

伊犁哈萨克自治州阿勒泰地区行政公署

办公室文件

阿行办发〔2020〕55号

关于印发阿勒泰地区医疗保险基金 地级统筹管理办法（试行）的通知

各县（市）人民政府、喀纳斯景区管理委员会，行署有关部门、地直有关单位：

《阿勒泰地区医疗保险基金地级统筹管理办法（试行）》已经地委财经委员会会议和行署第73次常务会议研究同意，现印发你们，请认真抓好贯彻落实。

2020年9月3日

阿勒泰地区医疗保险基金地级统筹管理办法 (试行)

第一章 总 则

第一条 为加强医疗保险基金管理，提高基金使用效率，根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险基金财务制度》《新疆维吾尔自治区城乡医疗救助基金管理暂行办法》和《关于加强医保基金地市级管理工作的通知》(新医保〔2019〕123号)要求，制定本办法。

第二条 按照“覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理”六统一要求，完善城乡医疗保险基金制度，保障医疗保险基金健康运行。

第三条 按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，医疗保险基金实行地级统收统支，由地区统一筹集、使用和管理，实行“收支两条线”，强化专户管理，全额缴拨医疗保险基金(城镇职工基本医疗保险基金、城乡居民基本医疗保险基金、城乡居民医疗救助基金、公务员医疗补助基金、职工大额医疗保险基金)。

第二章 收支管理

第四条 当期征收的医疗保险费，按期全额上解地区社会保

障基金财政专户。其中，县（市）医疗保障部门征收的医疗保险费直接上解地区医疗保险基金收入户，每月月底前由地区医疗保障部门全额上解地区社会保障基金财政专户，原则上医疗保险收入户月末清零。县（市）税务部门征收的医疗保险费直接缴入县（市）国库户，每月月底前转入地区国库，由地区国库转入同级基金财政专户。

第五条 基金地区级统支是指地级财政统一拨付全地区医疗保险各项支出。自 2020 年 10 月 1 日起，地区财政根据年度基金支出预算，按月拨付基金至地区医疗保险基金支出户，由地区医疗保障部门拨付县（市）医疗保险基金支出户进行待遇支付。各县（市）严格执行统一的待遇政策和待遇支付项目，不得将统筹外项目纳入基金支付范围，对违规列入的项目和人员，应当及时予以清理纠正。

第六条 各县（市）医疗保险基金支出户除保留 2 个月的支付备用金外，所有结余基金必须在 2020 年 10 月 31 日前全额上解地区级基金财政专户；各县（市）2019 年 12 月 31 日前已与金融机构签订合作协议或通过转存定期、购买国债等方式储存结余基金的，协议期满后及时收回本息，全额上解地区基金财政专户管理。

第三章 分担机制

第七条 实行医疗保险地级统收统支后，按照“基金统一收支、责任分级负责、缺口合理分担”的原则，建立权利与义务相对应、事权与财权相匹配、激励与约束相结合的地、县两级政府责任分担机制。

地区行署负责基金地级统筹的统一领导，对全地区基金实行统筹调剂，督促各县（市）人民政府积极落实医疗保险各项工作职责，合理确定基金缺口及各级政府责任分担，确保基金运行平稳，参保患者及时享受政策。

各县（市）人民政府承担医疗保险工作的属地责任，做好政策执行、参保扩面、基金征缴、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、应支尽支，强化基金的预算执行和基金支出绩效管理，确保基金安全。

第八条 基金缺口分为地方一般性收支缺口和地方管理性缺口。

（一）地方一般性收支缺口是指预算年度内的医疗保险费收入预算、地方财政补助预算之和小于符合政策的基本医疗待遇支出预算的差额。

各县（市）完成年度医疗保险费收入预算后出现的一般性收支缺口，由地区滚存结余资金统筹解决。当全地区滚存结余资金达到风险预警水平，即可支付月数小于等于9个月时，有风险储备金的险种启用风险储备金；无风险储备金的险种或风险储备金

不足以弥补缺口时，启动两级财政分担机制，地区财政承担缺口资金的 5%，县（市）财政承担缺口资金的 95%。

（二）地方管理性缺口是指地方政府由于管理因素造成的基金应收未收、违规列支形成的基金减少额，即预算年度内因非政策性因素，未完成医疗保险费收入预算和同级财政补助预算，以及违规支出等主观因素造成的基金减收增支额。其中：违规行为包括违规减免、应收未收、截留滞留、违规转移、挤占挪用、贪污、违规转院、违规报销、违规支付定点医疗机构结算费用等。

地方管理性缺口由县（市）人民政府自行承担。因未完成年度医疗保险收入预算和同级财政补助预算造成基金减收的，由县（市）政府筹措资金补足；因违规支出造成基金增支的，由县（市）政府全额追回，依法追究相关人员责任。各县（市）须于当年将管理性缺口资金足额缴入地区财政专户。

第四章 预算管理

第九条 地区医疗保险基金预算（以下简称：基金预算）反映全地区医疗保险基金收支年度计划。基金预算年度为每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

基金预算遵循收支平衡原则。每年由地区医疗保障、财政、税务部门根据上年度基金预算执行情况，结合全地区经济社会发展规划，运用信息共享机制，确定全地区基金预算收支总额。

第十条 每年 11 月上旬,地区医疗保障局会同税务局统一编制基金预算草案、撰写编制说明,由地区财政部门按程序报上级医疗保障、财政部门审核后提请行署研究,经行署研究同意后提请地区人大工委批复执行。

第十一条 基金收入预算编制。基金收入包括医疗保险费收入、利息收入、财政补贴收入、转移收入、上级补助收入、下级上解收入和其他收入。

(一) 医疗保险费收入包括本年实缴当年医疗保险费、预缴以后年度医疗保险费、补缴以前年度医疗保险费、清理回收以前年度欠费(不含核销)。

(二) 利息收入根据银行存款余额、存款结构和利率等因素测算确定。

(三) 财政补贴收入包括中央财政补贴和地方财政补贴收入。中央财政补贴收入按上年数据测算确定,地方财政补贴收入除按上年数据测算外,应当结合缺口责任分担确定。

(四) 转移收入根据本地区近三年的平均发生数测算确定。

(五) 上级补助收入和下级上解收入主要核算异地就医资金,根据上年发生数测算确定。

(六) 其他收入主要为滞纳金等,根据近三年的平均发生数测算确定。

第十二条 基金支出预算编制。基金支出包括医疗保险待遇

支出、转移支出、补助下级支出、上解上级支出和其他支出等。

(一) 医疗保险基金支出预算包括住院医疗待遇、门诊医疗待遇、药店支出预算三个部分，其中：住院待遇支出预算测算指标主要包括本统筹区域住院率、出院人次、次均费用、住院总费用、统筹基金支付比例和个人账户基金支付比例等。

普通门(急)诊待遇支出预算主要依据本统筹区域普通门(急)诊人次、次均费用、总费用、统筹基金支付比例和个人账户基金支付比例等进行测算。

个人账户药店购药支出测算主要依据定点药店购药人次、次均费用、定点药店购药总费用、个人账户支付比例等测算。

(二) 转移支出根据本地区近三年的平均发生数测算确定。

(三) 补助下级支出和上解上级支出主要核算异地就医资金，根据上年发生数测算确定。

(四) 其他支出根据近三年的平均发生数测算确定。

第十三条 地、县两级财政、医疗保障、税务部门应当各司其职、通力协作、相互配合，严格按照有关规定和要求，如实编制基金预算报表，提升预算编制的科学性、准确性，确保地区基金预算的准确率控制在 5%以内。

第十四条 预算执行中，地、县两级医疗保障、税务部门应当根据实际收支，按季比对预算执行进度，分析预算执行中的问题，采取措施加以解决，做好基金支出绩效管理工作，并向同级

财政部门书面报送基金预算执行情况和绩效监控情况。

第十五条 年度基金预算原则上不作调整，确因特殊原因应当调整的，由地区医疗保障、税务部门编制基金预算调整草案，会同地区财政部门报上级医疗保障、财政部门审核后，经行署提请地区人大工委批复后执行。

第十六条 中央财政补助资金、地区滚存结余资金、地方财政补助资金由地区统一管理使用。

第十七条 地区财政应将中央、自治区财政补助资金及时拨入县（市）国库，县（市）国库将补助资金上解到地区社会保障基金财政专户。

第十八条 地区医疗保障、税务部门于预算年度结束的次年1月底前，按要求编制全地区基金决算报表和分析说明，根据年初基金支出绩效目标，做好基金支出绩效自评工作，由地区财政部门报上级医疗保障、财政部门审核，经行署提请地区人大工委批复后予以公开。

第十九条 地、县两级财政、医疗保障及税务部门必须严格核对账目，确保决算数据真实准确、内容完整、说明清晰，确保基金决算质量。

第二十条 地区医疗保障、财政、税务部门应当及时审定全地区基金预算，确保预算制定科学合理。预算下达后，应当做好预算执行的组织实施工作。地、县两级政府和地区医疗保障、税

务部门对预算执行情况定期开展监督检查，确保预算科学合理。

第五章 组织实施

第二十一条 各县（市）人民政府应当提高政治站位，坚持把人民健康放在优先发展的战略地位，根据本办法确定工作目标和任务，加强组织领导，周密部署安排，确保领导到位、责任到位、工作到位；地区医疗保障、财政、税务等相关部门主动担当作为，加强协调配合，切实把民生大事办好办实。

第二十二条 各县（市）人民政府要进一步加强医疗保障部门服务能力建设，根据工作职能和内控要求合理设置机构，理顺管理体制，加大医疗保障基础服务设施建设力度，强化医疗保障队伍建设，不断提升医疗保障能力和水平。

第六章 附则

第二十三条 本办法由地区医疗保障局负责解释，自 2020 年 10 月 1 日起施行。

抄送：地委办公室，地区人大工委、政协工委办公室，地区纪委监委
办公室。

阿勒泰地区行署办公室

2020年9月3日印发
