

邢台市医疗保障局
邢台市财政局文件
国家税务总局邢台市税务局

邢医保发〔2021〕8号

邢台市医疗保障局
邢台市财政局
国家税务总局邢台市税务局

关于印发《邢台市城镇职工基本医疗保险市级
统筹实施方案》的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局、税务局，市本级有关单位：

按照《河北省医疗保障局 河北省财政厅 国家税务总局河北省税务局关于进一步完善城镇职工基本医疗保险市级统筹的指

导意见》（冀医保发〔2021〕4号）文件要求，结合我市实际情况，制定《邢台市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施方案》，经研究决定，现印发给你们，请认真遵照执行。



国家税务总局邢台市税务局



2021年9月23日

邢台市城镇职工基本医疗保险市级统筹 实施方案

为不断增强我市职工基本医疗保险（含生育保险）（以下简称“职工医保”）基金抗风险能力和统筹共济能力，充分发挥医保基金保障民生、促进经济社会稳定发展的作用，促进我市职工医保制度可持续发展，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《中共河北省委 河北省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（冀发〔2020〕13号）、《河北省医疗保障局 河北省财政厅 国家税务总局河北省税务局关于进一步完善城镇职工基本医疗保险市级统筹的指导意见》（冀医保发〔2021〕4号）和《中共邢台市委办公室 邢台市人民政府办公室关于印发〈邢台市深化医疗保障制度改革任务责任分工台账〉的通知》（邢办字〔2020〕56号）等文件精神，结合我市职工医保运行实际，特制定本实施方案。

一、总体要求和基本原则

（一）总体要求。按照统一职工医保政策、统一基金预算管理、统一基金收支管理、统一责任分担机制、统一经办服务、统一信息系统“六统一”的标准，在2021年底前，全面做实职工医保基金市级统筹制度，从2022年1月1日起全面实行基金市级统收统支。

（二）基本原则。坚持政策统一、管理规范；坚持以收定支、

收支平衡；坚持预算管理、责任分担；坚持清单管理、依法依规。

二、市级统筹范围

城镇职工基本医疗保险和职工大额保险。公务员医疗补助逐步纳入，企业补充保险暂不纳入。

三、主要措施

（一）统一职工医保政策。城镇职工基本医疗保险基本政策统一按照《邢台市城镇职工基本医疗保险和生育保险合并实施办法》（邢医保发〔2019〕52号）文件及相关配套调整政策执行。

1. 统一参保范围。依法覆盖所有用人单位职工，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可以参加职工医保。

2. 统一缴费政策。单位参加职工医保同步参加生育保险，职工医保基金和生育保险基金合并征缴。党政机关和全额拨款事业单位缴费比例为上年度职工工资总额的7.2%（职工医保7%+生育保险0.2%），其他用人单位缴费比例为上年度职工工资总额的7.8%（职工医保7%+生育保险0.8%）；个人缴费比例为2%。

职工医保缴费基数低于全市全口径城镇单位就业人员平均工资的，以全市全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数，高于全市全口径城镇单位就业人员平均工资的，以实际工资为缴费基数。职工医保费由单位按月、按季度足额或按年预缴的方式向税务部门缴纳。

灵活就业人员缴纳基本医疗保险，在一个缴费年度内可选择

按上年度全市全口径城镇单位就业人员平均工资 6%或 9%的费率缴费，不缴纳生育保险费。

灵活就业人员按 6%的费率缴费的，不设基本医疗保险个人账户；按 9%的费率缴费的，设基本医疗保险个人账户。均享受门诊特殊疾病和住院统筹基金支付范围的职工基本医保待遇。

大额医疗保险筹资标准为每人每年 108 元，由单位或个人缴纳。

退役军人按国家和省有关政策执行。

3. 统一待遇水平。统筹区内参保人员享受同等职工医保待遇，全面实现统筹区内无异地。依法合规生育生产的按照生育保险和职工基本医疗保险合并实施待遇政策执行。

——**门诊统筹。**按照国家、省统一安排，改革职工医保个人账户，建立门诊共济保障制度。门诊统筹起付标准、报销比例、封顶线根据全市基金情况另行制定。

——**门诊慢特病。**根据我市实际，确定门诊慢性病和特殊疾病病种，并使用全省统一的病种名称。报销政策按照《邢台市城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法》（邢人社规〔2018〕11 号）及相关配套调整政策执行。

——**住院。**职工医保统筹基金住院起付标准分别为一级医院（社区卫生服务中心）200 元，二级医院 300 元，三级医院 600 元。职工医保住院起付标准以上，医保统筹基金住院报销比例分别为：在职职工在一、二、三级定点医疗机构住院，政策范围内报销比例分别为 96%、93%、88%，医保退休人员报销比例再提高

1个百分点。城镇职工在自然年度内符合规定的医疗费用最高支付限额（含大额医疗保险）为50万元，超过基本医疗保险支付限额12万元至50万元部分，由大额医疗保险支付95%。

4. 补充补助。大额医疗保险、企业补充医疗保险按照《邢台市城镇职工基本医疗保险和生育保险合并实施办法》（邢医保发〔2019〕52号）文件和公务员补助医疗保险待遇政策参照《邢台市市直机关公务员医疗补助办法》（邢医保发〔2020〕36号）文件执行。职工基本医疗保险、大额（大病）医疗保险、企业补充医疗保险和公务员补助医疗保险基金要分别建账、分账核算、分账支出，不得相互挤占挪用。

（二）统一基金预算管理。职工医保基金预算实行市级管理，按照收支平衡的原则统一编制。市本级经办机构和各县（市、区）经办机构合理确定本级职工医保基金年度收支情况，经同级财政、医保、税务部门审核后汇总到市，经省市两级财政、医保、税务部门审核通过后，各县（市、区）将本级职工医保基金年度收支情况正式报同级政府审批。

市级医保经办机构汇总市本级和各县（市、区）收支情况，编制全市职工医保基金预算草案，其中收入预算草案会同税务部门编制，经同级财政、医保、税务行政部门审核后报市政府审批，并按规定程序报市级人民代表大会（或常委会）审查和批准。经批准的预算，由市财政、医保、税务部门批复到医保经办机构和税务征收机构执行。

职工医保基金年初预算、调整预算和基金决算统一按上述程序执行，职工医保基金预算不得随意调整，基金决算要按照“账实相符”的原则编制。

（三）统一基金收支管理。职工医保基金实行市级统收统支，市级财政部门设立职工医保基金财政专户用于归集全市各项职工医保基金收入，市级医保经办机构设立职工医保基金统支账户用于向各经办机构支出户拨付资金，各级医保经办机构设立医保基金支出户，各级可设立医保基金收入户用于归集非税务部门征收收入。基金收入全部缴入市级国库后按旬转入市级财政专户，基金支出由市级财政专户拨付到市级经办机构统支账户，再拨付到市本级和各县（市、区）经办机构支出户。

1. 基金结余上解。2021年12月20日前市本级和各县（市、区）经办机构收入户、支出户存款余额全部汇缴至本级职工医保基金财政专户，2021年12月31日前通过本级职工医保基金财政专户全部归集到市级职工医保基金财政专户。2021年3月20日前已与金融机构签订合作协议以及通过转存定期或购买国债等方式储存基金结余的地区，协议期满后要按已签订协议约定及时收回本息，缴入本级财政专户后全额上解至市级职工医保基金财政专户，2021年3月21日后与金融机构签订合作协议以及通过转存定期或购买国债等方式储存的基金结余全部解存。基金结余全部上解完成的县（市、区）取消职工医保基金财政专户（或子账户）。2021年底前，县级应及时将当期收入缴入财政专户，

完成当期应支付基金拨付工作，基金统收统支前的基金累计结余出现缺口的县（市、区），要对基金缺口情况进行重点审计，厘清责任，按规定确需由政府负担的，报当地政府批准后，由当地财政予以弥补。

2. 基金市级统收。基金市级统收是指全市各项基金收入按期全额归集至市级社会保障基金财政专户。基金收入项目包括：保险费收入、财政补贴收入、利息收入、转移收入以及其他收入。

各县（市、区）税务部门征收的医疗保险费缴入市级国库，按旬将国库收到的社会保险费收入转入财政专户，再根据市级经办机构按照地区和项目确定的金额划入市级职工医保基金财政专户（子账户）。

市本级经办机构保留职工医保基金收入户，用于归集转移收入等非由税务部门征收的职工医保基金收入，按月上缴市级财政专户。暂保留各县（市、区）经办机构设立的收入户。

市本级、各县（市、区）按规定安排的对职工医保基金的补助直接缴入市级财政专户。

3. 基金市级统支。基金市级统支是指市医疗保障部门及其经办机构统一核定全市基金支出用款计划，由市级财政部门统一安排资金拨付。

每年年底前，各县（市、区）经办机构研究确定本级下一年度需向医疗机构月预付金金额，报同级医保、财政部门审核后，上报市本级经办机构，市本级经办机构汇总市本级和各县（市、

区)下一年度需向医疗机构月预付资金规模和支出户直接发生的支出规模(包括省内及跨省异地就医、生育津贴等支出),12月20日前报市级医保、财政部门审核,下年度1月10日前,市级财政、医保部门一次性将所需资金由市级财政专户拨付到市级经办机构统支账户,再拨付到各县(市、区)经办机构支出户。

市级医保部门会同同级财政部门按月对市本级和各县(市、区)医保基金支出进行结算。每月20日前,各级经办机构向市级医保部门提交结算申请,每月月底前市级财政、医保部门完成结算资金拨付。

年度终了,医保经办机构将周转资金退回市级财政专户。

4. 财务核算。职工医保基金要按照“账实相符”的原则进行会计核算,市级医保、财政部门按全市全口径分别核算基金收支和财政专户收支,经办机构收支项目要核算到具体县(市、区)。市本级经办机构和各县(市、区)医保部门要做好本级医保基金收支情况核算。财政部门按日确认国库职工基本医疗保险费收入,向经办机构提供核算国库收入的原始凭证。

5. 基金对账。市医保、财政、税务部门要按月做好对账工作。医保部门要核对内部业务、财务数据的一致性,医保部门与财政部门核对基金收支和银行存款账户余额等信息,与税务部门核对征缴明细信息,及时处理核对不一致的数据信息。

(四)统一责任分担机制。医保基金通过预算实现收支平衡,市县两级政府共同承担基金足额征收、待遇发放和基金收支平衡

的责任。

统一建立职工医保风险储备金。以 2020 年末统筹基金累计结余可支付 9 个月（不含新冠病毒疫苗及接种费用预算专项资金）为基准，剩余资金作为医保风险储备金一次性计提，动用风险储备金需报省级医保、财政部门审核。风险储备金要按规定购买国债和转存一年以上定期存款，产生的利息计入职工基本医疗保险基金收入。

统一建立职工医保风险调剂金。风险调剂金每年按上年基本医疗保险费统筹基金收入的 5% 计提，累计提取风险调剂金达到当年统筹基金收入 10% 时不再提取。用于调剂本年度统筹区内市本级和各县（市、区）基金收支缺口，当年未使用完的用于增加下一年度风险调剂金。

强化基金预算约束，当期统筹基金收支出现缺口，先由 2020 年末风险储备金外的历年基金结余和 2021 年及以后年度风险调剂金外的新增基金结余弥补，历年基金结余弥补后，风险调剂金外基金结余原则上不低于 3 个月支出水平；仍有不足的，结合绩效考核结果，由风险调剂金和当地财政按比例分担，具体分担比例待省职工医保基金绩效考核办法出台另行确定。

需使用风险调剂金时，市本级由市经办机构提出书面申请，县级由县级医保、财政部门提出书面申请，市经办机构汇总全市书面申请，报经市医保、财政部门批准后拨付。

如风险调剂金仍不足时，可按程序报省级医保、财政部门审

核后动用风险储备金弥补。

（五）统一经办服务。深入推进经办服务标准化规范化。按照《河北省医疗保障局关于印发河北省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》要求，统一规范本统筹区内经办管理服务流程，严格执行清单规定的指南和流程。健全市、县、街道（乡镇）经办管理服务网络。

强化两定机构协议管理。贯彻落实国家、省医疗保障局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，完善医保经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，规范定点医药机构医药服务行为，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益。

切实加强医保基金日常管理。认真执行《医疗保障基金使用监督管理条例》，落实经办机构协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付、稽查审核责任，推进日常管理全覆盖和监督检查制度落实。

（六）统一信息系统。按照国家医疗保障局信息化工作部署，推进医保标准化编码落地，推广医保电子凭证应用，完善医疗保障基础数据，健全信息化基础设施，建设全省统一的医疗保障信息平台，为医疗保障事业高质量发展提供强有力的信息化支撑。各级医保部门同税务部门在参保缴费等方面加强系统对接，做好数据推送，实现信息共享和业务协同。积极做好与财政接口对接

工作，及时接收国库收入日报数据，确保医保基金按照国库实际入库金额核算国库存款收入。

四、部门职责

（一）医疗保障部门。市级医疗保障部门负责制定全市统一的医疗费用结算办法和结算标准；统一确定统筹区内定点医药机构，签订服务协议和考核管理；统一规范经办业务流程，合理确定市县两级经办机构的岗位职责；负责本统筹区参保扩面工作，对待遇支付和基金使用情况进行检查，对医保工作责任目标进行考核；编制社会保险基金预算草案。会同同级财政部门按规定制定统筹区内医保基金管理政策、待遇水平和统筹基金支付范围。

县级医疗保障部门负责落实结算办法和标准，辖区内定点协议管理、报销政策、经办业务流程等全市统一规定；负责做好辖区参保扩面、参保登记、待遇支付工作；负责辖区定点机构和参保人员费用结算和支付工作；负责组织开展确定辖区基金收支情况，联合相关部门报同级政府审批。

（二）财政部门。负责审核并汇总编制医保基金预算，履行预算管理有关程序；按时将基本医疗保险费收入转入财政专户；对各级医疗保障部门提交的用款计划进行审核，及时拨付资金；负责财政专户的管理及核算。

（三）税务部门。负责职工医保的征收工作；采取多渠道征收模式最大限度方便缴费人，及时解决征收过程中出现的问题；

联合医保部门掌握征收进度，认真做好征收情况分析，及时将征收的医保收入缴入国库；按规定协助医保、财政部门编制医保基金预算草案。

五、保障措施

（一）强化责任，严格履职尽责。要切实加强组织领导，明确任务要求，细化进度安排，确保本级本部门承担的职责顺利稳步推进，确保市级统筹工作按时完成。

（二）加强管理，确保基金安全。市级统筹前，医疗保障部门要主动联系审计部门进行审计，并形成审计报告，确保 2021 年底前职工医保实现市级统收统支。

（三）完善配套政策，提升管理水平。各级医保部门要以市级统筹为契机，主动对标对表，进一步完善医保业务经办规程、就医管理、基金管理、定点协议管理、基金监管等配套管理办法，建立更加高效、更加便捷的医疗保障服务体系。

（四）建立医保基金工作目标激励和约束机制。按照全省统一的职工医保基金绩效考核办法，结合我市实际，进一步细化完善对各县（市、区）的绩效考核办法，将参保扩面、基金征缴、政策执行、费用控制、基金监管、基金安全等指标纳入考核范围，考核结果与分担责任挂钩。

（五）加强宣传引导，做好风险防控。要在加强风险评估的基础上，同步对宣传和舆论引导工作作出部署安排，加强针对性

宣传，为市级统筹的平稳实施营造良好舆论氛围。各地各部门要建立工作专班，妥善处理市级统筹实施过程中出现的各种新矛盾和新问题。