

平利县人民政府办公室文件

平政办发〔2022〕21号

平利县人民政府办公室 关于印发《平利县2022年城乡居民基本医疗保险付费总额控制实施方案(试行)》的通知

各镇人民政府，县政府各工作部门：

《平利县2022年城乡居民基本医疗保险付费总额控制实施方案(试行)》已经县政府审定同意，现印发给你们，请认真组织实施。

平利县人民政府办公室

2022年3月1日

平利县 2022 年城乡居民基本医疗保险 付费总额控制实施方案(试行)

为贯彻落实县委全面深化改革工作任务，以人民健康为中心，不断完善医保制度，推动我县医保支付制度改革工作，根据《陕西省人民政府办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务的通知》（陕政办函〔2021〕99 号）、《安康市进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案》（安政办发〔2018〕64 号）、《安康市城乡居民基本医疗保险市级统筹办法实施细则》（安医保发〔2019〕57 号）、《安康市基本医疗保险付费总额控制实施意见》（安医保发〔2019〕53 号）等文件精神，结合我县实际，制定本方案。

一、总体目标

通过实施城乡居民基本医保付费总额控制，推进医保支付制度改革，引导紧密型医共体提高服务能力和医疗水平，推动基层首诊、双向转诊制度执行。加强医疗机构自我管理，规范医疗服务行为，实现小病不出镇、大病不出县，有效缓解群众“看病难、看病贵”问题，提升群众医保获得感，确保医保基金安全，促进我县医疗、医保工作高质量发展。

二、基本原则

（一）保障基本。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，促进医保、医疗协调健康发展，确保全县城城乡居民基本医疗需求得到有效保障。

(二) 科学合理。以城乡居民基本医保基金总量为基础，综合考虑紧密型医共体服务总量、服务能力、服务人口、技术发展等指标因素，测算医共体基金付费总额。

(三) 建立机制。建立“结余留用、合理超支医保基金适度分担”的激励约束机制，严格医疗服务的绩效考评与监管，倒逼医疗机构加强管理、控制成本、规范行为，进一步提升服务质量和水平。

三、控制指标

(一) 筹资总额

预计 2022 年全县城乡居民参保人数 19 万人(以实际参保人数为准)。按每人筹资额 900 元(个人缴费 320 元，财政配套 580 元)计算,2022 年全县城乡居民医保基金总量为 17100 万元。

(二) 基金使用项目分配

1. 根据省、市相关规定，按照 3%的比例提取省级风险基金 513 万元；
2. 按照人均 65 元标准提取大病保险 1235 万元；
3. 县内民营医疗机构根据上年度住院人次、报销费用同比增长 5%，预留 680 万元；
4. 门诊统筹基金预留 1900 万元；
5. 预留调剂金 1000 万元(风险调剂金 300 万元，消化基金历年赤字 700 万元)。

以上各项提取后基金结存 11772 万元纳入按人头付费分配，人头转换为 619.57 元/人（最终以实际筹资人数分配）。

（三）紧密型医共体资金分配

全县两个紧密型医共体，八仙、正阳、广佛、洛河、长安镇卫生院由县医院为牵头医院，城关、老县、大贵、三阳、西河、兴隆镇卫生院由中医院为牵头医院，具体负责人数以各镇实际参保人数为准。

（四）结余奖励、合理超支医保基金适度分担

1. 城乡居民基本医保付费总额控制实行按人头总额预付、分片包干、结余奖励、合理超支基金适当弥补的医保支付政策。

2. 建立适度分担合理超支机制。紧密型医共体规范管理且年度考核得分 >90 分以上的，以实际亏空总额为基数，考核得分每高1分，增加10%的基金用于弥补基金亏空；考核 ≤ 90 分的，超支资金由医共体自行承担。紧密型医共体年度实际报销基金低于人头预付总额的，年度考核得分 ≥ 90 分的，结余（最高支付额-实际补偿基金）全额留用；考核得分80-89分，结余部分按80%留用；考核得分 <80 分，结余部分全部由医保中心收回归集到医保基金专户管理。结余留用资金由医共体按县、镇两级比例分配，可用于单位自身发展。

3. 受医保政策扩面影响造成紧密型医共体新增医疗费用支出的，年终不纳入总额控费，实行单独核算。

四、业务经办

（一）基金拨付

1. 县医保中心按月填报《医保基金资金拨付申请表》报市医保经办处，市医保处复核拨付至县医保基金专用账户。

2. 医共体牵头医院建立医共体专用基金账户，县医保中心按年度核定基金总额，制定《医保基金拨付计划表》，并将医保基金按月拨付到医共体专用账户，专款专用，同时接受相关部门的检查和审计，实行“按月拨付、定期核查、年终清算”。

3. 紧密型医共体设医保经办机构在牵头医院医保办，具体办理辖区内参保城乡居民的门诊慢特病、门诊特殊治疗、门诊“两病”、住院治疗、异地就医、外伤初审、待遇审核结算、基金对账清算等工作。

（二）经办流程

1. 门诊待遇

①慢特病

门诊慢特病须本人持两年内的二级以上医院住院病历或门诊病历、阳性检查及报告单到户籍所在地镇卫生院或所对应的医共体牵头医院申请办理，由牵头医院负责组织专家评审确定，县医保中心根据评审结果录入医保系统；鉴定后纳入管理的慢病患者，可在市内定点医疗机构享受就诊直补。医共体牵头医院负责及时结算所辖成员单位门诊慢特病的相关费用，每季度向县医保中心报送资料，如在异地发生报销费用，由医保中心代结，从医共体总额中扣减。

②高血压、糖尿病（门诊两病）专项保障

县内镇卫生院负责为参保人确诊“两病”，并办理相关手续；被确诊后需要门诊购药的在镇卫生院享受就诊直补。支付标准为政策范围内药品费 50%支付比例，最高限额 300 元。医共体牵头

医院负责及时结算所辖成员单位门诊两病的相关费用，每季度向县医保中心报送资料。

③门诊特殊治疗

肾透析、恶性肿瘤放化疗及规范靶向治疗、各类器官移植术后抗排异治疗的门诊特殊治疗费用严格按照《安康市城乡居民基本医疗保险市级统筹办法实施细则》的相关规定比例纳入“一站式”结算报销，资金结算参照慢特病执行。

2. 住院待遇

①县域内就医

参保人员在县域内住院就医发生的政策范围内医疗费用，起付标准以上、基金支付限额以下部分，严格按照《安康市城乡居民基本医疗保险市级统筹办法实施细则》相关规定，由紧密型医共体从基金总额中予以支付。

②异地就医

转外就医备案：参保人办理备案时，先由医共体牵头医院副主任及以上职称医师为其开具《转外就医备案表》，由牵头医院上传备案信息至经办机构完成备案。转外就医备案后，参保人在统筹区外备案的定点联网医疗机构就医的，凭本人身份证或医保电子凭证在定点联网医疗机构直接结算。未能直接结算的，由个人全额垫付后，携带相关资料到所属医共体牵头医院医保办按政策规定报销。办理时需携带发票原件、费用清单、诊断证明、病历以及本人身份证和银行卡。

异地居住就医备案：

参保人凭身份证和异地居住相关证明材料到参保地医保经办机构办理异地就医备案手续。大学生因寒暑假、因病休学或符合高校管理规定的实习期间，可持身份证和相关证明材料进行异地就医备案。

参保人办理异地就医备案手续后，在备案地范围定点医疗机构发生的医疗费用，可凭本人身份证或医保电子凭证通过定点联网医疗机构直接结算。异地就医使用就医地目录，实行就医地管理，执行参保地支付政策，按单病种付费的病例，执行就医地病种付费标准。未能直接结算的，由个人全额支付后，携带相关资料到参保地所属医共体牵头医院医保办办理。

参保人未办理转外或异地居住就医备案手续（急诊急救除外）在统筹区外定点医疗机构住院发生的医疗费用，起付标准在规定标准的基础上提高 10%，基金支付比例下降 10%。

③ 外伤认定

总额预付期内，紧密型医共体负责参保居民涉及因打架、斗殴、酗酒、自杀、自残、吸毒及强戒，以及因工伤事故、医疗事故、交通事故等有明确第三者责任的各类外伤的认定工作，并按照相关程序负责认定，确定所发生的费用及后续引发的其他医疗费用是否纳入医保基金报销范畴。

患者对紧密型医共体认定的外伤事实有异议或医共体对外伤特殊情况无法确认的，按程序上报县医保中心，由医保中心转交第三方机构介入调查，经第三方机构核实并确定所发生的费用及后续引发的其他医疗费用是否纳入医保基金报销范畴。

(三) 清算对账

1. 参保人在紧密型医共体医疗机构就医，实行一站式服务、一窗口办理、一单式结算。

2. 医共体牵头医院按月向县医保中心报账，县医保中心年初预拨元月份报销资金到医共体基金专户，从次月起实行据实报账。报账时需附当月医保结算汇总及明细表、结算发票等财务所需资料，县医保中心在收到完整资料后 10 个工作日内完成基金复核及拨付；原则上申报的结算费用在当月费用额度内的，扣除违规费用，按实际发生额结算；申报的结算费用超出当月费用额度的，超出部分暂缓支付，实行年终审核结算。

3. 辖区外医疗机构、转上级医疗机构及异地就医的，均由所属医共体牵头医院医保办负责结算。县医保中心负责按月提供外转就医数据并转交牵头医院，牵头医院负责按季度交叉对账分账，双方签字认可；辖区内医疗机构就医的，由医共体之间自行对账。紧密型医共体在规范自身医疗行为的同时要参与医保报销全过程的监管，县医保中心不定期对医共体的报销资料进行复审，并下发智能监控系统中的违规线索，对业务审核、智能监控、监督检查中查实的违规费用暂缓拨付，由医保中心组织人员核实后，根据核实结果进行结算。

(四) 配套措施

1. 建立紧密型医共体外基金支付统筹直管制度。益仁堂医院和康宁医院属民营医院，未列入紧密型医共体，不参与医保基金总额控制，由县医保中心统筹直管，统筹资金分块包干，据实使

用。

2. 建立患者就医知情选择制度。患者县域内按照分级诊疗的原则可以自主选择医院就医，医共体内任何医疗机构不得以任何理由推诿或拒诊。如出现推诿或拒诊情形，一经核实，每例从推诿或拒诊医院所属医共体当月医保报销费用中扣费 1 万元，考核分值相应核减。

3. 建立相互转外就医通报制度。严格执行非转外就医转诊率 $\leq 10\%$ 政策；紧密型医共体转外就医实现相互通报、相互沟通以保持转外就诊率相对平衡；患者转外就医必须经所在辖区医共体牵头医院审核同意并填写《转诊通报审核单》，未经同意的，由首诊医疗机构承担治疗费用；统筹直管定点医疗机构出现转外就医时必须向患者所在辖区医共体牵头医院通报并填写《转诊通报审核单》后转诊，未经同意的，由首诊医疗机构承担治疗费用。

4. 严格执行检查结果互认制度。同一患者的大型检查结果在同一级别医疗机构之间互认，下级医疗机构必须承认上级医疗机构的检查结果，不得重复检查。严格执行首诊负责，首诊医院必须落实首诊负责制度，禁止择轻推重、只查不治、推诿病人和小病挂床、无病检查、虚假病历。

5. 严格执行“日清单”制度。医疗机构要坚持给病人提供每日费用清单，让病人明白收费项目和费用金额。严格执行“知情告知”制度。对参保人使用高值医用耗材、大型检查和医保目录外的医疗费用，必须要事先告知参保人或家属，并办理签字手续，否则其医疗费用由医院承担。

6. 建立投诉举报制度。因“四不合理”被举报核实准确的，按照医保基金使用监管条例和医保服务协议执行。对举报欺诈骗保行为线索经查实有具体骗保金额的，按照骗保金额 3% 给予奖励，最高额度不超过 5 万元；举报线索经查实不涉及货值金额或罚没款金额，但举报内容属实的，根据案件具体情况给予 500 元资金奖励。

7. 全面推行公示制度。紧密型医共体要通过网络、媒体、公示栏等多种方式，每月公示基金支付情况。

五、监督考核

1. 建立对紧密型医共体的激励约束机制。鼓励医疗机构引导病人留在县内，开展双向转诊，加强费用控制，减轻病人负担，确保住院人次与上年度对比，镇卫生院就诊人次相对稳定；县外就医人次只降不升；按病种付费及其他医保支付方式执行情况与上年度相比只增不减。

2. 紧密型医共体要严格遵守医疗保障相关法律法规和诊疗规范，不得推诿病人，不得降低医药服务标准，严禁过度诊疗。医保部门对医共体开展现场检查、大数据分析、资料审核，及时查处过度医疗、超标准超范围收费、欺诈骗保等违规行为，维护基金安全。

3. 2023 年第一季度内，由县医保局牵头，联合财政、审计及医疗专业人员成立考核组，对 2022 年城乡居民基本医疗保险付费总额控制工作进行考核评价，考核评价结果作为最终与紧密型医共体清算资金的依据。

六、工作要求

（一）强化组织保障。成立平利县城乡居民基本医疗保险付费总额控制领导小组，由县政府常务副县长任组长，分管副县长任副组长，县政府办、发改局、公安局、财政局、审计局、医保局、卫健局、市监局，县医院、县中医院相关负责同志为成员。领导小组办公室设在县医保局，由县医保局长兼任办公室主任，县卫健局和医保局分管领导任办公室副主任，具体负责全县城乡居民基本医保付费总额控制的统筹协调、指导服务、督导考核等工作。

（二）提高思想认识。医保基金支付方式改革是大势所趋，按人头总额预付是切合我县实际的支付制度改革的有效方式，任务重、难度大、要求高。各相关单位要统一思想认识，认真履职尽责，强化沟通协调，真正让改革尽快落地生效，让改革成果更快惠及于民。

（三）强化规范管理。县医保局要派员下沉各医疗机构开展指导服务，紧密型医共体要建立健全与支付制度改革相关的管理制度，全面实行临床路径下的按病种付费，制定具体、有效的控费措施与双向转诊衔接机制。严格执行即时结报制度，不能以总额预付配额不足为由，要求参保群众全额结算。要加强医德医风教育，改善服务条件，规范医疗服务行为，杜绝医保基金使用监管条例中涉及的各项违规违法行为，努力为参保群众提供优质便捷的服务。

（四）加强督导兑现。县医保局要加强对医疗机构的监管力度，建立完善支付制度改革的监测与预警机制、绩效评价机制，准确掌握病人流向、补偿资金流向、基金支出变化等情况，及时研究解决改革中出现的问题，定期公布紧密型医共体基金补偿支出情况、参保群众次均费用的通报和警示，不断促进医疗机构相互监督和良性竞争局面。医共体在相互结算中，对其他医疗机构收治本辖区参保患者的不合理诊疗行为，有权拒付相关费用，对出现的严重问题，县医保局按相关程序调查核实后严格兑现奖惩。

（五）加大政策宣传。各单位要加强对医保支付制度改革的政策宣传，广泛利用各种有效宣传方式，让参保群众和医疗机构充分了解改革的重大意义和内容，充分调动医务人员参与改革的积极性和主动性，为加快推进医疗机构体系建设，顺利实施医保基金支付制度改革工作营造良好氛围。

本实施方案自 2022 年 1 月 1 日起实施。