

《阿勒泰地区医疗保险基金地级统筹 管理办法（试行）》的政策解读

一、制定背景

根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30号）精神，为加大城乡统筹工作力度，做实居民医保地级统筹，在地级基金统收统支的基础上，实现政策制度统一、医疗服务协议管理统一、经办服务统一和信息系统统一，提高运行效率和抗风险能力。

二、当前情况

目前，阿勒泰地区已经实现了城乡居民、城镇职工医保政策上统一，但基金管理没有实现真正意义上的地级统筹，各县（市）基金仍分灶管理，基金抗风险能力较弱。且全疆14个地州仅个别地州没有做实地级统筹。2019年，阿勒泰地区城乡居民医疗保险基金当期结余-4595万元，累计结余13818万元，基金累计结余可支付4个月（累计结余比当期基金支出额），基金运行存在风险。

三、主要内容

为着力解决医疗保障发展不平衡不充分的问题，在巩固和扩大基本医保覆盖面、完善统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度的基础上，继续稳步提高基本医保统筹层次，推动制度稳定可持续发展，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，制定了《阿勒泰地区医疗保险基金地级统筹管理办法（试行）》。

1. 制定目标：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，严格执行各项政策，保障医疗保险基金健康运行。

2. 制定原则：以收定支、收支平衡、略有结余。

3. 制定范围：本办法中所指医疗保险基金包括：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。

4. 基金管理模式：医疗保险基金由地区统一筹集、使用和管理，统收统支，收支两条线，强化专户管理，全额缴拨医疗保险基金。县（市）征缴的各项医保基金，不再缴入县（市）级财政专户，直接上解地区，缴入地区财政专户，由地区统一管理使用，地区拨付的医疗基金直接进入各县（市）基金支出户进行待遇支付。基金收支均实行预算管理，地、县两级全面完成基金收入预算，地区根据各县（市）支出预算拨付各项医疗待遇。统筹范围内实行就医地结算，所有定点医疗机构、药店发生的医疗保险费用，均直接可以与所在地医保部门进行结算。

5. 基金缺口分担机制：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。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；没有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%。

6. 管理职责：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，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。

7. 组织实施：各县（市）人民政府根据本办法确定的工作目标和任务，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。

8. 实施时间：本办法自2020年10月1日起施行，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，所有结余基金必须全额归集上解地区级基金财政专户。