

镇康县人民政府文件

镇政发〔2020〕9号

镇康县人民政府关于印发《镇康县城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革实施细则（试行）》的通知

各乡（镇）人民政府，县直各办、局：

现将《镇康县城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革实施细则（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

2020年3月31日

（此件公开发布）

镇康县城乡居民基本医疗保险打包付费 支付方式改革实施细则 (试行)

为进一步助推医药卫生体制综合改革，建立健全分级诊疗制度，有效控制医疗费用不合理增长，切实保障广大参保群众的合法权益，促进医保制度健康持续发展，根据《临沧市开展县域城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革实施方案（试行）》（临医保联发〔2020〕6号）文件要求，结合我县实际，特制定本实施细则。

一、指导思想

坚持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精神，认真落实全国医改工作电视电话会议精神，坚持以人民为中心的发展思想，立足全县经济社会和医药卫生事业发展实际，以强基层、保基本和让广大人民群众享有公平可及的健康服务为出发点，持续加大医疗、医保、医药“三医”联动改革力度，深化公立医院改革，完善基本医保和分级诊疗制度，不断改革完善医保支付方式。以建立县域紧密型医共体为载体，积极探索医保支付方式改革，建立和完善医保支付机制和利益调控机制，充分发挥医保基金调节医疗服务行为，引导医疗资源供需双方合理配置的重要杠杆作用，促进优质资源下沉，引导参保群众县域内有序就诊，推动分级诊疗制度和家庭医生签约服务制度

建设。在医保基金可承受的前提下，支持医疗机构健康发展，提高医保基金使用率，充分发挥医保在医改中的基础性作用。努力实现医疗机构发展方式由以治病为中心向以健康为中心转变，促进紧密型县域医疗卫生共同体建设，切实保障广大参保群众基本医疗保障权益，推动医保制度可持续发展。

二、工作原则

（一）保障基本。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，不断提高医保基金使用效率，着力保障参保人员基本医疗需求，筑牢保障底线。

（二）健全机制。建立“总额打包、结余留用、超支自担”的激励约束机制，健全医保部门与医疗机构间公开平等的谈判协商机制，促进医疗机构从“规模扩张”向“内涵式发展”转变。

（三）统筹推进。充分考虑医保基金支付能力、医疗机构定位和县域疾病谱分布等因素，统筹推进“三医联动”改革，发挥部门合力，多措并举，实现政策叠加效应。

（四）公开公平。坚持一视同仁、平等对待，鼓励社会办医疗机构自主选择加入医共体，促进共同发展。

（五）以人为本。全面推进深化“放管服”改革要求，实行医保“一站式”服务。以参保人员方便、快捷，降低参保人员办事成本为根本，减少办事环节，简便办事流程，保障参保人员利益，大幅度减少“医疗、医保、患者”三方矛盾纠纷，提高参保人员满意度。

三、实施和支付范围

（一）实施范围

全县范围内全面实行医共体总医院（县人民医院）城乡居民基本医疗保险按人头打包付费（以下简称“医共体打包付费”）支付方式改革。为充分发挥市场在资源配置中的基础性作用，促进医疗卫生事业的全面发展，进一步鼓励民营资本举办的医疗机构，在紧密型县域医疗卫生共同体改革未全面实行之前，民营医院实行总额包干控制付费支付方式。

（二）支付范围

1.医共体总医院（县人民医院）打包付费年度指标的支付范围：包括年度内辖区城乡居民参保人员因病在辖区医共体（包含医共体内所有县乡村服务一体化管理机构）和县域外定点医疗机构就医产生的门诊（包括普通门诊急诊、慢性病门诊、特殊病门诊）、住院、生育分娩和家庭医生签约服务等应由城乡居民医保基金支付的所有费用。不包括县域外参保人员到县域内就诊报销的城乡居民基本医疗保险费用。

2.民营定点医疗机构年度指标的支付范围：县域内及县域外参保人员在民营定点医疗机构就医应由城乡居民基本医疗保险基金报销支付的合规费用。

3.大病保险、医疗救助和政府兜底保障等，按相关政策和申报程序申报办理，不计入定点医疗机构年度指标。

四、基金分配、支付结算管理

（一）基金总额打包核定

1.核定全县统筹基金总额打包付费预算指标。全县城乡居民基本医疗保险年度统筹基金总额打包付费预算指标按“当年城乡居民医保基金预算收入（参保人数乘以筹资标准）”减去“市县两级提取的调剂金和扣除大病保险参保费”核定；年度统筹基金总额打包付费预算分配指标的 95.5 % 作为医共体总医院（县人民医院）总额打包付费预算指标，4.5 % 作为县内民营定点医疗机构总额包干付费预算指标。若医共体年内新增定点医疗机构及医保政策调整、外转病人等因素产生的医保支付资金由医共体总医院（县人民医院）总额打包付费预算指标调配。

2.核定县级年度风险调剂金指标。县级年度风险调剂金按以下途径核定：

（1）按市核定全县打包付费指标（一般为：当年筹资总额扣除市提取风险调剂金和大病保险参保费）的 1%~3%提取，县级风险调剂金总额累计达到当年筹资总额的 10%时不再提取；

（2）民营定点医疗机构年度结余资金的 50%；

（3）协议监管、年度考核、年度清算评价指标扣减的费用；

（4）市风险调剂金弥补县级金额。

（二）基金预算分配

每年 1 月底前，县医疗保障局依据市医疗保障局分配方案和下达的城乡居民医保分配基金，完成辖区本年度城乡居民医保打包付费测算和分配方案并下达执行，同时将分配方案报市医疗保

障局备案。

县医疗保障局综合考虑定点医疗机构的服务人口、服务能力、历年基金使用、医疗费用合理增长、履行医保服务协议和遵纪守法等情况，通过健全与定点医疗机构的协商谈判机制，科学合理测算分配医共体总医院（县人民医院）的打包付费指标。民营定点医疗机构总额包干付费指标分配占比原则上控制在全县指标的 4.5%以内，具体分配方案由县医疗保障局另行制定。

医共体总医院（县人民医院）相应制定医共体内部分配方案，充分考虑参保居民就近就医的需求，乡、村两级基金分配占比和村级门诊基金分配占比不得低于医共体内打包付费指标和门诊基金分配总额的 25%，并逐年提高占比，确保农村参保群众就近就医和基层医疗机构正常运行。同时，应兼顾医共体成员机构的发展现状，根据服务能力公平分配使用额度，通过支持中医药和专病专科技术发展，实现全县医疗资源互补。

1. 民营定点医疗机构年度总额包干付费预算指标分配。民营定点医疗机构年度总额包干付费预算指标分配按以下公式计算：

年度指标 = $A + A \times B$ ，且 $\leq$ 全县年度统筹基金总额打包付费预算指标 $\times 4.5\%$ 。

A 为上一年度县域内及县域外城乡居民基本医疗保险参保人员在该定点医疗机构发生的医疗费用，在日常管理、年度考核和年终清算后镇康县城乡居民基本医疗保险统筹基金全年实际拨付的金额。

B 为国家卫生健康行政部门公布的上上年度全国人均住院费用增长比例。

民营定点医疗机构自然年度内新建临床科室开展新技术和新业务的，当年的总额包干付费额度不足以使用时，可向县医疗保障局提出增加总额包干付费额度的书面申请。经县医疗保障局组织相关部门的专家对该项目新增的住院费用进行全面评估，符合卫生诊疗规范的，在下一自然年度增加该定点医疗机构合理的年度总额包干额度指标，但增加额度原则上不超过全县年度统筹基金总额打包付费预算指标的 4.5%。

2.医共体总医院（县人民医院）总额打包付费预算指标分配。全县年度统筹基金总额打包付费预算指标在扣除民营定点医疗机构年度总额包干付费预算指标后，作为医共体总医院（县人民医院）总额打包付费预算指标，按以下公式计算：

医共体总医院（县人民医院）总额打包付费预算指标=全县年度统筹基金总额打包付费预算指标－民营定点医疗机构年度总额包干付费预算指标。

医共体总医院（县人民医院）总额打包付费预算指标统一下达至医共体总医院（县人民医院），由总医院进行二次分配，确定医共体内各成员机构年度指标。

（三）基金结算支付管理

1.医共体总医院（县人民医院）基金结算支付。县医疗保障局按照“年初打包，按季预拨，按月结算，半年清算，年度考核，

年终决算”的办法，年初分配打包付费预算指标时，预留足县域外异地就医参保人员医保支付费用后，前三季度每季度首月（1月、4月、7月）将 85%的资金额度预先拨付，第四季度（10月~12月份）按月结算，剩余资金根据年底考核情况进行清算（次年 1 月份）。

预拨资金额度计算公式=(打包付费指标－县域外就医预算费用－扣除的违规费用)×85%。

医共体总医院（县人民医院）实行“按季预拨，按月结算，半年清算，年终决算”的分配办法，将医保基金支付费用及时拨付给医共体内各成员定点医疗机构。医共体总医院（县人民医院）不得截留医共体成员机构基金或不按要求向医保部门结算、清算、决算医保基金，影响医保基金使用效益。

2.县域内民营定点机构基金结算支付。紧密型县域医疗卫生共同体成员机构中的民营定点医疗机构，由县医疗保障局实行“总额包干、按月拨付、年度考核清算、超支自担、结余 50%留转使用”方式支付医保基金。

3.异地基金结算支付。

（1）参保人员在县域外异地就诊费用支付方式：参保人员在县域外（包括市内其它县区 and 市本级、市外、省外）异地就医发生的城乡医保基金支付费用，由市医疗保障局先行结算，再与县医疗保障局进行清算，支付费用计入医共体总医院（县人民医院）按人头打包付费指标内。

（2）县域外参保人员在县域内就诊费用支付方式：县域外医保参保人员在镇康县内就医发生的医保基金支付费用，由县域内定点医疗机构先行垫付，并与县域内同级医疗保障局结算，再由县医疗保障局与市医疗保障局进行清算，支付额度不计入全县总额打包指标内。

（3）零星费用报销支付。城乡居民医保零星费用报销基金支付，由参保人员到医共体总医院（县人民医院）或所辖医共体成员机构申请结算报销，实行“一站式”结算报销服务，县医疗保障局半年（年度）清算时在医共体总医院（县人民医院）打包付费分配指标中扣减。

4.年度考核支付。县医疗保障局按总额打包付费分配额度，通过据实结算方式将城乡居民医保基金支付费用清算给医共体总医院（县人民医院）和民营机构，由县医疗保障局组织对医共体总医院（县人民医院）和民营机构年度综合考核后，依据考核结果确定医保支付费用。县医疗保障局在每年1月底前完成上年度辖区定点医疗机构医保打包付费清算工作。

（1）建立县医疗保障局牵头，相关部门联合参与，定点医疗机构参加的公正、公开、透明、严格的医保年度考核机制，根据当年年度考核评价量化评分标准，按单个定点医疗机构进行考核，考核分为优秀、良好、合格、基本合格和不合格5种等次。

（2）年度考核为合格及以上的定点医疗机构，服务质量保证金全额拨付；年度考核为基本合格的定点医疗机构，服务质量

保证金按 50%拨付，剩余 50%归入当年县级风险调剂金指标；年度考核为不合格的定点医疗机构，服务质量保证金不拨付，全额归入当年县级风险调剂金指标。

5.年度清算支付。以当年 1 月至 12 月作为清算年度，由医保经办机构根据日常管理、年度考核、年度清算评价指标对定点医疗机构年度指标增减执行情况进行清算，计算出定点医疗机构全年统筹基金清算应支付金额，及时完成年度清算。年度清算支付计算方法：

（1）实际发生统筹费用小于打包总额费用计算公式：

年度清算支付=实际发生统筹费用-违规扣减费用

结余支付=（打包总额费用-违规扣减费用）-年度清算支付

（2）实际发生统筹费用大于或等于打包总额费用计算公式：

年度清算支付=打包总额费用-违规扣减费用

6.大病补充保险理赔。城乡居民大病补充医疗保险按现行政策和申报程序以实际发生理赔费用申报理赔。

五、基金管理机制

（一）**建立风险调剂金管理制度。**县级风险调剂金主要用于应对全县范围内发生重大传染病疫情、群体性不明原因疾病和重大自然灾害等不可预测情况时，弥补按政策规定应由城乡居民医保基金支付的有关医疗费用缺口，当以上因素导致年度城乡居民医保基金超支时，市和县级按 3:7 的比例分担；另一方面用于新增社会办医纳入定点医疗机构总额包干费用。城乡居民医保统筹

基金结余率原则上控制在 10%以内。

（二）建立年度清算评价指标制度。为确保定点医疗机构合理检查、合理用药、合理收费、合理报销、因病施治、服务规范、服务到位等，建立年度清算评价指标制度，因年度清算评价指标未达标的，给予扣减对应成员机构年度指标，扣减的年度指标等额归入当年风险调剂金。

1.参保人员满意度调查评价：满意度调查评价总分为 100 分（四舍五入，下同），低于 80 分（不含 80 分）的，每低 1 分扣减对应成员机构年度指标的 0.5%。

2.拒诊、推诿参保患者，未即时结报参保患者医疗费用的：每发现一例扣减对应成员机构年度指标的 1%。

3.目录外自费费用占住院医疗总费用比例：一级以下（含一级）医院控制在 5%以内，二级医院控制在 8%以内（二级甲等医院在 9%以内），三级医院控制在 10%以内，每超过 1 个百分点扣减对应成员机构年度指标的 0.5%。

4.政策报销范围内应报销不报销费用达 100 元以上的，每发现 1 例，扣减对应成员机构年度指标的 0.1%。

5.将住院费用分解到门诊或院外自费购买药品及做相关检查 and 治疗的：每发现一例扣减对应成员机构年度指标的 0.1%。

（三）建立“结余留用（留转），超支自担”的激励约束机制。医共体总医院（县人民医院）在确保按政策规定和保障医疗质量与服务水平不降低，诊疗人次、住院率、转诊转院率、年度费用

增长率控制在合理范围内的前提下，医共体总医院(县人民医院)总额打包付费预算指标有结余的，由医共体总医院(县人民医院)按规定合理分配使用。主要用于扶持中医药、妇幼保健、慢性病管理、人才培养、信息化建设、医疗科研建设、医疗设备配置，支持公立医疗机构薪酬制度改革。民营定点医疗机构建立“结余按比例留转使用，超支自担”的激励约束机制，当年总额包干付费预算指标有结余的，按结余基金总额 50%比例留转下年度使用，50%划入县风险调剂金管理。若全县年度统筹基金总额打包付费预算指标超支，由定点医疗机构自行承担。

(四)建立多元化复合式医保支付机制。医保协议管理定点医疗机构执行全市统一的城乡居民医保报销政策。针对不同医疗机构服务特点，继续推行按项目、按病种等总额打包付费以外的多元化复合式医保支付方式。医共体总医院(县人民医院)内要健全医疗质量管理制度，积极推广临床路径管理应用，建立按疾病诊断相关分类(DRGs)付费的内部二次分配机制，公平公正分配使用医保资金。民营定点医疗机构要积极推行按疾病诊断相关分类(DRGs)医保支付方式和符合中医药服务特点的支付方式改革。

(五)严格执行分级诊疗制度。各级定点医疗机构要严格落实分级诊疗和双向转诊制度，实行上下联动、医疗资源共享。未规范转诊转院的，严格执行降低医保支付比例政策。强化对定点医疗机构的考核，医疗机构应合理控制医疗费用增长和住院率，

年度内县域外转诊转院率控制在 10%以内，不断提高参保人员县域内就诊率，努力实现县域内就诊率达 90%的目标。通过不断提升基层服务能力，使县域内乡村两级就诊率达到 65%左右。鼓励县级（二级）医疗机构将病情稳定期病人下转到基层医疗机构康复治疗，引导参保患者有序就医，促进医疗资源合理利用。实现群众得实惠，政府得民心，医疗机构得发展的三赢局面。

（六）建立基金运行预警机制。县医疗保障局要建立医保基金运行分析制度，及时掌握参保病人和医保资金流向。要对医保资金支付情况按月、季、半年、年度进行预警分析并通报，对当月分配额度使用超支明显的医共体及成员定点医疗机构要提前约谈，确保医保基金安全、健康、有效运行。医共体总医院（县人民医院）相应对基金运行情况进行分析，掌握病人流向、基金流向、基金运行风险、基金管理存在的问题，并针对存在问题制定严格有效的改进及解决措施，每月将基金运行分析情况上报县医疗保障局。

（七）完善监督管理机制。县医疗保障局要切实担起监管主体责任，强化日常监管，加大行政处罚力度。严格执行医疗构、医保医师和参保人员“黑名单”制度，完善打击欺诈骗保、医保基金运行预警、第三方监督、信用记录、投诉举报、群众满意度测评等长效机制，广泛动员社会各界参与监督。要充分发挥大病保险承保机构、会计师事务所等第三方监管作用，补充监管力量，有效防范风险，确保监管覆盖率达 100%。要通过关口前移、强

化措施、加大处罚，形成欺诈骗保行为不能为、不敢为、不想为的态势，有效保障参保群众的医疗保障合法权益，坚决杜绝“一包了之”现象。对发生违规行为的定点医疗机构要严格按照协议约定严肃处理，扣回的医保基金分别滚入县统筹基金专户，在所签约的定点医疗机构内调剂使用，打包付费指标不足以抵扣需扣回的医保基金时，在次年的打包付费指标中扣回。

（八）强化考核结果应用。按照“部门联动、综合考核、激励约束、风险共担”的原则，建立与改革相适应的绩效考核机制，将患者满意度、县域内就诊率、转外就医率、基层诊疗量和费用占比、机构诊疗服务范围、双向转诊比例、医疗资源流向、居民健康状况、个人负担水平、基金结（清）算等作为重点考核指标，考核结果作为当年打包资金最终结算的主要依据，并与下年度打包资金额度挂钩。具体考核指标由县医疗保障局具体制定。

（九）建立“一站式”服务机制。为确保“放管服”工作有效落实，按照“放管服”改革要求和“权、责、利”相一致的原则，通过县乡医保经办机构和医疗机构联动，将相关工作责权下放医共体和医保经办机构办理审批，真正实现医保业务“一站式”办理，群众“只跑一次腿、只进一扇门”。为参保群众提供更便捷的医疗保障服务，具体下放项目内容如下：

1.医共体总医院（县人民医院）：城乡居民基本医疗保险“零星报销”审核支付（指县内参保人员到县外住院未得到现场结报，自付全部医药费用回统筹区结算报销的合规费用，包括基本医疗

保险、大病医疗保险、医疗救助、重特大疾病医疗救助、兜底保障费用); 城乡居民和城镇职工基本医疗保险门诊特殊病、慢性病认定审批以及转诊转院审批; 本机构县内参保人员意外伤害申请纳入基本医疗保险支付范围审批; 医保权益查询、政策咨询等业务。

2.医共体成员机构: 辖区内参保人员发生的个人医疗救助、兜底保障费用受理、审核、申报工作(含零星报销); 本机构县内参保人员意外伤害申请纳入基本医疗保险支付范围审批; 医保权益查询、政策咨询等业务。

3.乡(镇)级医保经办机构: 乡(村)级定点医药机构基本医疗保险基金监督审核; 城乡居民个人参保征缴核定; 参保人员信息登记、维护、转移; 金融社保卡管理(信息采集、制卡、卡发放、卡变更、补换卡、开通无卡结算审批、异地就医审批等)。

六、基金运行保障措施

(一)加强组织领导。开展城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革是我县深化医药卫生体制改革、推进医保支付方式改革创新的重要举措。为确保工作顺利推进, 县人民政府成立镇康县城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革领导小组, 组成人员如下:

组 长: 翟国军 县委常委、县政府常务副县长

副组长: 李文娟 县政府副县长

黄 臣 县政府副县长

成 员：杨新星 县医疗保障局局长
施剑美 县卫生健康局局长
唐文仙 县财政局局长
李加琼 县人力资源社会保障局局长
汪恒东 县市场监督管理局局长
陈永琴 县审计局局长
刘云辉 县医疗保险管理局局长
张新有 县人民医院院长
周树良 县中医医院院长
朱茂先 宏达中医院院长

领导小组负责统筹协调全城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革全面工作；下设办公室在县医疗保障局，办公室主任由杨新星同志兼任，副主任由邓学能同志兼任，工作人员为李文珍、习芳、杨晓娇三位同志，负责全城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革日常事务工作。实行医共体及成员机构调配部分医保经办人员与县乡两级医保经办机构合署办公，负责支付方式改革工作的对账复核、智能审核申诉复核、基金使用预警分析、基金收支统计等相关业务工作。

（二）明确部门职责。各成员部门应高度重视医保打包付费改革工作，统一思想，紧密联动，及时出台配套措施，建立强有力组织领导机制，积极破解医共体建设、打包资金拨付、人事薪酬管理、绩效考核评估等方面出现的困难问题，强力推进打包付

费及配套措施实施，确保工作有序推进，取得实效。

县医疗保障局要做好资金测算，牵头制定打包付费改革实施配套方案及相关的协议管理措施，完善考核办法，会同卫生健康、市场监督管理、财政等部门开展考核工作，根据考核结果及时核拨结算打包资金。要加强医疗服务、药品、诊疗项目和医用耗材等价格的监督管理。

县卫生健康局要加快紧密型县域医疗卫生共同体建设，指导医共体健全内部管理、强化医疗成本核算、合理分配打包资金，提升基层服务能力，切实加强医疗服务行为监管，监督落实分级诊疗制度，督促医疗机构执行诊疗规范和开展临床路径管理。

县人力资源社会保障局要按照“两个允许”（即：允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励）的要求，研究制定具体措施，全面推进完善医疗机构薪酬制度改革。

县财政局要加强基金管理，按照社保基金财务制度等相关规定，及时办理基金的审核拨付。

县市场监督管理局要认真做好定点医疗机构的药品、医疗器械质量和价格收费监督管理工作。

县审计局要对打包付费支付方式改革组织实施过程和基金使用进行监督并适时审计。

（三）同步推进医共体建设。县卫生健康局要同步建立以县级医疗机构为龙头，包含社会办医疗机构在内的紧密型县域医疗

卫生共同体，优化资源布局，提升服务能力。医共同体内部要建立不同医疗机构间平等对话协商机制，建立目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制，使医共同体成为服务、责任、利益、管理、发展共同体。医共同体总医院（县人民医院）及各成员机构要高度重视，相应成立医保基金管理领导机构，组建管理队伍（医保办），设置方便群众办理业务的医保服务窗口；医共同体总医院（县人民医院）法人为第一责任人，制定工作方案，压实工作职责，做好成员机构医保基金运行统筹协调，加强基金管理，及时解决或上报执行中存在的困难和问题。

（四）提升基层服务能力。医共同体总医院（县人民医院）要通过绩效管理和技术指导，合理分配打包资金，提升乡镇卫生院和村卫生室服务能力，织密补牢医疗服务网底。同时，结合家庭医生签约服务和基本公共卫生服务，强化慢性病管理和健康服务工作。

（五）充分保障参保人权益。要切实保障参保人基本医疗需求，不折不扣落实各项医疗保障政策，兑现保障待遇，确保参保人待遇水平不降低。对参保人因外地工作、异地安置及转诊转院、异地突发疾病等情况在医共同体外定点医疗机构产生的医疗费用，按政策规定实行即时结算或患者垫付后手工报销，及时兑现相关待遇。

（六）强化宣传引导。各级各部门要强化政策宣传解读，做到家喻户晓，加强舆情监测分析，做好正向引导，争取广大群众

和社会各界的理解和支持，为实施城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革营造良好氛围。

本实施细则自 2020 年 1 月 1 日起执行。若国家和省、市出台新的政策，按国家和省、市的政策执行。

抄送：县委各部委，县人大办、县政协办，县监察委，县法院、检察院，
各人民团体，企、事业单位，省、市驻镇康单位，驻镇康军警部队。

镇康县人民政府办公室

2020年3月31日印发
