附件1

云南省推进基本医疗保险省级统筹的实施意见

（征求意见稿）

为加快推进基本医疗保险（以下简称基本医保）省级统筹，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规以及《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《中共云南省委 云南省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（云发〔2020〕19号）等文件精神，经省人民政府同意，结合我省实际，提出如下实施意见。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大和二十届二中、三中全会精神，深入贯彻落实习近平总书记关于医疗保障工作重要指示批示和考察云南重要讲话精神，坚持以人民为中心的发展思想，坚持稳中求进工作总基调，立足健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次医疗保障体系，按照政策统一规范、基金调剂平衡、完善分级管理、强化预算考核、提升管理服务的方向，按照“先居民医保、后职工医保；调剂金模式先行、逐步实现统收统支”的步骤，渐近式稳妥推进基本医疗保险省级统筹，促进基本医保更加公平均衡，制度运行更加稳健可持续，有力保障人民群众健康。

2025年底前，出台城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）省级统筹调剂金管理办法。2026年起，实施居民医保省级统筹调剂金筹集、分配。2027年底前，统一全省居民医保待遇政策标准。条件成熟后，再制定职工基本医疗保险（含生育保险）（以下简称职工医保）省级统筹调剂金管理办法，启动职工医保省级统筹。基本实现基本医保制度框架、筹资和待遇标准、支付政策、经办服务等全省统一。省级统筹调剂金模式运行平稳后，逐步过渡到统收统支模式。

二、建立省级统筹调剂金制度

根据省级统筹工作进程，分别设立居民医保、职工医保省级统筹调剂金（以下简称省级调剂金）。省级调剂金包含基础调剂金和紧急调剂金两部分，按年度筹集，纳入财政专户管理，实行收支两条线，专款专用、分账核算，险种间不得相互调剂，不得用于平衡财政预算。

1. 省级调剂金。居民医保按上年基金收入（含个人缴费收入和财政补助收入，下同）的5%筹集，省本级上年基金当期结余率超过30%或累计结余可支付月数超过24个月时，按上年基金收入的8%筹集；职工医保按上年统筹基金征缴收入的一定比例筹集，上解比例由省医保局和省财政厅在实施职工医保省级统筹调剂前确定。省级调剂金筹集后应上解至省级社会保障基金财政专户。省级调剂金上解比例，视全省基金运行情况，由省医保局和省财政厅动态调整。各地基金累计结余留存州（市）级管理，用于弥补本地基金收支缺口，当年出现基金赤字动用累计结余须报省医保局和省财政厅批准。

（二）基础调剂金。当年筹集的省级调剂金预留紧急调剂金后形成基础调剂金，基础调剂金按参保人数、参保人年龄结构、人均医疗费等结构性因素及住院率、次均住院费用、异地就医住院基金支付占比等管理性因素全部分配各地。

（三）紧急调剂金。紧急调剂金主要用于弥补医保基金当期有缺口且累计结余低于一定支付月数的不足，也可用于应对重大自然灾害、重大疫情等突发事件所造成的基金风险。居民医保紧急调剂金预留额度为居民医保上年基金收入的1%左右，实施省级统筹调剂的前两年提取完成，第一年提取80%，第二年提取20%，动用后计算补齐。居民医保基金当期出现非管理性缺口且累计结余低于3个月时，由紧急调剂金和地方政府分别按50%补足累计结余可支付月数达到3个月。职工医保紧急调剂金计提及缺口调剂办法由省医保局和省财政厅在实施职工医保省级统筹调剂前确定。紧急调剂金原则上动用规模不超过总筹集金额的80%。紧急调剂金预留规模和计提办法，视全省基金运行情况，由省医保局和省财政厅动态调整。

三、完善医保基金管理

（一）加强基金预算管理。医保基金预算按照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，由省级按规定统一组织编制。原则上不编制当年赤字预算，严禁编制累计结余赤字预算，基金预算不得随意调整，确需调整的，按法定程序编制基金预算调整方案。实施基本医保基金全过程预算绩效管理，强化绩效评价和结果应用，提升基金使用效益。严格规范基金支出，各地不得擅自增加支出项目、扩大基金支出范围、提高支付标准。

（二）健全基金风险防控体系。落实基金监管属地责任，加强医保基金监管能力建设，持续推进基金监管队伍专业化、标准化、规范化建设。加强跨区域医保基金协同监管，强化就医地监管责任。完善医保经办机构内控制度，严格基金支出使用审核。健全医保基金运行监测和风险预警机制，加强对医疗费用增长、基金收支和群众负担水平变化的监测评价，积极防范化解风险。

四、均衡医疗保障水平

（一）强化参保筹资。职工医保由用人单位及其职工共同缴纳基本医疗保险费，省级层面逐步规范统一缴费基数和缴费费率，并随社会经济发展适时调整。居民医保实行个人缴费和政府补助相结合，具体标准按国家和省有关规定执行，保持省、州（市）地方财政配套比例稳定，州（市）与所辖县（市、区）分担比例由州（市）确定。参加居民医保个人缴费有困难且符合医疗救助条件的群众按规定享受分类资助。压实州（市）、县（市、区）两级政府基本医保参保征缴主体责任，加强征缴管理，优化收入结构，提升收入质量，确保基金应缴尽缴。

（二）规范待遇标准。全面落实国家医疗保障待遇清单制度，逐步规范统一居民医保、职工医保同一制度内参保人员住院和门诊待遇保障政策标准并实施动态调整。严格执行统一的医保药品目录、医疗服务项目和医用耗材目录，统一医保目录乙类部分的个人先行支付比例。各州（市）不得自行调整医保政策，确需调整的需按程序报审。

（三）提升医保支付绩效。根据国家规定的权限，将医疗机构制剂、中药饮片和中药配方颗粒纳入医保支付范围。完善医保基金总额预算管理，推行按病种付费为主的适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式医保支付方式，实现全省按病种付费政策、技术标准和服务管理统一。全面落地国家医疗服务价格项目立项指南，严格医疗服务价格调整，进一步规范全省医疗服务价格项目管理。完善药品、医用耗材挂网机制，常态化制度化开展集中带量采购。

五、优化医保经办服务

统一全省医保经办政务服务事项和经办流程，提升“全省通办”服务水平，深入推进医保领域“高效办成一件事”。加强基层医保经办能力建设，实现医保经办服务全域覆盖。强化部门间、地区间信息共享和应用，推进医保经办服务智能化，提升医保大数据治理水平与支撑能力。

六、加强组织保障

各州（市）人民政府要进一步提高政治站位，健全工作协调机制，强化参保征缴、政策落实、监督管理、基金安全、经办服务等属地主体责任，确保省级统筹顺利推进。各有关部门要全面落实部门管理责任，强化协调配合，切实形成工作合力。省医保局牵头负责基本医疗保险省级统筹的政策制定和组织实施，做好省级统筹调剂金日常管理，会同有关部门对医保政策进行优化调整；省财政厅牵头组织基金预决算编制，做好财政专户管理、医保基金拨付等工作；省卫生健康委负责推进分级诊疗，规范医疗服务行为，严格控制医疗费用不合理增长；省税务局负责医保缴费服务工作；其他有关部门结合职能职责做好相关工作。