

邯郸市人民政府办公室文件

邯政办规〔2020〕14号

邯郸市人民政府办公室 关于印发邯郸市医疗保障基金市级统筹 管理办法（试行）的通知

各县（市、区）人民政府，市对口各单位，市政府各部门，冀南新区、邯郸经济技术开发区管委会：

《邯郸市医疗保障基金市级统筹管理办法（试行）》已经第80次市政府常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件公开发布）

邯郸市医疗保障基金市级统筹管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强全市医疗保障基金统一管理，提高基金运行效率和抗风险能力，认真贯彻落实《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）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所指医疗保障基金包括城镇职工医疗保障基金和城乡居民医疗保障基金。自2021年1月1日起全市医疗保障基金实行市级统筹管理，按照“统一管理、分级征缴，统一使用、分级核算，统一监管、分级负责”的基本原则，全市统一保障范围、统一筹资标准、统一保障待遇、统一医保目录、统一经办流程、统一定点管理。

第三条 本办法适用于我市各县（市、区）和冀南新区、邯郸经济技术开发区，以下简称“各县（市、区）”。

第四条 城镇职工医疗保障基金、城乡居民医疗保障基金按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，实行“统收统支、收支两条线”管理。市级统筹前各县（市、区）基金结余及未清算费用均由各县（市、区）负责。

第二章 参保缴费

第五条 城乡居民基本医疗保险实行按年度参保，执行预缴费制度，每年 10 月至 12 月集中缴纳下一年度居民医保个人缴费部分。城镇职工基本医疗保险按月（季、半年）缴费。

第六条 强化基金征缴，按照应参尽参、应保尽保、应收尽收、足额缴纳的原则实施。各级政府组织医疗保障、税务、财政等部门，做好基数核定、基金征缴、收入入库等环节衔接，确保基金收入及时入库。

第七条 市级统一确定城镇职工和城乡居民基本医疗保险缴费标准和保障范围。市级负责市本级城镇职工医疗保障基金扩面征缴工作，各县（市、区）负责本级城镇职工和城乡居民医疗保障基金扩面征缴工作，依据属地参保的原则进行参保管理。

第三章 基金管理

第八条 预算管理。医保基金实行市级统一管理，市、县医疗保障部门要合理确定本级城镇职工和城乡居民医保基金年度收支计划，由各级财政、医疗保障、税务部门联合报本级政府审批，审批后报市医疗保障部门汇总编制全市医疗保险基金预算草案。预算草案经市医疗保障、财政、税务部门审核后，报市政府审批，审批后报省级医疗保障、财政、税务部门审核汇总。经省审核汇总后，按规定程序报市级人民代表大会审查批准，批准后市财政、医疗保障、税务部门批复到各级医疗保障部门和征收机构执

行。

第九条 基金统收。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。各级税务部门征收的医疗保险费缴入市级国库，市财政部门在社会保障基金财政专户下开设社会保险费收入待划转子账户，按旬将保费收入转入待划转子账户。市医疗保障部门根据税务金税三期社保费征管信息系统提供的入库明细，按照所属经办机构和项目确定的金额划入市级医疗保障基金子账户。居民医保中央和省级财政补助由省财政部门直接拨付到市财政专户，市、县（市、区）按规定标准安排的财政补助和代困难群众参加居民医保缴纳的保险费，由市、县（市、区）财政部门直接缴入市财政专户。

第十条 基金统支。基金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，市财政部门统一安排资金拨付。每季度末，市本级及各县（市、区）医疗保障部门要制定下季度用款计划，每季度初10日前，由市医疗保障部门对各县（市、区）上报的季度支付计划进行审核后，将所需资金由市级支出户拨付到各县（市、区）医疗保障部门基金支出户。每季度初5日前，市医疗保障部门需汇总各县（市、区）基金支出情况，提交市财政部门记账，核算基金支出。每年年初，市财政部门根据市医疗保障部门申请向市医疗保障部门支出户拨付周转金。此后每季度初5日前，根据市医疗保障部门申请，参考本季度用款计划、

支出户余额等因素向市级支出户拨付周转金。市级支出户周转金年末退回市级财政专户。

第十一条 基金结算。建立全市统一的医疗保障基金结算平台，结算管理实行“统一标准、属地原则、两级结算、分别记账”。市属市管医保定点医药机构全部由市医疗保障部门进行结算，各县（市、区）医保定点医药机构分别由所属县级医疗保障部门结算。各县（市、区）之间不再互相结算。

第十二条 基金调控。为进一步防范化解基金风险，在严格执行基金财务制度、预算决算制度的基础上，按照以下原则对基金风险进行调控：

（一）风险防控。市医疗保障部门分别从市本级、各县（市、区）城镇职工和城乡居民医疗保障基金收入中，按照 10%的比例一次性提取风险金，用于平衡市本级和各县（市、区）医疗保障基金出现暂时支付困难等情况。风险金及其利息全部存入风险金专户，实行单独核算、专款专用、收支两条线管理。

（二）统筹调剂。市本级、各县（市、区）当年基金支出出现缺口时，先由市、县两级历年滚存结余基金分别解决；历年滚存结余基金不足以弥补的，使用当地上解风险金调剂解决；仍有缺口的，由市级风险金调剂缺口的 50%，其余不足部分由当地政府财政补足。市本级、各县（市、区）当年基金收支结余的，由市医疗保障部门分别记账，用于平衡当地未来年度支付困难等情况。当年度发生基金调剂的县（市、区），下年度调剂补齐，保证

风险金原有规模。

（三）风险责任。因不可抗力等因素造成全市医疗保障统筹基金超支的，由市级财政给予补贴。各县（市、区）医疗保障基金因以下情况造成基金缺口的，由县级政府财政负责解决，风险金不予调剂：

1. 未严格执行全市统一的医疗保障政策的；
2. 未完成年度征缴任务的；
3. 未按规定上解风险金的；
4. 擅自调整基金收支预算的；
5. 因违规违纪行为造成基金重大损失的；
6. 其他政策规定不予调剂的。

第四章 职责划分

第十三条 市级职责。

（一）负责医疗保障基金的统一核算、统一管理、统一调度，建立健全基金收支预算管理制度，通过预算明确市、县政府责任，增强预算的严肃性和刚性约束力。

（二）负责按照“标准统一、资源共享、服务延伸”的原则，规范全市医疗保障经办管理服务流程，健全市、县经办管理服务网络，建立医疗保障费用结算平台，实现市域内统一联网、直接结算，确保数据可交换、可监控。

（三）负责制定全市医疗保障基金参保扩面、管理拨付、绩

效考核等具体办法。加强对县级医疗保障基金使用情况的监督考核，建立目标激励约束机制，综合设定考核指标，加强研判评估，落实定期通报、督查督办、预警约谈等相关制度，保证各县（市、区）医疗保障基金人均支出水平基本一致。

（四）负责制定全市统一的定点医药机构协议管理办法，建立区域签订、全市互认的定点协议管理机制，方便医药机构资源互补共享，推动定点医药机构加强管理、提高质量和改善服务。建立定点医药机构的准入退出机制，启动信用等级评价机制，制定服务协议履行情况考核办法。

（五）负责建立职责清晰、运转高效、上下联动的医疗保障基金安全防控体系，设立数据监控终端，实时掌握各县（市、区）参保、基金运行、定点医药机构医保基金结转等情况。实施现场检查和网管智能巡查相结合的监督检查管理模式，强化市级监督管理职能。

第十四条 县级职责。

（一）承担医疗保障基金征缴主体责任，负责本行政区域医疗保险扩面征缴、参保登记、保障待遇执行等工作。各县（市、区）政府（管委会）要切实加强对医疗保障工作的领导，加大参保缴费工作的协调、督导力度，对参保缴费目标任务完成不到位的乡镇（街道）、参保单位进行重点督导。为各级基层代办机构解决必要的工作经费和扩面补助专项经费，列入同级财政预算。

（二）负责执行全市统一的医疗保障政策，严格按国家、省

和市相关规定，规范使用医疗保障基金。负责对行政区域内定点医药机构医疗保障费用的审核结算，承担对行政区域内定点医药机构进行行政监管和协议管理的主体责任，受理审核结算本行政区域参保人员异地就医医疗费用。

（三）负责按时足额将医疗保障基金收入上解至市财政专户。

第十五条 市有关部门职责。

（一）医疗保障部门负责医疗保障基金市级统筹工作的组织实施；编制医疗保险基金预算决算草案；统一规范业务流程，合理确定市、县两级经办机构的岗位职责；负责本行政区域参保扩面工作，对待遇支付和基金使用情况进行监管；妥善处理市级统筹推进过程中出现的矛盾和问题。

（二）财政部门负责完善基金财政专户管理，审核医疗保障基金预算决算，做好基金上解和拨付工作，足额安排财政补助资金，对基金收支、管理和投资运营情况实施监督。

（三）税务部门负责医疗保障基金征缴工作，协助医疗保障部门做好参保扩面和征缴对账工作，确保基金收入及时入库。

（四）卫生健康部门负责对医疗机构实施行业监管，规范医疗机构及其医生医疗服务行为，严防骗取套取医疗保障基金问题的发生，加强基层卫生服务体系建设，提升基本公共卫生服务水平。

（五）公安、审计、民政、市场监管、扶贫开发、残联等有关部门按各自职责分工，配合做好涉及医疗保障市级统筹的相应

工作。

第十六条 各县（市、区）政府（管委会）及各相关部门和单位要高度重视医疗保障基金市级统筹工作，切实加强组织领导，明确落实责任，对本地本单位医疗保障工作负总责，积极扩大医疗保障覆盖面，强化基金征缴，加大财政资金投入，严格执行基金预算，按要求上解基金收入及风险金，强化支出管理，合理调控基金收支，确保医疗保障制度安全运行。

第十七条 各级相关部门和单位要加强统筹协调，建立部门之间信息沟通和协同推进机制，增强医疗保障基金市级统筹工作的系统性、整体性、协同性，确保工作平稳推进。健全医疗保障基金内控制度，建立基金运行分析和风险预警制度，及时研究调整筹资政策，确保基金安全。市医疗保障部门每年组织第三方或专门机构对市本级和各县（市、区）参保缴费和基金管理使用情况进行审计评估，对有基金收支缺口的县（市、区）进行重点评估审核，同时向当地党委、政府进行通报。

第五章 法律责任

第十八条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障待遇的，按照《中华人民共和国社会保险法》第八十八条规定，由医疗保障部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。涉嫌犯罪的，依法移交司法机关追究刑事责任。

第十九条 违反《中华人民共和国社会保险法》规定，隐匿、转移、侵占、挪用医疗保障基金或者违规投资运营的，由医疗保障部门、财政部门、审计机关责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法依规依纪依规给予处分。

第二十条 按照《中华人民共和国社会保险法》相关规定，医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由医疗保障部门责令改正；给医疗保障基金、用人单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法依规依纪依规给予处分：

- （一）未履行医疗保障法定职责的；
- （二）未将医疗保障基金存入财政专户的；
- （三）克扣或者拒不按时支付医疗保障待遇的；
- （四）丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保障待遇记录等医疗保障数据、个人权益记录的；
- （五）有违反社会保险法律、法规的其他行为的。

第二十一条 对于违反本办法第十四条第（三）项规定，未按时足额上解医疗保障基金收入的县（市、区）要进行约谈通报。

第二十二条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起实施，有效期 2 年。

抄送：市委各部门，市人大办公室，市政协办公室，市监委，市法院，市检察院，市各人民团体。

邯郸市人民政府办公室

2020 年 12 月 30 日印发
