

登记编号：CRSJR—2015—001

攀枝江市人力资源和社会保障局
攀枝江市财政局
攀枝江市卫生和计划生育委员会

攀人社发〔2015〕186号

关于印发《攀枝江市基本医疗保险
保险付费总额控制试行办法》的通知

各县（区）人社局、财政局、卫生局，市医保局，各定点医疗机构：

为进一步深化医疗保险付费方式改革，加强基本医疗保险费用结算管理，规范医疗服务行为，有效控制医疗费用不合理增长，保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生、医疗保险事业可持续发展，按照人力资源和社会保障部、财政部、卫生部《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》（人社部发〔2012〕70号）要求，结合我市实际，制定了《攀枝江市基本医疗保险付费总额控制试行办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

附件：攀枝花市基本医疗保险付费总额控制试行办法

攀枝花市人力资源和社会保障局

攀枝花市财政局

攀枝花市卫生和计划生育委员会

2015年4月9日

攀枝花市人力资源和社会保障局

2015年4月9日印发

攀枝花市基本医疗保险 付费总额控制试行办法

第一章 总 则

第一条 为加大城镇职工、城乡居民基本医疗保险（以下简称“基本医疗保险”）付费方式改革力度，科学合理地使用基本医疗保险基金，完善基金结算管理，保障参保人员基本医疗需求和促进基本医疗保险制度可持续发展，根据人力资源和社会保障部《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》（人社部发〔2011〕63号）、人力资源和社会保障部、财政部和卫生部《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》（人社部发〔2012〕70号）、人力资源和社会保障部办公厅《关于印发基本医疗保险付费总额控制经办规程的通知》（人社厅发〔2012〕113号），结合我市实际，特制定本试行办法。

第二条 我市基本医疗保险付费总额控制应遵循以下原则：

（一）保障基本。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生资源合理利用和医疗卫生机构有序发展，控制医疗费用不合理增长。

（二）科学合理。付费总额控制（以下简称“总额控制”）指标以定点医疗机构历史费用数据和医疗保险基金预算为基础，考虑医疗成本上涨以及基金和医疗服务变动等情况，科学测算、合理确定。

（三）公开透明。总额控制管理坚持公平、公正、公开，程序应公开透明，定期向社会通报。建立医疗保险经办机构（以下简称经办机构）与定点医疗机构协商制度，发挥医务人员参与管理的作用。

（四）激励约束。建立科学合理的“结余留用、超支分担”的激励约束机制，提高定点医疗机构加强管理、控制成本和提高质量的积极性和主动性。

（五）强化管理。加强部门配合，运用综合手段，发挥医疗保险监控作用，确保总额控制实施后医疗服务水平不降低、质量有保障。

第三条 建立由市人力资源和社会保障部门牵头，发改、财政、卫生等部门和医保经办机构组成的基本医疗保险总额控制管理联席会议。负责研究制定总额控制管理具体实施范围及步骤；确定、调整定点医疗机构预算指标，协调处理重大问题。

第四条 市级经办机构负责编制我市基本医疗保险统筹基金年度支出计划，制定我市定点医疗机构总额控制指标方案及组织实施工作；各县（区）经办机构按照职责分工，

做好辖区内定点医疗机构的总额控制工作。各定点医疗机构根据经办机构下达的年度指标，建立相关医疗服务费用控制办法。

第二章 适用对象与范围

第五条 本办法适用于我市各级经办机构与本区域范围内定点医疗机构之间的基本医疗保险医疗费用（以下简称“医疗费用”）结算。

第六条 本办法所称医疗费用是指参加我市城镇职工和城乡居民基本医疗保险的人员（以下简称“参保人员”）在定点医疗机构发生的以下费用：

- （一）基本医疗保险住院医疗费用；
- （二）城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹费用；
- （三）基本医疗保险慢性病门诊医疗补助费用；
- （四）其他医疗费用。

第七条 我市定点医疗机构参保人员发生的应由统筹基金支付的医疗费用原则上均实行总额控制，经办机构与定点医疗机构间实行总额预算付费为主，按服务项目付费、按病种付费、按人头付费、按服务单元付费等为辅的多种结算方式。

第八条 总额预算付费结算方式适用于我市协议管理的定点医疗机构（新增定点医疗机构除外）。

参保人员因各种原因未刷卡结算，由个人现金支付后再

向医疗保险经办机构申请零星报销的医疗费用，纳入相应定点医疗机构总额预算付费管理范围。

第九条 按服务项目付费结算方式适用于参保人员当年的异地就医结算费用、新增定点医疗机构结算费用以及定点医疗机构发生的高额费用。

离休干部（二乙以上伤残军人）医疗费、公务员医疗补助、大病补充医疗保险支出按服务项目付费结算，城乡居民大病保险支出暂按服务项目付费结算。

第十条 按病种付费结算方式适用于参保人员以单病种就医的定点医疗机构。

第十一条 按人头付费、按服务单元付费结算方式适用于城乡居民基本医疗保险门诊统筹结算、精神病类疾病结算、以及其他适用于此类结算方式的定点医疗机构。

第三章 指标确定与调整

第十二条 总额控制实行年度预算管理。每年根据当年我市基本医疗保险统筹基金收支预算情况，编制全市基本医疗保险统筹基金支出计划，并考虑参保人数增减、医保政策调整、上年预算指标执行情况、医疗服务价格调等因素。其中，首个预算年度相关指标结合定点医疗机构前三年实际发生的医保统筹支付数、同类同等级医疗机构指标，并考虑物价上涨因素等协商确定。

第十三条 年度基本医疗保险统筹基金支出预算包括风险金、总额预算付费支出费用、按服务项目付费支出费用、按病种付费支出费用、按人头付费支出费用、按服务单元付费支出费用等项目。

（一）风险金按不超过本年度收支预算的 3%提取，主要用于年终清算。风险金支付顺序为：预算总额中按服务项目付费超支费用；按病种付费超支费用；国家、省级重点学科及新技术应用的扶持；总额预算付费超总额指标中医保基金分担费用。

（二）总额预算付费支出费用根据定点医疗机构近年医疗费用增长、医疗服务能力和质量、有关指标完成及年度考核等综合情况确定。

（三）按服务项目付费和按病种付费支出费用根据定点医疗机构的实际发生费用情况及相关规定确定；

（四）按人头付费和按服务单元付费根据定点医疗机构近年就医人数及医疗费用等综合情况确定。

第十四条 根据年度基本医疗保险统筹基金收支预算，结合上年预算情况及参保人员医疗费用支付的实际情况，扣除风险金、异地居住人员就医统筹基金支付额、转院、异地急诊、城乡居民大病保险等费用，确定当年我市基本医疗保险统筹基金支付总额。

总额预付控制指标由基数、影响因素、预算调整系数等

构成。

第十五条 经办机构根据当年基本医疗保险统筹基金支付总额，以全市各定点医疗机构服务提供情况和有效医疗费用发生情况为基础，将年度总额控制目标按照定点医疗机构不同级别、类别、定点服务范围、有效服务量，并综合考虑病人增长及费用增长等因素，制定各定点医疗机构年度总额控制指标分配方案，组织召开定点医疗机构代表会议进行协商确定，并邀请纪检部门全程监督，确保方案公开、公正、透明。

各定点医疗机构指标确定后，方案报基本医疗保险总额控制管理联席会议审定后下达执行。其中首个预算年度相关指标结合各定点医疗机构前三年实际发生的医保统筹支付数、同类同等级医疗机构指标，并考虑物价上涨因素等综合确定。

第十六条 经办机构在制定总额控制方案中，应明确定点医疗机构考核指标。考核指标应包括：就诊人数、门诊人次与重复就诊率、出院人次与重复住院率、次均费用、人次人头比、自费率和自负率、手术率和择期手术率、高额住院费用病人比例、转诊转院率、参保人员满意度调查和投诉情况等。

第十七条 总额控制指标一经确定原则上不予调整，如出现以下特殊情形的，需由定点医疗机构向辖区经办机构提

出书面申请，并经基本医疗保险总额控制管理联席会议同意后，经办机构可适当调整总额控制指标：

- 1.发生相关政策重大调整、影响范围较大的突发事件。
- 2.医疗机构发生规模扩大的，或发生重组、兼并、破产、歇业情况，提前向市人力资源和社会保障局申报备案的。
- 3.医疗机构被暂停服务协议。
- 4.医疗机构被取消定点资格终止服务协议的。
- 5.其他需要调整预算额度的特殊情况。

第十八条 因客观情况发生重大变化导致医疗保险基金收支异常时，由基本医疗保险总额控制管理联席会议提出处理意见报市政府审定后执行。

第四章 费用结算与清算

第十九条 经办机构按协议约定预留定点医疗机构医疗保险质量服务保证金后，根据医疗费用不同结算方式要求，按以下办法结算拨付统筹基金：

（一）定点医疗机构按总额预算付费的，经办机构将年度预算统筹总额按 12 个月均摊为月度预付额结算拨付。

1.定点医疗机构按月向经办机构申报统筹基金垫付额（以下简称“申报额”）。月申报额不足月度预付额的，按该定点医疗机构当月实际申报额支付，结余部分计入该定点医疗机构年度清算统计。

2.定点医疗机构申报额大于月度预付额的，按月度预付

额支付，超额部分计入该定点医疗机构年度清算统计。

3.定点医疗机构当年总额预算付费指标确定前，暂按上年的指标及以上方式结算拨付。总额预算付费指标确定后，按新的指标进行二次结算，其差额纳入当月结算处理。

4.对当年新纳入总额预算付费结算方式的定点医疗机构，当年总额预算付费指标确定前，暂按上年统筹基金实际月均发生额的 80%结算拨付。总额预算付费指标确定后，按新的指标进行二次结算，其差额纳入当月结算处理。

（二）定点医疗机构按服务项目付费、按病种付费、按人头付费、按服务单元付费的，经办机构按有关规定按月结算拨付。

第二十条 经办机构对定点医疗机构申请结算的医疗费用进行抽样或全面审核，并扣除违规医疗费用。抽样审核剔除的违规医疗费用按以下公式计算：违规医疗费用=抽样部分剔除数/抽样医疗费用总数×申请结算医疗费用总数。

第二十一条 年度结束后，经办机构应于次年一季度内与各定点医疗机构进行费用清算。经办机构应根据当年基金实际收入、基金支出计划、年度总额控制指标、费用拨付以及指标调整等情况，结合各定点医疗机构年度考核，制定清算方案，按程序报批后执行。

第二十二条 建立科学合理的“结余留用、超支分担”的风险分担机制和激励约束机制。

（一）各定点医疗机构年度实际发生符合基本医疗保险规定的医疗费用未超年度总额控制指标的，经年度考核后结余部分暂按 60% 支付定点医疗机构，剩余部分计入该定点医疗机构次年总额控制指标。

（二）各定点医疗机构年度实际发生符合基本医疗保险规定的医疗费用超出年度总额控制指标 20% 以内的，由医保经办机构与定点医疗机构通过协商方式，在协议中确定各档次费用的分担比例；超出控制指标 20% 以上的，由医保经办机构根据当期基金实际收支情况和医疗机构类别、等级及执行协议等情况，在年度清算方案中确定是否分担及分担比例。

第二十三条 为减轻定点医疗机构垫付医保费用的资金压力，对控费到位、管理有效的定点医疗机构可按年度预算统筹总额核定的月度预付额，预付 1 至 3 月的医保统筹费用。

第二十四条 因大规模暴发性传染病或受大规模自然灾害影响造成的医疗费用单独结算。

第五章 监督与管理

第二十五条 建立总额控制监管及结算信息平台。根据总额控制管理需要，人力资源和社会保障、卫生等相关部门应开发、建立相应的信息监控、结算管理平台，所需费用由财政预算安排。

第二十六条 经办机构应根据总额控制管理要求，细化和完善医疗服务协议相关内容，将协商确定的总额控制指标、质量服务管理指标、医疗服务监管和考核、医疗费用拨付和清算等纳入协议，并明确双方的责任、权利和义务，保障参保人合法权益。

第二十七条 定点医疗机构应严格执行医疗保险相关政策和协议要求，建立相应的内部管理制度，提高自我约束和监控能力，不得分解住院，不得拒收、推诿病人，不得将参保人员住院期间的药品和诊疗费用转向门诊支出或从药店购买药品，并确保医保信息系统数据的及时完整上传。

第二十八条 经办机构应定期向基本医疗保险总额控制管理联席会议报告基金运行情况。加强对定点医疗机构的监管，特别是针对定点医疗机构在实施总额控制中易产生的推诿拒收病人、减少服务内容、降低服务标准、虚报服务量等突出问题，要完善管理措施，加大各种违约、违规、违法行为的查处力度，防止负面效应的发生。

第二十九条 为适应基本医疗保险总额控制的需要，在本试行办法实施后，各职能部门应及时制定我市科学合理的定点医疗机构医疗费用结算指标、定点医疗机构医疗服务质量综合考评办法、风险金提取管理使用办法。全面推行定点医疗机构分级管理办法，提高定点医疗机构自我控费意识和自我管理能力。

第六章 附 则

第三十条 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。

第三十一条 本办法从 2015 年 1 月 1 日起执行。