

宿州市县域医共体城乡居民基本医疗保险基金支付管理办法(试行)

为进一步深化医药卫生体制改革，保障基本医疗保险（以下简称医保）参保人员的合法权益，维护医保基金安全，全面推进宿州市县域医疗卫生服务共同体（以下简称医共体）建设，激发医共体主动控制医疗费用的内生动力，促进构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序，根据《安徽省人民政府办公厅关于推进紧密型县域医共体建设的意见》（皖政办〔2019〕15号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

一、基本原则

城乡居民基本医疗保险基金对县域内医共体按人头总额预付管理，遵循总额预付、及时结算；结余考核留用，超支合理分担；分期预拨，定期考核；积极推进，平稳过渡原则。

二、实施范围

（一）建立紧密型县域医共体的县区。

（二）符合规定的参保居民。

（包括：一般住院、意外伤害、住院分娩（并发症）、常见慢性病门诊、特殊慢性病、大额门诊、普通门诊统筹、按病种付费、签约服务报销等其它规定的补偿范围）

三、基金预算

（一）总体预算。

1. 按城乡居民基本医保当年筹资总额扣除调剂基金（总额的 5%）、增量基金风险金（与上一年相比筹资增量 10%）、大病保险基金和市级医疗机构总额预算基金后，作为紧密型县域医共体城乡居民基本医疗保险基金打包按人头付费资金预算总额，将预算总额不少于 95%的部分作为医共体按人头总额预算基金，交由医共体包干使用，由医共体负责承担辖区居民当年门诊和住院、按规定支出的家庭医生签约服务、县区外住院（不含大病保险对象）等规定的报销费用。

2. 市医保部门按照“统筹兼顾、以收定支、总额控制、收支平衡、动态调整、略有结余”的原则向县区分配基金。调剂基金由市县域医共体医保支付方式改革工作领导小组组织对各县区进行年度考核后，根据考核结果，采取以奖代补的形式按比例分配到各县区。

3. 五家市级医疗机构（宿州市立医院、宿州市第二人民医院、宿州市中医医院、皖北煤电集团总医院、中煤矿建总医院）产生的门诊、住院医保统筹基金实行总额控制管理，在总额控制范围内采取按疾病诊断相关分组付费（以下简称 DRG）、按病种付费、按床日付费等多元复合式支付方式。市级医疗机构总额预算基金由各县区按照各市级医疗机构在各自行政区域内近三年实际发生的门诊、住院医保统筹基金量进行核定，三年具体预算权重为 2 : 3.5 : 4.

50

鉴于埇桥区与市直医疗机构的地理位置特殊性，2020 年度埇桥区对市级医疗机构总额预算基金按照各市级医疗机构在埇桥区近三年实际发生和实际拨付的门诊、住院医保统筹基金量进行分别核定，三年具体预算权重为 2 : 3.5 : 4.

5,实际发生和实际拨付基金数额的核定比例为实际发生的基金数额占比 40% , 实际拨付的基金数额占比 60%。

(二) 单个医共体预算额分配。

医共体基金预算额分配按照各牵头医院辖区内城乡居民参保人数 X 人头付费标准计算分配。

(三) 医共体内预算。

1. 资金体内预算。由牵头医院负责，根据医共体预算总额和医共体内各级医疗机构上一年度医药费用实际情况，在每年 1 月 20 日前制定医共体内部医保资金预算指标，报所在地医保部门备案同意。非医共体单位由医共体牵头医院采取购买服务方式进行预算，并报所在地医保部门备案同意。

2. 各医共体牵头医院按照本医共体预算资金总额 7%预留调节奖惩金，其中 5%部分作为调节资金用于医共体负责的医疗机构规模发生变化、服务能力提升等预算调整及新增医疗机构报销支出等；2%部分作为奖惩资金用作各级医保部门及医共体内部开展各医疗机构年度考核奖惩等（医保部门在资金拨付时予以预留）。

(四) 医共体内医疗机构预算调整。

当各医疗机构规模、病种结构等情况发生较大变化时，可按照合理性原则，视实际情况适度调整预算额。主要包括以下实际情形：

1. 医疗机构搬迁或重建的；
2. 医疗机构被暂停或取消定点服务资格的；
3. 医疗机构医疗服务数量、质量、能力发生较大变化或重大政策调整；

4. 突发流行性疾病或自然灾害等其它需要调整预算总额的情形。 预算额的调整（含追加、核减）由各医共体牵头医院负责核算，调整方案报所在地医保部门审核同意后方可实施。

四、 基金预付

医保基金实行按季度预拨。

（一）医保部门对牵头医院预拨。每年 1 月份前 15 个工作日，医保部门按预算标准将第一季度预付资金据实拨付至医共体牵头医院账户，其余季度首月前 10 个工作日内，医保部门按预算标准扣除上一季度违规拒付及其它应扣除的费用后拨付至医共体牵头医院账户。

（二）牵头医院对成员单位预拨。牵头医院在基金到账 10 个工作日内按医共体内部预算标准完成预拨。

五、 基金结算

（一）医共体内部结算。

城乡参保居民在所属医共体内各级医疗机构就医的，现场结算医药费用，医保基金负担部分由医疗机构记账。牵头医院按月对参保群众在医共体内各级医疗机构所发生的医药费用进行审核结算，审核中发现的违规拒付费用，在下季度预拨款中予以扣减。

（二）医共体间结算。

医保部门负责医共体之间医药补偿费用的结算。依据临床路径、按病种付费和 DRG 等情况审核结算，半年结算一次。补偿经费从医共体总额预算基金中扣除。

（三）非医共体结算。

1. 异地转诊联网结算，由医保部门负责。参保人员异地转诊联网结算就医，产生的医药费用（不含大病保险支付对象），由医保部门按照异地就医直接结算相关规定进行审核结算，报销经费从医共体总额预算基金中扣除，年终清算。

2. 参保人员在非医共体直联医保定点医疗机构就医，产生的医药费用，由参保人员签约的医共体牵头医院进行审核，审核中发现的违规费用，在下季度预拨款中予以扣减，年终清算。

3. 参保人员异地转诊非直联医保定点医疗机构就医，产生的医药费用，由参保人员签约的医共体牵头医院进行审核，按相关规定予以及时结算。

4. 参保人员在非医共体内定点医疗机构就医，产生的医保目录范围内谈判抗癌药、抗排异药、肾透析费用，由参保人员签约的医共体承担费用，医保部门从该医共体年度清算中据实予以扣减。

5. 医保部门对牵头医院审核通过的费用，采取随机抽查方式进行复审，其中住院费用的抽查比例不低于总量的 5%，审核查实的违规费用，按照协议管理规定扣减、处罚，扣减基金返回城乡医保基金账户，处罚资金进入财政部门指定的医保部门非税收入账户。

六、 基金结余分配

对于医共体年度医保基金包干结余部分，原则上按牵头医院、乡镇卫生院、村卫生室 6:3:1 比例标准，由牵头医院制订分配方案，县区医保部门审核同意后，拨付到医共体内各医疗机构。 分配方案及拨款凭证复印件上报市医保部门备案存档。

对于各县区医共体总额预算外的医保基金，在年末收支决算结果的基础上，如果累计结余数额超过基金风险预警控制指标的，将超过部分拿出一定比例的资金纳入下一年度的医共体总额预算。具体办法由医保部门会同财政、卫生健康等部门，以会商形式确定。

七、基金监管

（一）医保部门要加强对医共体医保基金使用情况监督，应充分利用智能监管、医保医师制度、委托第三方进行病案审查、组织医共体内互相监督检查等方式强化对基金的监管。在基金监管中，发现各医疗机构违规行为予以扣减报销款的，从各医疗机构预算额中扣减，扣减基金返回城乡医保基金。督查结果应与医疗机构半年及年度考核挂钩，与基金年度预算和清算挂钩。

（二）医共体牵头医院应受医保部门委托履行体内医疗机构监督管理职责，配合医保部门做好医共体内（外）各定点医疗机构住院病历审查及督查工作。不得将住院期间的项目、各类耗材在门诊收费，不得将住院期间的药品在门诊或药店外配，不得将自费项目另开票据。对于日常监管中发现的违规行为应扣减报销款，从各医疗机构预算额中扣减，扣减基金返回医保基金专库。

（三）加强转诊转院管理，实行分级诊疗、逐级转诊制度。因病情需要及定点医院诊疗水平限制，在履行相关的转诊手续后，优先转往本市内三级医疗机构，转诊情况纳入市级考核。

（四）医保部门建立医共体风险联合防控机制，对预算、结算、拨付、考核、清算等各个环节存在的监管漏洞进行逐一排查，查找基金安全风险点，制定风险防控措施。

八、年度考核及年终清算

（一）牵头医院考核及年终清算。各县区医保部门每半年组织对各医共体牵头医院进行考核评估，成员单位及其他与医共体发生结算关系的医疗机构评价结果同步运用，医保部门年终组织对牵头医院进行总评。半年的考核权重比例分配为 5（医保部门考核结果）：3（成员单位评价结果）：2（市级医疗机构及医共体外其他结算医疗机构评价结果）。年终考核权重比例分配为 3（医保部门考核结果）：3（卫健部门考核结果）：1（成员单位评价结果）：1（市级医疗机构及医共体外其他结算医疗机构评价结果）：2（民众满意度调查结果）。

年度考核评价总得分 = （半年考核得分 x0.4） + （年终考核得分 x0.6）

。

医保经办机构根据考核总得分对牵头医院进行年度费用清算，并依据得分情况分配医共体内预算预留的奖惩资金及调剂基金。因违法违规被处罚或扣减的医保基金数额，在下一年度总额预算经费中按比例核减。考核成绩将作为市级医疗机构、医共体下一年度总额预算、按人头付费总额预算的主要评价依据。考核成绩实行百分制并按好中差分档管理，考核分值与下一年度预算额度及档次挂钩。

（二）成员单位考核及年终清算。医共体内各医疗机构年终清算由各医共体牵头医院负责组织实施。年度考核由医共体自行组织考核，考核结果报同级医保、卫健部门备案。

（三）超支合理分担。对因政策调整或重大公共卫生事件等影响资金使用等情况造成超支的，县区医保部门审核后，超支部分合理分担，并报市医保、

财政部门审批备案。牵头医院年度考核评价结果与超支合理分担资金分配额度挂钩，合理分担资金最高限额不得超过当年城乡医保筹集基金总额的 5%。

（四）基金风险预警监测。市医疗保障局要将统筹基金累计结余作为基本医疗保险基金风险预警监测的关键性指标。当年基金结余一般不超过当年筹集基金的 15%，累计结余原则上控制在 6 至 9 个月基金月平均支付水平，不应低于 3 个月基金月平均支付水平。结余基金包含风险基金。

九、本办法自 2020 年 1 月 1 日起实施，涉及的医共体考核细则及指导原则另行通知，具体事宜由市医保局负责解释。原规定与本办法不一致的，以本办法规定为准。