# **《宿州市医疗保障局 宿州市卫生健康委员会〈关于印发宿州市县域医共体城乡居民基本医疗保险基金支付管理办法实施细则**

# **（试行）〉的通知》政策解读**

2020年4月16日，宿州市医保局、市卫生健康委联合印发《关于宿州市县域医共体城乡居民基本医疗保险基金支付管理办法（试行）的通知》（宿医保秘〔2020〕 37号，以下简称《通知》）。现将《通知》有关内容解读如下：

1. 《通知》的起草背景和依据

根据《关于印发宿州市县域医共体城乡居民基本医疗保险基金支付管理办法（试行）的通知》（宿医保秘〔2019〕48号）等文件精神，结合我市实际，特制定本实施细则。

1. 《通知》的起草过程

为进一步强化县域医共体医保支付管理，规范经办流程，维护医保基金安全，在结合宿州市实际基础上起草了《宿州市医疗保障局 宿州市卫生健康委员会关于印发宿州市县域医共体城乡居民基本医疗保险基金支付管理办法（试行）的通知》。为确保措施更加符合我市实际，《通知》先后征求各县、区医保局，市医保中心意见。综合各方意见修改完善后形成《送审稿》，于2020年4月16日经市医保局局长办公会审核通过。

1. 《通知》的主要内容

《通知》主要分为3方面

1. 医共体结算
2. **医共体内部结算。**

城乡居民参保人员在所属医共体内各级医疗机构就医的，现场结算医药费用，医保基金负担部分由医疗机构记账。牵头医院按月对参保群众在医共体内各级医疗机构所发生的医药费用进行审核结算，审核中发现的不合理费用，在下季度预拨款中予以扣减。

1. **医共体间结算。**

医保部门负责医共体之间医药补偿费用的结算。依据临床路径、按病种付费和DRG 等情况审核结算，半年结算一次。报销经费从医共体总额预算基金中扣除。

各县区医保经办机构负责辖区内跨县区医共体之间医药报 销费用的结算。由就医地医疗机构将月度结算汇总表报送到参保 地医保经办机构，参保地医保经办机构对账后，将报销费用从医 共体总额预算基金中扣除，每季度清算一次，并将资金拨付相关资料按季汇总，经县区医疗保障局审核后分别上报至市医疗保障 局及市医保中心。

**（三）非医共体结算。**

1.异地转诊联网结算，由医保部门负责。参保人员异地转诊 联网就医结算，产生的医药费用（不含大病保险支付对象），由医保部门按照异地就医直接结算相关规定进行审核结算，报销经 费从医共体总额预算基金中扣除，按月清算。

2.参保人员异地转诊非直联医保定点医疗机构就医，产生的 医药费用，由参保人员所属的医共体牵头医院进行审核，在 30 个工作日内按相关规定完成结算工作。

3.参保人员在市域内定点医药机构，或市域外联网定点医疗 机构产生的谈判抗癌药等特殊药品费用，按规定程序在定点医药 机构直接结算;在市域外非联网定点医疗机构产生的特殊药品费 用，回参保地医保经办机构或医共体牵头医院手工报销，所需费 用纳入各县区的医保基金总额控制管理。

二、医共体内调节资金管理

各医共体牵头医院按照本医共体预算资金总额 7%预留医共体内调节资金，其中 5%部分作为医共体内调剂金，2%部分作为考核资金使用。

三、市级调剂基金使用

（一）医共体及市级医疗机构总额预算超支费用根据医保部 门年终考核情况进行合理分担;

（二）参保人员在非医共体内定点医疗机构就医，产生的医 保目录范围内谈判抗癌药费用不列入医共体总额预算控制指标， 抗排异药、肾透析费用，由参保人员所属的医共体承担费用，医保部门从该医共体年度清算中据实予以扣减。但抗排异药、肾透 析承担费用较高的医共体，调剂基金分配时予以适当倾斜;

（三）因重大政策调整等原因引起的费用超支;

（四）重大公共卫生疫情防控医保应急;

（五）调剂基金的使用不得超过当年城乡居民基本医保年度 筹资总额的 5%。

1. 《通知》的特色亮点

推进了宿州市县域医疗卫生服务共同体建设，促进构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序，维护医保基金安全。

**解读机关：市医保局**

**咨询处室：医药服务管理科**

**联系人：夏玉**

**联系方式：0557-3060275**