

枣庄市医疗保障局  
枣庄市财政局文件  
国家税务总局枣庄市税务局

枣医保发（2019）74号

关于印发《**枣庄市基本医疗保险市级统筹  
实施办法**》的通知

各区（市）医疗保障局、财政局、国家税务总局枣庄市各区（市）税务局：

现将《**枣庄市基本医疗保险市级统筹实施办法**》印发给你们，请认真贯彻执行。



2019年12月30日



# 枣庄市基本医疗保险市级统筹实施办法

为完善基本医疗保险制度，增强医疗保险基金抗风险能力，进一步提高医疗保障水平，根据《中华人民共和国社会保险法》、《山东省医疗保障局、山东省财政厅、国家税务总局山东省税务局关于全面推进基本医疗保险市级统筹工作的通知》等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

## 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，深入贯彻落实党的十九大和十九届三中、四中全会精神，坚持以人民为中心的发展思想，按照“兜底线、织密网、建机制”的要求，深入推动基本医疗保险市级统筹，增强医保基金互助共济和分散风险的功能，努力在我市建成更加公平、更加可持续、更好质量的医疗保障体系。

## 二、基本原则

立足我市经济社会发展水平，综合考虑医保基金承受能力、参保人员负担水平和基本医疗需求，坚持基金统收统支、以收定支，收支平衡，略有结余，保障医保制度可持续发展；坚持互助共济，提高人民群众医疗保障水平；坚持市、区（市）责任共担；坚持便民惠民，简化手续，优化流程，为参保群众提供更加高效便捷的服务。

## 三、任务目标

到 2019 年年底，实现职工基本医疗保险（以下简称职工医



保)市级统筹,提高居民基本医疗保险(以下简称居民医保)市级统筹的运行质量。职工医保、居民医保分别实现市域内参保范围、筹资标准、待遇水平、基金管理、经办服务、信息管理“六统一”。

#### 四、政策措施

职工医保市级统筹项目包括职工基本医疗保险统筹基金、大病保险资金、个人账户基金、大病医疗救助金、长期护理保险基金,居民医保市级统筹项目包括居民基本医疗保险统筹基金、大病保险资金。

##### (一) 统一参保范围

市域内所有用人单位及其职工和退休人员,城镇个体工商户业主及其雇工应当参加职工医保,用人单位和职工按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可以参加职工医保,由个人按规定缴纳基本医疗保险费。

具有本市户籍且不属于职工医保参保范围的城乡居民、本市行政区域内的各类全日制高等学校(含民办高校、技师学院)和中等职业学校的非本市户籍学生、在我市行政区域内长期居住且取得居住证的非本市户籍人员及其随迁子女,可参加居民医保。

##### (二) 统一筹资标准

###### 1、职工医保

(1) 缴费基数和比例。用人单位(不含机关事业单位)以上年度本单位职工工资总额为基数,按8%的比例缴纳,个人按本人上年度月平均工资的2%缴纳;机关事业单位以上年度本单位职



工工资总额为基数，按 7.3%的比例缴纳，个人按本人上年度月平均工资的 2%缴纳；经认定为困难企业的，单位以上年度省全口径平均工资的 60%为基数，按 5%的比例缴纳；领取失业保险金期间的失业人员的医疗保险费，以上年度省全口径平均工资的 60%为基数，按 9%的比例由失业保险基金代缴。退休人员个人不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，以省上年度全口径月平均工资的 60%为基数，按照 4%的比例缴费。最低缴费基数不低于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资的 60%，低于 60%的按 60%缴纳。最高缴费基数不高于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资的 300%，高于 300%的按 300%缴纳。

(2) 大病医疗救助金。职工医保大病医疗救助金筹资标准全市统一为每人每月 10 元，由参保人员个人缴纳。

(3) 缴费年限。职工医保累计缴费年限男满 25 年、女满 20 年（含视同缴费年限）且实际缴费年限不低于 10 年，达到退休（职）年龄后个人不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受相应基本医疗保险待遇；办理退休（职）手续时，达不到规定缴费年限的，须一次性办理补缴，补缴标准为：按照职工退休时，山东省上年度全口径月平均工资的 4%缴费。缴费年限不符合上述条件，又不办理一次性补缴的，终止职工医保关系，终止后，不再办理补缴手续。退休人员享受相应的基本医疗保险待遇不再与原单位缴费挂钩（个人账户除外）。



## 2、居民医保

实行个人缴费和政府补助相结合。完善居民医保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。市医疗保障行政部门会同市财政部门根据上级有关政策规定、居民医保基金收支情况和医疗消费水平，适时调整居民医保筹资标准。

### （三）统一待遇水平

按照国家、省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围及有关法律法规，执行统一的三大目录。职工医保在三大目录基础上，在市域内统一门诊慢性病、住院医疗、大病医疗救助、大病保险等待遇支付标准，包括个人账户划入比例、统筹基金起付线、封顶线、支付比例、个人首先自付比例、门诊慢性病病种种类及鉴定标准等政策；居民医保在三大目录基础上，在市域内统一普通门诊、门诊慢性病、住院医疗、大病保险待遇支付标准，包括统筹基金起付线、封顶线、支付比例、个人首先自付比例、门诊慢性病病种种类及鉴定标准等政策。市医疗保障行政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职工医保和居民医保待遇相关政策。

### （四）统一基金管理

#### 1、统一基金财务管理

城镇职工医疗保险市级统筹，实行收支两条线管理，遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的使用原则，执行现有社会保险基金管理制度，专款专用。建立健全基金运行风险预警机制，防



范基金风险，提高使用效率；建立举报投诉、信息披露、内部控制、欺诈防范等风险管理制度，提高监管水平。基金收支、运行信息向社会公开。

市、区(市)医疗保险经办机构收入户主要用于暂存由经办机构征收的基金收入、利息收入等，区(市)收入户除向市经办机构收入户划转基金外，不得发生其他支付业务。

各级经办机构支出户除接收市财政专户拨入基金、暂存该账户利息收入，以及向第三方委托经办机构划拨基金外，不得发生其他收支业务。

每年第四季度，各区(市)医保经办机构按照规定的表式、时间和编制要求，会同同级税务部门编制下一年度基金收支预算草案，经同级医疗保障、财政部门审核后报市医保经办机构，市医保经办机构审核汇总各区(市)数据，编制全市年度基金收支预算草案，报市财政局、市医保局、市税务局审核后，上报市人民政府审定，经市人民代表大会(以下简称市人大)审议批准后，批复市级经办机构执行。医保经办机构要严格按批复的预算执行，全面完成市级按程序批复下达的基金预算收支任务，经市人大审议批准的基金预算不得随意调整，在执行过程中遇特殊情况需要调整预算时，需按年初基金预算编制审批程序报市人大常委会审议批准。

每年度末后1个月内，各级医保经办机构应根据规定的表式、时间和要求编制上年度基金决算草案，经同级医保、财政部门审核后，再按年初基金预算编制审批程序报市人大常委会审议



批准。经市人大常委会审议批准的基金决算由市财政局、市医保局联合批复市经办机构和各区（市）财政局、医保局。

各级医保经办机构应严格按照《社会保险基金财务制度》、《社会保险基金会计制度》等相关制度执行基金财务管理。建立和完善基金风险预警机制，建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，加强内部控制管理，定期向社会公告基金收支和结余情况，接受社会监督。

## 2、统一核算程序

基金实行“收支两条线”管理。各区（市）医保经办机构保留收入户、支出户，同时取消区级基本医疗保险财政专户，市级财政部门设立医保基金财政专户。收入户、支出户、医保基金财政专户管理按照《社会保险基金财务制度》规定执行。

自2020年1月1日起，医保基金由市级统收统支，集中管理，统一调度使用。各区（市）当期基金收入全额上解到市收入户，各区（市）统筹范围内医保待遇等基金支出按经批准的预算拨付到区。各区（市）2019年年底前的历史累计结余基金于2020年3月31号前集中统一上解市财政专户。

各区（市）经办机构于每月末最后两个工作日将征缴的医保基金收入上解至市级经办机构收入户，市级经办机构每月最后一个工作日上解至市级财政专户，月末收入户原则无余额。

基金支出实行计划申报制度。各区（市）经办机构应当按照预算核定次月医疗待遇支出用款计划。每月25日前（遇节假日提前），各区（市）级经办机构向市级经办机构申报次月用款计



划，市级经办机构于次月5日前向市级财政部门提交全市用款计划，市级财政部门在收到市级经办机构上报的全市基金支出用款计划后5个工作日将资金拨付至市级经办机构，市级经办机构在收到资金后5个工作日拨付至各区（市）经办机构。

建立业务、财务、财政定期对账制度。市级财政与市级经办机构、市级经办机构与各区（市）经办机构、业务部门与基金财务部门建立基金对账制度，确保账实、账账、账表相符。每月5日前，市级财政部门将上月市级医保基金财政专户对账单、各区（市）经办机构将基金收支情况表等送至市级经办机构进行对账。

#### （五）统一经办服务

本着方便群众、权责一致的原则，合理划分市、区（市）经办管理权限。制定统一的业务服务流程，实现事项名称、经办方式、经办流程、申办材料、办理时限、服务标准的“六统一”，提高经办业务规范化、标准化和专业化水平。加快推进窗口优化整合，大力推动网上办事，拓宽包括手机APP、第三方平台等在内的多种医保经办服务渠道，建设“网上医保”“掌上医保”，推进实现医保业务“一窗受理、全城通办”。探索在街道、社区等基层设立医保工作服务站，让群众在家门口享受到便捷的医保经办服务。

#### （六）统一信息管理

加快推进医保信息化建设，按照国家、省医保信息化建设和标准规范，加快市级医保信息平台建设和系统升级改造，实





现数据业务自上而下纵贯到底，构建统一、高效、兼容、便捷、安全的医保信息系统。实行全市联网管理，执行统一的基本医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施编码，持续推进异地就医住院费用直接结算工作。探索推进“互联网+”改革，积极开展医保电子凭证和移动支付工作，推进远程诊疗等项目与医保支付衔接。实现基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，减少群众跑腿垫资。

## 五、组织实施

(一) 加强组织领导。基本医疗保险市级统筹任务重、政策性强、涉及面广，是一项系统工程，关系广大参保人员的切身利益。各级医疗保障、财政、税务部门要高度重视、加强领导、落实责任、精心组织，确保各项政策措施落到实处。

(二) 明确责任分工。医疗保障部门要加快全市医保信息系统建设，切实提高管理服务效率。要加强医疗保险行政、经办机构和技术保障服务机构建设，建立与医疗保险事业发展相适应的人员、信息系统配置和经费保障机制，明确市级统筹后经办机构的职责和经费渠道，确保市级统筹工作顺利开展。财政部门要加强和完善基金财政专户管理，明确各级财政投入的相关责任。税务部门要做好基本医疗保险费的征缴工作，加强与医疗保障部门间的信息共享和工作协同。要加强协调，强化市级统筹工作的组织实施，妥善处理市级统筹推进过程中出现的矛盾，做好市级统筹政策与现行制度的平稳衔接。

(三) 抓好舆论宣传。坚持正确的舆论导向，加强与新闻媒



体沟通，大力宣传基本医疗保险市级统筹的重要意义和具体政策。及时回应社会关切，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社会环境。

本实施意见自印发之日起施行。上述政策措施与之前我市有关文件规定不一致的，以本文件为准。今后，如上级调整相关政策，按新调整后的政策执行。

