

以此件为准

# 江门市社会保险基金管理局文件

江社保〔2017〕39号

---

## 关于印发《江门市基本医疗保险住院医疗费用总额控制和结算经办规程》的通知

各区（市）社保局：

根据《关于印发江门市基本医疗保险付费方式改革试行方案的通知》（江人社发〔2016〕440号）的要求，为全面推进我市基本医疗保险付费方式改革，确保基金安全可持续运行，从而实现基金“收支平衡，略有结余”的目标，经江门市基本医疗保险基金监管联席会议研究同意，现将《江门市基本医疗保险住院医疗费用总额控制和结算经办规程》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。执行中遇到问题的，请迳向我局医疗保险待遇科反映。

江门市社会保险基金管理局

2017年4月27日

（联系人：王定峰，联系电话：3272905）

# 江门市基本医疗保险住院医疗费用总额 控制和结算经办规程（试行）

## 第一章 总则

**第一条** 为进一步深化本市基本医疗保险（以下简称医保）付费方式改革，切实保障参保人员基本医疗需求，提高基本医疗保险基金使用效率，加强医保基金支付管理，根据《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》（人社部发〔2011〕63号）、《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》（人社部发〔2012〕70号）、《关于印发江门市基本医疗保险付费方式改革试行方案的通知》（江人社发〔2016〕440号）等文件的规定，结合本市实际，制定本规程。

**第二条** 全面推进基本医疗保险付费方式改革要坚持以收定支、收支平衡、略有结余和保障基本、科学合理、公开透明、激励约束、强化管理的原则，建立与定点医疗机构的沟通协商机制和费用分担机制。

**第三条** 本方案适用于我市社会保险经办机构与本市定点医疗机构的住院医疗费用结算。

## 第二章 医保基金预算

**第四条** 社会保险经办机构应严格根据社会保险基金预算要求，按照“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则，合理科学编制职工基本医疗保险（以下简称职工医保，含公务员基本医疗保险和公务员医疗补助，下同）和城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡医保）基金收支预算（以下简称基金预算）。

**第五条** 严格执行社保基金预算管理制度，按照各级人大基金全口径预算的要求，将职工医保和城乡医保基金收支预算纳入本级全口径预算编制，强化预算执行管理，加强执行情况分析，确保医保基金预算管理制度刚性要求落实。社会保险基金预算调整严格按照规定程序办理。

### 第三章 总额控制指标的确定、分解及调整

#### **第六条** 总额控制指标的确定

（一）以年度医保基金预算为基础，参照上年度发生费用基础上，在扣除参保单位和个人一次性预缴保费（保留当年支出分配额）、统筹区域外就医（含社保经办机构零星报销）、严重精神障碍患者住院医疗费用（办理重性精神疾病特定病种住院医疗费用）、大病保险资金支出、特定病种门诊补助支出、普通门诊统筹支出、个人账户资金支出等费用，以及用于调整控制支出总额的预留控制指标（按不超过预算总额的15%预留，主要用于定点医疗机构出现年度结算超支情况下的补偿，和用于考核各市、区

促进基层定点医疗机构优化结构、加强医疗保险基金监管、控制医保费用不合理增长、提高医保服务水平等方面工作)后,并在综合考虑各类支出风险的情况下,统筹考虑物价水平、参保人员医疗消费水平等因素,分别确定职工医保(含公务员,下同)和城乡医保基金向定点医疗机构医疗费用支付的年度总额控制目标(下称医保基金总额控制指标)。职工医保和城乡医保基金(剔除省级风险调剂金和市级风险储备金)当期结余率原则上控制在10%左右。

(二)基金总额控制指标需按职工医保和城乡医保分别确定,由社会保险经办机构按参保人属地提出。社会保险经办机构应在计划财务部门确定下一年度基金预算后(市直职工基金预算按照基金预算原则,由蓬江区社保局和江海区社保局分别确定基金总额控制指标和分解指标),于每年11月底前提出下年度本级医保基金总额控制指标(本级医保基金总额控制指标用B表示),报当地基本医疗保险基金监管部门联席会议讨论确定后,将结果抄送江门市社会保险基金管理局(以下简称江门市社保局)。

### **第七条 定点医疗机构申请总额控制指标**

各定点医疗机构应于每年9月30日前根据本院情况,向行政区域内社会保险经办机构(江门市社会福利院向江海区社保局申请,原市直其他定点医疗机构向蓬江区社保局申请)提出本单位下年度职工医保和城乡医保年度总额控制指标书面申请。

### **第八条 总额控制指标的分解**

(一)分解方式：由社会保险经办机构负责将本级医保基金总额控制指标分解至各定点医疗机构（即按参保人属地分解）。

(二)各定点医疗机构年度总额控制指标按如下办法确定：各定点医疗机构年度总额控制指标由基数（用 A 表示）和影响因素调整系数（用 N 表示）、预算调整系数（用 R 表示）计算生成，即定点医疗机构年度总额控制指标= $A \times (1+N) \times R$ 。

1.基数 A 根据各定点医疗机构近三年服务提供住院医疗费用基本医疗保险基金应偿付额（含零星报销基金应支付额），（年份由远至近分别按 10%、20%、70%的权重计算）。

2.影响因素调整系数 N 应综合考虑定点医疗机构的级别、类别、服务范围、服务特色、有效服务量、承担的首诊转诊任务、次均费用等因素后确定。各定点医疗机构影响因素调整系数一年一定，影响因素调整系数增减比例范围控制在-50%至 50%之间。总额影响因素及增减比例设定如下：

(1)级别。定点医疗机构级别较原级别每升高一个等级，原则上下年度总额影响因素增加 1%-5%。

(2)类别。二级及以下定点医疗机构（不含基层定点医疗机构）总额影响因素可适当增加，总额影响因素增加幅度原则上不超过 10%；基层定点医疗机构总额影响因素可适当增加，总额影响因素增加幅度原则上不超过 50%。

(3)住院人次增减率。以 100%为基数，每增减 5%，总额影响因素减（增）1%-2%，总额影响因素减（增）幅最高不超过 5%。

住院人次增减率= ( 上年住院人次-前年住院人次 ) /前年住院人次 × 100%。

**(4) 次均费用增减率。**以 100%为基数，增长率每增(减) 1%，总额影响因素减(增) 1%，最大值不超过 5%。

参保人年次均住院费用增减率=( 上年次均费用-前年次均费用 ) /前年次均费用 × 100%。

**(5) 承担的首诊转诊任务增减率。**以 100%为基数，每增(减) 1%，总额影响因素减(增) 1%，最大值不超过 5%。

承担的首诊转诊任务增减率= ( 上年转诊率-前年转诊率 ) /前年转诊率 × 100%。

**(6) 服务范围及特色等其它因素。**定点医疗机构对疑难病症处理能力和科研结果等情况，由定点医疗机构提供经省级以上专家论证并经卫生行政部门确认的相关材料；定点医疗机构开设国家、省、市级特色专科、重点专科以及引进新技术、新设备等，提供卫生行政主管部门的相关证明及相应的有关资料；定点医疗机构经卫生计生等部门同意扩大规模，如新增床位，报送相应材料，原则上总额影响因素原则上控制在 5%以内。由行政区域内社会保险经办机构于每年 11 月 30 日前确定下年度属地定点医疗机构影响因素调整系数 N (原市直定点医疗机构由市社保局和蓬江、江海两区社保局共同参与谈判确定)，报市社保局备案，并由市社保局通知各区(市)社保局。

3. **预算调整系数 R** =新年度测算住院待遇当年统筹基金预算总额（即医保基金总额控制指标）/按构成因素测算属地参保人的所有定点医疗机构住院费用总额。

$$R=B/A \times (1+N)$$

（三）近三年属地参保人未发生住院医疗费用的定点医疗机构，暂不确定总额控制指标，实际基金支出在预留控制指标中列支。

（四）定点医疗机构近三年发生住院医疗费用基本医疗保险基金偿付额低于 10 万元 / 年的，可不确定总额控制指标，实际基金支出在预留控制指标中列支。

（五）对纳入服务协议管理时间不足三年，或首次实行总额控制的定点医疗机构，其总额控制指标可按该定点医疗机构近三年的医疗费用水平为基数，或参照同级同类别定点医疗机构的平均医疗水平确定。

（六）发生于本市定点医疗机构零星报销的住院医疗费用纳入总额控制指标范围。

### **第九条**各定点医疗机构年度总额控制指标分解和报送

社会保险经办机构应在确定医保基金总额控制指标 20 个工作日内按上述规则分解参保人属地各险种各定点医疗机构年度总额控制指标。由社会保险经办机构根据定点医疗机构提出年度总额申请和总额控制指标对本行政区域内的各定点医疗机构进行总额控制分解，并报市社保局，经市社保局综合平衡初步确定

总额指标分解方案,送江门市基本医疗保险基金监管部门联席会议讨论确定。经江门市基本医疗保险基金监管部门联席会议通过后,市社保局及时将结果反馈给各区(市)社保局,由各区(市)社保局及时通知本行政区域内的定点医疗机构。

#### **第十条 “紧密型医联体”年度总额控制指标和定额标准确定**

将“紧密型医联体”作为医保决算主体进行打包付费,即将医保费用单独支付调整为统一支付,暂按本规程确定总额控制指标。在总额控制的基础上,由各区(市)社保局确定试点分院的医保定额,可适当提高试点分院医保定额标准,原则上不超过对口帮扶县级医院医保定额的60%。

今后,我市“医联体”医保配套政策有调整的,相关年度总额控制指标和定额标准确定则按新政策执行。

#### **第十一条 总额控制指标的调整:**

(一)发生以下情形时,可对定点医疗机构年度总额控制指标作适当调整,或在年终结算时予以考虑。

1. 定点医疗机构经卫生计生等部门同意扩大规模;
2. 发生重大政策调整、影响范围较大的突发事件、市场价格大幅变动等;
3. 定点医疗机构因内部大修停止部分医疗服务等;
4. 定点医疗机构被暂停或终止服务协议;
5. 其他确需调整总额控制指标的情况。

(二) 总额控制指标的调整由社会保险经办机构提出,经当地基本医疗保险基金监管部门联席会议讨论确定,将结果抄送市社保局。

## 第四章 费用结算管理

### 第十二条 住院医疗费用结算方式确定

(一) 社会保险经办机构应于结算方式确定年度的每年 1 月底前确定本行政区域内定点医疗机构结算方式和标准,确定结算标准时,应发挥医保基金的整体导向和控费作用。经当地基本医疗保险基金监管部门联席会议讨论确定后,将结果报送市社保局。由市社保局统一报江门市基本医疗保险基金监管部门联席会议审核同意后实施。

(二) 各定点医疗机构住院医疗费用结算方式一经确定,至少实施 2 年,第 3 年后可根据实施情况进行调整。

### 第十三条 定点医疗机构月度预付及结算

(一) 行政区域内社会保险经办机构于每年初按定点医疗机构年度总额控制指标的 8% 预拨周转金给定点医疗机构(新年度总额控制指标确定前可按上年度结算的月平均额预支 1 至 2 个月),再按月进行月度结算。

(二) 对上两个年度自觉遵守医疗保险有关管理规定的定点医疗机构(即分级评审得分率 95%),在次年的 3 月底前按该定

点医疗机构年度总额控制指标 8%的标准加拨一次性预拨付周转金。

(三)为维护参保人基本医疗保险权益,确保定点医疗机构合理使用总额控制指标,保障科学平稳发展,定点医疗机构需严格执行因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗的原则,并做好自我监测,每月的总额控制指标使用率不超过年度总额控制指标的 8.75%。超出部分由各定点医疗机构先行垫付,待年终清算时一并处理。每月总额控制指标剩余部分可滚存下月使用。

(四)定点医疗机构月度费用审核及结算流程按《江门市基本医疗保险经办业务规程(试行本)》的有关规定执行。

#### **第十四条 责任保证金**

责任保证金按定点医疗机构全年基金应支付总额 5%计算,月度结算时不预留。责任保证金的扣除与每年定点医疗机构分级评审结果挂钩,并按我市定点医疗机构分级评审办法规定,由行政区域内社会保险经办机构在定点医疗机构分级评审结果确定后次月从结算额中扣除。

#### **第十五条 年度决算**

(一)社会保险经办机构需在定点医疗机构年度分级评审考核结果后 60 天内按参保人属地、险种拟订定点医疗机构年度费用清算方案,经当地基本医疗保险基金监管部门联席会议讨论确定,并报市社保局核准后执行。

(二)社会保险经办机构按自然年度根据定点医疗机构年度

实际费用情况和定点医疗机构年度基金应支付总额,结合当年定点医疗机构年度总额控制指标、当地医保基金收支情况及分级评审结果进行清算。

定点医疗机构年度基金应支付总额=年度内该定点医疗机构实时结算应结算总额[(年初预决算定额标准×年度结算有效人次,剔除低于或高于基本医疗支付的人次)-基本医疗个人应支付]+自然年度内该定点医疗机构零星报销的基本医疗基金支付总额。

(三)结余留用。定点医疗机构年度基金应支付总额低于年度总额控制指标且分级评审得分率 60%的,具体补偿方案如下:

1.年度基金应支付总额占比年度总额控制指标低于 80%的,年度总额控制指标结余部分不予支付;

2.年度基金应支付总额占比年度总额控制指标高于(或等于)80%、低于 90%的,年度总额控制指标结余部分的 50%支付给定点医疗机构,即年终清算总额=(年度总额控制指标-年度基金应支付总额)×50%;

3.年度基金应支付总额占比年度总额控制指标高于 90%,年度总额控制指标结余部分的 85%支付给定点医疗机构,年终清算总额=(年度总额控制指标-年度基金应支付总额)×85%;

(四)超支分担。定点医疗机构年度基金应支付总额高于年度总额控制指标的,对于超出年度总额控制指标 5%以内部分,由社会保险经办机构按照《江门市人力资源和社会保障局江门市

财政局江门市卫生和计划生育局关于加强我市基本医疗保险基金使用管理工作的意见》(江人社发〔2015〕334号)、《关于印发江门市基本医疗保险定点医疗机构医疗费用结算暂行办法的通知》(江人社发〔2010〕729号)的有关规定给予补偿;超出年度总额控制指标5%以上部分,全部由定点医疗机构承担。

(五) 定点医疗机构的年度分级评审得分率 < 60%或被按规定解除或终止服务协议的,对于其超出年度总额控制部分,医保基金不予补偿。

## 第五章 监督管理

**第十六条** 社会保险经办机构应按《关于印发江门市定点医药机构协议管理经办规程(试行)的通知》(江社保函〔2016〕586号)等有关规定,加强对定点医疗机构的协议管理,规定规范定点医疗机构的医疗保险服务行为。围绕总额控制的目标,将次均费用、复诊率、住院率、人次人头比、参保人员负担水平、转诊转院率、手术率、择期手术率、重症病人比例等指标以及第四季度的就诊人次不得超出或低于前三季度均数的15%,纳入定点医疗机构协议管理及分级评审,并与年终清算挂钩。

**第十七条** 社会保险经办机构要定期组织相关人员到各定点医疗机构抽查住院病历,重点抽查分解住院,重复检查,重复收费,检查医嘱和用药、治疗的吻合性,出院超量开药等问题,并

予以通报；对抽查查实的违规费用，应根据协议规定按抽查比例放大后予以拒付，并将违规处理结果及负主要责任的医师名单上报人力资源社会保障部门，作为定点医疗机构分级评审和建立医师诚信管理系统的依据。

**第十八条** 社会保险经办机构应根据定点医疗机构上报的报表数据，将参保人住院人次、平均住院天数、人次均住院费用、人次均住院自费率、抗生素使用率、重复住院率、10日内返院比、自费项目费用比例、药品比例等数据情况，进行季度通报并向社会公布，接受参保人员监督。

## 第六章 其他

**第十九条** 本规程自2017年1月1日起试行。此前本市基本医疗保险医疗费用结算规程与本规程不一致的，以本规程为准。

**第二十条** 突发性疾病流行和自然灾害等因素所造成的大范围急、危、重病人抢救的医疗费用，由当地政府综合协调解决。国家、省、市有新规定的，从其规定。

**公开方式：主动公开。**

---

抄送：市人力资源社会保障局，市财政局，市卫生计生局，市公安局，  
市发展改革局，市审计局，市食品药品监管局。

---

江门市社会保险基金管理局办公室

2017年4月27日印发

---