

涡阳县 2022 年县域紧密型医共体城乡居民医保基金按人头预算总额管理实施办法

为进一步发挥医保基金杠杆作用，促进县域医疗服务共同体（以下简称医共体）建设，激发医共体主动控费的内生动力，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）、《亳州市医疗保障局、亳州市财政局、国家税务总局亳州市税务局关于印发〈亳州市城乡居民基本医疗保险基金市级统筹实施办法〉的通知》（亳医保〔2021〕14号）、《涡阳县人民政府办公室关于推进紧密型县域医共体建设的实施意见》（涡政办〔2019〕15号）、《涡阳县深化医药卫生体制改革领导小组关于印发城乡居民基本医疗保险基金紧密型县域医共体包干管理办法等六个配套文件的通知》（涡医改〔2019〕1号）、《安徽省医疗保障局 安徽省财政厅 国家税务总局安徽省税务局关于做好 2021 年城乡居民医疗保障工作的通知》（皖医保发〔2021〕7号）、《关于印发亳州市国家医保谈判药品“双通道”管理药品供应与医保结算方案的通知》（亳医保〔2021〕11号）等文件精神，结合我县实际，制定本实施办法。

一、基本原则

1. 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算管理，遵循总额预付、及时结算原则；
2. 结余考核留用，合理超支分担；

3. 分季预拨，专款专用，定期考核，年终清算，积极推进。

二、基金预算

基金预算包括医保基金管理机构对医共体的年度基金总额预算和参保群众县外就诊、医共体内部、县内签订购买服务协议医疗机构的资金预算。

(一) 总额预算。由医保基金管理机构负责。基金预算编制暂按 930 元/人（个人缴费 320 元、各级财政配套 610 元）进行测算，待财政补助标准确定后，如有变动，重新调整。根据城乡居民待遇、上年度资金结算等情况，扣除增量风险基金（与上一年相比筹资增量 10%）、统留 5%调剂金、大病保险资金后，剩余部分作为医共体总额预算指标，将其转换成参保人头费（对应辖区每位参保居民），由县域医共体负责承担辖区居民当年门诊和住院、按规定支出的一般诊疗费、家庭医生签约服务、双通道药店结算费用、药品集采款、县外住院等规定的报销费用。

增量风险基金：按当年新增筹资部分的 10%预留风险基金，保持累计风险金在当年筹资基金的 10%水平，由省级统筹管理。

统留 5%调剂金：当年筹资扣除风险基金后，统留 5%作为调剂金，由市级统筹使用（原则上优先弥补大病保险超支，剩余调剂金按规定执行）。

大病保险基金：从当年筹集的城乡居民基本医保基金中按 90 元/人划出，年度内如遇政策调整，不足部分从统留 5%调剂金中弥补。大病保险基金由承办商业保险公司按季度申请，医保基金管理机构向财政部门申报后，财政部门拨付给承办商业保险公

司专用账户，年终按照大病保险合同和考核结果结算，大病保险基金如有结余，返还医保基金财政专户。

（二）参保群众县外医疗费用补偿年度预算

1. 县外非即时结报定点医疗机构医疗费用补偿年度预算。根据上一年度医共体辖区参保居民在县外非即时结报定点医疗机构医药费用补偿数据，结合本年度实际情况，制定医保资金预算指标。

2. 县外即时结报定点医疗机构医疗费用补偿年度预算。根据上一年度医共体辖区参保居民在县外即时结报定点医疗机构医药费用补偿实际情况，按照当年前三个月的水平和增长率，制定医保资金预算指标，由市医保局统一管理结算，年终决算，在医共体预算内多退少补。

（三）参保群众县内医疗费用补偿年度预算

除总体预算中规定的县外医疗费用补偿年度预算外，根据医共体县内预算总额和医共体内部、县内签订购买服务协议医疗机构近三年医保基金实际支出水平，制定各医疗机构医保资金预算，执行中各医疗机构均不得突破年度预算，预算结余医共体留用。预算方案于本通知印发 15 日内报县医保局、财政局备案。

（四）政策性调整

2022 年实际参保人口数、上级补助资金与本办法不一致的，由医保局、财政局补充调整。

经批准，年内定点医疗机构因增加新院区、新科室、采用新技术等原因，导致超出预算（序时）的，医院可按照基金支出增

加金额申请预算调整。医共体核实后，11 月底之前，医共体在县内预算范围内，编制调整方案，经县医保局、财政局审批后执行。

三、基金预付

（一）各医共体牵头医院设立城乡居民医保基金专用账户，各成员单位在牵头医院专用账户基础上建立独立账户，用于接收城乡居民医保预拨资金和拨付各医疗机构报销垫付资金。

（二）实行按季度预拨，分季结算，年度清算。

1. 市医保部门季度预拨资金到位 5 个工作日内，县医保局按医共体预算标准（扣除垫付资金、违规拒付费用及非医共体结算金额等）向县财政局申请季度拨付资金；

2. 县财政局在接到申请报告 5 个工作日内将该季度城乡居民医保基金预拨至县域医共体牵头医院专用账户；

3. 牵头医院在基金到账 5 个工作日内按医共体内部预算标准完成预拨，牵头医院预拨情况将纳入年度考核。

四、基金结算

（一）医共体内部结算。牵头医院按月对参保居民在医共体内各级医疗机构所发生的医药费用进行审核后及时结算。医共体牵头医院要积极改造完善信息系统，具备实时统计医共体内部、医共体之间及非医共体就医补偿信息的功能，县医保局根据需要查询。

（二）医共体之间结算。医共体之间的医药补偿费用结算依据临床路径、按病种付费和医保基金管理规定等情况审核结算，

半年结算一次。由医共体之间相互结算找补，县医保局也可从医共体总额预算基金中结算拨付。

（三）县内签订购买服务协议医疗机构结算。对县域医共体之外的县内其他定点医疗机构，由牵头医院以购买服务的方式签订协议，按月根据审核结果结算。牵头医院须严格遵照双方签订的购买服务协议约定，及时审核、及时拨款，并将审核结算结果报医保基金管理机构备案。牵头医院拨付情况将纳入年度考核。

（四）县外非即时结报定点医疗机构就诊患者结算。医共体牵头医院负责对本辖区参保居民在县外非即时结报定点医疗机构就诊患者医疗费用进行受理审核结算。从受理之日起，在 30 个工作日内完成审核、拨付工作，牵头医院按月根据审核无误后的结果，通过银行代发的方式，将医保补偿款打卡拨付给患者。如年度资金不足，从医共体预算总额中补足，如有结余，结余资金纳入医共体全年预算总额使用。审核拨付结果报医保基金管理机构备案。牵头医院拨付情况将纳入年度考核。

（五）县外即时结报定点医疗机构患者结算。医共体辖区的参保患者，在市外异地联网医疗机构的即时结算资金，由市医保局通过省异地就医管理中心直接结算；在县外市内异地就医即时结算资金，由市医保局负责组织结算，县医保局将结算结果定期反馈给医共体牵头医院。如年度资金不足，从医共体预算总额中补足，如有结余，结余资金纳入医共体全年预算总额使用。

（五）双通道药店结算。医共体辖区的参保患者所发生的双通道药店结算费用，由县医保中心负责组织结算，并将结算结果

定期反馈给医共体牵头医院，如年度资金不足，从医共体预算总额中补足，如有结余，结余资金纳入医共体全年预算总额使用。

（七）医保基金外的其他资金结算。因实施“一站式”结算所产生的大病保险、医疗救助等不在医共体年度预算之内的其他补偿资金，除县外即时结报定点医疗机构外，由医共体牵头医院从年度总额预算指标中先行垫付，定期将垫付资金汇总表及结算单复印件和回款申请报医保基金管理机构，县医保局负责通知相关单位限期回款到位。

即时结报定点医疗机构所发生的大病保险、医疗救助等资金，由县医保局负责与保险公司、财政部门结算并及时回款。

五、年终清算

年度考核结束后，县医保局应会同财政局做好医共体资金清算工作，以医保系统 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日显示已结算补偿资金为支出数据依据。跨年度出院的患者，以实际结算日期作为清算年度。年度结束后 50 个工作日，医保基金管理机构组织年度考核并清算。

年度清算完成后，医共体牵头单位应及时完成医共体内部的清算工作，清算报告报县财政局、医保局等相关部门备案。

医共体年度基金发生的合理超支，由医共体牵头单位和成员单位与基金合理分担，医保基金承担的上限为统留 5% 调剂金弥补大病保险当年超支和突发公共卫生事件必要支出后的余额。

六、基金结余分配

医共体年度医保基金包干结余部分，原则上按照涡医改

〔2019〕1号等文件精神等文件精神执行,分配方案报县财政局、医保局备案。

七、基金监管

(一)县医保局要加强对医共体牵头医院年度医保基金使用情况进行监督,可利用智能监管、委托第三方进行病案审查、打击“欺诈骗保”专项行动、组织医共体内互相监督检查等方式强化对基金监管。基金监管中发现各医疗机构违规行为,违规违约费用从各医共体预算基金中扣减或由医疗机构缴回,扣减或缴回资金全部返还城乡居民医保基金财政专户。监管结果与年度考核挂钩,与基金年度预算和清算挂钩。

(二)医共体牵头医院应受县医保局委托,履行体内、体外医疗机构监督管理职责,配合医保部门做好医共体内、体外各定点医疗机构住院病历审查及督查工作。

(三)各医共体牵头医院要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、评价考核

县医保局对医共体建立激励约束考评机制,充分发挥医保基金在“三医联动”中的杠杆作用,推动医疗卫生工作重心下移,促进医疗资源下沉,构建合理有序分级诊疗制度。年度考核评价结合激励和约束指标,实行百分制。对有出现任一约束指标不达标的,可根据实际情况,取消相应医疗机构年度结余资金分享资格。

本办法从 2022 年 1 月 1 日起实施，由县财政局、医保局负责解释。如遇国家、省相关政策调整，从其规定。

附：2022 年度涡阳县城乡居民医保基金（按医共体划分）
总额预算

2022年度涡阳县城乡居民医保基金（按医共体划分）总额预算

单位：万元

序号	医共体名称	2022年度 筹资人口 数（人）	筹集资金总额 （930元/人）	补齐10%风 险金	市医保局调 剂基金 （5%）	大病保险基 金（90元 /人）	医共体总额预算					县内总额预算
							合计	县外即时 结报预算	县外非即时 结报预算	双通道药品 预算（0.5 元/人）	家庭签约服 务预算（增 长5%）	
		1	2	3	4	5	6=2-3-4-5	7	8	9	10	11=6-7-8-9-10
1	县医院医共体	860860	80059.98	367.84	3984.61	7747.74	67959.79	18838.45	9704.66	43.04	671.45	38702.19
2	中医院医共体	530354	49322.92	220.85	2455.10	4773.19	41873.78	11607.41	5979.58	26.52	270.55	23989.72
	合计	1391214	129382.90	588.69	6439.71	12520.93	109833.57	30445.87	15684.23	69.56	942.00	62691.91