

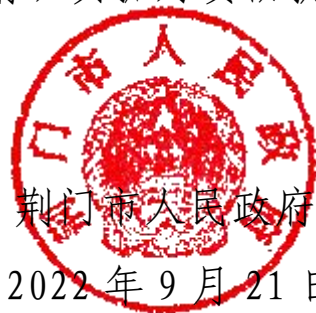
荆门市人民政府文件

荆政发〔2022〕15号

荆门市人民政府关于印发 荆门市职工基本医疗保险门诊共济保障 实施办法（试行）等文件的通知

各县、市、区人民政府，漳河新区，屈家岭管理区，荆门高新区，大柴湖开发区，市政府各部门：

《荆门市职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法（试行）》《荆门市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法》和《荆门市全面做实基本医疗保险市级统筹实施方案》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真抓好贯彻执行。



荆门市职工基本医疗保险门诊共济保障 实施办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险制度，更好地解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻个人医疗费用负担，根据《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）、《省人民政府办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（鄂政办发〔2022〕25号），结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 我市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）门诊共济保障，坚持保障基本、平稳过渡、协调联动、公平适度的原则。

第三条 本实施办法所称职工医保门诊共济保障，是指通过调整职工医保统筹基金和个人账户结构，实施职工门诊医疗费用互助共济，提高职工医保基金使用效率和参保人员的门诊待遇水平。

门诊共济保障内容包括职工医保个人账户、职工医保普通门诊统筹（以下简称普通门诊统筹）、职工医保门诊慢性病特

殊疾病（以下简称门诊慢特病）和国家医保谈判药品门诊保障等。

第四条 本实施办法适用于我市职工医保参保人员，包括用人单位职工、退休人员和灵活就业人员。

第五条 职工医保门诊共济保障实行市级统筹、分级管理。

市人民政府负责制定职工医保门诊共济保障政策，指导和监督各地、各部门落实职工医保门诊共济保障措施。县（市、区）人民政府负责组织实施本地区职工医保门诊共济保障工作。

医保部门负责牵头开展职工医保门诊共济保障相关工作，会同有关部门制定、调整职工医保门诊共济保障资金筹集、支付标准，制定经办服务规程及相关配套办法。

卫健部门负责加强医疗机构的监管考核，促进定点医疗机构规范诊疗行为，做好处方流转及处方评价工作，推进长处方规范管理工作，为参保人员提供优质医疗服务。

财政部门负责做好职责范围内医保基金的监管使用工作，配合医保部门及时结算定点医药机构费用。

人社部门负责及时提供全市退休人员基本养老保险金平均水平等相关数据。

市场监管部门负责加强药品生产、流通环节监管，严厉打

击倒卖药品等违法行为。

税务部门负责做好职工医保费征收工作。

第二章 个人账户

第六条 在职参保人员（包括用人单位职工、灵活就业人员和退休未达到不再缴费条件的参保人员，下同），个人账户按以下方式计入：

（一）用人单位职工。个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费全部计入，计入标准为本人参保缴费基数的 2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

（二）灵活就业人员和退休未达到不再缴费条件的人员。个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费按比例计入，计入标准为本人参保缴费基数的 2%，剩余部分计入统筹基金。

第七条 退休不再缴费参保人员（达到国家法定退休年龄且累计缴费年限男满 30 年、女满 25 年并在本市实际缴费年限满 10 年以上，经本人申请已不再缴费的职工医保参保人员），个人账户由统筹基金按定额计入，计入标准调整为荆门市 2021 年基本养老金月平均水平的 2.5%即每人每月 70 元。

第八条 个人账户主要用于支付：

（一）参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

(二) 参保人员本人参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费，以及配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费。

个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第九条 参保人员跨统筹地区转移接续职工医保参保关系，其个人账户余额随同转移，接续后无个人账户的，经申请可将个人账户余额支付给本人；参保人员出国、出境定居，停止计入个人账户，经申请可将个人账户余额支付给本人；参保人员死亡，可将个人账户余额一次性支付给其法定继承人或指定受益人。

第三章 普通门诊统筹

第十条 普通门诊统筹是指参保人员在定点门诊医药机构就医，发生的政策范围内的普通门诊（含急诊）医疗费用，由统筹基金和个人共同负担。

调整统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于普通门诊统筹，用人单位及参保人员不再另行缴费。

第十一条 参保人员按规定发生的政策范围内普通门诊医疗费用，一个自然年度内（1月1日至12月31日）累计超过普通门诊统筹起付标准以上、最高支付限额以下的部分，不区分甲类、乙类项目费用，由统筹基金按以下规定支付：

（一）起付标准。在职参保人员为 650 元，退休不再缴费参保人员为 500 元。

（二）支付比例。一级及以下医疗机构 80%，二级医疗机构 65%，三级及以上医疗机构 55%。其中，退休不再缴费参保人员支付比例提高 5%；医疗机构自制中药制剂和针灸、治疗推拿等中医非药物治疗技术等费用，支付比例提高 5%。

（三）最高支付限额。在职参保人员为 2100 元，退休不再缴费参保人员为 2400 元。年度最高支付限额当年有效，不滚存、不累计。

普通门诊统筹起付标准、支付比例和最高支付限额可根据社会经济发展水平和基金运行情况适时调整。具体调整方案，由市医保部门会同市财政部门制定，报市人民政府批准后实施。

第十二条 参保人员普通门诊统筹待遇享受等待期，与住院医疗待遇保持一致。

第十三条 长期异地居住（工作）和在市外突发疾病需就近门诊就医的参保人员发生的普通门诊医疗费用，医保基金支付比例及结算办法，由市医保部门另行制定。

第四章 相关门诊保障政策的衔接

第十四条 门诊慢特病和国家医保谈判药品门诊保障等，按照本市现行政策执行。

第十五条 参保人员优先享受门诊慢特病或国家医保谈判药品门诊保障待遇，不得同时享受普通门诊统筹、门诊慢特病和国家医保谈判药品门诊保障待遇。

第十六条 参保人员按规定享受门诊慢特病或国家医保谈判药品门诊保障待遇时，应当由个人按比例支付的费用，不纳入普通门诊统筹起付标准累计计算范围，不纳入普通门诊统筹支付范围。

第五章 经办管理

第十七条 按照“总量控制、合理布局、自愿申请、方便就医、便于管理”的原则，将符合条件的医疗机构和零售药店，纳入定点门诊医药机构。定点门诊医药机构管理办法，由市医保部门另行制定。

第十八条 参保人员持社会保障卡或医保电子凭证在定点门诊医药机构就医，发生的普通门诊医疗费用，在起付标准以下、最高支付限额以上和本人按比例分担的费用，优先使用个人账户结算；属于统筹基金支付的部分，由医保经办机构与定点门诊医药机构按协议定期结算。

第十九条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。积极推进普通门诊统筹按人头付费，探索将按人头付费与门诊慢特病管理相结合；对异地就医等不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病

种或按疾病诊断相关分组付费。

第二十条 严格执行国家、省医保药品支付标准，引导医疗机构和患者优先使用国家和省集采中选药品、协议期内谈判药品等疗效确切、价格适宜的药品。

第二十一条 贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核、内部控制和智能监管等制度建设，建立以下机制：

（一）建立对个人账户全流程动态管理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。

（二）建立门诊处方评价、检查检验考核、售药购药评价、医保信用评价等管理机制，健全医药服务考核评价体系，引导定点门诊医药机构规范提供诊疗服务。

（三）建立全方位医保智能监控系统，提升医保对医疗行为和医疗费用的监管能力，加强对定点医疗机构医疗行为、定点零售药店售药行为、参保人员就医购药行为的监管，严肃查处“挂床”住院、诱导住院、串换药品、销售生活日用品及其他违规行为，确保基金安全高效、合理使用。

第二十二条 充分利用省医疗保障信息平台，建立健全定点门诊医药机构药品、医用耗材等进销存管理体制机制，为规范个人账户使用、推进门诊费用异地直接结算等提供技术支撑。

第二十三条 协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等，引导参保人员在基层就医首诊。

第六章 附 则

第二十四条 按单建统筹方式参加职工医保的原企业改制人员、原困难企业职工和部分灵活就业人员，缴费费率调整为 8%，按规定享受普通门诊统筹、门诊慢特病和国家医保谈判药品门诊保障等门诊共济保障待遇，不享受个人账户待遇。

第二十五条 本实施办法自 2022 年 12 月 31 日起试行，试行期 1 年。

荆门市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法

第一章 总 则

第一条 为深入贯彻党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革和完善社会救助制度的决策部署，落实省委、省政府和市委、市政府工作要求，进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，防范因病致贫返贫，筑牢民生保障底线，根据《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）、《湖北省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（鄂政办发〔2022〕35号），结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 健全重特大疾病医疗保险和医疗救助制度，聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，强化基本医保、大病保险（指城乡居民大病保险和职工大额医疗费用补助）、医疗救助综合保障功能（以下统称三重制度），确保困难群众基本医疗有保障，不因罹患重特大疾病影响基本生活，同时避免过度保障。促进三重制度与慈善救助、商业健康保险有效衔接，构建政府主导、多方参与的多层次医疗保障体系。

第三条 本办法所称重特大疾病医疗保险和救助，是指对符合条件的困难群众参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分给予资助，对困难群众及大病患者医疗费用个人负担部分给予救助。

第四条 推进医疗救助与基本医保市级统筹相协调，在全市范围内统一救助对象、统一参保资助、统一医疗救助、统一救助服务、统一申请认定、统一救助管理。

第五条 重特大疾病医疗保险和救助工作，实行政府主导，部门协作，分级管理。

市人民政府负责统筹全市医疗救助工作，根据国家、省和市有关规定，制定全市统一的医疗救助具体政策，规范医疗救助保障范围，合理确定保障标准，统一医疗救助工作流程，将医疗救助情况作为加强和改善民生的重要指标，纳入医保工作绩效评价，确保各项工作落实到位。

县（市、区）人民政府负责实施本地区医疗救助工作，加强医疗保障、参保缴费、社会救助、职工互助、经办服务、救助资金的统筹协调，指导乡镇（街道）做好医疗救助工作。

乡镇人民政府（街道办事处）负责辖区内参保动员、医疗救助申请受理、调查核实和基础资料审核等工作。

医保部门负责统筹推进医疗保险、医疗救助制度改革和管理工作，抓好医疗保障政策的落实。

民政部门负责做好城乡特困人员、孤儿、事实无人抚养的儿童、城乡最低生活保障对象、城乡低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者等医疗救助对象认定工作，做好低收入人口的监测；及时更新困难群众信息，与相关部门做好信息共享工作，支持慈善机构开展医疗救助。

财政部门负责按规定做好医疗救助资金投入保障和监督管理工作。

卫生健康部门负责指导医疗机构落实“先诊疗、后付费”“一站式服务、一票制结算”、医疗费用控制等规定，加强医疗机构的行业管理，进一步规范医疗服务行为。

税务部门负责做好基本医疗保险费征缴相关工作。

银保监会负责加强对商业保险机构承办大病保险的行业监管，规范商业健康保险发展。

乡村振兴部门负责做好农村易返贫致贫人口认定、监测和信息共享工作。

工会负责做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶工作。

退役军人部门负责退役军人和其他优抚对象基础信息的确认工作。

残联负责残疾人残疾类别、等级的认定和基础信息的确认工作，及时更新对象信息，与相关部门做好信息共享工作。

红十字会负责参与临时人道救助等工作。

审计部门负责对医疗救助资金管理、使用及相关政策措施落实情况，依法独立行使审计监督权。

第二章 救助对象

第六条 医疗救助公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民。具体分为四类救助对象：

（一）一类救助对象为城乡特困人员、孤儿（含事实无人抚养的儿童，下同）；

（二）二类救助对象为城乡最低生活保障对象、返贫致贫人口；

（三）三类救助对象为城乡低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（包含脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口和突发严重困难人口，下同）；

（四）四类救助对象为因病致贫重病患者和县级以上地方人民政府规定的其他特殊困难人员。

各类医疗救助对象根据相关规定实行动态管理。

第七条 城乡特困人员、孤儿、城乡最低生活保障对象、城乡低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者，由县（市、区）民政部门认定，与同级医保部门实行信息共享。

其中，因病致贫重病患者是指申请身份认定前 12 个月累计自负医疗费用超过 3 万元，且家庭财产符合当地规定，难以

维持家庭基本生活的基本医疗保险参保人员（不含第一、二、三类救助对象），其认定程序和财产标准，与认定城乡低保边缘家庭成员保持一致，救助身份和救助待遇自身份认定之日起12个月有效。

第八条 返贫致贫人口和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，由县（市、区）乡村振兴部门认定，与同级医保部门实行信息共享。

第三章 参保资助

第九条 医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险，对其个人缴费部分，由其户籍所在地医疗救助基金按以下标准给予资助：

（一）一类医疗救助对象，按城乡居民基本医疗保险年度个人缴费标准给予全额资助；

（二）二类医疗救助对象，按城乡居民基本医疗保险年度个人缴费标准90%比例给予定额资助；

（三）三类医疗救助对象中的纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，在脱贫攻坚目标任务完成后的5年过渡期内（以下简称过渡期内）按城乡居民基本医疗保险年度个人缴费标准50%比例给予定额资助。

具体资助标准，由市医保部门会同市财政部门按年度制定，报市人民政府批准后执行。不属于以上范围的医疗救助对

象，其参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分不予资助。

第十条 为保证医疗救助对象及时参保、应保尽保，每年城乡居民基本医疗保险集中续保缴费启动之前（每年8月31日前），县（市、区）民政部门、乡村振兴部门根据各自认定范围，将辖区内的城乡特困人员、孤儿、城乡最低生活保障对象、返贫致贫人口、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口等信息，提供给同级医保经办机构，由其为符合条件的人员办理参保资助手续，并在医保信息系统中分类标识。

医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险，同时符合多项资助缴费政策的，按照就高不重复的原则给予资助。

第十一条 资助参保资金从医疗救助基金中列支。每年12月底前，县（市、区）医保经办机构会同民政、乡村振兴等部门，共同审核确认资助参保人员名单，向同级财政部门申请拨款，及时将资助参保所需资金拨入城乡居民基本医疗保险财政专户。

第十二条 城乡居民基本医疗保险集中缴费期（每年9月1日至12月31日）后新增的医疗救助对象，已缴纳的个人医保费不予退还；未缴纳的，按规定标准给予资助。

第四章 医疗救助

第十三条 医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民按规定享受户籍所在地的医疗救助政策。医疗救助项目包括住院

医疗救助和门诊慢特病医疗救助。

第十四条 住院医疗救助。医疗救助对象规范就医发生属于政策范围内的住院医疗费用，经基本医疗保险、大病保险报销后，个人自付部分给予医疗救助。具体为：

（一）一类对象，救助比例 100%，不设救助起付标准，不设年度累计救助最高限额；

（二）二类对象，救助比例 75%，不设救助起付标准，年度累计救助最高限额 5 万元；

（三）三类对象，年度累计个人自付超过 3000 元以上部分，救助比例 70%，年度累计救助最高限额 5 万元，其中，纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，过渡期内不设救助起付标准；

（四）四类对象，年度累计个人自付超过 8000 元以上部分，救助比例 50%，年度累计救助最高限额 5 万元。

因疾病导致家庭基本生活没有保障的困难群众，经相关部门认定为医疗救助对象后，身份认定前 12 个月内发生的政策范围内个人自付住院医疗费用，纳入认定当年救助起付标准计算范围，救助金额纳入认定当年累计救助最高限额计算范围。

第十五条 门诊慢特病医疗救助。享受基本医疗保险门诊慢特病待遇的医疗救助对象，其发生的限额以内的门诊医疗费用，经基本医疗保险、大病保险报销后，个人自付部分给予医

疗救助。具体为：

（一）一类对象，救助比例 100%，不设年度累计救助最高限额；

（二）二、三、四类对象，在基本医疗保险报销比例的基础上救助补齐至 80%，与住院医疗救助共用年度累计救助最高限额。

第十六条 对规范转诊且在湖北省内住院医疗的医疗救助对象，经三重制度综合保障后，年度内政策范围内个人自付住院医疗费用超过 8000 元，且有返贫致贫风险的人员，经本人申请，医保经办机构审核，对其超过 8000 元以上的部分，按照 50%比例给予倾斜救助，年度最高倾斜救助限额 5 万元。其中，农村低收入人口（包含农村特困人员、农村最低生活保障对象、返贫致贫人口和纳入乡村振兴部门监测范围的脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难人口），在过渡期内不设年度最高倾斜救助限额。

医疗救助对象在湖北省外发生的医疗费用，暂不纳入倾斜救助。

第五章 申请认定

第十七条 建立依申请救助工作机制，规范申请程序，畅通申请渠道，增强救助时效性。

（一）已认定为一类、二类医疗救助对象的，直接获得医

疗救助。

（二）三类、四类医疗救助对象，由本人向户籍所在地医保经办机构申请，并经民政或乡村振兴部门认定后，在救助身份有效期内，按规定获得医疗救助。申请医疗救助相关流程，由市医保部门会同相关部门另行制定。

第十八条 建立因病返贫和因病致贫双预警机制，实施医疗保障对象医疗费用信息动态监测。

（一）将个人当年累计自负住院医疗费用超过1万元的城乡低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、稳定脱贫人口纳入因病返贫预警范围；将个人当年累计自负医疗费用超过2万元的城乡居民普通参保人员纳入因病致贫预警范围。

（二）每月10日前，由医保部门将以上人员信息定期推送给当地民政和乡村振兴部门，经民政或乡村振兴部门认定为医疗救助对象的，医保部门分类及时落实医疗救助保障措施。

第六章 救助服务

第十九条 依托全省统一的医疗保障信息平台，加快推进医疗救助一体化经办服务。

（一）参保地与户籍地一致的救助对象，其按规定发生的医疗费用，实行基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一单即时结算”，只需在定点医疗机构窗口结清个人应承担部分；应由医疗救助承担部分，由定点医疗机构按照协议与医保经办机

构定期结算。

(二) 参保地与户籍地不一致的救助对象，其按规定发生的医疗费用，在荆门市范围内的，按本条第一款流程进行医疗救助结算；在荆门市范围外的，先在医疗机构窗口即时办理基本医疗保险、大病保险结算，再持相关资料，到户籍地医保经办机构服务窗口办理医疗救助结算，实行“一站式服务、一窗口办理”，医保经办机构核准救助资金额度后，参照基本医疗保险报销时限，通过银行转账的方式，将救助资金支付给救助对象。

(三) 因疾病被纳入的医疗救助对象，其身份认定前12个月内发生的医疗费用，可持相关资料(社会保障卡或身份证、认定为救助对象身份的证件)，到户籍地医保经办机构服务窗口申请，按认定的类别给予相应的医疗救助。身份认定后发生的医疗费用，依照本条第一款或第二款给予相应救助。

(四) 积极探索通过政府购买服务，公开招标引入第三方参与一体化经办服务。

第二十条 城乡困难群众医疗救助由基本医疗保险定点医药机构提供服务。

(一) 在非基本医疗保险定点医药机构发生的医疗费用，不纳入医疗救助范围。

(二) 救助对象因疾病治疗确需转市外医院治疗的，应当

履行基本医疗保险规定的转诊备案手续。未按规定履行转诊备案手续的，所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。

第七章 救助管理

第二十一条 按照“先保险后救助”的原则，促进三重制度有效衔接。

（一）医疗救助对象首次参加基本医疗保险，或非因个人原因停保断保的，不设基本医疗保险待遇享受等待期。

（二）基本医疗保险及大病保险起付标准以下、最高支付限额以上的政策范围内自付医疗费用，按规定纳入医疗救助范围。

（三）享受城乡居民大病保险待遇的一类、二类医疗救助对象，其大病保险起付标准降低 50%，报销比例提高 5%，不设报销封顶线。

（四）由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、医疗服务项目费用，按国家和省有关基本医保支付范围执行。

（五）困难群众具有多重特殊身份属性的，按照就高不重复原则给予医疗救助。

第二十二条 拓宽医疗救助筹资渠道，加强财政对医疗救助的投入。

（一）医疗救助基金通过上级专项补助、福彩公益金、社会捐赠、县（市、区）级财政预算安排等多渠道筹集，纳入社

会保障资金财政专户，实行专户管理、专账核算、专款专用，年度结余资金结转下年度使用。

（二）强化医疗救助基金预算管理和执行监督。县（市、区）医保部门根据救助对象规模、救助标准、医药费增长等因素，科学测算医疗救助资金需求，足额纳入当地年初编制的社保基金支出预算范围；县（市、区）财政部门根据上级财政补助资金、社会捐赠资金、上年度医疗救助基金支出规模、资金需求等，合理安排地方财政配套补助资金，并根据支出进度及时拨付。

（三）将脱贫攻坚期内建立的贫困人口补充医疗保险资金预算并入医疗救助基金。

（四）医疗救助基金当年缺口部分，由县（市、区）财政足额补齐。

第二十三条 严控医疗费用过快增长，不断降低城乡困难群众医疗负担。

（一）控制个人自费比例。医疗救助对象住院治疗发生的政策范围外医疗费用占医疗总费用比例，县域内定点一级医疗机构不超过 3%，县域内定点二级、三级医疗机构不超过 8%，县域外市内定点三级医疗机构不超过 10%（属于农村低收入人口的，县域外省内定点三级医疗机构不超过 10%）。超出规定比例的医疗费用，由定点医疗机构承担。

（二）降低看病就医成本。医疗救助对象在本市范围内定点医疗机构住院，持有效证件办理入院手续，实行“先诊疗后付费”，只需缴纳基本医疗保险住院起付标准费用，无需缴纳住院押金。

（三）严格执行分级诊疗。严格执行县域内基层首诊、逐级转诊，严禁无序就医。

（四）加强医保基金监管。持续保持基金监管高压态势，加大对医疗机构诱导住院、“挂床”住院、虚构医疗服务、串换药品诊疗项目等行为的打击力度；加大对救助对象采取虚报、隐瞒、伪造等手段骗取医疗救助资金的查处力度，除依法追回已领取的医疗救助资金外，构成犯罪的，移交司法机关处理；落实举报奖励政策，激励社会公众参与监管。

第二十四条 鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病、罕见病救助项目，参与重特大疾病医疗救助，发挥补充救助作用。根据经济社会发展水平和各方承受能力，整合医疗保障、社会救助、慈善救助、商业保险等资源，实施分层分类帮扶和综合保障。

第二十五条 支持开展职工医疗互助。鼓励商业保险机构开发与基本医疗保险制度、补充医保制度相衔接的商业保险产品，保障医保目录外医疗费用支出，满足基本医疗保险以外的保障需求。同时，开发针对困难群众的保险产品，在产品定价、

赔付条件、保障范围等方面对困难群众适当倾斜。

第二十六条 加强基层医保经办队伍建设，统筹医保公共服务需求和服务能力配置，做好相应保障。加强医保和救助业务能力培训及政策宣传，努力打造综合素质高、工作作风好、业务能力强的基层经办队伍。

第八章 附 则

第二十七条 根据医疗救助基金支撑能力和重特大疾病保障情况，市医保部门会同市财政部门可对资助参保标准、起付标准、救助比例、救助限额等适时进行调整，报市人民政府批准后实施。

第二十八条 本办法未涉及的内容，按国家、省、市重特大疾病医疗保险和救助相关规定执行。国家、省另有规定时，从其规定。

第二十九条 本办法自 2022 年 9 月 1 日起施行，有效期 5 年。2016 年 6 月 22 日印发的《市人民政府办公室关于进一步完善医疗救助制度开展重特大疾病医疗救助工作的通知》（荆政办函〔2016〕44 号）同时废止。

荆门市全面做实基本医疗保险 市级统筹实施方案

为巩固基本医疗保险市级统筹，推动基本医疗保险制度持续健康发展，根据《中共湖北省委 湖北省人民政府关于全省深化医疗保障制度改革的若干措施》（鄂发〔2020〕20号）和《省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险市级统筹的实施意见》（鄂政办发〔2022〕36号）等文件精神，结合我市实际，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，坚持以人民为中心的发展思想，认真落实党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的决策部署和省、市工作要求，按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，加快建立基本医疗保险市级统筹制度，为推进省级统筹奠定基础。

二、基本原则

（一）坚持政府主导。市、县两级人民政府按照属地管理原则，承担扩面征缴、城乡居民医保财政补助资金筹集、基金上解与拨付、基金监管等责任，确保工作落实。

（二）坚持维护公平。本市辖区范围内，统一基本制度政

策，参保人员同等享受相应的基本医疗保险待遇，确保制度公平。

（三）坚持责任分担。按照基金统收统支、管理分级负责、缺口合理分担的原则，建立权利与义务相对应、激励与约束相结合的市、县两级人民政府责任分担机制，确保基金安全。

三、工作目标

2022年12月31日起，全市全面实行基本医疗保险市级统筹（包括职工医保市级统筹和城乡居民医保市级统筹，下同），生育保险市级统筹同步实施。

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和生育保险参保范围、缴费基数、缴费比例、个人账户划入办法等；执行统一的城乡居民医保财政补助标准、个人缴费标准等；参保人员在全市范围内流动，医保参保缴费信息连续记载，医保待遇不变；执行统一的参保人员市内就诊程序、转市外就医登记备案和异地长期居住备案手续；统一拟定全市医疗服务项目、医疗服务设施价格等政策。

（二）统一待遇标准。全市范围内严格执行全国统一的基本医疗保险药品目录和全省统一的基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录；执行统一的医疗服务价格等；执行统一的普通门诊、门诊慢特病、住院等医保待遇，规

范包括政策范内医疗费用的起付标准、支付比例和最高支付限额等基准待遇标准。

（三）统一基金管理。基本医疗保险基金实行市级统收统支，纳入市医疗保障基金财政专户（以下简称市财政专户），实行收支两条线管理。职工医保基金和城乡居民医保基金分别建账、分账核算、分别计息、专款专用，不得相互挤占和调剂。全市按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，统一编制基金预算，下达年度收入、支出计划。从2022年12月31日起，市本级和各县（市、区）基本医疗保险基金收入由征缴部门全额作为市级收入缴入本级国库，再划转至市财政专户。市医保部门根据市级预算，向同级财政部门申报年度资金使用计划，再按计划统一拨给市、县（市、区）医保经办机构。年度末，全市统一按规定编制基金决算。

（四）统一经办管理。加强医保公共服务标准化、规范化建设，全市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、就医管理、费用结算、档案和财务管理等经办工作流程和服务规范。加快医保支付方式改革，重点推进基本医疗保险住院按病种分值付费（简称DIP）、普通门诊按人头付费、慢特病门诊按病种付费，适时启动基本医疗保险住院按疾病诊断相关分组付费（简称DRG）。统一全市医疗保障经办政务服务事项清单，健全市、县（市、区）、乡镇（街道）、村

（社区）经办管理服务体系，推进医保“一站式服务、一单制结算、一窗口办理”，促进医保公共服务均等可及，切实为参保人员提供优质、便捷、高效的政务服务。

（五）统一定点管理。全市执行统一的定点医药机构协议管理办法；对申请纳入协议管理的定点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，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履行协议情况的监督检查，建立健全考核评价和动态准入退出机制，严厉打击欺诈骗保行为。

（六）统一信息系统。充分依托全省统一的信息系统，加强部门间信息共享，实现数据向上集中、服务向下延伸，为规范基本政策及经办管理、定点管理、异地就医结算等提供有力支撑。加快推进医保智能监控项目建设步伐。积极推进“互联网+医保支付”等新服务模式，加强医疗保障公共服务信息化、便利化建设。

五、具体措施

客观评价全市做实城乡居民医保市级统筹工作成效及存在问题，结合落实国家和省、市医保待遇清单制度三年行动方案，建立健全市、县（市、区）扩面征缴责任分工及激励约束、基金预决算编制、地方配套补助资金筹集拨付、基金缺口按比例分担等市级统筹运行机制，并将扩面征缴、配套补助、基金

缺口分担等指标，纳入对县（市、区）人民政府的政绩目标考核范围，积极稳妥推进全面做实基本医疗保险市级统筹工作。

（一）强化扩面征缴和基金预决算。市、县两级人民政府按照责任分工，负责本行政区域内参保扩面和基金筹集工作，健全基本医疗保险费征缴组织体系，全面实施全民参保计划，完善参保缴费政策，分解落实任务指标。建立医保、税务、财政等部门共同参与的信息共享和工作协调机制，做到应保尽保，应收尽收。科学编制基金预算，加强基金预算绩效管理，严格规范基金收支内容、标准和范围，强化预算执行约束力。

1. 落实扩面征缴任务。每年初，依据省下达的参保扩面、基金征缴任务，由市医保部门提出分解方案，报市人民政府同意后，下发至县（市、区）。县（市、区）结合当地实际，层层分解至乡镇（街道）、村（社区），严格督办落实，年底考核兑现，压紧压实各级医保、税务、财政等部门参保扩面和基金征缴责任。

2. 强化基金市级统收。自 2022 年 12 月 31 日起，市、县（市、区）税务部门征收的基本医疗保险费，入库级次统一调整为市级，市财政部门按月将入国库的基本医疗保险费全额划转至市财政专户。中央和省级财政城乡居民医保补助资金直接拨付至市，按规定划入市财政专户。县（市、区）财政按当年 6 月底城乡居民医保参保人数标准配套补助资金，于当年 7 月

底前足额上缴至市财政专户。

3. 严格基金市级统支。以全市上年度基本医疗保险基金决算收入为依据，确定下年度全市基本医疗保险基金支出总额，由市按5%的比例提取风险储备金支出后，合理分解到市、县（市、区）。其中，风险储备金归入市级统筹基金结余，市级统筹基金历年累计结余超过基本医疗保险基金上年决算收入20%时，暂停或降低风险储备金提取比例。

县（市、区）医保部门将本级全年支出额度，按个人账户、住院统筹、普通门诊统筹、慢特病门诊、“两病”门诊用药保障、异地就医、大病保险、意外伤害就医和补助长期护理保险等项目及类别进行细化分解，会同当地财政部门形成年度支出计划，上报市医保部门。市医保部门审核后，会同市财政部门对全市年度支出计划进行汇总，下发各地执行。

县（市、区）将审核批准的年度支出计划分解到每个季度，并按季度向市医保部门、市财政部门提交用款计划。市医保部门对县（市、区）季度用款计划进行审核，预留一定市级统筹综合目标考核保证金，报市财政部门复核后按月拨付至县（市、区）医保基金支出户，在年度终了后2个月内完成年终结算。

我市基本医疗保险按病种分值付费（DIP）办法实施后，取消各级各类定点医疗机构住院医疗费用医保统筹基金支付总额预算。参保患者在本地发生的住院医疗费用，由当地医保

经办机构按全市统一的病种分值与医疗机构结算；参保患者按规定在荆门市范围内跨行政区域发生的住院医疗费用，由就医地医保经办机构按全市统一的病种分值与医疗机构结算，纳入患者参保地医保基金支出统计范围。具体结算标准及流程由市医保部门另行制定。

4. 加强基金预决算管理。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，市医保部门会同本级财政、税务部门，根据社会保险基金预算管理有关规定，统一编制基金预算，按程序报批后下达县（市、区）执行。基金预算不得随意调整，因特殊情况需要调整的，按基金预算调整程序经批准后执行。年度末，按规定编制基金决算。

一个预算年度内，超额完成参保扩面和基金征缴目标任务的，相应提高当地下年度支出预算总额；未按时足额完成参保扩面和基金征缴目标任务的，相应核减当地下年度支出预算总额。

（二）建立基金缺口分担机制。

1. 管理性缺口由本级承担。管理性缺口是指由于基金应收未收（含未完成基金征缴目标任务、城乡居民医保财政补助不到位）、基金监管不到位（参保人员住院率、转诊率、医疗行为、医疗费用控制等未能达到管理目标）等因素造成的基金预算缺口。基本医疗保险基金实际收入小于预算收入部分，由本

级政府补足，次年6月底前归集至市财政专户，逾期未上解的由市财政从转移性支付中代扣；实际支出超出预算支出部分，由本级政府负担。

2. 政策性缺口由市、县两级按比例分担。政策性缺口是指因政策调整、职工医保结构失衡、不可抗力因素等导致预算年度内基本医疗保险基金收入小于基金支出的缺口。政策性缺口通过市级统筹基金历年累计结余解决。市统筹基金历年累计结余不足部分，由市级财政与县（市、区）按5:5的比例分担，其中县（市、区）分担具体额度，按其参保人数占全市参保总人数的比例确定。

（三）限期完成基金清理审计确认。2022年11月底前，市审计部门组织对全市医保基金结余以及债权、债务等情况进行审计，完成医保基金结余及所涉债权债务等全面清理，经市医保部门、市财政部门确认后，市级统筹前的累计结余基金统一上解市财政专户，由市统一管理使用。

1. 分类归集结余基金。各县（市、区）截止2022年12月31日形成的基本医疗保险基金结余，于2023年1月20日前全部归集到市财政专户，1月31日前市财政专户按2023年预算支出标准向县（市、区）下拨1个月备付金。各县（市、区）在金融机构通过转存定期或购买国债等方式储存结余的基金，到期1笔，连本带息上解1笔。自本方案印发之日起至2022

年 12 月 31 日，严禁各县（市、区）将当期收入转存定期或购买国债。

2. 妥善解决遗留问题。市级统筹前的历史遗留问题，由市、县（市、区）人民政府妥善处理，不得将统筹前的债务和缺口带到新的市级统筹制度中，其中，市、县（市、区）2022 年 12 月 31 日前的基金缺口，以及因统筹基金不足调剂使用的职工医保个人账户资金，由市、县（市、区）人民政府足额补齐；对困难企业、破产企业欠缴的基本医疗保险费，由企业或企业主管部门负责清偿，属于国有企业且无力清偿的，由当地政府负责清偿。对上述问题，各县（市、区）根据具体情况，应当在 1—3 年内逐步解决，解决方案于 2022 年 12 月 31 日前分别报市财政部门、市医保部门备案。

（四）强化基金监督管理。市、县（市、区）医保部门会同财政、税务、审计、卫健等部门定期对基金征缴、上解、支付及管理等环节开展监督检查，及时发现、查处存在的问题，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。

六、保障措施

（一）加强组织领导。实行基本医疗保险市级统筹，是深化医疗保障制度改革的重要内容，事关制度体系可持续发展，

事关人民群众健康福祉。市政府成立荆门市全面做实基本医疗保险市级统筹领导小组，负责统筹推进全市全面做实基本医疗保险市级统筹工作。各地、各相关部门要切实强化大局观念，周密部署安排，及时研究解决工作推进中遇到的困难和问题，确保组织坚实、责任压实、工作落实。

（二）明确职责分工。市人民政府负责制定基本医疗保险市级统筹相关政策，指导和监督各地、各部门落实基本医疗保险市级统筹措施。各县（市、区）人民政府承担本行政区域医保工作主体责任，负责做好政策执行、参保扩面、基金征缴、预算执行、财政投入、待遇核发、经办服务、基金监督等工作，做到应保尽保、应收尽收，确保基金安全。医保部门负责牵头组织实施基本医疗保险市级统筹工作；财政部门负责落实财政补助政策，会同相关部门做好医保基金监督管理工作；税务部门负责做好基本医疗保险费的征收管理工作；人民银行国库部门负责医疗保险费的收纳入库和划转；卫健部门负责做好医疗机构综合监管工作，更好为参保人员提供优质医疗卫生服务；审计部门负责做好基本医疗保险基金的审计工作。

（三）强化宣传引导。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，对市级统筹的重要意义和具体政策进行深入解读。及时回应社会关切，引导参保人员正确认识市级统筹，并积极化解可能出

现的矛盾和问题，为市级统筹工作顺利推进营造良好的舆论氛围和环境。

本方案与《市人民政府关于印发荆门市做实城乡居民基本医疗保险市级统筹办法（试行）的通知》（荆政发〔2020〕6号）相关规定不一致的，以本方案为准。本方案未涉及的内容，按国家、省、市基本医疗保险政策相关规定执行。国家、省另有规定时，从其规定。

- 附件：1. 荆门市全面做实基本医疗保险市级统筹领导小组
成员名单
2. 荆门市基本医疗保险工作责任和激励约束机制
实施办法
3. 荆门市基本医疗保险基金市级统收统支管理暂
行办法

附件 1

荆门市全面做实基本医疗保险市级统筹 领导小组成员名单

组 长：李 涛 市长

副组长：梁早阳 常务副市长
雷 华 副市长

成 员：张万新 市政府副秘书长
黄艳萍 市医保局局长
王 俊 市财政局局长
郑小艳 市卫健委主任
董 明 市审计局局长
黄成元 市税务局局长
蒋 难 人行市中心支行行长
李丽莉 沙洋县县长
杨孟富 钟祥市市长
何洪涛 京山市市长
董 勇 东宝区区长
王 玮 掇刀区区长
陶 然 漳河新区党工委书记
曹红姣 屈家岭管理区党工委书记

领导小组在市医保局下设办公室，负责领导小组日常工作，黄艳萍同志兼任办公室主任。办公室从市医保局、市财政局、市卫健委、市审计局、市税务局和人行市中心支行等部门抽调工作人员，在领导小组领导下开展具体工作。

荆门市基本医疗保险工作责任和 激励约束机制实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步规范明确基本医疗保险基金市级统收统支后市、县两级人民政府工作责任，强化激励约束，合理均衡基金负担，维护参保人员各项医保权益，结合我市实际，制定本办法。

第二条 按照权利与义务相对应、事权与财权相匹配、激励与约束相结合的原则，明确县（市、区）人民政府工作责任，并实施绩效考核和激励约束。

第三条 基金实行市级统收统支后，全市为一个基金统筹区域，基金收支分级负责、基金缺口合理分担。

第四条 各县（市、区）人民政府承担本行政区域医保工作主体责任，负责做好政策执行、参保扩面、基金征缴、预算执行、财政投入、待遇核发、经办服务、基金监督等工作，做到应保尽保、应收尽收，确保基金安全。

第五条 本办法适用于市人民政府对各县（市、区）人民政府履行基本医疗保险工作责任的激励约束。

第二章 工作责任

第六条 基金征缴目标责任。

（一）加大参保扩面工作力度。推动实现就业人员和城乡居民参保全覆盖，确保参保率稳定在 98%以上，努力实现应保尽保。

（二）加强基金征缴工作。规范参保单位缴费行为，依法按时足额征收职工医保费，切实提高实际缴费人数占应参保缴费人数的比例；加强城乡居民医保费征收管理，确保征缴计划按时完成。

（三）严格缴费基数核定。职工医保缴费基数与职工养老保险缴费基数保持一致，其中，机关事业单位缴费基数严格执行省人社厅、省财政厅《关于湖北省机关事业单位养老保险缴费基数和待遇统筹项目暂行规定的通知》（鄂人社发〔2015〕51号）及《关于调整我省机关事业单位养老保险缴费基数的通知》（鄂人社发〔2022〕20号）等相关规定；企业缴费基数逐步调整到不低于当地上年度城镇单位就业人员平均工资水平；灵活就业人员缴费基数，严格执行省人社厅、省医保局、省税务局三部门联合向社会公布的缴费基数。加强对缴费基数申报事项的审核，强化数据核查比对，夯实缴费基数，提高实际缴费基数占当地单位就业人员平均工资的比例。

第七条 基金支出目标责任。

（一）按时足额保障个人账户资金划入和医疗费用报销、生育医疗费用支付、生育津贴支付等待遇。

(二) 按时足额保障定点医疗机构和定点零售药店的费用结算。

(三) 从严控制基金支出，不得擅自提高待遇标准、增加待遇项目、违规支出基金。

第八条 预算执行和基金缺口分担责任目标。

(一) 规范基金预算编制工作，提升基金预算草案编制的科学性、准确性。

(二) 强化预算执行管理和监督，防止预算收支偏离度过大。

(三) 认真落实基金缺口责任分担机制，按时上解应承担的缺口资金。

第九条 综合管理责任目标。

(一) 严格执行国家及省、市医保有关法律法规和政策规定。认真落实市级统筹工作，统筹推进支付方式改革、药品和医用耗材集中招标采购、医疗服务价格调整、打击欺诈骗保等重点工作。

(二) 不断加强医保经办机构能力建设，加大人才、信息、经费保障力度。不断提高医保经办服务的标准化、规范化、信息化、精细化水平。

(三) 加强基金监管，完善内控制度，构建行政、经办、信息、监督“四位一体”的基金监督风险防控体系，确保基金安全，严防发生系统性风险。

第三章 绩效考核

第十条 对县（市、区）人民政府工作责任绩效考核主要包括基金征缴、基金支出、预算执行和基金缺口分担、综合管理及附加事项等。

第十一条 绩效考核采用百分制、量化评分的方式进行，得分为考核期内各项考核指标分值之和。各项考核指标具体分值及得分标准由市医保部门另行制定，并根据年度工作重点适时调整完善。

第十二条 基金征缴目标考核设置“参保率占比”“在职职工缴费率占比”“职工实际缴费工资率占比”三项指标。

（一）参保率占比，包括职工参保率占比和城乡居民参保率占比。

职工参保率占比：县（市、区）参保职工人数占当地就业人数的比例。

城乡居民参保率占比：县（市、区）参保居民人数占当年下达征缴计划参保人数的比例。

（二）在职职工缴费率占比：县（市、区）实际缴费人数占当地参保在职职工人数的比例。

（三）职工实际缴费工资率占比：县（市、区）实际缴费平均工资占当地单位就业人员平均工资的比例。

第十三条 基金支出目标考核设置“费用增长率”“县（市、区）域内次均住院费用”“及时结算”“违规支出”四项指标。

（一）费用增长率：县（市、区）域内定点医疗机构医疗费用支出同比去年增长的幅度。

（二）县（市、区）域内次均住院费用：县（市、区）当年参保人员在当地定点医疗机构住院的平均费用。

（三）及时结算：确保当地参保人员各项医保待遇及时结算；确保定点医药机构合理费用及时结算。

（四）违规支出：违反国家及省、市医保有关法律法规和政策规定等造成基金违规支出的；擅自出台地方性政策造成基金流失的；执行职工医保退休管理把关不严等造成基金损失的；其他造成基金违规支出的行为。

第十四条 预算执行和基金缺口分担目标考核设置“预算收入完成率”“预算支出执行率”“基金缺口上解率”三项指标。

（一）预算收入完成率 = 县（市、区）实际收入 ÷ 当地预算收入 × 100%。

（二）预算支出执行率 = 县（市、区）实际支出 ÷ 当地预算支出 × 100%。

（三）基金缺口上解率 = 县（市、区）实际上解 ÷ 当地应承担基金缺口 × 100%。

第十五条 综合管理目标考核设置“政策执行”“基金监管”“经办服务”三项指标。主要考核县（市、区）政府在执行国家及省、市医保相关法律法规和政策规定、基金监管、经办服务以及规范完善市级统筹制度相关工作落实情况等。其

中，“政策执行”重点考核“住院率、中选药品占比、中选耗材占比”指标：

（一）住院率 = 县（市、区）当年住院人次 ÷ 当年参保总人数 × 100%。

（二）中选药品占比 = 中选药品采购量 ÷ （中选药品+同通用名非中选药品+替代药品）采购量 × 100%。

（三）中选耗材占比 = 中选耗材采购量 ÷ （中选耗材+同品种非中选耗材）采购量 × 100%。

第十六条 附加事项。

（一）凡发生被省主管部门、市级及以上纪检监察等部门直接查办且属实的与医保有关案件的，视情况给予惩戒。对因履行医保工作职责不力，被市委、市政府等通报，以及发生其他涉及医保方面违纪违法案件的，视情况扣减当年绩效考核得分。

（二）对当地发生的医保基金违纪违法问题，压案不查、瞒案不报、包庇袒护和放纵违纪违法行为，造成基金损失的，视情况扣减当年绩效考核得分，并对相关责任人依法依规严肃问责。

（三）各县（市、区）医保部门及其经办机构、财政部门、税务部门获得市级以上与医保工作有关的奖励、荣誉称号的，视情况给予适当加分。

第四章 考核实施及结果运用

第十七条 市人民政府组织对县（市、区）人民政府工作责任落实情况实施绩效考核，市医保局会同市财政局、市税务局负责具体组织实施。绩效考核原则上按预算年度进行，每年第一季度开展。

第十八条 绩效考核以医保业务工作类为主、综合管理类为辅。

第十九条 考核结果运用。

（一）绩效排名。

考核结果全市排名，对考核排名靠前的县（市、区）人民政府，给予通报表扬；对排名靠后的，市人民政府约谈当地人民政府领导；对考核中发现的突出问题，加强督促整改；对违纪违法的，进行追责问责。

（二）增收减支激励。

基本医疗保险基金实际收入超出预算部分和实际支出少于预算部分，按 1: 0.5 的比例折算，计入下一年度基金收入总额或用于弥补管理性基金缺口。

（三）支出约束。

1. 对违规办理医保退休手续的退休人员，违规期间发生的医疗费用，不纳入市级统筹基金支付范围。

2. 对违规办理门诊慢特病和国家医保谈判药品门诊保障等门诊医疗待遇的人员，违规期间发生的医疗费用，不纳入市级统筹基金支付范围。

3. 对其他违法违规支出行为造成基金损失的，损失由当地人民政府全额追回；无法追回的，由当地人民政府负责承担，并酌情扣减市级统筹拨付资金；涉嫌犯罪的，依法依规追究相关人员责任。

第五章 附 则

第二十条 本办法自 2022 年 12 月 31 日起施行。

荆门市基本医疗保险基金统收统支 管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为规范我市基本医疗保险基金统收统支核拨管理工作，根据《省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险市级统筹的实施意见》（鄂政办发〔2022〕36号）有关精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内职工医保（含生育保险）基金和城乡居民医保基金（以下统称基本医疗保险基金）统收统支管理。

第三条 自 2022 年 12 月 31 日起，全市基本医疗保险基金实行市级统一集中管理，基金市级统收统支。

基金市级统收是指全市各项基金收入按期全额归集至市医疗保障基金财政专户（以下简称市财政专户）。

基金市级统支是指全市各项基金支出由市级医保经办机构统一申请，市财政局、市医保局统一安排资金拨给市级医保经办机构，再转拨给县（市、区）医保经办机构，确保基本医疗保险各项待遇按时足额支付。

第四条 实施基本医疗保险基金市级统收统支前全市各

级累计结余基金，以及实施后发生的基金收入和结余，作为统收统支基金纳入市财政专户，由市级统一管理和使用。

第二章 基金收入

第五条 基本医疗保险基金收入包括：基本医疗保险保费收入、各级财政补助资金、利息收入、转移收入及其他收入等。

第六条 自 2022 年 12 月 31 日起，各级税务部门征收的基本医疗保险费，入库级次统一调整为市级。

第七条 市财政局按月将入国库的基本医疗保险费全额划转至市财政专户。

第八条 中央和省城乡居民医保参保补助资金直接划入市财政专户，各县(市、区)财政按当年 6 月底参保人数标准配套补助资金，于当年 7 月底前上缴市财政专户。

第九条 各县(市、区)截止 2022 年 12 月 31 日前形成的基本医疗保险基金结余，2023 年 1 月 20 日前全额上解到市财政专户，并办理移交手续。其中，在金融机构通过转存定期或购买国债等方式储存结余的基金，到期 1 笔，连本带息上解 1 笔。

为确保基本医疗保险基金正常支付，全市基金上解到市财政专户后，2023 年 1 月 31 日前向各级医保经办机构支出户预拨 1 个月支付额度的备付金(以当年预算支出数为基础核算)。

第十条 市级财政部门于转移收入资金到达当地财政专户后 1 个工作日内，将到账时间、到账金额、项目名称、转出

地付款账户、接收地收款账户等信息，提供给市级医保经办机构，由市级医保经办机构将信息推送至各县(市、区)医保经办机构，各级医保经办机构进行会计核算。

第十一条 各县(市、区)医保经办机构支出户形成的利息收入，按季度归集，于结息后次月初5个工作日内全额上解至市财政专户。

第三章 基金支出

第十二条 基金支出包括：医保待遇支出、生育保险待遇支出、转移支出及其他支出等。

第十三条 自2023年1月1日起，基本医疗保险基金支付实行用款计划管理，按季度申请、按月拨付。市级医保经办机构统一汇总、编制全市基金用款计划，经市医保局审核，报市财政局复核后，由市财政专户统一拨付。

第十四条 各级医保经办机构应在每季度第三个月15日前，完成下季度基金支付计划的制定，生成基金用款计划；市级医保经办机构于20日前完成市本级及县(市、区)基金用款计划汇总，提交市医保局、市财政局审核。

市医保局、市财政局对市级医保经办机构提交的基金用款计划审核后，在每月底前将下月的用款拨付至市级医保经办机构支出户，市级医保经办机构在收到资金后1个工作日内拨付至各县(市、区)医保经办机构支出户。

第四章 会计核算

第十五条 建立全市定期对账机制。市级税务部门与人行市中心支行国库、市级财政部门与人行市中心支行国库、市级财政部门与市级医保经办机构、市级医保经办机构与各县(市、区)医保经办机构之间按月对账。按照各自职责，及时发现问题、解决问题，确保各部门间基金收支数据准确一致。

第十六条 各县(市、区)向市财政专户上解结余基金时，县(市、区)医保经办机构借记“上解上级支出”科目，贷记“财政专户存款”科目；市级医保经办机构借记“财政专户存款”科目，贷记“下级上解收入”科目。

第十七条 全市基本医疗保险费收入由市级医保经办机构统一记账，各县(市、区)不再对基本医疗保险费收入进行会计核算。

第十八条 每月初，按照上月全市缴费入国库金额，市级医保经办机构借记“国库存款”科目，贷记“社会保险费收入/其他收入(滞纳金、贴息)”科目。国库存款转入市财政专户时，市级医保经办机构借记“财政专户存款”科目，贷记“国库存款”科目。

第十九条 各级医保经办机构根据财政部门提供的转移收入到账信息及财政专户银行回单，借记“财政专户存款”科目，贷记“转移收入”科目。

第二十条 各县(市、区)向市级上解城乡居民医保参保补助资金、转移收入资金、财政专户利息、支出户利息时，各县

(市、区)医保经办机构借记“上解上级支出”科目，贷记“财政专户存款/支出户存款”科目。市级医保经办机构借记“财政专户存款”科目，贷记“下级上解收入”科目。

第二十一条 市财政专户向市本级拨付医保待遇支出、转移支出、征收退费和转移收入退回款项时，市级医保经办机构借记“支出户存款”科目，贷记“财政专户存款”科目。市级医保经办机构支出户向各县(市、区)拨付医保待遇支出、转移支出、征收退费和转移收入退回款项时，市级医保经办机构借记“补助下级支出”科目，贷记“财政专户存款”科目；各县(区)医保经办机构借记“支出户存款”科目，贷记“上级补助收入”科目。

各级医保经办机构拨付医保待遇支出和转移支出时，借记“社会保险待遇支出/转移支出”科目，贷记“支出户存款”科目；各级医保经办机构办理医保费征收，借记“社会保险费收入”科目，贷记“支出户存款”科目；各级医保经办机构办理转移收入退回时，借记“转移收入”科目，贷记“支出户存款”科目。

第二十二条 各级财政部门根据《社会保障基金财政专户会计核算办法》规定，及时准确进行基金核算。

第五章 监督检查

第二十三条 市医保局、市财政局、市税务局按照各自职责，对市级统收统支基金缴拨执行情况进行监督检查，发现以下情况的，应立即纠正，情节严重的，依法依规追究相关单位

及人员责任。

- (一) 未按规定将征收的医保费缴入市级国库的；
- (二) 未按规定将市级国库资金划转至市财政专户的；
- (三) 未按时推送转移收入到账信息的；
- (四) 未按规定将结余基金、城乡居民医保参保补助资金、转移收入、利息收入上解至市财政专户的；
- (五) 未按时制定或汇总基金支付计划，影响支付资金申请的；
- (六) 未按时足额将各项基金支出拨付至医保经办机构支出户的；
- (七) 未按时足额支付医疗保险待遇的；
- (八) 未按时足额结算医疗费用的；
- (九) 其他情况。

第六章 附 则

第二十四条 本办法自 2022 年 12 月 31 日起施行。本办法实施前制定的相关规范性文件与本办法不一致的，以本办法为准。

抄送：市委各部门，荆门军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委，市法院，市检察院。

荆门市人民政府办公室

2022 年 9 月 21 日印发
