

索引号:	11220000MB19566296/2022-05981	分类:	其他;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2022年11月29日
标题:	关于印发吉林省基本医疗保险基金市级统收统支管理暂行办法的通知		
发文字号:	吉医保联〔2022〕36号	发布日期:	2022年12月09日

关于印发吉林省基本医疗保险基金市级统收统支管理暂行办法的通知

吉医保联〔2022〕36号

各市（州）医疗保障局、财政局、税务局，长白山管委会医疗保障局、财政局、税务局，梅河口市医疗保障局、财政局、税务局，人民银行各市（州）中心支行、中国工商银行股份有限公司延边长白山支行、人民银行梅河口市支行：

《吉林省基本医疗保险基金市级统收统支管理暂行办法》已经省政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

吉林省医疗保障局 吉林省财政厅

国家税务总局吉林省税务局 中国人民银行长春中心支行

2022年11月29日

吉林省基本医疗保险基金市级统收统支管理暂行办法

第一章 总则

第一条 为统一和规范全省基本医疗保险（包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险，以下简称“基本医保”）基金市级统收统支管理，切实提高

基金使用效率和统筹共济能力，按照中央关于深化医疗保障制度改革的决策部署和《吉林省人民政府关于全面推进医疗保障市级统筹的意见》（吉政发〔2020〕3号）要求，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国预算法》以及《社会保险基金财务制度》等相关法律法规，结合实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于省内设县（市）的市（州）级基本医疗保险统筹区（以下简称“市（州）统筹区”）基金统收统支管理。长白山保护开发区、梅河口市基本医保基金统收统支管理参照市（州）执行，双阳、九台、江源区参照县（市）执行。

第三条 基本医保基金市级统收统支管理坚持以收定支、收支平衡、略有结余的基本原则；坚持制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的统筹标准；坚持分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的运行机制。

第四条 各市（州）、县（市）政府按照基金统一收支、责任分级负责、缺口合理分担的原则，认真履行基金市级统收统支管理的主体责任和属地责任。

第五条 各级医疗保障、财政、税务、人民银行等部门按照部门职责，分工负责基本医保基金市级统收统支工作。

第二章 基金统收

第六条 各市（州）统筹区分别设立职工和城乡居民基本医保市级统筹基金财政专户（以下简称“市级统筹基金财政专户”），用于归口管理统筹区内全部基金收入。

各市（州）、县（市、区）分别设立本级城镇职工和城乡居民基本医保财政专户，用于归集、上解基本医保费收入和财政补助收入等。区级财政专户仅用于归集税务部门征收基本医疗保险费。

第七条 职工基本医保市级统筹基金收入主要由职工基本医疗保险费、财政补助、利息、转移收入、滞纳金等构成。

城乡居民基本医保市级统筹基金收入主要由居民基本医疗保险费、财政补助、利息等构成。

基本医疗保险费由各县（市、区）税务部门按属地管理原则统一征收，经属地入库后划入同级财政专户，各县（市、区）财政部门按月将基本医疗保险费分类上解至市级统筹基金财政专户。

中央和省级财政对各市县下达的城乡居民基本医疗保险补助资金，按规定拨付至各市（州）统筹区后，同级财政部门应按程序按序时进度将收到的中央和省级财政补助资金划入市级统筹基金财政专户。各市县应配套的财政补助资

金要按序时进度于每年 12 月底前全部上解至城乡居民基本医疗保险市级统筹基金财政专户。

各市（州）、县（市、区）基本医保基金财政专户和支出户产生的利息，按季度分别划入职工和城乡居民基本医疗保险市级统筹基金财政专户。

各级职工基本医保转移收入应按月度全额划入市级统筹基金财政专户。

第三章 基金统支

第八条?各市（州）医保经办机构分别设立本统筹区职工和城乡居民基本医保市级统筹基金支出户（以下简称“统筹基金支出户”），用于统筹支付辖区基本医保基金支出。

各市（州）、县（市）医保经办机构分别设立本级职工和城乡居民基本医保基金支出户（市辖区不设立基本医疗保险基金支出户），用于本级基本医疗保险待遇支付和转移支出等。

第九条 基本医保市级统筹基金支出实行“总额控制、预算审核、分级支付”和“按季申请、按月拨付、按年结算”的管理方式，基金支出严格按照批复的年度基金支出预算执行。

第四章 基金预决算

第十条?以市（州）统筹区为单位编制基本医保基金年度预决算和预算调整方案。

基本医保基金预决算草案由各市（州）医疗保障部门所属经办机构编制，同级医疗保障部门进行审核。基本医保基金收入预决算草案，由医保经办机构会同税务机关编制。经医疗保障部门、税务部门审核后的预决算草案，分别送同级财政部门审核，再由财政部门会同相关部门联合报本级人民政府审定，并认真做好向本级人大报送的各项工作，审批后的基金预决算分别报上一级财政部门、税务部门、医疗保障部门。

各市（州）编制的预算调整方案，按规定程序报批执行。

第五章 缺口分担

第十一条 基本医保基金市级统收统支前发生的应付未付医保待遇（含原城镇居民医保与原新农合整合前发生的应付未付医保待遇），由市（州）、县（市）基本医保结余基金支付，基金累计结余不足以支付的，由同级政府负责，市级统筹基金和省级风险调剂金不予分担。

第十二条 基金缺口根据产生原因，分为年度基金预算收支缺口和管理性缺口，采取不同的缺口分担办法。

第十三条 年度基金预算收支缺口是指在完成年度基本医保费收入预算和同级财政补助收入预算且属合理合规支出情况下，出现的年度基金总收入与年度基金总支出的差额。

职工年度基金预算收支缺口=（基本医保费收入+财政补助收入+利息收入+其他收入+转移收入）-（基本医保待遇支出+其他支出+转移支出）

城乡居民年度基金预算收支缺口=（基本医保费收入+财政补助收入+利息收入+其他收入）-（基本医保待遇支出+城乡居民大病保险支出+其他支出）

第十四条 年度基金预算收支缺口通过基本医保基金市级统收统支前经审计清算确认后的累计结余基金补足，累计结余支付后不足部分，由同级政府和市级统筹基金按照 5:5 比例分担缺口。

第十五条 管理性缺口是指年度内按规定未完成基本医保费收入预算或同级财政补助收入预算，以及因违反所在市（州）统筹区或全省统一的医保政策规定等导致不合理性支出形成的基金缺口。

管理性缺口由责任主体同级政府自行承担缺口资金补足责任。未完成年度基本医保费收入预算或同级财政补助收入预算的市县政府，应于确认管理性缺口后 3 个月内，将缺口资金足额上解至市级统筹基金财政专户。

第十六条 市（州）统筹区未将本年度中央和省级财政下达的城乡居民基本医保补助资金及时足额划入市级统筹基金财政专户导致出现的基金缺口，由市（州）政府负责全额补足。

第十七条 年度基金预算收支缺口和管理责任缺口补足后，市级统筹基金累计结余可支付能力仍不足 4 个月时，由市（州）政府牵头会同所辖县（市）将可支付能力提升至 4 个月；当市级统筹基金累计结余高于 4 个月不足 6 个月时，可按规定程序申请省级调剂金。

第六章 省级风险调剂金

第十八条 基本医保基金在做实市级统收统支管理基础上建立省级风险调剂金制度。坚持“省级调剂、集中管理、风险分担”原则，根据基金结余规模按年度确定征收比例。

第十九条 省级风险调剂金的规模维持在上年度全省基本医疗保险基金收入的 15%，不足部分由各市（州）统筹区按照一定比例上解。

第二十条 省级风险调剂金财政专户下设职工、城乡居民医保和其他收入子账户，各市（州）、县（市）应将市级统收统支前，本级已审计清算确认后的职工和城乡居民医保累计结余基金，按照一定比例一次性分别上解至职工和城乡居民医保省级风险调剂金财政专户单独核算。

原新农合风险金全部划入城乡居民医保省级风险调剂金财政专户，按资金上解地冲抵，当年无法全部冲抵的，结转下期继续冲抵。

省级风险调剂金管理办法由省医疗保障局会同省财政厅另行制定。

第七章 市县政府责任

第二十一条 各市（州）政府负责对市级统筹工作的统一领导，对本统筹区基本医保基金分险种实行统筹调剂，落实财政补助政策，督促所辖县市财政部门及时足额将城乡居民基本医保财政补助配套资金上划至市级统筹基金财政专户。各市（州）政府要建立对县（市、区）的考核评价机制，将国家和省下达的医疗保险参保扩面、基金征收、基金管理 etc 目标任务细化分解后，下达所辖县（市、区），并督促实施。

第二十二条 各市（州）、县（市）政府要承担本地区基本医保工作的属地主体责任，落实基本医保各项工作职责和基金缺口分担责任，确保基本医保待遇支付。按规定比例分担的缺口资金，各市（州）、县（市）政府要及时筹措到位，对不担责不作为，未及时筹措资金，影响基本医保待遇支付的，按相关规定追究责任。

第二十三条 各市（州）统筹区财政部门按序时进度将中央和省级财政补助资金拨付至市级统筹基金财政专户，各市（州）、县（市）财政部门按序时进度将配套的财政补助资金上划至市级统筹基金财政专户。对中央和省级财政下达的城乡居民基本医保补助资金及各级财政配套的补助资金未及时足额划入市级统筹基金财政专户的，省级财政在次年结算时，按国家规定予以相应扣减补助资金，扣减部分由属地政府全额补足。同时，对因财政补助未及时足额到位导致中央扣减的统筹区，在落实中央财政扣减政策的同时，省级财政比照执行，奖优罚劣，扣减部分由属地政府自行补足。

第八章 附则

第二十四条 本办法由省医疗保障局会同省财政厅、国家税务总局吉林省税务局、中国人民银行长春中心支行负责解释。

第二十五条 本办法自印发之日起施行。省内各地现行基本医保基金收支政策与本办法不一致的，以本办法为准。