

咸宁市医疗保障局

关于征求《城乡居民基本医疗保险市级 统筹实施办法》意见的函

各县（市、区）医疗保障局：

为加快提升我市城乡居民基本医疗保险统筹层次，完善基金统筹制度，增强基金抗风险能力，增强城乡居民医保制度的可持续性，确保参保人员基本医疗保障待遇，根据《湖北省人民政府办公厅关于进一步做实城乡居民基本医疗保险市级统筹工作的实施意见》（鄂政办发〔2020〕9号）规定，和市政府工作安排，我们拟定了《城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法（征求意见稿）》，现书面征求意见。

请各县（市、区）医疗保障局高度重视，认真组织讨论，并将书面意见于2020年7月17日前报市医疗保障局。

联系人：沈琳洁 邮箱：6275631@qq.com

附件：《咸宁市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法（征求意见稿）》



咸宁市财政局

关于市医保局征求《城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法》（征求意见稿）的回复

市医保局：

贵局转来《城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法》（征求意见稿）（以下简称《征求意见稿》）收悉，我们对相关政策认真研究，现提出如下修改意见：

一、建议将《征求意见稿》中第八条：“筹资标准。严格执行国家和省规定的筹资政策，全市所有城乡居民按照统一筹资标准缴纳个人医保费。”修改为：“筹资标准。财政补助标准和个人缴费标准，严格执行国家和省规定的筹资政策。”

修改理由：个人缴费和政府补贴筹资方式的两种情况，在筹资标准中均应表述。

二、建议将《征求意见稿》中第十九条：“按照市、区一体化管理要求，咸安区温泉、浮山和永安办事处参保的城乡居民，在市直定点医疗机构就诊，视同县域内分级诊疗就诊管理，医保基金单独核算，基金收支缺口，市本级和咸安区各承担一半。”修改为：“按照市、区一体化管理要求，原在市直参保的温泉办事处的城乡居民，以后统一划转至咸安区参保，在市直定点医疗机构就诊，视同县域内分级诊疗就诊管理，因转诊个人自费比例提高10%的部分，个人不承担，在市级统筹基金中承担。”

修改理由：原在市直参保的温泉办事处的城乡居民，后统一划转至咸安区参保，但是此部分居民仍在温泉居住，看病就医也是选择就近选择市直定点医院。因划转至咸安区后，到市直定点医院就诊反而视同从转诊，个人要多承担10%自费费用，这种情况并不合理。不能因为划转参保，而增加个人自费负担，因此对于此类人群因参保地原因导致的转诊自费比例提高部分，个人不承担，在市级统筹基金中承担。

三、建议将《征求意见稿》第二十二条款第一款：“2020年10月1日起，……，统一核算。全市各级税务部门征收的城乡居民医保费按规定及时全额缴入国库，再划转至市财政专户；……。”修改为：“2020年10月1日起，……，统一核算。全市各级税务部门征收的城乡居民医保费按规定及时全额缴入国库，医保部门配合财政部门于每月终了后5个工作日内将资金划转至市财政社保专户；……。”

修改理由：应明确资金拨付相关部门及时限。

四、建议将《征求意见稿》第二十三条：“统一基金账户管理。市财政部门设立统一的城乡居民医保基金财政专户，市本级和各县（市、区）医保经办机构分别设立基金支出户。……。”修改为：“统一基金账户管理。市财政部门设立统一的城乡居民医保基金财政专户，市本级和各县（市、区）医保经办机构分别设立基金支出户专户。……。”

修改理由：按照社保基金财政专户管理要求，一是市级财政社保专户个数已依规开设，新增各项基金只须在现有专户中分账核算。二是各级医保经办机构也依规设立了基金支出户，新增基金只须在现有账户中分账核算即可。

五、建议将《征求意见稿》第二十四条：“完善基金预算管理制度。县（市、区）医保部门会同同级财政、税务部门，……。在执行过程中因特殊情况需要调整的，按社会保险基金预算调整程序经市人民政府批准后执行。同时将每年编制的基金收入预算，细化……。”修改为：“完善基金预算管理制度。县（市、区）医保部门会同财政、税务部门，按照国家和省级预算编制管理要求，结合参保扩面和征缴任务，编制基金预决算草案，报同级人民政府批准后，上报市医保部门汇总。市医保局会同市财政局、市税务局对各县（市、区）上报的年度预决算草案进行审核，以市为单位统一编制基金预决算，并经市政府审核批准后上报省。严格按省下达的年度基金预算和规定程序执行，不得随意调整。如遇国家和省政策调整，基金预算需要调整的，按省规定社会

保险基金预算调整程序，经市人民政府批准后执行，同时将批复后的预算调整数下达到各县（市、区）。各县市区人民政府负责组织做好本区域内城乡居民参保登记、保费征缴和待遇支出工作。”

修改理由：基金预算管理必须严格按照中央和省级政策要求执行。

六、建议将《征求意见稿》第二十六条：“明确风险分担机制。……。各县（市、区）因未严格执行缴费政策或未按规定安排补助资金等情况造成基金收入缺口的，由当地政府负责追缴、弥补到位。”修改为：“建立风险分担机制。一是加强基金收入管理。各县（市、区）因未严格执行缴费政策或未按规定安排财政补助资金及管理不善等情况造成基金收支缺口的，由当地政府负责弥补到位。二是加强基金支出管理。各县（市、区）医保、财政部门要加强基金的支出管理；市医保、财政部门要加强基金监管，实施基金预算绩效考核。三是建立风险储备金制度。储备金按照当年城乡居民医疗保险基金征收额的5%提取。一个预算年度内，各县（市、区）城乡居民医保基金收支出现缺口时，先由各县（市、区）统筹前历年累计结余基金进行弥补；弥补不足时，各县（市、区）完成年度收支计划的，由市级统筹累计基金进行弥补；市级统筹累计基金弥补不足的，由风险储备金弥补；风险储备金弥补不足的，由市县共同承担，其中，市级承担5%，各县（市、区）承担95%。”

修改理由：一是落实各级政府主体责任，加强各地对基

金的收支监管。二是建立储备金制度就是为了风险共担。三是虽然城乡医保基金是以收定支，为了保证出现赤字能够及时弥补，考虑到市本级从未出现收支赤字，并且基金累计结余较大，根据鄂政办发（2020）9号要求的“累计结余基金仍不足的，市、县两级合理分担基金缺口”，并与省医保对接，按照市级应承担的责任，市级承担弥补基金缺口的比例约为5-10%，我们选择最低比例5%。

七、建议将《征求意见稿》第二十七条第二款：“自2021年1月1日起，各县（市、区）2020年底城乡居民医保累计结余基金，由市统一管理和调度使用，如需运用，……。”修改为：“各地应在2020年底完成城乡居民医保基金审计，于2021年1月，将2020年累计结余基金，全额上缴至市财政局财政专户，由市级统一管理并分账核算。”

修改理由：历年结余上划至市级财政专户后，便于市级统一管理。



咸宁市人力资源和社会保障局

市人社局关于《城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法（征求意见稿）》的修改建议

市医疗保障局：

贵单位《关于征求〈城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法（征求意见稿）〉意见的函》已收悉，我局高度重视，结合职能，经研究分析，现提出如下修改建议：

“第五条保障措施（二）明确责任分工”“人社部门负责配合做好城乡居民医保信息系统移交前的升级改造相关工作”。根据《省政府办公厅关于进一步做实城乡居民基本医疗保险市级统筹工作的实施意见》（鄂政办发〔2020〕9号）第四条保障措施：“人社部门负责配合做好城乡居民基本医疗保险信息系统移交前的相关工作”。建议，将“（二）明确责任分工”修改为“人社部门负责配合做好城乡居民基本医疗保险信息系统移交前的相关工作”。

联系人：市人社局信息中心胡敏 18972850878

咸宁市人力资源和社会保障局

2020年7月17日



咸宁市审计局

关于〈关于征求〈城乡居民基本医疗保险 市级统筹实施办法〉意见的函〉的回复

市医保局：

我局在收到关于征求《城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法》意见的函后，组织相关业务科室进行讨论，报经局领导同意，对该实施办法无异议。



赤壁市医疗保障局

关于《咸宁市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法征求意见稿》回复

咸宁市医疗保障局：

《咸宁市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法征求意见稿》（以下简称意见稿）收悉，我局高度重视，第一时间迅速组织专班对意见稿进行了学习与研究，本着严谨、严肃、认真的原则对意见稿开展了专题讨论，现将相关意见回复如下：

第九条 参保缴费

（二）在校大（中专）学生，缴费期为当年9月1日至11月30日，待遇享受时间为当年9月1日至次年8月31日（咸政办发〔2017〕35号）。参加了我市城乡居民医保的大、中专院校应届毕业生，毕业后城乡居民医保待遇享受期延长至当年12月31日，免缴当年9至12月城乡居民医保费。

建议：在校大（中专）学生的缴费期与待遇期与普通城乡居民保持一致，缴费期为当年9月1日至12月31日，次年1月1日至12月31日享受相应的城乡居民医保待遇。（理由：在日常工作中，我们经常遇到我市在外地就读大（中专）

毕业生，在家待业期间无法享受医疗保障待遇情况。)

(三) 新生儿父母任意一方参保省内基本医疗保险并按规定缴费的，新生儿可在其父母任意一方参保地办理参保登记手续，免缴当年参保费用，自出生之日起享受当年医保待遇，次年以新生儿本人身份参保缴费。

建议：该条改为“新生儿父母按规定缴费参加基本医疗保险的，新生儿可免缴当年参保费用，自出生之日起享受当年医保待遇，次年以新生儿本人身份参保缴费。”（理由：电力部门和铁路部门有很多常年居住生活在我市的职工，其参加的铁路医保或外省医保，其新生子女按该文件规定则享受不到新生儿参保政策。）

(五) 参保关系接续。城乡居民医保关系由异地转入的，从原参保地转出之日起3个月内办理参保缴费手续。符合政策规定从城镇职工医保转入城乡居民医保的，在城镇职工医保缴费（年度无欠费）期满次月办理参保缴费手续。按上述规定时间办理转入参保缴费手续的，从缴费之日（以缴费凭证日期为准）起享受当年城乡居民医保待遇。

参保城乡居民未按规定时间参保缴费的，视为年度中途参保。

建议：该条款中的“次月”建议修改为“3个月内”。

（理由：与该条城乡居民转入设置时限保持一致。）

第十一条 基本医保待遇

一、门诊待遇

建议：门诊待遇中应增加“两病门诊用药保障待遇相关

内容。”

(1) 特殊门诊医疗费用，如使用靶向药（谈判药）购药费用，慢性肾衰竭透析费用，器官移植术后门诊抗排异药物等费用，恶性肿瘤（经本人或家属申请放弃住院治疗）患者姑息治疗门诊费用，根据具体病种病情、疗程用药量计算配额标准；

(2) 一般门诊医疗费用，年合规医疗费配额 4000 元。

以上两项门诊慢性病费用与住院费用合并计算，不超过基本医疗保险年基金最高支付限额。

建议：

1、删除“靶向药”。（理由：目前执行的是谈判用药纳入医保范围，加入靶向药导致概念不清。）

2、将恶性肿瘤（经本人或家属申请放弃住院治疗）患者姑息治疗门诊费用列入一般门诊医疗费用进行配额或为恶性肿瘤（经本人或家属申请放弃住院治疗）患者姑息治疗门诊费用按原政策设立 9000 元配额标准。（理由：病人的病情多变，同时也会出现治疗方案多变的情况，无法管控。）

二、住院待遇

（一）起付标准：市内一级医疗机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务机构，下同）200 元，二级医疗机构 600 元，三级医疗机构和市内转诊 1000 元，市外转诊 1800 元。

在一个结算年度内，对符合规定的市内转诊住院患者，在出院 2 日内（含 2 日）转往上一级医疗机构住院，起付标准连续计算。

报销比例：起付标准以上的住院合规医疗费用，医保基金支付比例分别为：市内一级医疗机构 85%，二级医疗机构 70%，三级医疗机构及县域外市内转诊 65%，转市外医疗机构 55%。

建议：

1、市外转诊起付标准 1800 元过高。

2、删除“在一个结算年度内，对符合规定的市内转诊住院患者，在出院 2 日内（含 2 日）转往上一级医疗机构住院，起付标准连续计算。”内容。（理由：按分级诊疗相关规定需实行双向转诊，该条款只设置了向上转诊级政策，没有设置向下转诊政策，加上在具体操作过程中存在急诊患者结算不及时等诸多因素，届时会造成很多的矛盾。）

3、二级医疗机构报销比例调整为 75%。

（六）斗殴、酗酒、吸毒及其它违法犯罪行为所致伤病的；
建议：删除“酗酒”内容。（理由：酗酒不好定义，执行上难度大。）

第十八条 加强异地就医和转院转诊管理，市内、市外转诊，由所在地二级及以上综合医疗机构、医共体牵头单位（专科疾病由专科医疗机构）或医保经办机构直接办理转诊手续，政策内医疗费用按下列规定个人先自费，余下部分再按城乡居民医保政策比例报销。

办理了转诊手续的，政策内医疗费用市内转诊个人先自费 5%，市外转诊个人先自费 10%，非定点医疗机构转诊个人先自费 20%。

未办理转诊手续的，政策内医疗费用个人先自费50%。

办理了异地居住备案手续的，异地发生的医疗费用按参保地三级医疗机构政策待遇执行；回参保地就医在本地定点医疗机构直接结算报销。

建议：

1、删除“或医保经办机构直接办理转诊手续”内容。

（理由：①全国医疗保障经办政务服务清单第四主项15子项明确“异地转诊人员备案需提供具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。”②基本医疗卫生与健康促进法第二章第三十条规定“国家推进基本医疗服务实行分级诊疗制度，引导非急诊患者首先到基层医疗卫生机构就诊，实行首诊负责制和转诊审核责任制，逐步建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的机制，并与基本医疗保险制度相衔接。”均表明医保经办机构不能直接办理转诊手续。

2、“办理了转诊手续的，政策内医疗费用市内转诊个人先自费5%”调整为10%。（理由：体现市内市外转诊的公正公平性）

3、“回参保地就医在本地定点医疗机构直接结算报销。”政策不明确。建议按转诊到三级医疗机构政策待遇执行。

（三）乡镇（街道）政务服务中心医保服务窗口，承担本辖区内城乡居民医保政策宣传、组织参保登记、人员信息变更、医疗费用零星报销等业务经办工作，受理医保政策咨询、医疗费用查询，以及县（市、区）经办机构安排的其他工作。

建议：各地改革进度不一，医疗费用零星报销由乡镇（街道）政务服务中心医保服务窗口承担有一定难度，改为“逐步开展医疗费用零星报销业务。”

第二十六条 明确风险分担机制。市医保、财政部门要加强基金监督管理，实施基金预算绩效考核。一个预算年度内，各县（市、区）城乡居民医保基金收支出现缺口时，先由各县（市、区）统筹前历年累计结余基金进行弥补；弥补不足时，各县（市、区）完成年度收支计划的，由市级统筹累计结余基金进行弥补；累计结余基金仍不足的，由市级承担5%，其余部分由县（市、区）负责。

各县（市、区）因未严格执行缴费政策或未按规定安排补助资金等情形造成基金收入缺口的，由当地政府负责追缴、弥补到位。

具体考核、分担办法由市医疗保障局、市财政局另行制定。

建议：“累计结余基金仍不足的，由市级承担5%，其余部分由县（市、区）负责。”政策建议参保办法第十九条规定执行。“基金收支缺口，市级和县（市、区）各承担一半。”



关于征求《城乡居民基金医疗保险市级统筹实施办法》 意见的函

市医疗保障局：

关于征求《城乡居民基金医疗保险市级统筹实施办法》意见的函，我单位已经收悉，经过相关业务股室认真研究阅读，并会同县财政局提出意见如下：

1、实施办法中能否明确规定报销所需资料（原始发票、清单、出院记录等）。

2、第十一条基金医保待遇第一条门诊待遇（第三条）门诊特殊慢性病中，第2项Ⅱ类病种年合规医疗费配额4000元改成3000元。Ⅲ类病种年合规医疗费配额1600元改成1200元。配额标准暂保持原来标准不变，不予调整。

3、县财政局建议第二十六条中累计结余基金仍不足的，由市级承担5%，能否改为市级承担20%，其余部分由县（市、区）负责。

以上意见，请予以采纳为盼！



意见回复函

市医疗保障局：

贵局下发的《咸宁市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法》（征求意见稿）已收悉，我局经认真讨论和研究，建议如下：

1、**第十一条** 基本医保待遇中的（四）意外伤害待遇：参保城乡居民发生基本医保所规定的自然疾病.....。修改为：以治疗外伤为主的费用纳入意外伤害报销，以治疗疾病为主的纳入基本医疗报销。

2、**第十六条** 下列原因发生的医疗费用，城乡居民医保基金不予支付中的（八）国家、省、市有关基本医疗保险政策规定不予报销的费用。要有具体参照的附件。

3、**明确门诊、住院费用报销时限期**。如：当年发生的门诊费用当年报销；外出务工，批准转诊或在县内医疗机构住院的，出院后，必须在次年的3月31日以前办理审核补偿，逾期，则视为自动放弃，不予补偿。



通山县医疗保障局关于 咸宁市城乡居民医保市级统筹办法 (征求意见稿)的回复

市医疗保障局:

《咸宁市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法》
(征求意见稿)收悉,我局组织专班进行了认真研究,现提出如下修改意见和疑问:

一、第十一条 基本医保待遇

一、门诊待遇。(三)门诊特殊慢性病。

1、I类病种8个:(2)一般门诊医疗费用,年合规医疗费配额4000元。建议修改为:一般门诊医疗费用,年基金支付限额3000元。

2、II类病种14个:年合规医疗费配额4000元。建议修改为:年基金支付限额1600元。

3、III类病种10个:年合规医疗费配额1600元。建议修改为:年基金支付限额1000元。

二、住院待遇。

1、(一)起付标准:市外转诊1800元。建议修改为:市外转诊1500元。

在一个结算年度内,对符合规定的市内转诊住院患者,在出院2日内(含2日)转往上一级医疗机构住院,起付标准连续计算。建议修改为:在一个结算年度内,对符合规定

的市内转诊住院患者，在出院2日内（含2日）因危、急、重症转往上一级医疗机构住院，起付标准连续计算。

2、（二）报销比例：三级医疗机构及县域外市内转诊65%，转市外医疗机构55%。建议修改为：三级医疗机构及县域外市内转诊60%，转市外医疗机构50%。

3、（三）生育待遇。符合生育政策的参保城乡居民住院分娩，发生的住院合规医疗费用纳入城乡居民医保住院统筹基金支付范围，年基金最高支付限额900元。建议修改为：符合生育政策的参保城乡居民住院分娩，发生的住院合规医疗费用纳入城乡居民医保住院统筹基金支付范围，年基金最高支付限额900元。对因分娩过程中合并严重并发症的，按一般疾病享受住院报销待遇。

4、（四）意外伤害待遇。参保城乡居民发生基本医保所规定的自然疾病和工伤保险规定赔付范围以外（不含按政策规定未参加工伤保险的企业、事业等单位职工工伤），遭受外来的、突然的、非本意的、非疾病的意外伤害所引起的当年和后续住院治疗所发生的住院合规医疗费用，以及与意外伤害住院治疗相关联的检查、治疗、用药费用，纳入城乡居民意外伤害医疗保险保障范围。待遇标准与城乡居民医保、大病保险政策待遇一致。建议修改为：参保城乡居民发生基本医保所规定的自然疾病和工伤保险规定赔付范围以外（不含按政策规定未参加工伤保险的企业、事业等单位职工工伤），无第三责任人的意外伤害所引起的当年和后续住院治疗所发生的住院合规医疗费用，以及与意外伤害住院治疗相

关联的检查、治疗、用药费用，纳入城乡居民意外伤害医疗保险保障范围。基本医保报销实行封顶2万元，大病保险报销实行封顶3万元。

4、**建议：**参保居民当年发生的医疗费用，应于次年末以前结算报销，不得越过次年末。

二、第十八条。建议：办理了转诊手续的，未在就医医疗机构结算而回参保地按中心零星报销的，政策内费用按相应级别医疗机构下降比例后再先自付10%。

三、第二十五条。规范基金划拨程序。从2021年1月份起，各县（市、区）医疗保障部门每月25日前根据预算安排，向市医疗保障部门申报下月基金支出计划，市医疗保障部门每月底前，汇总审核市本级、县（市、区）下月基金支出计划，向市财政部门申报。市财政部门审核后于次月10日前，将支出资金及时拨付到市级城乡居民医保基金支出户。市级医保经办机构及时向县（市、区）城乡居民医保基金支出户核拨结算。

建议修改为：从2021年1月份起，各县（市、区）医疗保障部门应于上月25日前根据预算安排，向市医疗保障部门申报下月基金支出计划，市医疗保障部门应于申报当月底前，汇总审核市本级、县（市、区）下月基金支出计划，向市财政部门申报。市财政部门审核后于次月10日前，将支出资金及时拨付到市级城乡居民医保基金支出户。市级医保经办机构及时向县（市、区）城乡居民医保基金支出户核拨结算。

四、第二十六条 明确风险分担机制。累计结余基金仍不足的，由市级承担 5%，其余部分由县（市、区）负责。建议修改为：累计结余基金仍不足的，由市、县按“四六”分担。

五、建议

1: 各县市当年基金有结余留用或用于弥补市级统筹前的亏损。

2: 各县（市、区）市级统筹前的债务和缺口用市级统筹后的结余来逐年解决。

