

淮南市人民政府办公室 关于印发淮南市城乡居民基本医疗保险 市级统筹实施方案的通知

淮府办〔2020〕15号

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

经市政府同意，现将《淮南市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施方案》印发给你们，请认真组织实施。

淮南市人民政府办公室

2020年10月19日

（此件公开发布）

淮南市城乡居民基本医疗保险 市级统筹实施方案

为进一步完善我市城乡居民基本医疗保险制度,保障医保基金安全运行,根据省市工作安排,结合本市实际,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,深入贯彻落实习近平总书记考察安徽重要讲话指示精神,坚持保障基本、促进公平、稳健持续的原则,完善公平适度的待遇保障机制,健全稳健可持续的筹资运行机制,建立管用高效的医保支付机制,健全严密有力的基金监管机制,协同推进医药服务供给侧改革,优化医疗保障公共管理服务,加快建立覆盖全民、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,推动实现保障更加公平、管理更加规范、医疗资源利用更加高效。

二、目标任务

启动城乡居民基本医疗保险市级统筹工作,建立全市统一城乡居民基本医疗保险制度,年底实现统一参保范围、统一筹资标准、统一待遇水平、统一管理服务、统一基金管理、统一信息系

统的“六统一”。按照管理权限，实行市级统筹，总额控制，分级核算，自求平衡。落实市、县区各级管理责任，建立考核机制，保障基金安全。

三、统筹内容

（一）统一参保范围。城乡居民应当参加城乡居民基本医疗保险，由个人按照本市相关规定，原则上在户籍地所在行政区域内缴纳基本医疗保险费。城乡居民基本医疗保险覆盖除应参加职工基本医疗保险人员以外的其他所有城乡居民。

（二）统一筹资标准。继续实行个人缴费与政府补助相结合的筹资方式，遵循保障适度、收支平衡的原则，实行动态调整。统一基本医疗保险和大病保险筹资标准。严格落实建档立卡贫困人口、特殊供养人员等困难群体个人缴费的政府代缴政策。

（三）统一待遇水平。按照《淮南市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）》（淮府办〔2019〕22号）要求，统一全市城乡居民基本医疗保险统筹基金起付标准、支付比例、最高支付限额和门诊慢性病病种等主要政策；统一大病保险支付标准；统一医疗保险药品目录、诊疗目录、医疗服务设施范围及统筹基金支付标准。

（四）统一基金管理。各县区全面实行基本医疗保险付费总额控制，引导医疗机构有效控制医疗费用不合理增长。城乡居民

基本医疗保险基金纳入财政专户，实行“收支两条线”管理。按照“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则，全市范围内实现基金统收统支，分级核算，分级负责，自求平衡；基金缺口由同级财政承担，基金收益归各县区所有，各级财政之间、各经办主体之间互不调剂、挤占。基金严格按预算执行，支出超预算和需要动用历年结余的，由同级政府审核同意后，按相关程序报批。

按照《安徽省人民政府办公厅关于推进紧密型县域医共体建设的意见》（皖政办〔2019〕15号）文件规定，对实行紧密型医共体建设县基金实行按季度预付制。其他实行医共体建设县区的基金拨付，在不影响基金安全和医疗机构正常运行的情况下，可参照《安徽省人民政府办公厅关于推进紧密型县域医共体建设的意见》（皖政办〔2019〕15号）文件精神办理。

（五）统一管理服务。市级医疗保障行政部门健全和完善定点医药机构动态调整机制，制定统一的协议管理办法及协议文本，市级医保经办机构制定统一规范的医疗保险经办业务操作标准和服务流程。实行市、县区分级负责管理、分级业务经办，各县区医疗保障行政部门负责本辖区内定点医疗机构的监督检查，执行协议管理，规范医疗服务，加大对违规行为的查处力度。各县区医保经办机构负责本辖区内参保人员市内、外就医报销等具体业务。

(六) 统一信息系统。加快基本医疗保险信息系统建设，建立全市统一的医疗保险信息系统和覆盖全市的医疗保险信息网络平台。在全市范围内就医购药实现即时结算。按照全省医疗保险信息系统建设的统一部署要求，逐步实现异地即时结算目标。

四、时间步骤

(一) 数据衔接阶段。从现在起至 2020 年 10 月底，按照全市统一政策规定，配套硬件，安装软件，建立起全市统一的城乡居民医保网络系统，将所有参保人员的信息统一纳入到市本级城乡居民医保数据库，并在数据库系统中分县区反映参保人员的基本信息，进行分县区信息汇总统计。同时，做好门诊慢性病病种、定点医疗机构等衔接工作。

(二) 基金上划阶段。从 2020 年 12 月 1 日至 2020 年 12 月底，寿县、凤台县、潘集区、毛集实验区将原新农合统筹基金历年结余，全额上划至市城乡居民基本医疗保险基金财政专户。县区应配套未配套及占用中央、省、市补助资金的，拖欠医疗机构费用未结清的要配备到位、支付到位。

(三) 审计清理阶段。市审计部门根据城乡居民基本医疗保险市级统筹工作进度，统一组织对寿县、凤台县、潘集区、毛集实验区原新农合基本医疗保险基金进行专项审计，审计结果向市委、市政府报告，并抄送市医保局、市财政局。基金有历年欠缴

和往来款项的，由县区负责清缴上划。

（四）全面实施阶段。从2021年1月1日起，启动城乡居民基本医疗保险市级统筹工作，按照“六统一”的要求，实现城乡居民参保人员在全市定点医疗机构就医医疗费用可即时结算。

五、工作要求

（一）加强组织领导。建立城乡居民基本医疗保险市级统筹，是深化医药卫生体制改革的必然要求，是加快推进医疗保险制度建设的重要举措。各县区政府要高度重视，统一思想认识，强化组织领导，全力有序推进。各县区医保部门要抽调专人负责，主动配合，密切协作，加强协调，及时解决工作推进过程中遇到的问题，做好政策的无缝对接，切实维护参保人群的合法权益。

（二）明确工作责任。医疗保障部门负责城乡居民基本医疗保险市级统筹管理工作。建立和完善全市统一的城乡居民基本医疗保险政策、制度并组织实施，对城乡居民基本医疗保险基金使用情况进行监督检查，对城乡居民基本医疗保险工作责任目标进行考核。加强对城乡居民医疗保险基金的收支管理，分县区核算基金收支情况，并按时上报基金预决算报表。

财政部门负责财政专户资金的管理，监督医保经办机构按政策和财务制度对支出户资金进行管理，确保征收入库的基金及时转入财政专户。

审计部门负责对市本级、寿县、凤台县、潘集区、毛集实验区原新农合基金历年收支及结余情况进行专项审计，确保基金收支结余无误。

税务、卫健、市场监管等有关部门在各自职责范围内，协同做好城乡居民基本医疗保险市级统筹工作。

（三）强化基金管理。各级医疗保障行政部门要建立健全基金运行情况分析和风险预警制度，合理编制基金收支预、决算，认真做好财务报表统计分析，各级医保经办机构要严格把控审核医保费用，提高基金使用效率，保障基金合理安全使用。

城乡居民基本医疗保险基金实行“全额收支”方式进行管理，各县、区税务部门征收的城乡居民基本医疗保险基金和财政补助资金统一归集到市本级财政专户，县、区医疗保障局按支出进度，统一由市医疗保障局向市财政部门申请资金，市财政部门按规定报批后，将资金拨至县、区财政部门，同级医疗保障局按规定向财政部门申请使用资金。支出专户资金必须做到专款专用，专项用于基本医疗保险基金支付业务，不得挪为它用。

（四）严肃工作纪律。在启动实施城乡居民基本医疗保险市级统筹期间，各县区不得另行出台其他相关政策，不得挤占、挪用基本医疗保险基金，确保基金安全和全额上划。各县区医疗保险经办机构应严格执行原有各项规定，认真把关，不得借机放宽



条件，突击报销，提高报销比例、降低征缴标准和减免保费，违者将依法依规严肃追究责任。

在城乡居民基本医疗保险实行市级统筹后，各县区要落实主体责任，执行统一政策，强化监管意识，加大对本辖区内定点机构医疗服务行为和医保基金使用监管力度，确保基金安全可控。如因行政监管不力、经办管理不严等造成基金流失的，将依法依规严肃追究责任。