责任。市医保部门要对县（市、区）建立考核评价机制，将国家和省下达的医疗保险参保扩面、基金征收、基金管理等目标任务细化分解后，下达所辖县（市、区），并督促实施。各县（市、区）政府要切实履行本级医疗保险筹资和管理的主体责任，对按规定应由本级承担的医疗保障补助资金足额纳入预算并按规定上解。要将医疗保障事业纳入本地区国民经济和社会发展规划，加强医疗行为监管，控制不合理医疗费用上涨，督促定点机构严格落

实医疗保障政策。对医疗保障市级统筹工作实行目标责任管理，纳入各级政府年度绩效考核范围，加大考核力度，严格奖惩措施。

（三）加强协调配合。全市各级医保、民政、财政、人力资源社会保障、卫生健康、税务、审计等部门要各司其职、协调配合，形成工作合力。市医保局负责牵头组织推进医疗保障市级统筹工作，要会同相关部门及时出台有关基金筹集、待遇保障、目录管理、定点管理、基金管理、医药价格和招标采购、经办服务、信息管理等方面的配套管理措施。民政部门要做好社会慈善、社会捐赠和医疗互助的指导工作，做好慈善救助工作与基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助间的制度衔接，并协助医保部门做好贫困患者到慈善救助定点医院转诊工作。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，按照规定足额安排行政事业单位参加基本医疗保险单位缴费支出预算资金、城乡居民基本

医疗保险财政补助资金和医疗救助资金。人力资源社会保障部门要会同医保部门做好全民参保工作，做好信息系统的对接。卫生健康部门要加强医疗服务行为和质量管理，牵头做好分级诊疗、医疗联合体建设、家庭医生签约等工作，提升基层医疗卫生机构服务能力和首诊服务利用率，巩固分级诊疗成果，引导参保人员合理有序就医。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。审计部门要配合财政部门、税务部门、医保部门做好医保基金的审计工作。市医保局要会同市财政局、市人力资源社会保障局、市卫生健康委、市税务局等部门，加强对医疗保障市级统筹实施情况的督促检查，及时总结经验，研究解决问题，确保市级统筹工作顺利实施。

（四）协同推进医药服务供给侧改革。充分发挥医保协同推进医药服务供给侧结构性改革作用，加强政策和管理协同，推进医保、医疗、

医药联动改革系统集成，保障群众获得优质实惠的医药服务，并按照国家 and 省要求，贯彻落实好深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革任务，完善医药拟服务价格形成机制，增强医药服务可及性，促进医疗服务能力提升。

（五）加强宣传引导。各地区、各部门要重视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、微博、微信等新媒体作用，对医疗保障市级统筹相关政策及经验做法进行深入解读，及时回应社会关切，正确引导社会预期。

四、其他事项

（一）本实施方案涉及的医保政策、待遇标准根据国家、省政策规定和医保基金运行情况适时调整，具体调整办法由市医保局会同相关部门制定。

（二）本实施方案自下发之日起执行。既往政策与本实施方案规定不一致的，按本实施方案规定执行。