

三亚市医疗保障局 三亚市卫生健康委员会 文件

三医保〔2024〕6号

关于印发《三亚市紧密型医疗集团总额预算管理实施方案》的通知

各区医疗保障局、市医保服务中心，三亚中心医院、市人民医院：

为贯彻落实《中共三亚市委办公室 三亚市人民政府办公室印发〈关于加快推进三亚市医疗联合体建设和发展的实施方案〉的通知》精神，完善医保促进医疗联合体建设和发展支持政策，结合我市实际，现将《三亚市紧密型医疗集团总额预算管理实施方案》印发给你们，请认真组织实施。



三亚市医疗保障局



三亚市卫生健康委员会

2024年1月26日

(此件主动公开)

抄送：市人民政府，省医疗保障局、省卫健委、省社保中心

三亚市医疗保障局办公室

2024年1月26日印发

附件

三亚市紧密型医疗集团总额预算管理实施方案

根据《关于加快推进三亚市医疗联合体建设和发展的实施方案》（三办发〔2022〕32号）和《海南省协同推进医保支付方式改革和紧密型医疗集团建设指导意见》（琼医保〔2023〕181号）文件精神，为进一步深化我市医保支付方式改革，推动我市紧密型城市医疗集团（以下简称医疗集团）建设，提高参保群众医疗保障水平，结合我市实际，制定本实施方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心，在DIP为主的多元复合医保支付方式下，对医疗集团实行医保总额预算管理，优化我市医疗资源配置，提高医保基金使用效率。

二、实施时间与范围

自2024年1月1日起，我市城镇从业人员和城乡居民基本医疗保险参保人员医保统筹基金（含大病保险、生育保险和大额医疗费用补助），覆盖普通门诊、门诊慢性病（特殊疾病）、门诊“两病”、住院医疗全部医疗类别费用，由医保经办机构按照“总额预算、月度预付、年度清算”的原则，与医疗集团进行结算。我市参保人员跨省异地就医、散单报销、突发公共卫生救治

发生的医疗费用，不纳入医疗集团医保基金总额预算管理范围。

三、实施内容

按照“收支平衡，略有结余”原则，科学编制医疗集团年度统筹基金支出总额预算，年终清算时实行“结余留用、合理超支分担”的责任共担机制。

（一）医疗集团年度总额管理

医疗集团医保基金总额预算按照城乡居民、城镇从业人员两个类别分别制定，原则上以上年度纳入医疗集团医保基金总额管理范围内发生的我市参保人在省内发生的医保基金记账金额为基数（次年以上年度总额预算为基数进行制定）。总额预算年度增长幅度参考我市前三年医保基金支出增长率，按照城镇从业人员基本医疗保险增速不超过10%、居民基本医疗保险增速不超过5%的标准，由市医保经办机构制定后报市医保行政部门核准。

若全市年度医保基金支出预算发生缩减，则医疗集团医保基金总额预算进行同比例缩减。因重大政策调整、突发公共卫生事件等特殊情形发生需要调整医疗集团预算基金总额时，由医疗集团向医保经办机构提出意见，医保经办机构作出调整方案，报市医保行政部门审定后执行。

（二）医疗集团月度预付

医疗集团内成员单位的医保基金，由医保经办机构以医疗集团上月申报统筹基金记账金额的90%按月预付给医疗集团牵头医院，剩余10%列入年终清算。医疗集团内部成员单位的分配办

法由医疗集团牵头医院自行制定。

(三) 医疗集团年度清算

医疗集团年度清算统筹基金应支付金额=普通门诊统筹支出+门诊慢性病（特殊疾病）统筹支出+门诊“两病”统筹支出+按病种分值付费年度统筹基金决算支付总额

1.清算时间与范围

根据医疗费用结算时间，将当年度1月1日至12月31日医疗集团的结算病例纳入年度清算范围；原则上次年第二季度应完成相关清算工作。

2.质量保证金扣减

以医疗集团的本年度统筹基金记账金额的5%为标准，设立质量保证金。质量保证金的扣减与考核等次挂钩，优秀的扣减；良好的扣减10%；合格的扣减30%；不合格全额扣减。

3.普通门诊、门诊慢性病（特殊疾病）费用、门诊“两病”的清算

普通门诊、门诊慢性病（特殊疾病）、门诊“两病”费用按项目付费方式进行清算，从医疗集团医保基金总额预算中列支。

4.住院类别医疗费用的清算

(1) 全市年度按病种分值付费住院统筹基金支出预算总额
全市年度按病种分值付费住院统筹基金支出预算总额=医疗集团医保基金总额预算-普通门诊、门诊慢性病（特殊疾病）、门诊“两病”统筹基金支出总额-其他统筹基金支出总额

计划生育手术费、我市参保人在儋州市发生的统筹基金支出等不宜打包的费用总额为其他统筹基金支出总额。

(2) 医疗集团年度总分值和病种每分值点值

执行《关于印发海南省区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）结算细则（试行）》相关规定，以医疗集团内各医疗机构为单位进行分值计算。

(3) 超支分担、结余奖励按照 DIP 清算规则执行

5.医疗集团按病种分值付费年度统筹基金决算支付总额

执行《关于印发海南省区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）结算细则（试行）》相关规定

6.医疗集团年度清算统筹基金决算金额的拨付

医疗集团年度清算统筹基金决算金额包含医疗集团内各成员单位决算金额，具体公式如下：

医疗集团年度清算统筹基金决算金额=医疗集团年度清算统筹基金应支付金额-预付累计金额-质量保证金扣减金额-智能审核扣款金额。

医疗集团年度清算统筹基金决算支付总额拨付给医疗集团牵头医院，由其对成员单位再进行分配。

(四) 考核激励约束机制

医保经办机构要加强对医疗集团牵头医院医疗服务协议的考核，规范医疗机构医疗行为、提高参保群众就医获得感，重点监督考核医疗集团是否存在推诿病人、服务质量下降以及转移医疗

费用损害参保人利益行为；落实“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制。

1.医疗集团年终考核方案另行制定。年终考核结果应用于医疗集团质量保障金的扣减和年终清算时的结余留用和合理超支分担。

2.医疗集团发生的普通门诊、门诊慢性病（特殊疾病）、门诊“两病”类病人的医疗费用以按项目付费方式进行结算，住院类病人的医疗费用以按病种分值（DIP）方式进行结算，并根据《关于印发海南省区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）结算细则（试行）》相关规定进行结余留用与合理超支分担，符合规定的结余部分给予留用，合理超支部分由医保基金和医疗集团进行分担，超支分担按照 DIP 清算规则执行。分担比例与医疗集团年终考核结果挂钩。医疗集团年终考核结果为优秀，医保基金分担 80%；良好，医保基金分担 50%；合格，医保基金分担 20%；不合格，医保基金不予分担。

年度内定点医疗机构因违反医保有关规定受到责令限期整改、暂停服务协议、解除服务协议等处理或因各种原因受到行政处罚的，超支部分医保基金不予分担。

（五）其他

1.推进药品耗材集中带量采购。医疗集团牵头医院代表成员单位统筹药品耗材集中带量采购计划工作，负责紧密型医疗集团内药品耗材的采购、配送与结算。

2.未纳入医疗集团的其他定点医药机构，按原医保支付政策执行。

四、保障措施

（一）加强组织领导。各相关部门要高度重视，加强领导，充分认识医疗集团医保支付方式改革的重要意义。医保、卫健等部门要加强沟通协调，形成工作合力，增强改革的整体性、系统性、协同性。

（二）落实部门职责。医保部门要做好各医疗集团付费改革总额预算，加强对医疗集团医保基金监管，确保医保基金安全。医保经办机构应对医疗集团的医疗费用进行审核。卫健部门要牵头做好医疗集团建设的评定和监测工作，确定“紧密型”医疗集团名单；加快推进分级诊疗制度建设，提升基层医疗卫生服务能力水平，做好家庭医生签约服务工作，促进优质医疗卫生资源下沉，规范医疗服务行为；督促医疗集团完善内部绩效考核和薪酬分配制度，促进医疗集团内部完善的内控约束、绩效管理制度。

（三）健全医疗集团运行机制。医疗集团牵头医院要完善内部管理机制、医保绩效考核及资金分配制度等相关管理办法；加强医保、质控、信息化等专业技术人员队伍能力建设。完善医疗集团内部、医疗集团之间和区域向外转诊管理规范，健全双向转诊通道和转诊平台，依规引导参保人员在基层就诊。

本方案试行一年，视省医保、省卫健部门对我市的评估情况进行调整。