柯桥区2023年度基本医疗保险基金

总额预算管理实施细则

（征求意见稿）

根据《绍兴市全面做实基本医疗保险市级统筹工作评价细则（试行）》（绍医保统筹办〔2021〕3号）、《绍兴市基本医疗保险基金总额预算管理方案（试行）》（绍市医保〔2021〕28号）、《绍兴市医疗保障局关于转发〈浙江省医疗保障局关于支持中医药传承创新发展的实施意见〉的通知》（绍市医保〔2021〕54号）及市里关于完善基本医保基金总额预算管理方案和下达2023年总额预算指标的文件精神，结合我区实际，制定柯桥区2023年度基本医疗保险基金总额预算管理实施细则。

一、适用范围

（一）医保基金总额预算管理范围为职工医保统筹基金（包括职工医保生育医疗费用）和城乡居民医保基金，不包括职工医保个人账户基金、大病保险筹资中的统筹基金支出。

（二）纳入我区总额预算管理的医保基金支出是指全区参保人员在定点医药机构（包括异地就医、异地安置）发生的以下医保基金支出：

1.普通门（急）诊医保基金支出（含药店购药，下同）；

2.住院医保基金支出（含日间手术和预住院，下同）；

3.门诊规定病种医保基金支出。

二、预算总额

2023年度柯桥区职工医保基金预算总额和城乡居民医保基金预算总额由市相关部门统一下达确定，分别为119745.73万元和54671.72万元。

三、额度分配

全区医保基金在先行计提预留金后，按住院医保基金和门诊（含门诊规定病种，下同）医保基金分别进行总额预算管理。

**（一）预留金提取**

职工医保按照预算总额的3.5%提取预留金4191.10万元、城乡居民医保按照预算总额的2%提取预留金1093.43万元。决算时预留金先用于住院再用于门诊，按先后顺序用于以下支出：

1.各类需按项目支付的医保基金支出预算不足部分（含我区参保人员在区外发生的医保费用、区内未纳入总额预算管理的门诊医保费用等）；

2.需按病种支付的丙型肝炎（抗病毒治疗）门诊医疗费用（根据省里相关规定，丙肝按病种支付按照规定病种政策执行，相关费用纳入住院统筹基金支付）；

3.中医门诊激励支出；

4.各医共体门诊使用国家谈判药品的支出；

5.其他按规定应从预留金中支付的费用；

6.定点医疗机构（医共体）超出预算额度时，医保基金按规定分担的支出。

按以上顺序支付时，若出现预留金不足的，扣减相应支出。

**（二）住院医保基金预算额度**

住院医保基金预算总额按照“（医保基金预算总额-预留金）×住院医保基金占医保基金支出比重”确定，其中住院医保基金占医保基金支出比重按照“2022年度决算住院医保基金占比×25%+2023年1-9月住院医保基金占比×75%”确定。住院医保基金预算总额共计96565.81万元，其中职工医保56920.44万元，城乡居民医保39645.37万元。

根据DRGs点数法付费改革的相关要求，住院医保基金以全区为一个整体预算单位（含异地住院费用），不再细分到区内各医共体及其他定点医疗机构，医保基金年度决算时，通过DRGs点数法结算。

**（三）门诊医保基金预算额度**

门诊医保基金预算总额按照“医保基金预算总额-预留金-住院医保基金预算总额”确定，门诊医保基金预算总额共计72567.11万元，其中职工医保58634.19万元，城乡居民医保13932.92万元。门诊医保基金对各个医共体实行单独预算管理，对区内其他定点医药机构实行按项目结算。

各个医共体门诊医保基金预算额度按照“门诊医保基金预算总额×各医共体门诊医保基金占全区门诊医保基金支出比重”确定，其中各医共体门诊医保基金占全区门诊医保基金支出比重按照2022年度决算额计算。绍兴市中心医院医共体职工医保门诊预算13857.92万元，城乡居民医保门诊预算4898.19万元；绍兴第二医院医共体职工医保门诊预算4510.78万元，城乡居民医保门诊预算3623.86万元；绍兴市柯桥区中医医院医共体职工医保门诊预算4759.86万元，城乡居民医保门诊预算1610.54万元。

各个医共体门诊医保基金预算额度在医保基金年度决算时将按以下办法进行调整：

1.各个医共体发生的门诊政策范围内医疗费用占各自门诊总医疗费用比重较上年每下降或增加0.1%，预算额度减少或增加0.2%；下降或增加0.2%，预算额度减少或增加0.4%，以此类推。

2.各个医共体发生的我区参保人员门诊就诊人头数占全区参保人员在区内外定点医疗机构门诊总就诊人头数（同一参保人员在不同医疗机构就诊计算为一个人头数）比重较上年每下降或增加0.1%，预算额度减少或增加0.2%；下降或增加0.2%，预算额度减少或增加0.4%，以此类推。

以上指标1、2调整幅度最大各以2%为限，各个医共体单独核算。

3.根据绍市医保〔2021〕54号文件精神，为支持中医药传承创新发展，若绍兴市柯桥区中医医院医共体总院门诊中治率达到20%，其医共体门诊预算额度增加5%。

四、责任共担

在医保基金总额预算管理的基础上，建立“结余合理留用、超支合理分担”的责任共担机制。

**1.住院医保基金留用分担**

医保基金年度决算时，住院医保基金出现结余或超支的（住院医保基金预算总额与全区按项目结算所需医保基金支出相比），由全区定点医疗机构和医保基金按一定比例留用或分担，具体留用或分担比例为：

（1）住院医保基金发生额低于预算额85%（含）的，低于预算额85%（含）以下结余部分由医保基金全额留用；85%到100%结余部分的85%由定点医疗机构留用，15%由医保基金留用。

（2）发生额在预算额85%-100%之间的，结余部分的85%由定点医疗机构留用，15%由医保基金留用。

（3）发生额超过预算额的，超过的15%（含）以内部分的85%由定点医疗机构承担，15%由医保基金（预留金）承担；超过的15%以上部分，医保基金（预留金）不予支付。

**2.门诊医保基金留用分担**

医保基金年度决算时，各医共体门诊医保基金出现结余或超支的（各医共体门诊医保基金预算额度与按项目结算所需医保基金支出相比），由各个医共体和医保基金按一定比例留用或分担，具体留用或分担比例为：

（1）各医共体门诊医保基金发生额低于各自预算额85%（含）的，低于预算额85%（含）以下结余部分由医保基金全额留用，85%到100%结余部分的85%由各医共体留用，15%由医保基金留用。

（2）发生额在各自预算额85%-100%之间的，结余部分的85%由各医共体奖励留用，15%由医保基金留用。

（3）发生额超过各自预算额的，超过的15%（含）以内部分的85%由各医共体承担，15%由医保基金（预留金）承担；超过的15%以上部分，医保基金（预留金）不予支付。

**3.超支处理**

全区医保基金按上述办法留用（或分担）后，若超过医保基金预算总额的，则同比例扣减对定点医疗机构（医共体）的留用（或分担）额度。

五、其他

1.各医共体门诊使用的国家谈判药品不纳入其门诊医保基金预算额度，单独从预留金中支付；住院使用的国家谈判药品按市里统一规定折算成点数支付。

2.在医共体总额预算内，分院门诊均次费用在不突破合理增长前提下，医共体总院不对基层医疗机构普通门诊进行医保总额管理，进一步推动基层首诊、分级诊疗。卫健部门可以指导医共体通过设置相关指标，做好对分院门诊均次费用增长的管理与评估工作。

3.定点医疗机构因特殊原因，出现医保基金支出严重偏离正常范围的，由区医保部门会同卫健、财政部门，研究确定该定点医疗机构的决算结果。

全区医保基金支出大幅超出医保基金预算总额的，在综合分析原因的基础上，由区医保部门会同财政、卫健部门研究确定是否向市相关部门提出使用风险金的申请。

4.医保经办机构应对全区医保基金总额预算执行情况实施动态预警管理，加强研判分析指导；各医共体、其他定点医疗机构要根据各自预算额度和相关指标，建立内部控制管理制度，加强内部动态分析研判。

5.各医共体、其他定点医疗机构要严格执行医保政策规定，严禁以总额预算管理为由推诿拒收病人、降低服务标准。对因执行医保政策不力、侵害参保人员合法权益引发影响社会稳定事件的定点医药机构和个人予以严肃查处。