

铜陵市医疗保障局

关于转发安徽省医疗保障局《安徽省异地就医定点医疗机构住院费用控制办法（试行）》的通知

枞阳县医保局、义安区医保局，市医保经办机构，市属异地就医定点医疗机构：

根据全省统一安排部署，现将安徽省医疗保障局印发《安徽省异地就医定点医疗机构住院费用控制办法（试行）》（皖医保秘〔2021〕55号，附件一）转发给你们，请认真遵照执行，同时结合我市实际提出以下工作要求：

一、各异地就医定点医疗机构（名单见附件二）负责报送本院异地就医患者的住院总费用、次均住院费用及涨幅、次均三费水平及涨幅、可报费用占比、直接结算率、大型设备检查阳性率等数据（附件三），报送异地就医患者结算明细花名册电子版（附件四），确保数据真实。同时，各异地就医定点医疗机构应加强内部监管，逐步提高异地就医直接结算率。

二、市医保经办机构负责接收市属定点医疗机构异地就医上

报数据并进行复核，及时做好市本级参保人员异地就医手工报销数据的整理，填写异地就医手工报销花名册电子版（附件五）并负责做好全市数据的汇总报送工作。枞阳县、义安区医保局负责接收本辖区内异地就医定点医疗机构异地就医上报数据并进行复核，填写本辖区内参保人员异地就医手工报销花名册电子版，确定本单位工作联系人，并将上述数据及联系人名单报送至市医保经办机构汇总。原则上各异地就医定点医疗机构于每季度首月8号前上报上季度数据，县（区）医保局复核、整理本辖区内数据并于每季度首月10号前上报市医保经办机构，2021年1、2季度数据于2021年8月10日前上报。（市医保经办机构联系人：吴海英 联系电话：5889781）

三、对各异地就医定点医疗机构的具体考核时间将根据省局部署确定，市医保经办机构负责对市属异地就医定点医疗机构进行考核，枞阳县、义安区医保局负责组织对辖区内异地就医定点医疗机构进行考核并将结果上报市医保经办机构。考核结果将运用于异地就医定点医疗机构与各地医保基金结算工作当中。

特此通知

附件一：《安徽省异地就医定点医疗机构住院费用控制办法（试行）》（皖医保秘〔2021〕55号）

附件二：我市异地就医定点医疗机构名单

附件三：异地就医费用情况统计表

附件四：异地就医患者结算明细花名册

附件五：异地就医手工报销花名册



附件一：

安徽省医疗保障局文件

皖医保秘〔2021〕55号

安徽省医疗保障局关于印发《安徽省异地就医 定点医疗机构住院费用控制办法 (试行)》的通知

各市医疗保障局，省本级异地就医定点医疗机构：

《安徽省异地就医定点医疗机构住院费用控制办法（试行）》已经省医疗保障局局长办公会审议通过，现予印发，请认真贯彻执行。

安徽省医疗保障局

2021年5月31日

安徽省异地就医定点医疗机构 住院费用控制办法（试行）

为加强我省异地就医结算基金监管，规范医疗服务行为，确保基金合理支出，切实维护参保群众的合法权益，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第 735 号）及《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令 第 2 号）有关规定，制定本办法。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，坚持以人民为中心，保障参保群众基本医疗需求，维护异地就医结算制度健康持续运行。建立异地就医定点医疗机构考核评价机制，着力控制药品费、材料费、检查化验费（以下简称三费）等物耗性医疗费用不合理增长，促进定点医疗机构规范运行，维护异地就医基金安全。按照统一管理、分级负责的原则，落实就医地管理职责。坚持统筹管理，将异地就医直接结算费用与手工报销费用一并纳入监测范围，逐步提高直接结算率，提升参保群众的获得感和幸福感。

二、主要措施

（一）建立季度分析通报制度

自 2021 年 1 月 1 日起,按季度分析通报定点医疗机构异地就医患者的次均住院费用水平及涨幅、次均三费水平及涨幅、可报销费用占比、直接结算率、大型设备检查阳性率等,按照医院等级进行同级对比分析、排名通报。

建立分病种住院费用监测制度,按季度监测分析部分重大疾病在省内医疗机构和省外医疗机构费用水平、报销比例等。

（二）实行定点医疗机构考核评价机制

按照分级负责原则,根据季度数据分析通报、日常检查及参保群众反映核实情况,各级医保经办机构对本区域内异地就医定点医疗机构分别按期进行考核量化评分。原则上,考核周期为半年,条件具备的可按季度考核。定点医疗机构考核满分为 100 分,按考核标准进行相应扣分,考核得分=100—考核扣分。考核指标及考核标准见附件 1。

考核评分结果与下述三费涨幅控制标准及协议签订相挂钩。对于考核得分低于 60 分的,原则上应暂停医保异地就医定点结算服务。

（三）控制定点医疗机构三费涨幅标准

为控制医疗机构物耗性费用过度上涨,自 2021 年 7 月 1 日起,

建立异地就医三费涨幅控制机制，超出控制标准的费用，医保基金将不予支付。

1. 三费涨幅控制标准

根据上述医疗机构考核评价得分，分别确定医疗机构的三费涨幅控制标准。

考核得分 ≥ 90 分的，本统计周期次均三费与上年度相比，涨幅标准控制在 6%以下；

80 分 $\leq$ 考核得分 < 90 分的，本统计周期次均三费与上年度相比，涨幅标准控制在 5%以下；

考核得分 < 80 分的，本统计周期次均三费与上年度相比，涨幅标准控制在 4%以下。

2. 三费涨幅统计与公布

三费统计范围包括异地就医直接结算数据和手工报销数据。省异地就医管理中心定期统计公布省本级异地就医定点医疗机构三费指标，市县医保经办机构分别统计公布本统筹地区内异地就医定点医疗机构三费指标。

3. 三费涨幅结果运用

异地就医定点医疗机构次均三费涨幅超过控制标准的，医保基金不予支付。

基金不支付某医疗机构的费用 = (该考核周期该医疗机构次

均三费涨幅 $-X\%$) $\times$ 该考核周期该医疗机构异地就医按项目付费住院人次数 $\times$ 该考核周期该医疗机构次均三费费用 $\times$ 该考核周期该医疗机构实际报销比例。

其中： $X\%$ 分别为 6%、5%、4%。由于按单病种付费、按床日付费等支付方式改革已对费用进行控制，上述公式中所有指标仅统计按项目付费的病例。

新增无历史比较数据的异地就医定点医疗机构，次均三费不得超过同级别同类型医疗机构平均次均三费的 80%，超出部分予以扣减。

省本级异地就医定点医疗机构超出部分由省异地就医管理中心在清算资金时予以扣减，其他定点医疗机构由各市参照执行。

异地就医定点医疗机构被扣减费用将根据各统筹地区该考核周期支付至被扣减医疗机构基金总额的一定比例折算后，用于冲减参保地下个清算周期异地就医结算费用。

4. 除外情况

统计周期内，月均住院低于 10 人次的医院，国家卫健委公布的罕见病、单个耗材价格过高（暂以 10 万元为标准）等导致三费数据波动大，暂不列入统计范围。

省本级异地就医定点医疗机构须将上周期与本周期除外病例收治情况书面材料并填写附件 2 表格报省异地就医管理中心备

案。其他医疗机构报同级医保管理经办机构。

（四）建立智能审核机制

各地要结合智能监控系统的应用，将异地就医费用一并纳入监管，加强对异地定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，强化事前、事中监管。省异地就医管理中心将部署建立智能审核服务系统，利用大数据筛查手段对异地就医医疗费用进行智能审核，建立省、市（县）联合审核机制，推动异地就医结算费用从人工审核到智能审核转变，进一步提升监管效率，规范医疗服务行为。

三、有关要求

（一）强化医疗机构内部监督管理

各异地就医定点医疗机构要强化行业自律，规范内部管理。建立内部定期分析通报制度，按照不同科室分别制定合理的费用控制指标，并将责任层层分解，落实到科室和医生个人，切实做到合理检查、合理用药、合理治疗，规范收费。

（二）积极参与支付方式改革

全面落实省医保局推行的按病种分组付费等支付方式改革，支持异地就医参保群众享受支付方式改革政策。参与开展疾病诊断相关分组付费（DRG）、区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）等改革试点，及时上传异地就医患者每日诊疗信息，升级完善信息系统，出院时应准确上传病案首页及医疗保障基金

结算清单信息。

（三）逐步提高异地就医直接结算率

异地就医定点医疗机构应按有关规定为异地就医参保患者办理联网直接结算，无正当理由不得拒绝为异地参保患者直接结算费用。应支持异地就医患者持医保电子凭证、身份证或社保卡等任一种就医凭证办理就医登记。原则上，除因需进一步确认责任方的意外伤害等情形外，其他经参保地备案患者均应实行联网直接结算。

（四）全力做好协同配合工作

自 2021 年 7 月 1 日起，各地医保经办机构应按要求及时上传手工报销的异地就医患者有关信息，分项录入药品费、材料费、检查化验费及医保目录范围内费用。条件成熟的，应准确录入手工报销住院费用明细。积极开展异地就医转诊备案管理，精简备案手续，提高备案效率。广泛宣传解读异地就医政策和办事流程、注意事项，切实提高广大参保群众异地就医直接结算政策的知晓度，共同落实异地就医直接结算各项制度。

- 附件：1. 安徽省异地就医定点医疗机构考核标准
2. 异地就医住院费用控制除外病例备案表

附件 1

安徽省异地就医定点医疗机构考核标准

医疗机构名称：

指标	分值	考核方法	评分方法
次均住院费用增长率	20	次均住院费用增长率=（本考核周期本院异地就医患者住院次均费用-上年度本院异地就医患者住院次均费用）/上年度本院异地就医患者住院次均费用*100%	低于 5%得满分，每上涨 1 个百分点扣 1 分，扣完为止。
直接结算率	20	直接结算率=本考核周期本院异地就医患者直接结算人次/本考核周期本院异地就医患者出院人次数*100%	高于或等于同级别医疗机构平均值为满分，每低 1 个百分点扣 1 分，扣完为止。
可报销费用占比	15	可报销费用占比=本考核周期本院异地就医患者政策范围内费用/本院异地就医患者住院总费用*100%	高于或等于同级别医疗机构平均值为满分，每低 1 个百分点扣 1 分，扣完为止。
大型设备检查阳性率	15	分别计算彩超、CT、MRI 三项检查的阳性率，每项占 5 分。阳性率=本考核周期本院该大型设备检查阳性结果数/检查人次数*100%。	三项指标分别计算，每项指标高于或等于同级别医疗机构平均值为满分，每低 1 个百分点扣 1 分，扣完为止。
是否存在分解住院或推诿病人情形	15	经实时监控或检查、被举报等发现的院内分解、院间分解及调查核实的患者在住院期间产生门诊费用	查实一例扣 3 分，扣完为止。
其他违规情形	15	病人或市县医保经办机构投诉反映后查实的	查实一例扣 3 分，扣完为止。
合计得分			

附件 2

异地就医住院三费控制除外病例备案表

医疗机构名称：

序号	患者姓名	年龄	住院号	出院时间	出院诊断	总费用（万元）	材料名称	材料费（万元）	备注
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
.....									

附件二：我市目前开通异地就医定点医疗机构名单

市属：

铜陵市人民医院

铜陵市立医院

铜陵市中医医院

铜陵市第二人民医院

铜陵市第三人民医院

铜陵市第四人民医院（市妇幼保健院）

铜陵市第六人民医院

铜陵爱尔眼科医院

铜陵晖仁康复医院

铜陵市立医院石城医院

枞阳县：

枞阳县人民医院

枞阳县中医院

义安区：

铜陵市第五人民医院（义安区人民医院）

铜陵市中西医结合医院

附件三：

异地就医费用情况统计表（医疗机构报送）

单位：（盖章）年 月 日

医疗机构名称	异地就医总人数	住院总费用（元）	联网结算人数	自费结算人数	次均住院费用增长率	直接结算率	次均三费及涨幅			可报费用占比	大型设备检查阳性率		
							药品费	检查、化验费	材料费		彩超	CT	MRI

- * 次均住院费用增长率=（本考核周期本院异地就医患者住院次均费用-上年度本院异地就医患者住院次均费用）/上年度本院异地就医患者住院次均费用*100%；
- * 直接结算率=本考核周期本院异地就医患者直接结算人次数 / 本考核周期本院异地就医患者出院人次数 *100%
- * 可报费用占比=本考核周期本院异地就医患者政策范围内费用 / 本院异地就医患者住院总费用 *100%；
- * 分别计算彩超、CT、MRI三项检查的阳性率，每项占5分。阳性率=本考核周期本院该大型设备检查阳性结果数 / 检查人次数*100%

附件四：

异地就医患者结算明细花名册（医疗机构报送）

报送单位：（盖章）

年 月 日

[illegible]

附件五：

异地就医手工报销明细花名册（经办机构报送）

报送单位：（盖章）

年 月 日

[illegible]