

宁德市医疗保障局文件

宁医保规〔2024〕10号

宁德市医疗保障局关于印发《宁德市基本医疗保险总额控制预结算管理办法（试行）》的通知

市医保中心、市医保稽核与信息中心，各县（市、区）医保局、医保管理部，各有关医保定点医疗机构：

现将《宁德市基本医疗保险总额控制预结算管理办法（试行）》印发给你们，请认真遵照执行。

宁德市医疗保障局

2024年8月21日

（此件主动公开）

宁德市基本医疗保险总额控制 预结算管理办法（试行）

为构建系统集成、统筹兼顾的医保基金预、结算体系，提高医保基金使用质效，确保我市基本医保基金总体安全、可持续运行，避免医保基金浪费、滥用，根据《福建省人民政府办公厅关于深化基本医疗保险支付制度改革的意见》（闽政办〔2015〕157号）、《关于印发宁德市城镇职工基本医疗保险总额控制结算管理暂行办法的通知》（宁人社〔2013〕136号）、《宁德市医疗保障局关于印发<宁德市紧密型县域医共体医保基金总额打包支付实施方案>的通知》（宁医保〔2022〕93号）、《宁德市医疗保障局关于印发<宁德市基本医疗保障基金区域点数法总额预算管理办法>的通知》（宁医保规〔2024〕9号）及《宁德市医疗保障局关于印发宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）结算办法的通知》（宁医保规〔2024〕4号）等文件，特制定本办法。

第一条 本办法适用于在全市定点医疗机构发生的符合城镇职工、城乡居民基本医疗保险（以下简称基本医保）相关规定，由城镇职工医保统筹基金或城乡居民医保基金支付的城镇职工、城乡居民医疗费用。

在定点医疗机构发生由个人账户、公务员补助、大病补充保险、医疗救助等其他基金支付的医疗费用按实际项目结算。

第二条 总额控制的预、结算在确保基本医疗保险基金安全运行的前提下，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，合理确定总量并细化分解指标，实行“年初预算、按月预付，谈判协商、年度考核，统筹结算、结余留用、超支分担”的工作机制。

第三条 总额控制管理

(一) 实行医共体总额打包定点医疗机构门诊及未纳入 DIP 结算的医共体内定点医疗机构住院费用预算根据《宁德市医疗保障局关于印发<宁德市紧密型县域医共体医保基金总额打包支付实施方案>的通知》(宁医保〔2022〕93号)进行管理。

(二) DIP 区域总额预算定点医疗机构的住院医疗费根据《宁德市医疗保障局关于印发<宁德市基本医疗保障基金区域点数法总额预算管理办法>的通知》(宁医保规〔2024〕9号)进行管理。

(三) 未实行医共体总额打包定点医疗机构的门诊医疗费用和未纳入 DIP 区域总额预算的非医共体定点医疗机构住院费用实行总额控制管理。未纳入 DIP 区域总额预算的非医共体定点医疗机构的住院医疗费在总额控制的前提下实行单病种付费、按床日付费等多种付费方式结合的复合结算办法；当年度新增的非医共体定点医疗机构的门诊医疗费用和未纳入 DIP 区域总额预算的非医共体的住院医疗费用，两年内可暂不设总额控制预算指标，按实际发生项目扣除不合理费用后结算；上一年度实际城镇职工医保统筹基金和城乡居民医保基金发生额不足 50 万元的非医共体

定点医疗机构（住院部分为未纳入 DIP 区域总额预算的非医共体定点医疗机构）可按实际发生项目扣除不合理费用后据实结算，不实行总额控制。

第四条 定点医疗机构年度医疗保险统筹基金支付的总额控制指标按照险种及服务方式（门诊和住院）分别测算，原则上依据医保基金的收支结余情况、上年度定点医疗机构医保基金支出情况、管理规范程度等综合确定，实行逐年调整。总额控制指标（A）由基数部分（B）和增长系数（C）构成，总额控制指标（A）=【1+增长系数（C）】× 基数部分（B）。

（一）基数部分（B）

1. 第一年实行总额控制预算结算的定点医疗机构，其当年度基数（B）按其上一年度全年实际发生的城镇职工或城乡居民基本医保统筹基金扣除不合理基金支付金额后确定。

2. 上一年度已实行总额控制预算结算且上年度统筹基金实际发生额超过上年度“总额控制指标”的定点医疗机构，其当年度基数（B）以上年度“总额控制指标”（B1）与上年度超出“总额控制指标”的城镇职工或城乡居民基本医保统筹基金支付金额（B2）乘以 50% 之和（ $B=B1+B2 \times 50\%$ ）确定。

3. 上一年度已实行总额控制预算结算且上年度统筹基金实际发生额低于上年度“总额控制指标”的定点医疗机构，其当年度基数（B）按上年度年终实际结算统筹基金确定。

（二）增长系数（C）

在确保基金收支平衡的基础上，总额控制预算增长率的设定与测算当年度 DIP 区域总额预算时所用增长率数值保持一致。门诊医保基金总额控制预算支出增长率按测算当年度 DIP 区域总额预算时所用增长率；住院医保基金总额控制预算支出增长率按照上年度全市医保基金预算收入增长率（城乡居民按本年度个人缴费及财政补助人均增长幅度）、全市医保住院医疗费用增长幅度、公立医院医疗费用增长率控制指标三者之间最低值确定，因特殊原因造成全市医保住院医疗费用增长幅度明显偏低，属不合理增长时，可不考虑全市医保住院医疗费用增长幅度。

医疗保险经办机构于上年度结算完成次月，根据当地医疗保险基金历年累计结余、当年度医疗保险基金筹集预算和定点医疗机构上年度考核情况等，从医保信息系统提取结算数据（含直接结算与手工报销）计算基数部分，按增长系数进行测算，拟定各定点医疗机构总额控制预算指标（A），与各定点医疗机构进行协商谈判，经市医保局研究同意，确定定点医疗机构相关总额控制指标。

定点医疗机构确定总额控制指标后，在一个结算年度内因暂停、取消、变更、装修等原因刷卡不足一年的，总额控制指标相应折减。

第五条 总额控制的结算实行“按月预结、年度考核、综合决算、稽核管理”的结算办法。

（一）按月预结。每月 30 日前按定点医疗机构对账审核后

生成的医保支付总额 90% 进行预拨上月款项。医保支付总额 10% 留作医疗服务质量保证金。

（二）年度考核。建立医保服务协议年度绩效考核机制，合理设置考核指标，对定点医疗机构开展协议履行、医疗质量、医疗服务量、诊疗规范、参保人员负担水平、与付费方式相适应的成本控制等绩效考核，并将考核结果运用于年底清算、结余留用超支分担及服务质量保证金返还等。DIP 考核仍按《宁德市医疗保障局关于印发宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）质量评价考核办法的通知》（宁医保规〔2024〕3 号）执行。

（三）综合决算。以一个自然年作为一个结算年度，对当年度统筹基金支付总量进行总决算。经办机构依定点医疗机构总额控制指标、日常检查管理情况及所有的年度服务协议的绩效考核情况对定点医疗机构进行综合决算。

医保经办机构对定点医疗机构的全年统筹基金的实际发生额在扣减不合理基金支付金额后，对比当年度总额控制预算指标，计算出定点医疗机构超支或结余部分，按“超支分担、结余奖励”的原则确定全年统筹基金的应支付金额，结合考核情况，完成年度综合决算。

（四）稽核管理。医保经办机构要紧紧围绕基金监管职能，加强医保基金管理，持续推进“事前提醒、事中审核、事后监管”的体系建设，聚焦重点领域、重点问题清单开展核查，避免医务人员

开展过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务，促进医疗机构合理检查、合理诊疗、合理收费，提升医保监管、考核与年度结算有机结合。

第六条 实行医疗保险费用预付制度。对实行药采代结算的公立定点医疗机构，两年内未违反医疗保险有关管理规定且考核结果合格以上的，医保经办机构在年初按照上年度定点医疗机构月平均医保支付总额的 90%一次性预付给定点医疗机构作为周转金使用，医保周转金使用期限为一个自然年度。当年度十二月底前定点医疗机构以转账方式足额返还，逾期未还款的，从其医保结算款中扣除，并终止下一年度拨付医保周转金。

第七条 总额预付制的结算时间

(一) 月度结算：定点医疗机构应在每月 5 日前，对上月参保人员发生的医保费用进行对账，完成对账并且确保双方数据无误后，在医保信息系统内申报。每月 15 日前将上月《定点医疗机构医疗费用月度结算表》及时报送经办机构。经办机构对报表进行审核，扣减不合理（违规）费用后，每月末将当月应结算费用拨付给定点医疗机构。如每月 30 日前未能拨付费用，经办机构应向市医保局和定点医疗机构作出书面说明，无正当理由的，按照相关规定进行处理。

(二) 年度决算：经办机构原则上次年 4 月底前与定点医疗机构进行上年度综合决算。医共体、未实行医共体总额打包的定点医疗机构的门诊及其未纳入 DIP 结算的住院医疗服务质量保证

金返还与年度绩效考核结果相挂钩。

第八条 医保经办机构和定点医疗机构按照“结余留用、超支分担”原则，于年终综合决算时合并计算各种结算方式和门诊、住院控制指标，合理分配或分担医保统筹基金结余额度或超支医疗费用。

(一) 结余留用：定点医疗机构年度统筹基金的实际发生额在扣减不合理基金支付金额后低于年度总额控制指标的，《宁德市医疗保障局关于印发<宁德市紧密型县域医共体医保基金总额打包支付实施方案>的通知》(宁医保〔2022〕93号)及《宁德市医疗保障局关于印发<宁德市基本医疗保障基金区域点数法总额预算管理办法>的通知》(宁医保规〔2024〕9号)等相关管理办法中有规定结余留用的按其规定(因福安、蕉城医共体打包方式的特殊性，其医共体结余超支实行“结余不留用、合理超支分担”政策)；未规定结余办法并执行药品和耗材零差率的则按以下规定执行。

1. 年度绩效考核合格且年度统筹基金的实际发生额在扣减不合理基金支付金额后，在年度总额控制指标90%以下的，且定点医疗机构年度服务量相比上年度无明显下降的(下降幅度不超过5%)，年度统筹基金支付额按年度统筹基金的实际发生额在扣减不合理基金支付金额后的110%支付。

2. 年度绩效考核合格且年度统筹基金的实际发生额在扣减不合理基金支付金额后在年度总额控制指标90%至100%之

间的，且定点医疗机构年度服务量相比上年度无明显下降的（下降幅度不超过 5%），按年度总额控制指标支付。

3. 年度绩效考核得分不合格，不予结余留用。

未规定结余留用办法且未执行药品和耗材零差率的医疗机构，不执行结余留用政策。

（二）合理超支分担：定点医疗机构年度统筹基金发生额扣除不合理费用后超出年度控制指标的，且年度考核合格以上的，超支费用按以下比例分担：定点医疗机构年度统筹基金的实际发生额在扣减不合理基金支付金额后，在控制指标的 100%~110%（含）之间的，超出部分原相关结算管理办法有规定的按其规定执行；原预、结算管理办法未有规定的及定点医疗机构年度记账统筹基金超出控制指标的 110% 以上部分（不含）则按以下规定执行。

1.超支分担比例与年度绩效等考核得分相挂钩，年度绩效考核得分在优秀以上的，超支分担比例为 5:5；年度绩效考核得分在良好的，分担比例为 6:4，即医疗机构分担 60%，医保基金分担 40%；年度绩效考核得分在合格以上的，分担比例为 7:3，即医疗机构分担 70%，医保基金分担 30%；年度绩效考核得分不合格的，不予以超支分担。优秀、良好、合格、不合格等次由考核管理办法具体规定。

2.全市基金区域点数法正常结算额加上超支分担部分原则上不得超过基金区域点数法总额预算总额，超出原预算额部分，相

应从各区域点数法结算定点医疗机构超支分担中按比例扣减。

3.精神类定点医疗机构按床日付费方式结算的，按床日付费有结余部分应纳入综合结算时的结余超支计算，优先用于弥补按床日付费结算的精神类定点医疗机构其他结算方式的超支部分。

第九条 因政策调整、规模变化、不可预见等因素造成当年度医疗费用与预算总额出入较大的，根据医保基金收支结余实际情况，可合理调整预算总额。

第十条 本办法由宁德市医疗保障局负责解释。

第十一条 本办法试行二年，自印发之日起实施。此前基本医疗保险医疗费用结算的相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。