

重庆市医疗保障局重庆市财政局 关于印发重庆市医疗共同体医疗保险总额预算 下的总额控制付费管理办法（试行）的通知

渝医保发〔2018〕20号

潼南区、忠县、彭水县人力社保局、财政局：

根据重庆市人民政府办公厅《关于推进医疗联合体建设和发展的实施意见》（渝府办发〔2017〕103号）、《关于印发重庆市进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（渝府办发〔2018〕114号）等我市有关规定，结合我市医共体建设试点工作要求，市医疗保障局会同市财政局，并商市卫生健康委制定了《重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费管理办法（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。

重庆市医疗保障局

重庆市财政局

2018年12月19日

重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费管理办法（试行）

为进一步深化医药卫生体制改革，支持推进我市分级诊疗制度实施，推动医疗联合体发展建设，提升我市医疗保险基金共济能力，促进基本医疗卫生服务公平可及，提高参保群众健康保障水平，根据重庆市人民政府办公厅《关于推进医疗联合体建设和发展的实施意见》（渝府办发〔2017〕103号，以下简称渝府办发〔2017〕103号）、《关于印发重庆市进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（渝府办发〔2018〕114号）有关要求和规定，结合我市工作实际，制定我市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费管理办法。

一、适用范围

本办法适用于我市按照渝府办发〔2017〕103号文件规定成立的纵向合作的区县域内区县级医疗共同体（以下简称医共体）。

二、基本原则

（一）预算管理。医共体内部成员医疗机构（以下简称医共体成员单位）实行同一险种医疗保险基金支出预算分配管理，医共体成员单位预算分配额总和作为医共体支出预算总额。

（二）总额控制。医共体成员单位均执行我市医疗保险总额预算下的总额控制付费（以下简称总额控制）预算分配、结算和

考核管理，由协议管理所属医疗保险经办机构实行总额控制协议管理。

（三）调剂使用。医共同体成员单位进行总额控制考核时，其支出预算分配额在医共同体支出预算总额内，由医共同体牵头单位协调医共同体成员单位对同一医疗保险险种、同一基金类型可实行调剂使用。

（四）共同监管。医疗保险经办机构应加强医共同体成员单位总额控制管理；医共同体牵头单位应对医共同体成员单位总额控制实行协同管理，医共同体成员单位应加强相互监督相互协同。

三、管理方式

（一）医共同体牵头单位组织其医共同体成员单位制定《医疗共同体成员医疗机构总额预算指标调剂使用办法》，经各成员单位签字盖章确认后，连同医共同体成立相关批文和医共同体成员单位情况表报协议管理医疗保险经办机构备案，并提交备案申请（见附件1）。医疗保险经办机构根据医共同体批文和报送备案情况做好医共同体成员单位登记管理。同一家医共同体成员单位只能备案在1个医共同体下执行医共同体总额控制。

（二）协议管理所属区县（自治县）医疗保险经办机构审核医共同体备案申请及相关备案资料，并根据医保信息系统登记情况审核是否重复备案在不同医共同体下，按照审核结果情况向提交备案单位出具备案回执书（见附件2）。

(三) 医疗保险经办机构按照我市医疗保险总额控制管理要求对医共体成员单位分别进行总额预算分配, 制定总额控制考核指标, 签定总额控制协议。各医共体成员单位将总额控制指标及预算分配情况报医共体牵头单位汇总形成本医共体支出预算总额, 医共体牵头单位将医共体支出预算总额知晓到各医共体成员单位, 并根据总额控制指标及预算分配情况做好医共体成员单位监督管理。

(四) 医共体牵头单位组织医共体成员单位, 在次年 1 月 15 日前按照《医疗共同体成员医疗机构总额预算指标调剂使用办法》协商确定医共体成员单位上年度总额预算指标调剂额度, 并形成《医疗共同体成员医疗机构××年度总额预算指标调剂分配备案表》(见附件 3), 由各医共体成员单位签字盖章后, 医共体牵头单位统一提交协议管理所属医疗保险经办机构备案。

(五) 协议管理所属医疗保险经办机构接收《医疗共同体成员医疗机构总额预算指标调剂分配备案表》后, 向协议管理的医共体成员单位出具《医疗共同体成员医疗机构总额预算指标调剂分配备案回执书》(见附件 4), 并按照《医疗共同体成员医疗机构总额预算指标调剂分配表》, 在次年 1 月 20 日前对医共体成员单位进行总额预算指标调整。

(六) 协议管理所属医疗保险经办机构按照调整后的医共体成员单位总额预算指标, 在次年 1 月底前完成对本区县(自治县)

医共同体成员单位上年总额控制年终清算。年终清算时，各医共同体成员单位纳入超支或结余机构清算，要与医共同体总体超支或结余状态一致。医共同体总体出现超支的，各医共同体成员单位按超支进行年终清算；医共同体总体出现结余的，各医共同体成员单位按结余进行年终清算。医共同体内医保基金实行“结余留用，合理超支分担”。

（七）医共同体成员单位年终清算完成后，医共同体内部可对清算结果中的不予支付额或结余留用额进行再平衡分配（其分配方法应在《医疗共同体成员医疗机构总额预算指标调剂使用办法》中明确），再平衡分配结果情况由医共同体牵头单位于清算完成当年的2月10日前形成《医疗共同体成员医疗机构××年度总额年终清算结果再平衡分配备案表》（见附件5）报协议管理医疗保险经办机构纳入年终清算拨付或月结算扣减统一调整。

四、监督管理

（一）医共同体须做好内部协作，保障分级诊疗和医保政策执行的规范运作，其运行情况纳入协议管理。医共同体牵头单位应加强医共同体内部协调，牵头做好内部监督管理。

（二）医共同体成员单位应以维护参保群众身体健康和生命安全为使命，规范诊疗行为，合理检查、合理治疗、合理用药、合规收费，不得推诿和不合理选择性收治参保病人。

(三)各级医疗保险经办机构应做好我市医共体医疗保险付费方式服务与管理工作的，根据有关部门建立的医共体服务绩效指标，加强医疗保险服务管理，严格履行对医疗保险协议医疗机构的监督管理职责。

五、实施时间

本办法由重庆市医疗保障局负责解释，自2019年1月1日起开始实施。相关政策法律依据变化或者经运行分析评估需要作出调整，由重庆市医疗保障局会同市财政局根据实施情况依法修订。

- 附件：1. 医疗共同体医疗保险付费备案申请书
2. 医疗共同体申请医疗保险付费备案回执书
3. 医疗共同体成员医疗机构总额预算调剂分配表
4. 医疗共同体成员医疗机构总额预算调剂分配备案回执书
5. 医疗共同体成员医疗机构总额年终清算结果再平衡分配备案表

附件 1

医疗共同体医疗保险付费备案申请书

×××医疗保障局：

×××、×××、……等×家医保协议医疗机构根据《重庆市人民政府办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的实施意见》（渝府办发〔2017〕103号）规定于 年 月 日成立医疗共同体，并报×××部门批准。按照《重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费管理办法（试行）》要求，医共同体由×××作为牵头单位，与各成员单位联合形成了《医疗共同体成员医疗机构总额预算指标调剂使用办法》，现向你局申请执行重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费，同时提供以下文书请予备案。

1. 医疗共同体成立相关批文；
2. 医疗共同体成员医疗机构总额预算指标调剂使用办法；
3. 医疗共同体成员医疗机构情况表：

医疗共同体成员医疗机构情况表

序号	机构医保编码	机构名称	机构等级	联系人	联系电话	备注

说明：医疗共同体须明确 1 家成员医疗机构为牵头单位，属于医疗共同体牵头单位的机构在备注栏用“牵头单位”字样注明。

备案申请单位盖章：

成员单位 1

成员单位 2

年 月 日

(联系人： ，联系电话：)

附件 2

医疗共同体申请医疗保险付费备案回执书

×××，×××，……：

你单位根据《重庆市人民政府办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的实施意见》（渝府办发〔2017〕103号）规定加入医疗共同体，并于 年 月 日申请执行重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费，经审核备案相关资料，符合/不符合备案要求，同意/不同意你单位执行重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费申请。

（如不同意）×××单位已于 年 月 日备案在医共体下，不得重复备案。（或，请你单位补充完善 、 等相关备案资料后重新申请，经审核符合备案要求后纳入执行重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费。）

×××医疗保障局

年 月 日

（联系人： 联系电话： ）

附件 3

医疗共同体成员医疗机构 × × 年度总额预算调剂分配备案表

牵头单位（章）：

日期：

单位：元

序号	机构医保编码	机构名称	机构医保结算级别	医保协议区县	调剂前预算总额	调剂出让额	调剂后预算总额	机构负责人签字
合 计								调剂前后合计金额应相等

说明“调剂出让额”为正数时，总额预算调出；“调剂出让额”为负数时，总额预算调进。

制表：

复核：

牵头单位负责人签字：

牵头单位联系电话：

成员单位盖章：

成员单位 1

成员单位 2

附件 4

医疗共同体成员医疗机构总额预算调剂分配 备案回执书

×××，×××，……：

你单位所在医疗共同体根据《重庆市医疗联合体医疗保险总额预算下的总额控制付费管理办法（试行）》形成的《医疗共同体成员医疗机构××年度总额预算调剂分配备案表》，已于年 月 日在我局备案，我局将按照《重庆市医疗共同体医疗保险总额预算下的总额控制付费管理办法（试行）》规定对你单位××年度总额预算指标进行调整，并按调整后的总额预算指标纳入年终清算。

×××医疗保障局

年 月 日

（联系人： 联系电话： ）

附件 5

医疗共同体成员医疗机构 × × 年度总额年终清算结果 再平衡分配备案表

牵头单位（章）：

日期：

单位：元

序号	机构 医保 编码	机构名称	机构医 保结算 级别	医保协议 区县	再分配前 不予支付 额或结余 留用额	再分配后 不予支付 额或结余 留用额	机构负责人签字
合 计							再分配前后合计金额应相等

说明“不予支付额”用负数表示；“结余留用额”用正数表示。

制表：

复核：

牵头单位负责人签字：

牵头单位联系电话：

成员单位盖章：

成员单位 1

成员单位 2

