



# 石台县人民政府办公室关于印发《石台县紧密型 县域医共体城乡居民基本医疗保险基金 按人头付费总额预算实施细则 (试行)》的通知

石政办〔2022〕6号

各乡镇人民政府、各景区管理中心，县政府各部门，各直属机构：

《石台县紧密型县域医共体城乡居民基本医疗保险基金按人头付费总额预算实施细则（试行）》业经县政府第12次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

石台县人民政府办公室

2022年10月8日



# 石台县紧密型县域医共体城乡居民基本医疗保险基金按人头付费总额预算实施细则（试行）

为进一步深化医药卫生体制改革，保障基本医疗保险参保人员的合法权益，有效维护医保基金安全，扎实推进石台县县域医共体建设，不断提升县域内就医服务能力，促进构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序。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）、省医改领导小组《关于印发〈安徽省深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革行动计划（2022—2025年）〉的通知》（皖医改〔2022〕3号）及《关于推进紧密型县域医共体改革全覆盖的通知》（皖医改办〔2020〕4号）、《中共石台县委办公室 石台县人民政府办公室印发〈石台县紧密型县域医共体建设实施方案〉的通知》（石办发〔2020〕4号）等相关文件精神，结合我县实际，制定本实施细则（试行）。

## 一、工作目标、基本原则

（一）工作目标。通过县域医共体城乡居民基本医疗保险基金按人头付费总额预算管理，建立县、乡（镇）两级医疗机



构统筹协调与分工协作机制，共享医疗资源，完善“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”分级诊疗制度，引导患者合理诊治、有序就医，进一步规范临床路径管理，有效控制医药费用不合理增长，增强县域医疗卫生服务能力，切实提高医保基金使用效益。

（二）基本原则。城乡居民基本医保基金对县域内医共体按人头总额预付管理，遵循总额预付、及时结算；结余考核留用，合理超支分担；分期预拨，定期考核；积极推进，平稳过渡原则。

## 二、实施范围

（一）医疗机构范围：县人民医院医共体。

（二）报销类型范围：凡符合规定的参保居民，各类型的城乡居民基本医保报销范围、报销标准均必须执行。包括一般住院、意外伤害、住院分娩（并发症）、慢性病门诊、大额门诊、普通门诊统筹、按病种付费等各项规定的报销范围。

## 三、基金预算

（一）总体预算。

按城乡居民基本医保当年筹资总额，扣除增量基金风险金（与上一年相比筹资增量 10%）和大病保险筹集基金后，作为紧密型县域医共体城乡居民医保基金按人头付费资金预算总



额，将预算总额 95% 的部分作为医共体按人头总额预算基金，按照当年筹资参保人数转换为按人头付费标准，交由医共体包干使用，结余留用，合理超支分担，由医共体负责承担辖区居民当年门诊和住院报销费用。大病保险基金因政策调整等支出超出年度预算的，从城乡居民基本医保基金历年累计结余中予以解决，历年累计基金结余不足或没有结余的，在年度增量基金风险金中予以安排。

## （二）医共体内预算。

**1. 预算指标编制。**医共体内预算由医共体牵头医院负责，根据医共体预算总额和医共体内各医疗机构上一年度医疗费用实际报销支付情况、医疗服务规范情况、费用控制情况等制定医共体内部医保资金预算指标，报县医疗保障局备案同意。县内非医共体医疗机构预算指标由县医疗保障服务中心负责，报县医疗保障局备案同意。预算指标编制工作在每年 1 月 20 日完成。

**2. 预留奖惩调节金。**医共体牵头医院按照本医共体预算资金总额 5% 标准预留奖惩调节金，其中：3% 部分用于医疗机构规模发生变化、服务能力提升等预算调整及新增医疗机构报销支出等；2% 部分用于医保部门及医共体内部开展各医疗机构年度考核奖惩等（县医疗保障服务中心在资金拨付时予以预留）。



**3. 预算额计算方法。** 预算额=（门诊人次\*门诊次均费用\*实际报销比+住院人次\*住院次均费用\*实际报销比）\*预算系数。  
其中：

（1）门诊、住院人次核定：依据上一年度实际发生值，结合我县参保率、住院指征把握、医疗机构设置变化、医疗机构定点资格变化及上一年度考核等情况综合确定。

（2）门诊、住院次均费用核定：依据上年度实际发生值，结合医疗机构病种结构变化、医疗机构医疗费用控制情况（次均费用涨幅情况）及上一年度考核情况等因素综合确定。

（3）实际报销比核定：依据上一年度实际发生值，结合基金筹集水平变化值、保外费用控制情况及上一年度考核情况等因素综合确定。

（4）预算系数：根据上年度医疗机构住院次均费用上涨情况实行差别系数。次均费用上涨幅度在5%以内的，系数定为1；次均费用上涨幅度在5%—10%内的，系数定为0.95；次均费用上涨幅度在10%—15%内的，系数定为0.9；次均费用上涨幅度在15%以上的，系数定为0.85。如医疗机构规模发生重大变化或收治住院病人结构发生较大变化的，可适度增加系数值，最高增加值不得超过0.05。

（三）医疗机构预算调整。



当各医疗机构规模、病种结构等情况发生较大变化时，可按照合理性原则，视实际情况适度调整预算额。预算额的调整（含追加、追减）由医共体牵头医院负责。

1. 各医疗机构由于服务能力显著变化，住院病人结构发生重大变化，可追加或追减预算额；医疗机构住院指征把握不严，存在小病大治、门诊转住院现象的，导致住院人次不合理增加的，将适度扣减预算额；医疗机构第四季度住院病人人次少于前三季度平均水平的，将适度扣减预算额。

2. 各医疗机构次均住院费用增幅超过 5% 或三费（药品、耗材、诊疗项目）涨幅超过 5% 的，将按照超过值\*住院总费用（住院三费总费用）\*住院报销比例计算口径扣减预算额（医疗机构级别或病种结构等情况发生较大变化的除外）。

3. 各医疗机构保外费用较多，导致实际报销比低于年初核定的报销比，予以扣减预算额；实际报销比高于核定的报销比，年终可适度追加预算额。

4. 乡镇卫生院（社区卫生服务中心）服务能力提升，疾病病种结构发生较大变化的，可优先考虑适度追加预算额。

5. 由于县外就诊病人回流，县域外就诊率下降，可适度增加医共体牵头医院预算额，反之扣减。

#### 四、基金预付



**（一）建立专用账户。**

医共体牵头医院要建立医保基金共管账户，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）基金实行预拨。**

**1. 医保经办机构对牵头医院预拨。**每年1月份前15个工作日，县医疗保障服务中心按预算标准将第一季度预付资金据实拨付至医共体牵头医院基金共管账户，其余季度首月前10个工作日内，按预算标准扣除上一季度违规拒付及其它应扣除的费用后拨付至医共体牵头医院账户。

**2. 牵头医院对成员单位预拨。**牵头医院在基金到账10个工作日内，按医共体内部预算标准完成预拨。

**五、基金结算**

**（一）医共体内部结算。**

参保城乡居民在所属医共体内各级医疗机构就医的，即时结算报销医药费用，医保基金负担部分由医疗机构垫付。医共体成员单位在次月10日前将前月报销结算资料报医共体牵头医院，由牵头医院对医药费用进行审核结算（实际报销额高于预算额月均值的，按照预算额月均值拨付，低于预算额月均值的，按照实际报销额拨付，结余指标滚存结转）。审核中发现的违规拒付费用的，在下季度预拨款中予以扣减。



(二) 非医共体结算。

**1. 异地转诊联网即时结算。**参保人员转诊异地就医联网即时结算产生的医药费用（不含大病保险支付对象），由医保经办机构（商保经办机构）按照异地就医直接结算相关规定进行审核结算，报销资金从医共体总额预算基金中扣除，年终清算。

**2. 异地转诊联网非即时结算。**参保人员异地转诊非直联医保定点医疗机构就医产生的医药费用，由医保经办机构（商保经办机构）按规定进行审核结算，报销资金从医共体总额预算基金中扣除，年终清算。

**3. 市域内非医共体即时结算。**参保人员市域内医保定点医疗机构就医产生的医药费用，由医保经办机构（商保经办机构）按规定进行审核结算，报销资金从医共体总额预算基金中扣除，年终清算。审核中发现的违规费用，在下季度预拨款中予以扣减，年终清算。

**4. 审核检查。**医保经办机构对牵头医院审核通过的费用，采取随机抽查方式进行复审，其中住院费用的抽查比例不低于总量的5%，审核查实的违规费用，按照协议管理规定扣减，扣减基金返回城乡居民医保基金支出账户。涉及违法违规问题交由医疗保障局按照《医疗保障基金使用监督管理条例》《安徽省医疗保障基金监督管理办法》等依法处理。构成犯罪的，由

相关部门依法追究刑事责任，罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

### （三）其他垫付资金结算。

医共体内（外）定点医疗机构实行“一站式”结算垫付的城乡医疗救助金不在总额预算之内，由县医保经办机构负责审核，根据医保系统统计数据据实结算，每月结算一次。

## 六、基金结余分配

对于医共体年度医保基金包干结余部分，原则上牵头医院、乡镇卫生院、村卫生室按一定的比例标准（具体根据实际情况合理确定），由牵头医院制定分配方案，经县医疗保障局、县财政局审核同意后，拨付到医共体内各医疗机构。拨款凭证复印后报县医疗保障服务中心存档备案。

对于县域医共体总额预算外的医保基金，在年末收支决算结果的基础上，如果累计结余数额超过基金风险预警控制指标的，将超过部分拿出一定比例的资金纳入下一年度的医共体总额预算。具体办法由县医疗保障局会同县财政局、县卫健委等部门以会商形式确定。

## 七、基金监管

### （一）落实医保部门监管主体责任。

县医疗保障局要加强对医共体医保基金使用情况监督，充



分利用智能监管、医保医师制度、委托第三方进行病案审查、组织医共体内互相监督检查等方式强化对基金的监管。在基金监管中，发现各医疗机构违规行为予以扣减报销款的，从各医疗机构预算额中扣减，扣减基金返回城乡居民医保基金。督查结果与医疗机构半年及年度考核挂钩，与基金年度预算和清算挂钩。

### （二）强化医共体牵头医院配合监管。

医共体牵头医院应受县医疗保障局委托，履行医共体内医疗机构监督管理职责，配合医保部门做好医共体内（外）各定点医疗机构住院病历审查及过程督查工作。不得将住院期间的项目、各类耗材在门诊收费，不得将住院期间的药品在门诊或药店外配，不得将自费项目另开票据。对于日常监管中发现的违规行为应扣减报销款，从各医疗机构预算额中扣减，扣减基金返回医保基金专户。

### （三）加强转诊转院管理。

规范执行分级诊疗、逐级转诊制度。原则上一般轻度常见病、多发病及各种康复期病人在基层医疗卫生机构诊治；危急重症上转至县级医疗机构诊治；因病情需要及定点医院诊疗水平限制，在履行相关的转诊手续后，原则上优先转往本市内三级医疗机构。转诊到县外就诊的，必须由医共体牵头医院开具



转诊单，实行牵头医院院长负责制。对于医共体牵头医院把关不严，病人外流造成基金损失的，由开具转诊的医共体牵头医院承担。急诊急救或属参保城乡居民务工（经商）地、长期居住地的，依据池州市人民政府办公室《关于印发池州市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）的通知》（池政办〔2019〕15号文件）执行。

#### （四）建立联合防控机制。

县医疗保障局建立健全医共体风险联合防控机制，对医保资金预算、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。县审计局按有关规定对医保基金使用情况进行审计监督检查。

### 八、年度考核及年终清算

（一）牵头医院考核及年终清算。县医疗保障局每季度组织对医共体牵头医院进行考核评估，成员单位及其他与医共体发生结算关系的医疗机构评价结果同步运用，年终组织对牵头医院进行总评。半年的考核权重比例分配为6（县医疗保障局考核结果）:4（成员单位评价结果）。年终考核权重比例分配为3（县医疗保障局考核结果）:3（县卫健委考核结果）:1（成员单位评价结果）:1（市级医疗机构及医共体外其他结算医疗机构评价结果）:2（群众满意度调查结果）。



年度考核评价总得分=（半年考核得分\*0.4）+（年终考核得分\*0.6）。

医保经办机构根据考核总得分对牵头医院进行年度费用清算，并依据得分情况分配医共体内预算预留的奖惩资金及调剂基金。因违法违规被处罚或扣减的医保基金数额，在下一年度总额预算经费中按比例核减。考核成绩将作为医共体下一年度总额预算、按人头付费总额预算的主要评价依据。考核成绩实行百分制并按好中差分档管理，考核分值与下一年度预算额度及档次挂钩。

（二）成员单位考核及年终清算。医共体内各医疗机构年终清算由医共体牵头医院负责组织实施。年度考核由医共体自行组织考核，考核结果报县医疗保障局、县财政局、县卫健委备案。

（三）合理超支分担。对因重大政策调整或重大公共卫生事件等情况造成县域医共体或定点医疗机构实际结算费用超过总额预算的，超总额预算 5%（含 5%）以内的部分，由统筹基金合理分担；超总额预算 5% 以上的部分，统筹基金不予分担；因不可抗力因素造成的特殊情形，超过总额预算的部分，另行研究决定。具体分担比例由县医疗保障局根据当年城乡居民医保基金运行情况、牵头医院年度考核评价结果，会同县财政局



提出审核意见，报市医保局、财政局审批。

（四）基金风险预警监测。县医疗保障局将统筹基金累计结余作为基本医疗保险基金风险预警监测的关键性指标。当年基金结余（包含风险基金）一般不超过当年筹集基金总额的15%，累计结余原则上不应低于3个月基金月平均支付水平。

九、本细则自发布之日起实施，涉及的医共体考核细则及指导原则另行通知，具体事宜由县医疗保障局负责解释。

附件：石台县紧密型县域医共体城乡居民医保基金共管账户监督管理规定（试行）



附件：

## 石台县紧密型县域医共体城乡居民医保基金 共管账户监督管理规定（试行）

城乡居民医保基金是城乡居民基本医疗保险制度稳健运行的基础，建立健全城乡居民医保基金财务内控制度，是加强城乡居民医保基金管理、保障基金安全的必要措施。为规范县域医共体城乡居民医保基金共管账户资金的申报、预拨付、支付、结存等环节运行，加强基金管理，根据《安徽省医疗保障局关于加强紧密型医共体基本医保基金拨付监督管理的通知》（皖医保秘〔2020〕70号文件）精神，现就有关事项作出如下规定。

### 一、共管账户设立目的

共管账户申报主体是县域医共体牵头医院。账户共管的目的是为了进一步加强城乡居民医保基金拨付过程的监管，利用双U盾、双印鉴章等模式，有效控制监督医保基金的流向和支出，确保城乡居民医保基金安全有效运转。

### 二、共管账户设立原则

县域医共体医保基金共管账户的设立遵循以下原则：

（一）合法性。共管账户的设立要符合国家有关社会保险



法规、政策的要求。

（二）完整性。共管账户要有相应的制度规定和监督制约。所有部门、岗位和人员，所有业务项目和操作环节都要接受监督和制约。

（三）制衡性。从组织架构的设置上确保各部门和岗位权责分明、相互制约，通过双 U 盾、双印鉴章等模式相互制衡措施消除内部控制中的盲点。

（四）适应性。各项具体工作制度和流程都应与管理账户的有效运转相结合，可根据需要及时进行调整、修改和完善，不断适应基本医疗保险管理服务的变化，适应紧密型县域医共体管理需求。

### 三、共管账户管理

（一）共管账户管理的直接责任人为管理和使用该账户的相关人员。

（二）直接责任人必须具备相应的综合素质，并依据本规定，正确办理银行账户开立、变更、销户，年检手续及日常管理，建立健全县域医共体银行账户管理档案。

（三）银行账户必须由业务主管部门同意开立，实行严格管理，严禁出租、出借和转让银行账户。

（四）医共体牵头医院负责保管银行账户对应印章（医院



财务专用章、法人章、财务负责人章）、网银 U 盾一枚；县医疗保障服务中心保管 U 盾一枚、印章一枚（财务负责人），确保银行账户安全。

（五）按财务规范要求完成医共体共管账户资金的申报、预拨付、支付、结存等方面工作。

（六）医共体牵头医院要按财务要求建好医共体共管账户的总账和每一笔支出的明细账。

#### 四、共管账户监管

（一）相互制衡、相互监督。医共体牵头医院财务人员在实行科室职责相对分离的前提下，科室内部相关岗位职责也要实行适当分离。业务办理、审核、审批分离，制票与收款分离，会计与出纳分离，银行留存的印鉴分别保管。县医疗保障服务中心的财务人员要对医共体共管账户网银 U 盾一枚、财务印章一枚进行妥善保管，对具体的财务支付要进行核对校对，确保准确无误时才能拨付。医共体牵头医院和县医疗保障服务中心财务人员的相互制衡、相互监督，有利于促进医共体共管账户安全运行。

（二）主动接受财政等部门年度检查。主动接受财政、审计等部门的监管和年度检查，按要求及时上报有关材料，公布财务有关信息，对提出的意见建议予以积极整改。

## 石台县紧密型县域医共体共管账户资金 拨付流程图

