

安溪县公立医院管理委员会文件

安医管委〔2021〕4号

安溪县公立医院管理委员会关于印发安溪县 紧密型县域医疗卫生共同体医保基金 打包付费实施方案的通知

县医管委各成员单位，各医疗卫生单位：

《安溪县紧密型县域医疗卫生共同体医保基金打包付费实施方案》经县医管委全体成员会议研究同意，现印发给你们，请结合实际抓好贯彻落实。

安溪县公立医院管理委员会

2021年1月20日

（此件公开发布）

安溪县紧密型县域医疗卫生共同体 医保基金打包付费实施方案

为进一步发挥医疗保险基金在医共体工作中的杠杆作用，促进医疗资源合理配置和高效利用，有效推动“三医联动”改革。根据泉州市医疗保障局等三部门《关于印发泉州市紧密型县域医共体医保基金打包支付和绩效考核实施方案的通知》（泉医保〔2020〕122号）《中共安溪县委 安溪县人民政府关于印发安溪县紧密型县域医疗卫生共同体建设工作实施方案的通知》（安委〔2020〕58号）以及省市医改、医保等文件精神，结合安溪实际，制定本方案。

一、指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，紧紧围绕“健康安溪”的工作部署，以医保支付方式改革为切入点，构建医保基金总额预算、整体打包付费管理模式，实现医疗机构和医保制度持续健康发展，建立有效激励机制，调动医务人员服务积极性，提升服务能力和服务质量，更好满足人民群众对健康保障的需求，不断增强群众的获得感，幸福感。

二、工作目标

建立医共体内资源共享、上下联动机制，提升基层医疗卫生机构的服务能力，促进分级诊疗制度形成，实现县域就诊率达到

90%以上的医改目标；建立风险共担和合理补偿机制，规范医疗诊疗行为，切实减轻参保患者医疗费用负担；建立县域内各医疗机构自我约束、自我控费机制，有效控制医疗费用不合理增长；科学预算，严格监管，坚决杜绝套保骗保行为发生，使医保基金安全高效运行，实现群众得实惠、政府得民心、医疗机构得发展的局面。

三、基本原则

安溪县基本医疗保险基金在“以收定支、收支平衡、略有结余”的前提下，实行城乡居民医保基金按区域、职工医保基金按支出占比进行付费方式改革，改革遵循以下原则：

（一）基金安全、总额包干、结余留用、超支合理分担的原则。医共体在确保按政策规定和医学原则提供合理医疗服务的前提下，结余资金由总院成员单位按规定合理使用，具体使用办法由牵头医院制定，按管理权限报批后执行。超支由县医管委、县医共体合理分担。

（二）保障基本、统筹兼顾的原则。以当年医保基金收入预算为基础，坚持“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则，在统筹兼顾医保基金可承受的前提下，基本满足参保人员的就医需求，合理确定医保基金打包付费额度。

（三）以人为本的原则。根据深化“放管服”改革要求，全面实行医保“一站式”服务。以参保人员方便、快捷，降低参保

人员办事成本为根本，减少办事环节，简便办事流程，保障参保人员利益，大幅度减少“医、保、患”三方矛盾纠纷，提高参保人员满意度。

（四）保障基金安全与完善管理机制的原则。牵头医院要制定打包付费医保基金管理实施细则，压实医保基金管理责任，组建管理队伍，定期开展检查、督导，确保医疗保障政策落实到位；积极配合医保部门做好医疗服务行为合理性的监管，建立总院内、外部医疗机构相互监督机制。

四、实施内容

按照“统一预算、按月预付、结余留用、绩效考核、合理超支分担”的付费机制，将县域参保对象医保基金整体打包给医共体，并根据市级考核结果决定资金拨付额度。以打包付费为前提，在实行按床日、项目付费制不变的医保支付方式基础上，鼓励实行DRG、DIP付费、单病种付费等医保支付方式。

（一）县域年度打包总额

在市医保经办机构核定给我县职工和城乡居民基本医保当年度打包基金总额的基础上，按结算基金总额1%，分别提取职工和城乡居民基本医保风险调剂金后，分别编制我县职工和城乡居民基本医保基金打包总额预算。

提取的风险调剂金主要用于医保基金超支县医管委分担部分、化解医保基金使用风险、方案调整和政策变化影响等情况。

风险调剂金包括提取的风险调剂金及年度内经医保部门核实的违规医保基金，风险调剂金实行专户管理，由县医院开立专门账户（其中：提取的风险调剂金依本方案分配方式按安溪县医院总医院、安溪县中医院总医院分别建账；年度内经医保部门核实的违规医保基金直接计入风险调剂金，不参与分别建账），资金由县医管委直接管理并进行分配调拨。

（二）医保基金预分配额度

根据市核定给我县的医保基金打包总额进行分配结算，预分配情况如下：

1. 城乡居民基本医保预付总额分配。城乡居民基本医保基金按网格内上一年度参保人数（设为 C ， C_1 为县医院总院、 C_2 为县中医院总院）比例预分配。设市核定给我县的城乡居民基本医保基金打包总额为 $E_{\text{预}}$ ，医共体城乡居民基本医保基金打包预分配额度为 A （ A_1 为县医院总院、 A_2 为县中医院总院）。

全县城乡居民基本医保基金预分配总额 $A = E_{\text{预}} \times 99\%$

县医院总院城乡居民基本医保基金预分配额度 $A_1 = A \times C_1 / C$

县中医院总院城乡居民基本医保基金预分配额度 $A_2 = A \times C_2 / C$

2. 职工基本医保预付总额分配。职工基本医保基金按上年度实际结算金额（设为 Z ， Z_1 为县医院总院、 Z_2 为县中医院总院）占比预分配。设职工基本医保基金打包总额为 $F_{\text{预}}$ ，医共体职工基本医保基金预分配额度为 B （ B_1 为县医院总院、 B_2 为县中医院

总院)。

全县职工基本医保基金预分配总额 $B = F_{\text{预}} \times 99\%$

县医院总院职工基本医保基金预分配额度 $B_1 = B \times Z_1 / Z$

县中医院总院职工基本医保基金预分配额度 $B_2 = B \times Z_2 / Z$

3. 确定预付总额

县医院总院预付总额 $= A_1 + B_1$

县中医院总院预付总额 $= A_2 + B_2$

本县域内医共体外定点医疗机构及县域外定点医疗机构产生的结算费用均视为医共体转外费用，纳入打包总额。

(三) 基金按月预付

每月前 10 个工作日内，医保经办机构按确定的月支付额(县医院总院预付总额/12、县中医院总院预付总额/12)扣除医共体转外费用后预付给医共体牵头机构，结算后多还少补。

每月确定的支付药品耗材货款，牵头机构应在接到通知后 10 个工作日内组织上缴归还医保经办机构，未按时上缴的，医保经办机构可在下个月的预付额中予以扣减，并在开展绩效考核时扣减相应分值。药品耗材货款的支付方式也可由医保经办机构和牵头机构共同协商确定。牵头机构按月对参保群众在医共体内各级医疗机构所发生的医药补偿费用进行审核后及时结算。

五、结算工作

(一) 医保基金结算

根据市核定给我县的医保基金结算总额进行分配，结算情况如下：

1. 城乡居民基本医保基金结算总额分配。城乡居民基本医保基金按网格内参保人数比例结算，设市核定给我县的城乡居民基本医保基金结算总额为 $E_{\text{结}}$ 。医共体城乡居民基本医保基金打包结算总额为 X (X_1 为县医院总院、 X_2 为县中医院总院)。

全县城乡居民基本医保基金结算总额 $X = E_{\text{结}} \times 99\%$

县医院总院城乡居民基本医保基金结算金额 $X_1 = X \times C_1 / C$

县中医院总院居民基本医保基金结算金额 $X_2 = X \times C_2 / C$

2. 职工基本医保基金结算总额分配。职工基本医保基金按当年度实际结算金额（设为 M ， M_1 为县医院总院、 M_2 为县中医院总院）占比分配。设职工基本医保基金结算总额为 $F_{\text{结}}$ ，医共体职工基本医保基金结算总额为 Y (Y_1 为县医院总院、 Y_2 为县中医院总院)，职工基本医保实际支出总费用为 W 。

全县职工基本医保基金结算总额 $Y = F_{\text{结}} \times 99\% - W$

县医院总院职工基本医保基金结算金额 $Y_1 = Y \times M_1 / M$

县中医院总院职工基本医保基金结算金额 $Y_2 = Y \times M_2 / M$

3. 医保基金结算金额

县医院总院医保基金结算金额 $= X_1 + Y_1$

县中医院总院医保基金结算金额 $= X_2 + Y_2$

当年度总院医保基金结算金额大于年度内本网格城乡居民

实际发生的统筹基金支出金额，结余的基金纳入总院的医疗服务性收入，由总院牵头机构在成员单位合理分配、自主使用。

当年度总院医保基金结算金额小于年度内本网格城乡居民实际发生的统筹基金支出金额，实施合理超支分担。

（二）实施合理超支分担

超支部分由县医管委和医共体按 1: 1 比例共同承担。县医管委分担总额不超过从有关总院历年累积提取的风险调剂金账户总额。

六、保障措施

（一）加强组织领导。为确保工作有序推进，由县医管委负责医保基金打包付费各项工作，县医管委各成员单位按职责负责抓好落实。要将医保基金使用情况列入医疗单位党政主要负责人管理绩效年薪考核内容。

（二）建立部门协作机制。县医管委各成员单位要高度重视、分工协作、统筹推进，确保医保基金打包付费改革取得实效。**总院牵头机构**要具体负责组织医保基金打包支付政策的实施，完善行业内控制度，落实各项考核指标，做好县域外就诊患者病情研判。**医保部门**要完善医保政策，牵头优化医保基金打包支付和绩效考核指标，做好总院医保基金运行分析和支付结算工作，将县域外就诊患者流向、费用开支等信息查询权限开放给牵头机构。**卫健部门**要加强对医疗机构和医务人员行为的监管，规范诊疗服

务行为；要利用县域医疗卫生信息一体化平台，实时在线监控，动态分析，对每月医疗总费用、次均费用偏高、药品使用数量偏高、医保基金支出等异常情况，列入重点检查，检查结果与党政主要负责人绩效年薪和单位工资总额挂钩。**财政部门**要进一步落实“六项”投入政策，加强总院内部财务管理和预决算监督管理，强化预算约束机制，推进医院全成本核算，提升精细化管理水平，确保基金安全有效运行。

（三）加强监督管理。医保、卫健等部门要牵头组建医保稽核工作小组，建立定期不定期交叉检查制度，完善日常监督管理，针对实行医保基金总额包干支付方式改革后可能出现的推诿拒收病人、降低服务标准、虚报服务量等违反协议规定的情形，要按协议条款予以处理，所扣款项在每月拨付的预付款中扣减，经医保部门核实的违规医保基金划至风险调剂金账户；要建立和完善全县统一的定点医疗机构医保医师库，推行“三函两牌”监管惩戒措施；要积极推进医疗服务智能监控系统建设，不断扩展监控项目和内容，完善医保智能审核系统规则和指标，进一步规范医疗费用智能审核流程，提升监管实效。

（四）加强政策宣传力度。县医管办要统筹管理县域医疗卫生机构，督促医共体各成员单位加强管理、沟通协调，共同做好参保对象服务工作；要开展对医共体建设的制度与相关政策系统培训，凝聚共识，营造各方积极参与和支持改革氛围；要加强政

策宣传引导，提高社会认可度和支持度，营造良好的改革氛围，引导群众改变就医观念和习惯，逐步形成有序就医格局和医共体建设的良好局面。

抄送：市医保局、卫健委、财政局。

安溪县公立医院管理委员会

2021年1月20日印发
