

郑州市医疗保障局 文件 郑州市卫生健康委员会

郑医保〔2022〕5号

郑州市医疗保障局 郑州市卫生健康委员会 关于印发《郑州市紧密型县域医共体医保资金 内部使用管理办法》等3个文件的通知

各县（市）医疗保障局、卫生健康委员会，各有关单位：

为进一步加强紧密型县域医共体（以下简称“医共体”）医保总额预算管理，形成更加完善的利益调控机制和激励约束机制，我们制定了《郑州市紧密型县域医共体医保资金内部使用管理办法》、《郑州市紧密型县域医共体医保绩效考核管理办法》、《郑州市紧密型县域医共体医保资金结余留用管理办法》，现印发给你们，请结合以下要求认真贯彻执行：

一、持续深化“五医”联动改革，切实落实《关于加强紧密型县域医共体医保总额预算管理工作的通知》（郑医保办〔2021〕104号）要求，做好紧密型医共体医保总额预算管理各项工作。

二、医共体医保总额预算管理纳入郑州市市级统筹下医保总额预算管理范围，各县（市）应根据市级下达的医保总额预算分配方案，结合当地近三年城乡居民医保基金收支使用等情况，合理确定当地医共体年度预付额度，并在报请市局审核通过后方可实施。

三、鼓励各县（市）探索实施人头加权预算，结合参保居民年龄结构、疾病谱、健康绩效评估和往期实际医药费支出等情况，合理确定人头预算额，实现当地医共体年度预付额度的精细化管理。市局将适时启动人头加权预算和监控试点。

四、加强部门协同，实现居民签约、健康档案、电子病案等信息的共建共享，为开展人头加权预算、家庭医生签约服务绩效考核和健康绩效评估试点等工作打下基础。

五、加强医共体药品和医用耗材集中带量采购管理，推进医共体统一组织药品和医用耗材集中带量采购、结算，优先使用中选产品，做到应采尽采。

六、加强医共体医疗服务行为监管，严厉打击欺诈骗保等违法违规违约行为，建立健全医保基金拨付与日常监管协同工作机制，将监督管理与医保基金支付挂钩，促进医保基金安全平稳运行。

七、各医共体牵头单位应切实落实主体责任，主动加强医共体内部管理，自觉遵守医保政策法规，合理使用医保资金，接受医保部门监督指导。



郑州市医疗保障局



郑州市卫生健康委员会

2022年4月24日

附件：

郑州市紧密型县域医共体医保资金 内部使用管理办法

第一条 为规范医共体医保资金使用管理，提升医共体内部医保资金使用管理水平，根据《关于加强紧密型县域医共体医保总额预算管理工作的通知》（郑医保办〔2021〕104号）要求，制定本办法。

第二条 各医共体牵头医院为本医共体医保资金合法合规使用第一责任人，应牵头建立健全内部医保管理制度，包括并不限于医共体内医保资金管理制度，接受医保部门监督管理。医共体内部管理制度要明确涉及医保资金使用的岗位设置、人员配备、责任分工，加强医保资金使用全流程管理。

第三条 各医共体应主动配合医保部门医保总额预算管理工作，按照医保部门要求，及时提供医保总额预算管理相关材料，并保证提供材料的完整性、真实性和有效性。

第四条 各医共体应按照郑医保办〔2021〕104号文规定，建立本医共体医保预付资金使用管理办法，并为城乡居民医保预付资金设立专用账户用于收支管理，实现医保预付资金单独建账，独立核算。

第五条 各医共体使用医保预付资金应符合《社会保险法》、

《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规规定，不得欺诈骗取，不得挤占挪用，不得改变用途。

第六条 各医共体应根据当地医保部门下达的年度医保资金总额预付额度，编制本医共体年度预算，确定各成员单位的预付额度，报当地医保部门备案同意后执行。

第七条 每季度首月 10 日前，各医共体应向当地医保部门报送前一季度医保资金使用情况。当地医保部门要加强医共体医保资金拨付使用情况的监督检查，对不及时向成员单位拨付医保资金的医共体牵头医疗机构，采取约谈、限时整改等措施予以纠正，拒绝整改或整改不到位的，暂停医保资金拨付。

第八条 按照医保部门年终清算工作安排和要求，各医共体应翔实确定本医共体医保资金总额预付额度实际使用情况，向当地医保部门提交年度医保资金总额预付额度使用情况报告，提出结余留用（或合理超支分担）建议，并提供相应佐证材料。

第九条 医保部门完成年度绩效考核和年终清算后，考核合格的医共体应及时将结余留用资金转出医共体医保预付资金专用账户，按照《郑州市紧密型县域医共体医保资金结余留用管理办法》规定统筹使用；考核不合格的医共体应按照医保部门要求及时足额返还已预付结余部分资金。

第十条 各医共体应主动加强对本医共体医保资金使用情况和医疗服务行为的监督管理，常态化开展自查自纠，及时排查整改医保资金使用中存在的问题，不断规范医疗服务行为。对发

现的欺诈骗保行为，应及时报送当地医保部门处理。

第十一条 各医共体应参照《郑州市紧密型县域医共体医保绩效考核管理办法》等医共体绩效考核管理规定，定期（每季度不少于一次）对本医共体医保绩效情况进行自查评估，重点评估制度建立情况、医保资金分配拨付使用情况、成员单位满意度、参保居民健康绩效等指标。医共体自查评估结束后，应将自查评估结果及时报送当地医保部门，作为医保部门开展季度评估、年度绩效考核的参考依据，与质量保障金返还等挂钩。

郑州市紧密型县域医共体医保绩效考核办法

第一条 为加强紧密型县域医共体绩效考核，建立健全利益调控机制和激励约束机制，根据《关于加强紧密型县域医共体医保总额预算管理工作的通知》（郑医保办〔2021〕104号）要求，制定本办法。

第二条 考核目的：确保紧密型县域医共体各项医保管理政策正确执行；医保基金合理合规使用、收支平衡、略有结余；促进紧密型县域医共体服务质量不断提升；保障参保群众健康水平和基本医疗权益，促进医疗保障制度健康可持续发展。

第三条 考核内容：组织实施、管理体制、运行机制、能力提升、保障政策、服务绩效、满意度、健康绩效、家庭医生签约服务工作绩效、DIP分值付费工作情况等方面。

医保部门对医共体进行绩效考核时，可在《紧密型县域医共体医保绩效考核指标清单》（附后）基础上，根据当次医共体医保绩效考核工作要求和实际情况，合理设计考核指标、考核方式、评分标准。

第四条 考核方式：医保部门对医共体进行绩效考核时，可自行进行，也可根据工作需要联合卫健、财政等部门共同进行。绩效考核工作采用参保人员监督和医保部门检查、考核相结合，

不定期抽查、季度评估和年终考核相结合的方式进行；每年年末对医共体的服务质量做出年度综合评定。

第五条 医保部门在日常审核、监管工作中对发现的问题进行登记归纳，作为经常性监督方式之一；设立监督电话和投诉信箱，由医保部门负责及时登记调查处理和接待群众来访。对举报医共体（或其成员单位）欺诈骗保行为人员，经查证属实的按规定给予奖励；同时对违法违规违约行为给予处理；医保部门应不定期到医共体进行专项抽查；每年组建考核组，对医共体的服务质量进行绩效考核。

第六条 考核评定：绩效考核结果与医共体质量保证金返还、医保费用年度清算（结余留用、合理超支分担）、次年总额预付额度等挂钩。

医共体年度绩效考核实行百分制，85分（含）以上质量保证金全额返还；60分（含）到85分质量保证金返还50%；60分以下为不合格，质量保证金不予返还。考核结果以适当方式在当地定点医疗机构范围内公开，促进医疗机构合理控费。

第七条 对年度绩效考核中存在问题的，可视不同情况给予限期改正、通报批评、取消其医共体总额预算资格等处理。

第八条 医共体发生以下情况，绩效考核不合格：

- （一）经查实存在欺诈骗保行为的；
- （二）隐瞒不报自身内部欺诈骗保行为的；
- （三）受到行政处罚的；

- （四）年度内违规金额达到医保实际预付资金 3%的；
- （五）年度内多次发生二级以上医疗责任事故的；
- （六）拒不配合或消极应付（如未及时足量提供检查所需材料）医保部门监督检查（含稽查）工作的；
- （七）存在其他明文规定不得发生的行为的。

医共体在自身内部发现欺诈骗保行为并及时主动报告医保部门处理的，可视情况酌情处理。

第九条 国家、省、市对紧密型县域医共体医保绩效考核另有规定的，一并遵照执行。

附件：紧密型县域医共体医保绩效考核指标清单

紧密型县域医共体医保绩效考核指标清单

序号	一级指标	二级指标	分数	指标说明	评分标准
1	预算管理	建立医保预付资金管理使用办法	5	建立医保预付资金管理使用办法并经当地医保部门审核备案	未建立医保预付资金管理使用办法或未向当地医保部门报送审核的，不得分
2		按要求编制医保资金预算拨付计划	5	编制医共体年度医保资金使用预算，确定各成员单位的预付额度	医共体提供医保预算编制佐证材料，根据预算编制情况酌情打分
3		实施医保预付资金专户管理	5	医共体建立医保预付资金专用账户，实施单独建账、独立核算。	医共体提供佐证材料，违反规定的不得分
4		及时向成员单位拨付预付资金	5	医共体牵头单位及时足额向成员单位拨付医保资金	医共体提供向成员单位拨付医保基金的佐证材料，未及时足额拨付资金的，每例扣1分，扣完为止
5	内部管理	部门岗位设置和人员职责分工情况	5	成立医共体医保预付资金管理专职部门，明确岗位设置、人员配备、责任分工	查看医共体提供的佐证材料，有缺失项的，每个扣1分，扣完为止
6		内部管控	5	医共体内部有无制定基金分配使用和内控工作方案，定期开展内控检查	医共体提供相关佐证材料，如有缺失项，不得分
7		医保费用审核	3	切实履行审核职责，按规定程序和要求完成费用审核	未按规定完成费用审核影响医保结算造成负面影响的，每查实1例的扣1分，扣完为止
8	分级诊疗	建立双向转诊制度	3		未建立双向转诊制度的，不得分
9		下转病人达到10%	2		医共体内下转病人未达到10%的，每低一个百分点扣1分，扣完为止
10		县域内就诊率达到90%	3		县域就诊率低于90%的，每低一个百分点扣1分，扣完为止
11		基层就诊率65%左右	3		基层就诊率低于65%的，每低一个百分点扣1分，扣完为止

序号	一级指标	二级指标	分数	指标说明	评分标准
12	基层能力提升	医共体内基层医疗卫生机构门急诊同比占比	5	占比=基层医疗机构门急诊人次/医共体门急诊人次×100%	与上年同期相比，基层医疗卫生机构门急诊同比占比降低的，每降低一个百分点扣1分，扣完为止。
13		医共体内基层医疗机构基金使用占比	5	占比=基层医疗机构基金使用总额/医共体基金使用总额×100%	与上年同期相比，医共体内基层医疗机构基金使用占比降低的，不得分
14		医共体内基金支出占比	5	占比=医共体内基金实际支出总额/医共体医保预付额度县域内实际使用总额×100%	与上年同期相比，每降低一个百分点扣1分，扣完为止
15	费用控制	次均住院费用增长率	5		增长幅度不合理（如高于年度控费目标的）的，不得分
16		住院费用实际报销比例逐步提升	5		与上年同期相比，住院费用实际报销比例每降低一个百分点扣1分，扣完为止
17	健康评估	慢性病人员占比增长率逐步降低	5		与上年同期相比，慢性病人员占比增长率提高的，不得分
18		人均住院次数逐步降低	5	人均住院次数=参保人员住院人次/参保人员数	与上年同期相比，人均住院次数提高的，不得分
19	家庭医生签约服务	签约率	2		与上年同期相比，每降低一个百分点扣1分，扣完为止。
20		续约率	2		与上年同期相比，每降低一个百分点扣1分，扣完为止。
21		三代同签率	2		与上年同期相比，每降低一个百分点扣1分，扣完为止。
22	群众满意度	医保患者满意度随访	5		随机抽取20位医保患者进行随访，不满意的每人扣1分，扣完为止
23	其他事项	信息公开情况	5	在门诊大厅等场所公布服务项目、药品及价格、医保政策、监督电话和投诉信箱等	现场查看，有缺失的每项扣1分，扣完为止
24		完成药品耗材集中带量采购任务	5	全面落实药品耗材集中带量采购政策，完成中选产品采购使用任务	未完成采购使用任务的药品耗材每个扣1分，扣完为止。
25	扣分项	对医共体的检查处理			医保部门对医共体成员单位作出暂停或中止医保服务协议，一次扣2分；责令医共体（及其成员单位）整改但整改不到位的，一次扣2分。

郑州市紧密型县域医共体医保资金 结余留用管理办法

第一条 为加强医共体医保预付总额管理，落实结余留用、合理超支分担，充分调动医共体单位规范医疗服务行为、控制成本、合理施治的积极性，保障医保预付资金有效管控，根据《关于加强紧密型县域医共体医保总额预算管理工作的通知》（郑医保办〔2021〕104号）要求，制定本办法。

第二条 医保部门对医共体门诊费用（含门诊统筹、城乡居民“两病”、门诊慢特病）、住院费用（含DIP分值付费）进行年初预算、年终核算，根据核算结果进行年终清算。

第三条 每年年末，医保部门按照《郑州市紧密型县域医共体医保绩效考核管理办法》对医共体进行年度绩效考核，考核结果运用于质保金返还、结余留用和合理超支分担。

第四条 医保部门应于次年3月底前完成年终清算和医保资金拨付工作。各医共体应按照医保部门年终清算工作要求，及时准确提供年终清算所需材料。

第五条 结余留用。经医保部门年度绩效考核和年终清算，考核合格且医共体年度医保总额预付额度有结余的，结余部分按照郑医保办〔2021〕104号文规定进行结余留用；考核不合格的医共体，应按照医保部门要求及时全额退回已预付结余部分资金。

年度考核合格的医共体，结余留用资金由医共体统筹使用，原则上按牵头医院、乡镇卫生院、村卫生室 5:3:2 的比例标准，直接拨付到医共体内各成员单位。

第六条 合理超支分担。经医保部门年度绩效考核和年终清算，考核合格且医共体年度医保总额预付额度超支使用的，合理超支部分按郑医保办〔2021〕104 号文件规定标准，使用风险调剂金进行合理分担；考核不合格的，超支部分不予分担。

