《关于进一步加强基本医疗保险门诊医疗费

总额预算管理的通知》起草说明

**一、制定的必要性可行性**

一是2020年实施了以医共体为单位按人头包干的付费办法，促进了基层社区机构的健康管理，发挥了较好的控费成效，但非医共体医疗机构仍实施按人头浮动付费的老办法，有必要进行调整。二是宁波市及其他县市已按《关于印发〈宁波市推进县域医共体基本医疗保险支付方式改革实施方案〉的通知》（甬医保发〔2019〕29号）实施总额预算付费办法，结算系统逐步不再支持按人头浮动付费的老办法。三是随着2021年住院DRGs点数法付费的实施，仅非医共体门诊流离于总额预算之外，有必要对非医共体门诊医疗费用实施总额预算管理，有利于全市医保基金平稳运行。

**二、制定依据**

《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）

《关于印发〈宁波市推进县域医共体基本医疗保险支付方式改革实施方案〉的通知》（甬医保发〔2019〕29号）

**三、主要政策内容**

（一）在医保基金预算总额为基础，编制年度非医共体医疗机构门诊医保费用预算总额。

（二）非医共体医疗机构门诊医保费用预算总额分成非医共体医院和门诊部（诊所）两部分。非医共体医院和门诊部（诊所）分别在相应年度门诊医保费用预算总额下分配年度门诊预算指标。

**四、实施时间**

实施时间为2021年1月1日起。

附件：

|  |  |
| --- | --- |
| 慈溪市医疗保障局慈溪市卫生健康局慈溪市财政局慈溪市人力资源和社会保障局慈溪市市场监督管理局 | 文件 |
| 慈医保〔2019〕 号 |

关于印发《慈溪市县域医共体基本医疗保险支付办法》（试行）的通知

（意见征求稿）

各健康集团，各医保定点医药机构：

　　为贯彻落实《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）、《关于全面推进县域医疗卫生服务共同体建设的意见》（浙委办发〔2018〕67号）、《关于推进全省县域医共体基本医疗保险支付方式改革的意见》（浙医保联发〔2019〕12号）及《关于印发〈慈溪市全面推进县域医疗卫生服务共同体建设实施方案〉的通知》(慈党办〔2018〕104号)等文件精神，根据宁波市医疗保障局等五部门《关于印发〈宁波市推进县域医共体基本医疗保险支付方式改革实施方案〉的通知》（甬医保发〔2019〕29号），经市政府同意，制定《慈溪市县域医共体基本医疗保险支付办法（试行）》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

　慈溪市医疗保障局　　　慈溪市卫生健康局

　慈溪市财政局　　　　　慈溪市人力资源和社会保障局

　　　　　　　　慈溪市市场监督管理局

　　　　　　　　　　　　2019年12月　　日

慈溪市县域医共体基本医疗保险支付办法

（试行）

1. 工作目标

　　实现“控基金”和“提质量”双目标，医保基金支出年增速原则上不超过10%，到2022年，群众就医满意度不断提高，基层就诊率达到65%以上，县域就诊率达到90%以上。2019年，医共体支付方式改革启动，总额预算管理全面实施。2020年，医共体支付方式改革全面实施，基本实现以基金支出总额预算管理下的按人头总额预算付费，推进住院医疗服务按DRGs点数法付费。2021年，医保基金预算更加合理、分类方式更加科学，总额预算管理下的门诊按人头总额预算付费、住院按DRGs点数法付费方式基本形成。

　　二、基本原则

——保障基本。坚持“以收定支，收支平衡，略有结余”原则，不断提高基金使用绩效，着力保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生资源合理利用，防止过度医疗，筑牢保障底线。

——健全机制。发挥医保支付的第三方优势，健全医保对医疗服务行为的激励约束机制以及对医疗费用的控制机制，促进县域医共体管理创新。

——因地制宜。充分考虑基金支付能力、医保管理水平、医疗服务特点等因素，不断完善符合本地实际的医保支付方式。

——分类推进。在夯实总额预算管理基础上，坚持点面结合，积极稳妥分类推进门诊按人头付费、住院按DRGs点数法付费等复合支付方式改革，确保不影响医院正常运行和参保人员享受待遇。

三、付费管理

（一）总额预算管理

1．编制总额预算。坚持以医保基金预算管理为基础，实施基本医疗保险付费总额控制。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，以上一年度我市医保基金收支决算结果为基础，综合考虑下一年度基金收入预算、GDP增速、城乡居民可支配收入和医疗服务数量、质量、能力等因素，经医保付费联席会议商议，分别确定下一年度职工医保和城乡居民医保的基金支出增长率、基金支出总额预算。

2． 科学分配额度。根据确定的医保基金支出总额预算，合理分配各医共体及其他各定点医疗机构年度预算总额，其中门诊（含门诊特殊病种、门诊外配处方、院外检查治疗、应急记账、药店直接购买非处方药）费用，以医共体为单位，实施按人头总额预算付费。

住院医疗费用的预算额度分配，在实施DRGs点数法付费前，按上述办法实施按人头总额预算付费，分配到各医共体；全面实施住院DRGs点数法付费后，不再实施按人头总额付费。

纳入医共体付费的参保人员市内定点医药机构发生的费用、赴慈溪市外就医发生的费用（包括结算和零星报销），均纳入按人头总额预算付费。非本市参保人员在医共体就医发生的费用暂不纳入按人头总额预算付费。

1. 激励约束机制。建立“结余留用、超支分担”的责任共担机制，留用和分担比例与年度服务质量评价相结合。医共体医保年度基金统算出现结余或超支的，按80%比例由医共体留用或分担。其他医疗机构年度费用统算出现结余的，预算总额的80%（含）-100%部分按医疗机构基金总体支付比例折算，由定点医疗机构按70%比例分享，预算总额的80%以下部分，不再分享；出现超支的，预算总额的100%-120%（含）部分按医疗机构基金总体支付比例折算，由定点医疗机构按50%比例分担，超出预算120%以上部分，定点医疗机构全额分担，基金不再支付。

　　年度定点医疗机构服务质量评价由医疗保障局组织实施，确定A、B、C、D四类6档等级，其中评定为AAA级、AA级、A级的，结余留用（分享）分别比例上调5、3、1个百分点，超支分担分别下调5、3、1个百分点；评定为B级、C级的，结余留用（分享）比例分别下调3、5个百分点，超支分担分别上调3、5个百分点；评定为D级的，结余不予留用（分享），超支不予分担。

1. 优化决算管理。医保付费年度统算和清算时，对于确因政策变动、疾病爆发、重大自然灾害等客观因素对医保基金支出造成较大影响的，医保总额预算给予合理调整。

（二）医共体付费办法

　　5．实施医共体门诊按人头付费。门诊医疗费用按人头包干给医共体，参保人员按签约地、户籍地、参保地等包干给所属医共体，引导医生主动为参保人员提供全过程健康管理服务；参保人员在所属医共体外（包括市外）就医购药发生的门诊费用，计入所属医共体的医保基金门诊总额包干。医保基金门诊总额包括参保人员当年度门诊符合医保规定的统筹基金及当年个人账户部分的支出。

（1）服务人群分配

参保人员以户籍地分配给所在镇（街道）卫生院（社区服务中心），非本市户籍的以参保单位（非本市户籍的学生按学校）所在地分配给所在镇（街道）卫生院（社区服务中心），其中已经家庭医生签约的，归入签约地。医共体各成员单位分配门诊服务人头之和为该医共体门诊服务总人头。人头分配按医保年度首日户籍、签约、参保等实际情况确定，年度内发生户籍迁移、家庭医生新签约等变化的，门诊包干人头数不作调整，年中新增人员在年度决算中适当考虑。

享受退休职工医疗保险待遇的非慈溪户籍人员，除家庭医生签约外，不列入医共体包干范围，家庭医生签约的列入对应医共体包干。

　　（2）总额预算指标

以上一医保年度我市各年龄段参保人员医保基金人均门诊支出为基础，结合新年度医保基金总额预算，确定各年龄段参保人员人头门诊基金支出定额。门诊基金支出人头包干定额标准（以下简称“人头门诊定额”）按险种、按年龄段划分，分城乡居民医保婴幼儿、学生、45周岁以下成年人、45-60周岁成年人、60周岁以上成年人，职工医保45周岁以下、45-60周岁、60周岁以上。各健康集团所辖服务范围的参保人数计算成各医共体年度医保基金门诊包干总额。

医共体年度医保基金门诊包干总额＝人头门诊定额×对应人头数

其中城乡居民医保成年居民人头门诊定额根据成年居民A档参保比例，乘以调节系数确定。调节系数＝1+（医共体A档参保率-全市平均A档参保率）/5

6．推行住院医疗服务按DRGs点数法付费

（1）严格执行DRGs标准。按照省、宁波市确定的DRGs标准、入组疾病点数和DRGs点数付费办法，推进开展住院医疗服务医保支付和绩效管理。

（2）明确病组点值。根据年度实际结算医疗服务总点数和住院医保基金支出预算总额，确定每点的实际价值。以各医疗机构的住院服务总点值为支付依据，清算年度医保基金。

（3）在未实施DRGs点数法付费前，住院费用参照门诊按人头包干方式实施医共体按人头总额预算。

7．医共体外卫生院（社区卫生服务中心）付费方式。

（1）杭州湾新区医联体参照医共体对分配服务人群实施付费管理，杭州湾新区医联体包括杭州湾医院、慈溪市庵东中心卫生院、杭州湾新区社区卫生服务中心。

（2）观海卫镇参保人员按村（社区、居委）对应的社区卫生服务中心实行服务人群分配，其中观海卫镇卫生院分配人头列入人民医院医共体（健康集团），观海卫第二社区卫生服务中心参照医共体付费办法单独核算。

（三）非医共体医疗机构医保付费管理

8．探索完善非医共体医疗机构付费方式。在继续执行按服务单元、按人头、按病种、按定额等付费的基础上，结合基金支出、服务人头数变化作为控费重要衡量标准。

（1）实施门诊按定额付费的仅提供门诊服务的医疗机构，继续按慈人社发〔2017〕23号文件实施定额付费，对于年度服务人头数下降明显的，核减一定比例定额。

（2）其他医疗机构继续执行甬人社发〔2014〕92号及相关规定，并与医疗机构年度医保基金增幅挂钩，增幅超过年初确定的基金支出增长率的，核减一定比例的统算额。 医疗机构因新开业、合并等原因，经付费联席会议商定，年度医保基金增幅因素可适当调整。

（四）协同规范医保诊疗服务行为

9．各医共体、各定点医疗机构依照诊疗规范，因病施治，对于不同医共体的病人不能区别对待，严格控制区域内医疗总费用的不合理增长。慈林医院要加强对观海卫第二社区卫生服务中心诊疗服务规范的管理。

医共体要掌握分析分配服务人群医疗费用发生情况，对于在其他医共体（或医疗机构）发生的医疗费用，医共体可以提出质疑，经数据分析，确实存在不合理情况的，经付费联席会议商议，调整（拒付或追回）相关医保付费额。

　四、财务结算

 **（一）按月结算。**医共体内各医疗机构每月结报时，结算材料提交其医共体牵头单位审核，经各医共体牵头单位审核汇总后于每月10日前将上月费用结算材料报送医保经办机构。医保经办机构按以下办法拔付给医共体：

1.　年度内包干参保人员累计发生医疗费在年初下达医疗费总额 100%以内的，按医保应支付额100%预拨付；

2.　年度内包干参保人员累计发生医疗费超过年初下达医疗费总额 100%的，次月起按医保应支付额80%预拨付；

医保经办机构按月生成医共体医保基金总额预算余额情况（分门诊和住院），通报医共体。

医共体医保基金总额预算余额＝年初下达预算总额-已支付医共体包干参保人员发生的基金支付-包干参保人员在其他医共体、医药机构发生的基金支付-包干参保人员零星报销基金支付

**（二）年度决算。**各医共体总医疗费用增幅在10%以内的，医保经办机构按基金包干总额结算；超过10%的，适当调整留用分担比例，具体办法经医保付费联席会议会商后确定。

**根据“结余留用、超支分担”的原则，**年度结束后3个月以内，医保经办机构对各医共体上年度的医疗费用进行清算。

1. 其他医药机构 。在继续按原结算办法的基础上，根据服务人头数、基金支出增幅情况，调整统算额度。

　　1.　实施门诊按定额付费的仅提供门诊服务的医疗机构，服务人头数与上年相比，减少5%以上的，以上部分，每多下降１个百分点，定额核减１个百分点。

2.　其他医疗机构年度基金支出增幅，超过全市年初确定的基金支出增长率的，超过部分每增加3个百分点，核减统算额1个百分点。

五、工作要求

（一）明确责任分工。医保部门牵头组织实施医共体支付方式改革工作，监督指导医共体支付方式改革推进工作。卫生健康部门要加强基层医疗卫生机构服务能力建设，优化医疗机构绩效评价，控制医保总费用及医保目录外自费费用过快增长，完善与医共体支付方式改革相匹配的考核办法，制定并实施分级诊疗目录和双向转诊管理办法。财政部门要将改革成效作为县域医共体建设奖补资金分配的重要因素。人力社保部门要根据改革绩效，建立适合医共体支付方式改革的薪酬制度，支持医疗保险从业人员开展专业技术职务任职资格的评价工作。药品监管部门负责药品质量监督管理，督促企业落实药品质量安全主体责任，推动零售药店积极配合医共体支付方式改革。医共体牵头医院负责完善医保绩效考核及分配制度等相关配套管理办法，完善基于DRGs的财务管理、成本管理、质量管理；加强医保、质控、信息化等专业技术人员队伍能力建设；规范填写病案首页，准确上传明细数据和诊疗信息；加强对其包干的参保人员的就诊费用的核查，依规引导参保人员在基层就诊。

（二）严格监督检查。医保部门要会同有关部门，通过调研、专项督查、定期评估等方式，及时总结推广医保付费管理经验，指导医共体及其他医疗机构落实付费方式改革工作。对督查中发现的问题，相关部门、单位要列出清单、明确责任、限时整改。

（三）强化宣传培训。医保、卫生健康等相关部门要充分发挥公共媒体作用，加强对医共体支付方式改革的宣传，积极向广大群众和医疗机构宣讲改革政策；各医共体牵头医院要加强对医保医师及相关医务人员的政策培训，交流改革成果，共同营造改革的良好氛围。

　六、其他

本办法自2020年1月1日施行，其中职工基本医疗保险自2020年5月1日实施。