安吉县基本医疗保险医疗费用结算

管理办法（试行）

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为提高基本医疗保险基金使用效率，加强基本医疗保险基金使用的监管，确保基本医疗保险基金合理使用，根据《关于印发<关于推进全省县域健共体基本医疗保险支付方式改革的意见>的通知》(浙医保联发〔2019〕12号)、《关于印发<浙江省基本医疗保险住院费用DRGs点数付费暂行办法>的通知》 (浙医保联发〔2019〕21号)、《关于印发<湖州市基本医疗保险住院费用实施总额预算管理下按疾病诊断相关分组DRGs点数付费办法细则〉的通知》(湖医保联发〔2019〕14号)、《关于印发<湖州市基本医疗保险住院费用DRGs点数法付费相关政策〉的通知》(湖医保联发〔2022〕2号)精神，结合我县实际，制定本办法。

第二条 本办法实施对象为县域内医保定点医药机构。县域健共体单位实施总额预算管理下按人头包干结合住院按疾病诊断相关分组(简称DRGs)点数的综合性医保支付方式；县域内非健共体单位实施总额增长率控制同时结合住院按DRGs点数付费。

第三条 本办法适用范围为职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险。

第四条 基本医疗保险费用结算，坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，保障参保人员基本医疗，控制医疗费用过快增长；坚持“总额预算、结余留用、超支合理分担”的原则，积极引导定点医药机构加强自我管理、控制医疗成本和提高医疗质量；坚持统筹兼顾、谈判协商的原则，建立付费标准动态调整机制；坚持因地制宜、循序渐进的原则，不断完善医保付费方式，提高基金使用绩效。

第五条 年度内参保人员本地和异地医疗费用统一纳入健共体医疗费用结算管理范围。职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险分别核算。

第六条 各健共体参保人头分配。城乡居民基本医疗保险参保人员按户籍所在地确认所属健共体。以各健共体前三年职工基本医疗保险统筹基金占比为人员分配比例，将各年龄段的职工基本医疗保险参保人员按上述分配比例随机划分归属至相应健共体。（年内中途参保暂不计入包干；各年龄段划分为：20周岁及以下、21-30周岁、31-40周岁，以此类推。）

第七条 本办法所指基金为基本医疗保险统筹基金，不包括非就诊发生的健康体检费、责任医生签约服务费、大病保险和生育保险支出等统筹基金，以及个人账户基金、公务员补助资金和其他专项资金（困难人员医疗救助、精神病救助及离休、二乙、劳模等特殊人群由财政单独安排的资金）。

第二章 总额预算

第八条 根据上年度基本医疗保险基金支出总额、当年基本医疗保险基金预测筹资额等因素确定基金支出增长率（不得高于省、市下达的医疗费用增长率控制目标），合理预算当年基本医疗保险基金支出总额（以下简称年度预算总额）。从职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险预算总额中分别划出1%、0.5%的基金作为调节金，用于当年度门诊国谈药品等不纳入总额预算的特殊支出。剔除大病保险费、责任医生签约服务费等刚性支出和调节金后，剩余费用作为健共体总额包干费用，用于健共体辖区参保人员当年度门诊、住院符合医保规定的医疗费用中统筹基金部分的支出。

第九条 年度预算确定后，除发生重大公共卫生事件、医保待遇政策调整外，原则上不再调整。确需调整年度支出预算额度的，经测算后，由医保行政部门会同财政、卫健等部门协商确定。具体计算公式如下：

年度支出预算总额=上年度支出决算额×(1+基金支出增长率)。

人头支付标准=年度包干总额÷当年度参保人头。

健共体年度预算总额=健共体本年度参保人头×人头支付标准。

非健共体年度预算总额=上年度支出决算额×（1+基金支出增长率）。具体标准：纳入医保服务协议管理超过3年的，以确定的统筹基金支出增长率为基准确定年度预算总额。纳入医保服务协议管理3年以内的，按照上年度全县同级别医药机构平均次均费用为控制指标。

职工和城乡居民基本医疗保险年度参保人头为年度预算当月医保待遇享受人数，年度内多次待遇享受的人头数为1。

第三章 基金月度结算

第十条 按照市级医保部门的统一规定进行结算。

第四章 基金年度决算

第十一条 年度决算以市级医保行政部门统一的DRGs决算完成时间为准。医保经办机构报销的医疗费用纳入决算范围，费用发生时间以结算日期为准。

第十二条 统筹基金年度决算。

1.住院DRGs决算。按全市统一的住院DRGs决算方案确定各住院医疗机构的决算总额及结余超支额。

2.非健共体统筹金年度决算。

①非健共体统筹基金结余或超支额=非健共体年度预算总额-（县内参保人员门诊统筹基金实际发生额+县内参保人员住院DRGs结算额）。

②非健共体年度预算总额超支承担额。超过年度预算总额的，总额超支部分按比例分担。未超过年度预算总额的，门诊按实际项目付费结算，住院按DRGs结算。

3.健共体统筹金年度决算。

①健共体包干总额决算。健共体结余或超支额=健共体按人头包干总额-包干人头按项目付费的统筹基金实际发生额-非健共体住院DRGs留用额（或“+非健共体超支分担额”）×健共体包干人头占比。

②各健共体间住院DRGs结余或超支额交叉结算。

第五章 结余留用和超支分担

第十三条 健共体结余留用和超支分担机制。结余留用：年度预算总额有结余时，结余基金由健共体留用。超支分担：年度预算总额超支时，超过年度包干总额10%以上部分由健共体全额承担，10%以下部分的85%由健共体承担。

非健共体未超过年度预算总额的，门诊按实际项目付费结算，住院按DRGs结算。超过年度预算总额的，总额超支部分按比例分担，具体标准：超过年度预算总额2%（含）以下部分由医药机构承担20%，2%-6%之间部分由医药机构承担60%，6%（含）以上部分由医药机构承担80%。

第六章 监管与服务

第十四条 建立健全考核机制。根据《关于印发〈湖州市基本医疗保险住院按疾病诊断相关分组(DRGs) 点数付费监督考核细则(试行)〉的通知》对定点医药机构进行考核。另外，突出医保控费管理，进一步完善安吉县定点医药机构年度考核办法。

第十五条 建立健全监管机制，强化医疗服务行为监管，营造公平、公正的医疗服务氛围。对医疗机构发生的医疗费用开展月度网上审核，季度实地稽查，年度专项检查，积极引入第三方专业力量进行审查；定期组织DRGs管理专家和定点医疗机构有关人员，对病案进行交叉抽样检查，有力处置升级病案诊断、分解服务过程等进行牟利的行为，审核与稽查中发现的违规费用在月结算中给予扣除，住院违规行为在年度清算时的结余留用考核中体现。

第十六条 建立健全评估机制。医保经办机构根据需要，对特殊病例的医疗合理性、分组合理性等事项组织开展评估工作。 评估专家按评估所需相应专业抽选，按少数服从多数原则由评估专家组做出评估意见。医疗机构对评估意见有异议的，可向县医保行政部门提出申诉。

第十七条 推进信息化应用。全面推进医保智能监管平台的应用，通过信息化提升业务支撑能力。

第十八条 县医保经办机构要做好医保服务与管理工作，基金监管科每月向医药机构提供医保基金分析预警情况，进一步完善定点医疗机构协议管理和绩效考核办法。

第十九条 定点医疗机构及其医保医师应坚持因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，不得人为减少必要的医疗服务而影响医疗质量，不得提供与治疗无关的医疗服务。定点医疗机构应合理控制病人自费的药物、材料和诊疗项目费用，原则上住院自费比例控制在15%以内，不得让参保人员在住院期间自购药品、医用材料等。

第二十条 定点医疗机构应加强病案质量管理，统一执行国家医疗保障局和国家卫生健康委员会颁布的疾病分类、手术操作、诊疗项目、药品分类、医用耗材编码、病案首页等标准。严格按照疾病诊断标准规范填写疾病名称、手术操作名称，出院诊断按病人就诊住院时的主要疾病、合并症、次要疾病正确选择主要诊断及相关的主要手术操作，并依次填写，避免和防止人为的疾病诊断升级，并根据医保业务经办要求做好数据上传工作。

第六章 附 则

第二十一条 本办法未明确的DRGs付费内容参照《关于印发<湖州市基本医疗保险住院费用实施总额预算管理下按疾病诊断相关分组(DRGs) 点数付费办法细则〉的通知》(湖医保联发〔2019〕14号)和《关于印发<湖州市基本医疗保险住院费用 DRGs 点数法付费相关政策〉的通知》(湖医保联发〔2022〕2号)等文件执行。

第二十二条 本办法由安吉县医疗保障局负责解释。

第二十三条 本办法自2024年1月1日起执行。