

开封市医疗保障局文件

汴医保〔2022〕1号

开封市医疗保障局 关于印发《开封市紧密型县域医共体医疗保障 管理实施方案（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局，局属各单位，各定点医疗机构：

《开封市紧密型县域医共体医疗保障管理实施方案（试行）》已经局党组（扩大）会议研究通过，现印发给你们，望认真贯彻落实。凡符合行政、人员、业务、药械、财务、绩效、信息等统一管理要求的紧密型县域医共体，由医共体总医院向市医疗保障局书面申请（模板见附件），并经所在地县（区）卫生健康委员会、医疗保障局确认后实施医保基金总额付费。

本通知自 2022 年 1 月 1 日起执行，如出现重大问题，及时向市医疗保障局报告。原《开封市紧密型县域医共体医保付费实施方案（试行）》（汴医保〔2019〕79 号）废止。

附件：关于医保基金总额付费的请示（模板）



开封市紧密型县域医共体医疗保障管理 实施方案（试行）

为充分发挥医保基金杠杆撬动作用，助推我市紧密型县域医共体高质量发展，努力构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序。根据《河南省人民政府办公厅关于加快推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》（豫政办〔2020〕9号）、省委深改委办公室等八部门《关于印发〈河南省紧密型县域医共体建设操作手册（试行版）〉的通知》（豫改办发〔2021〕10号）、《中共开封市委开封市人民政府关于促进公立医疗机构高质量发展的若干意见》（汴发〔2020〕16号）、《开封市人民政府办公室关于印发〈开封市全面推进县域综合医改工作方案〉的通知》（汴政办〔2019〕74号）等文件精神，结合我市实际，制定本实施方案。

一、基本原则

紧密型县域医共体(以下简称医共体)医疗保障管理遵循“三个坚持五个统一”的原则。坚持总额预算管理，坚持市级统筹，坚持医保支付方式改革；实行全市统一总额预算，统一按月预付，统一打包拨付，统一年终清算，统一基金监管。医共体制度改革与医疗保障制度改革相互适应，共存并行。

二、适用范围

本实施方案适用于全市实现“七统一”的医共体。

三、工作目标

围绕“控基金”和“提质量”双目标，最终实现“基层医疗服务能力得到提升，医疗费用得到有效管控，医保基金使用效率得到提高，群众看病难看病贵问题得到缓解”的目标，不断增强参保群众获得感和幸福感。

（一）提升基层医疗机构服务能力。县域内就诊率达到 90%，基层就诊率达到 65%左右。

（二）合理控制医疗费用增长。加强管控医疗费用过快增长，医疗费用增速与 GDP 增速等社会经济发展协调一致，县域内医疗总费用年增长率不超过 8%。

（三）合理控制医保基金支出增速。加强医保基金监管，有效遏制过度检查、超量开药等过度医疗行为，坚决杜绝欺诈骗保，提升医保基金使用绩效。医保基金支出年增速不超过我市经济增长水平和基金收入增长幅度。

（四）提升医保基金使用绩效。切实维护参保群众的医疗权益，降低个人负担。医共体内医疗费用个人实际负担控制在 30%左右。

（五）推进医保支付方式改革。在全面实施总额预算管理的基础上，积极推进医保支付方式分类改革，实施按 DRG 付费、按病种付费、按人头付费、按床日点数付费、按中医日间病房付费、按项目付费等多元复合式付费方式。

四、政策内容

(一) 实行“一个总额”付费预算管理。医共体实行医保基金“一个总额”付费预算管理，职工医保和居民医保分别预算。医共体的预决算主体为医共体总医院，医共体内部医疗机构由医共体总医院负责分配。各成员医疗机构之间同险种可调剂使用。

1. 家庭医生签约服务医保基金和门诊统筹基金按医共体覆盖参保城乡居民数量打包拨付给所属医共体总医院。结余奖励，超支不补。

2. 医共体内二级医疗机构、一级及基层医疗卫生机构实行医院分级预算管理，分别纳入同级别医疗机构基金池按 DRG 分组结算。点数计算，月度预结算，年终清算。基金池以县域为单元设置，并综合考虑近 1-3 年医疗服务提供情况、医保基金支付情况以及费用增长因素确定基金池基金分配额度(具体分配方案另行制定)。

医共体内成员单位的病案首页数据(或医疗保障结算清单)由医共体总医院统一报送。

3. 医共体内参保患者在市域外医疗机构就医发生的医保费用从医共体年预算总额中支出。市域外医疗机构就医医保费用年预算总额接近 1-3 年医保实际支出总额核定。结余留用，超支不补。

医共体总医院负责办理医共体内参保患者市域外转诊审核、零星报销等工作。医共体总医院应设置经办大厅，方便于群众。

4. 县域内未参加医共体的医疗机构纳入所在县区同级别医疗机构基金池，应得医保基金由医保经办机构直接审核结算。

5. 大病保险资金、单独支付国家谈判药品、门诊慢特病、按病种付费、职工生育保险、居民孕产妇住院分娩、职工一次性进入最高支付限额、长期护理保险筹资、县域外市域内就医等费用由市医保部门单列预算。预留不超过10%的年度风险储备金。

(二)支持共享医疗服务。推动医共体内共享医学服务发展，重点支持基层医疗机构的技术服务，把影像中心、检验中心、心电监护中心等医共体内共享服务纳入医保支付范围。医共体内的共享医疗服务收费标准按患者就诊医疗机构的标准执行。按照《河南省医疗保障局 河南省卫生健康委员会关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的通知》要求，加大力度推动医共体内的“互联网+诊疗服务”，提升基层服务能力，促进分级诊疗，有效降低患者就医费用，提升服务体验。

推动医学检验检查结果互认。医共体及其加入的城市医联体、专科联盟内部开展的医学检验和医学影像检查等项目（具体见卫健部门规定的互认项目清单）结果予以互认，不得进行重复检验检查。人为因素造成重复检验检查的，相关费用由医院和责任医师承担。

(三)实行药品和医用耗材统一采购。建立医共体内统一采购账户、统一用药目录、统一采购配送、统一采购价格、统一

支付货款的采购模式。全面落实国家、省、市药品医用耗材集中带量采购政策，优先采购和使用中选产品，按规定时限回款。

五、费用拨付

（一）医保经办机构按月预分额度，预留 5%医疗服务质量保证金后，打包拨付给医共体总医院。年度终了，根据有关文件规定和考核情况确定年终清算额度。

（二）异地就医即时结算相关费用按规定由市经办机构统一上解至省异地就医财政专户。

六、主要措施

（一）签订一个服务协议。制定医共体医疗保障服务协议，在现有医疗保障服务协议基础上，明确各方权责。对标改革任务，改革定点服务协议的签订方式，医共体总医院代表所有医共体成员单位与医保经办机构签订一个医保定点服务协议。

（二）推行一套内控制度。医共体总医院要承担医共体内医保基金支付的监管职责，对各成员单位的医疗医保服务行为负责，建立违规违法行为的内控约束制度，各成员单位要加强自律和相互监督。医共体内部监管发现违规问题，应立即整改，退回违规使用的医保基金，并开展自查自纠。做好医保基金的合理分配，提高基金使用效率。

（三）搭建一体化信息平台。推进医共体内各医疗机构的医保结算、付费方式、医疗监管、协议管理、医保考核等工作的一

体化，加强医保、卫健等相关部门之间信息共享，实现医共体整体一个数据出口与医保对接交换和共享。通过一体化信息平台建设推动实现医共体成员机构之间的基础信息、病案信息、服务流程、服务质量等数据标准的统一，为数据共享、监控管理、考核监管等奠定技术基础，畅通上下转诊渠道，推进分级诊疗。

（四）建立一个考核机制。建立以结果为导向的医共体医保管理改革成效考核机制。从分级诊疗、医疗服务质量水平，医疗费用和医保基金支出增长合理性、医疗费用可负担性，以及群众满意度等方面考核评价医共体；充分运用医共体一体化的信息平台直接从系统中提取数据指标，提高考核效率，确保考核公平客观；建立与考核结果挂钩的奖惩机制。考核结果直接与医保总额、指标管理、家庭医生签约服务、资金拨付、协议续签等挂钩。建立对医共体及其成员单位医保“一个总额”管理的退出机制。

七、相关要求

（一）加强组织领导。医共体建设对于提升医疗资源配置，提高医保基金使用效率具有重要意义。医保部门要高度重视，统一思想，加强领导，要与财政、卫生健康等部门统筹协调，督促改革任务高效推进，确保政策措施落地见效。

（二）强化监督管理。医共体医保改革是医保治理机制的重大变化。医保部门要加强对医疗费用和医疗服务行为的监督管理，既要做到对医共体进行一体化监管，也要做到对医共体内部

成员单位进行监管，坚决防止“一包了之”。依法严厉打击欺诈骗保等违法违规行为。

（三）严格管控医疗费用。医共体总医院要发挥参与控费管理的“龙头”作用，严格控制医疗费用的不合理增长，变被动控费为主动控费。

（四）注重宣传培训。医共体各单位要积极宣传医保政策，加大基金征缴参与度，提高辖区内居民参保率。医共体总医院要强化医保、质控、信息化等专业技术人员队伍能力建设，加强对医保医师及相关医务人员的政策培训，共同营造改革的良好氛围。

附件：

× × × 医共体总医院
关于医保基金总额付费的请示
(模板)

开封市医疗保障局：

× × × 医共体总医院包括 × × ×、……等 × 家定点医疗机构，符合行政、人员、业务、药械、财务、绩效、信息等统一管理要求，现申请医保基金总额付费。今后，我总医院将严格执行《开封市紧密型县域医共体医疗保障管理实施方案（试行）》的相关规定，做好内部医保基金分配、使用与监督。

× × × 医共体总医院
年 月 日

县（区）卫生健康委意见：
(该医共体符合“七统一”要求)
年 月 日（盖章）

县（区）医疗保障局意见：
(情况属实)
年 月 日（盖章）

开封市医疗保障局

2022年1月4日印发
