奈曼旗2022年医疗保险基金付费总额和

次均费用控费管理实施方案

为深入推进我旗基本医疗保险支付方式改革，按照《内蒙古自治区基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》和通辽市《关于做好2022年度医疗保险基金付费总额预算管理的通知》等文件精神，经研究，决定对城镇职工、城乡居民医疗保险基金付费总额和次均费用进行合理控制。具体实施方案制定如下：

**一、控费指标确定原则和测算方法**

**（一）坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则**

以2021年全旗职工、城乡居民基本医疗保险基金预算收入实际情况为基础，科学编制本年度医疗保险基金预算，确定各定点医疗机构医疗保险基金年度支付总额和次均费用控制指标。

**（二）坚持“一把标尺、综合考量、体现诚信”的原则。**

今年采取以各定点医疗机构2021年医保基金实际支付数额，以10%作为增长系数确定基数，充分考量医保各项相关政策的条件变化和支出风险，将付费总额和次均费用控制指标进一步细化到各定点医疗机构。门特慢病、单病种、按床日付费、日间定额病种不计入总额内。

**（三）坚持“结余留用、超支分担”的原则。**

建立激励约束机制，年度内，资金使用超过定额70%，未达到总额的，结余资金50%冲抵上一年度亏空，没有亏空的50%全部转入下一年使用，不占下年度定额指标，50%统一调控使用，资金使用未超过定额70%的，结余不能留用；对于超过年度控费指标的，超出10%以内的由医保基金和定点医疗机构各承担50%，超出10%以上部分全部由该医疗机构自行承担。在各定点医疗机构住院未实行即时结算，到医保中心结算的，全部计算在医院总额内（医保补偿政策规定的除外）。

**（四）次均费用控制指标**

次均费用以自治区医疗保障局【内医保办发（2019）50号】文件规定为依据，结合本地各级医疗机构实际次均费用数额，确定各级、各类医院次均费用最高限额。即：三级医院11000元，二级医院5800元，一级及以下医院3000元。

**二、基金分配指标**

**（一）城乡居民医保基金**

1、截止到目前全旗城乡居民参保356086人，医保基金收入3.49亿元。

2、基金支出分类

（1）按5%提取风险基金1700万元。

（2）大病保险金：3300万元。

（3）门特慢性病和新冠费用：4000万元。

（4）住院补偿基金：25900万元。

3、住院基金在各及医院中的分配

（1）市域内非DIP管理公立医院：分配基金2600万元，占比10.2%。

（2）市域内民营医院：分配基金1900万元，占比7.2%。

（3）市域内DIP管理医院：分配基金12700万元，占比49.1%。

（4）跨省、盟市医院（异地）：分配基金8400万元，占比32.5%。

**（二）职工医保基金**

1、基金收入：2022年，职工医保统筹基金预计收入9400万元，累计结余18000万元。

2、基金支出分类

（1）按5%提取风险基金500万元。

（2）大病保险金：200万元。

（3）门特慢性病和新冠费用：2700万元。

（4）住院补偿基金：6000万元。

3、住院基金在各及医院中的分配

（1）市域内非DIP管理公立医院：分配基金200万元，占比3.3%。

（2）市域内民营医院：分配基金100万元，占比1.7%。

（3）市域内DIP管理医院：分配基金2000万元，占比33.3%。

（4）跨省、盟市医院（异地）：分配基金3700万元，占比61.7%。

**三、医保统筹基金结算方式**

**（一）结算方式**

医保统筹基金支付按照“月结算、年平衡、限总额”的方式结算。年初医保经办机构根据定点医疗机构预算的“月定额”提前预拨付，以后每月基金补偿支出低于月定额的，按实际发生金额结算，高于月定额的按定额指标结算，剩余差额部分半年结算一次。

**（二）结算时间**

各定点医疗机构的补偿支付基金，医保部门于每月的25日（节假日顺延）与定点医疗机构进行结算。

**四、控费措施**

（一）各定点医疗机构在总额预算控费的基础上，根据有关文件要求和系统设定，按照疾病诊断相关分组，开展按病种、按床日等多种综合付费方式，使住院统筹基金支出有效控制在我旗基金支付能力范围内。单病种管理疾病未达到限额的以实际发生数计算，不得虚开凑数完成最高控费金额。

（二）各定点医疗机构要按照《自治区医疗保险定点机构服务协议》的有关规定和本方案要求，严格执行基金总额控费、次均费用控制标准；严格控制住院率，每日住院人数不得超过该医院实际病床数，否则视为挂床住院。

（三）坚决制止以不正当手段诱导参保人员住院，放宽住院标准、推诿病人、串换药品、转移费用和减少必要的诊疗服务等行为。优化诊疗流程，规范医疗行为，避免过度治疗。

（四）严格执行国家、自治区药品目录和医疗服务项目技术规范、临床路径等行业技术标准，三级和二级及以下医院不合规费用分别控制在10%和5%以内。

（五）积极开展分级诊疗、双向转诊制度，有效推进家庭医生签约服务政策，促进患者有序流动。

（六）旗医疗保障局将利用网络智能审核监控和现场稽核等手段，加强医疗服务稽核监管和数据分析，建立基金风险预警机制，及时掌握基金运行情况，确保医保基金安全运行。