

巍山彝族自治州人民政府办公室文件

巍政办发〔2020〕15号

巍山彝族自治州人民政府办公室 关于印发《巍山县城城乡居民基本医疗保险基金管理办法（试行）》、《巍山县县域医疗卫生共同体城乡居民医疗保险打包付费基金管理办法（试行）》的通知

各乡、镇人民政府，县级各有关单位：

《巍山县城城乡居民基本医疗保险基金管理办法（试行）》、《巍山县县域医疗卫生共同体城乡居民医疗保险打包付费基金管理办法（试行）》已经县第十七届人民政府第58次常务会议研究同意，现印发给你们，请认真抓好贯彻落实。

2020年5月26日

巍山县城城乡居民基本医疗保险基金管理办法 (试行)

第一章 总则

第一条 为进一步推进县乡村医疗卫生服务一体化医疗共同体建设,加强城乡居民基本医疗保险基金收支预算管理,防范基金风险,提高基金使用效率。规范医疗服务行为,有效控制门诊、住院费用过快增长,促进医疗保险基金和医药卫生事业健康协调可持续发展,根据《大理州医疗保障局 大理州财政局 大理州卫生健康委员会 国家税务总局大理州税务局关于印发大理州城乡居民基本医疗保险实施办法(修订)的通知》(大医保规〔2019〕1号)文件精神,制定本办法。

第二条 参保居民在县内定点医疗机构就医发生的医疗费用,由定点医疗机构按照大理州城乡居民基本医疗保险相关政策规定给参保居民即时结算。

第三条 组建县域医疗卫生共同体(以下简称“医共体”),通过整合县、乡村医疗卫生服务资源、区域集团化经营管理、建立分工协作机制、改革医保付费模式等综合改革、加强县级医院对基层医疗机构的技术指导和人员培训,提高基层医疗机构的诊疗水平,形成资源共享、优势互补、业务联动、医疗服务连续化的整合型医疗卫生服务体系。

第四条 参保居民在医共体内定点医疗机构就医发生的医疗

费用,由医共体牵头单位根据基金预算情况,以月为单位向县医疗保障局(以下简称“县医保局”)申报,县医保局将申报资金按月打包拨付给医共体牵头单位,牵头单位将各成员单位的报销资料初审后统一报县医保局进行资金核销;参保居民在县域外定点医疗机构就医发生的医疗费用,由县医保局统一结算,结算金额含在医共体包干额度中,年终县医保局与医共体牵头单位清算;参保居民在县域内民营定点医疗机构就医发生的医疗费用,由定点医疗机构按月向县医保局申报,县医保局审核确认后,将符合医疗保险政策规定支付的费用按“总额控制结算”拨付。

第二章 基金的管理和监督

第五条 医共体实行总额预算管理后,县医保局继续加强监管,确保基金安全;继续做好经办服务工作,按季度预拨资金到医共体,考核医共体的临床路径执行率、病人实际补偿比、县外转诊率等,并与医保基金年终结算挂钩。

第六条 医共体必须依据国家、省、州有关医疗保险的法律、法规、规章及政策的规定和服务协议为参保人员提供合理、必要、有效的医疗服务,采取措施控制医疗费用的不合理增长,减轻参保人员个人负担;并配备符合基本医疗保险管理要求的软硬件设施和人员。

第七条 医共体必须建立健全医疗保险管理制度和自查制度,对医共体成员单位的医疗保险管理情况、服务协议履行情况、费

用发生情况等定期自查,确保医疗保险信息系统安全、独立运行,并即时传输参保人员就医过程中发生的医疗费用信息,保证参保人员基本信息、医疗费用信息安全。

第八条 医共体各成员单位要确保向县医保局提供的资料和传输的费用数据真实、准确、完整,承担因提供不实资料、传输虚假数据等产生的经济和法律責任;做好医疗保险政策宣传解释工作,正确引导参保人员理解医疗保险相关政策。

第九条 医共体牵头单位必须配合县医保局对医共体成员单位执行医疗保险政策情况进行监督检查和对医疗费用进行核查。

第十条 医共体应当自觉规范医疗服务行为,做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费,不得以医疗保险费用年终结算为由,强制参保人员出院;不得以医疗保险费用限额为由,限制参保人员诊疗项目,控制参保人员费用支出。

第十一条 县域内民营定点医疗机构继续按《大理州医疗保险定点医疗机构服务协议》及相关文件规定管理。

第三章 基金的预算和分配

第十二条 城乡居民基本医疗保险费用结算遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则,对医共体实行总额包干,年终清算,超支不补,结余资金严格按照医保资金专项管理办法使用。对县域内民营定点医疗机构实行总额控制结算,服务考核,年终清算,超支分担,结余奖励。

第十三条 基金的预算

基金预算总额(筹资总额)=当年筹资人数×筹资标准+利息

提取调剂金=筹资总额×15%

大病保险基金=当年筹资人数×个人当年大病医疗保险费

第十四条 基金的分配

当年筹集基金总额提取调剂金、家庭医生签约服务费和大病保险基金后的 76.5%作为医共体预算资金总额,8.5%作为因政策调整所需支出的资金及医共体预算增加资金,15%作为民营定点医疗机构分配资金。

医共体预算资金总额=(当年筹资总额-调剂金-家庭医生签约服务费-大病保险资金)×76.5%+医共体预算增加资金

医共体预算增加资金=(当年筹资总额-调剂金-家庭医生签约服务费-大病保险基金)×8.5%-当年因政策调整所需支出的资金

民营定点医疗机构分配资金=(当年筹资总额-调剂金-家庭医生签约服务费-大病保险资金)×15%

第四章 基金的调剂

第十五条 城乡居民基本医疗保险调剂金总额为当期预算收入的 15%。

第十六条 城乡居民基本医疗保险调剂金,主要用于弥补特

殊情况下出现的基金支付风险。调剂金的使用需按规定程序报批。由县医保局提出申请,经县财政局同意,复核报州医保、财政部门审核后执行。

第五章 基金的评审

第十七条 成立由财政、审计、医保、卫健、纪委监委等部门组成的医共体基金评审委员会,邀请县人大常委会、县政协相关领导参与监督,制定评审细则,并按评审细则组织对医共体内的资金分配及运行情况进行评审,对医共体医保资金使用情况进行专项核查及追踪问效,确保医保基金分配科学合理,管理运行规范、安全、有效。

第十八条 评审范围:医供体内各成员单位医保资金分配使用情况;需进行专项评审的其他项目。

第十九条 评审内容:各类预付资金分配的合理性评审;资金使用,管理、拨付的合规性、准确性评审;医保政策执行情况评审。

第二十条 评审方式及程序:一是依据医保基金管理政策对医共体资金运行情况进行定期评审;二是各成员单位对医共体资金分配存在争议时主动提出评审申请,由评审组进行专项评审形成评审意见,医供体根据评审意见进行整改。

第二十一条 医保和卫健部门要监督医共体处理决定落实情况,对执行资金评审意见不到位的,根据实际情况,县医保局暂缓

拨付当月医保资金。

第六章 绩效管理

第二十二条 医共体牵头单位对乡镇卫生院和村卫生室的帮扶任务必须取得实效,基层服务能力必须明显提升。

(一)住院实际补偿比。在确保治疗质量和规范治疗的基础上,提高患者住院实际补偿比。住院实际补偿比不得低于全州同级同类医院平均水平

(二)本县病人县外住院回流情况。与去年同期相比,医共体辖区参保病人县外住院人数总体上必须减少。

(三)乡镇外住院人次减少情况。与去年同期相比,医共体辖区的参保病人在乡镇外住院人数总体上必须减少。

第二十三条 医共体内医保资金实行总额包干,超支不补,结余基金按医保基金管理规定,经医共体理事会研究分配使用方案,由县医保局、卫健局审核并报县人民政府审批,方可使用。

第七章 附则

第二十四条 本办法根据国家医保政策,适时修改、调整、完善。

第二十五条 本办法由巍山县医疗保障局负责解释。

第二十六条 本办法自2020年6月1日起执行。

巍山县县域医疗卫生共同体城乡居民医疗保险 打包付费基金管理办法（试行）

为进一步深化医药卫生体制改革，提升县域医疗卫生服务整体效能，切实发挥巍山县县域医疗卫生共同体（以下简称医共体）职能，根据云南省医疗保障局、云南省财政厅等部门《关于印发开展县域内城乡居民医疗保障资金按人头打包付费试点工作的指导意见的通知》（云医保〔2019〕35号）、根据《大理州医疗保障局 大理州财政局 大理州卫生健康委员会 国家税务总局大理州税务局关于印发大理州城乡居民基本医疗保险实施办法（修订）的通知》（大医保规〔2019〕1号）文件精神，加快实施城乡居民医疗保险基金打包付费改革，结合我县实际，制定本办法。

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，促进县域内紧密型医共体建设，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、工作目标

建立医共体内资源共享、上下联动机制，加强基层医疗卫生机构的服务能力，推进分级诊疗，实现县域内住院就诊率达到90%以上的医改目标；建立风险共担和合理补偿机制，规范医疗诊疗行为，切实减轻参保患者医疗费用负担；建立医共体内各医疗机构自我约束、自我控费机制，有效控制医疗费用不合理增长；科学预算，严格监管，坚决杜绝套保骗保行为发生，使医共体内城乡居民基本医疗保险基金安全高效运行。实现群众得实惠，政府得民心，医疗机构得发展的三赢局面。

三、工作原则

巍山县城城乡居民基本医疗保险基金在“以收定支、收支平衡、略有结余”的前提下，实行城乡居民基本医疗保险基金总额包干打包付费支付方式改革，改革遵循以下原则：

（一）基金安全、总额包干、结余留用、超支自负的原则。

医共体必须把“维护基金安全，落实民生责任”作为医保打包付费工作的首要政治任务，在确保医疗水平不降低、服务质量有保障的前提下，强化定点医疗机构内部管控，提高控费的积极性和主动性，变被动控费为主动控费，促进定点医疗机构从规模扩张向内涵式发展的转变。医共体在确保按政策规定和医学原则提供合理医疗服务的前提下，结余资金由医共体成员单位按规定合理使用。具体使用办法由医共体制定，按管理权限报批后执行。

（二）保障基本、统筹兼顾的原则。以当年城乡居民医保基金收入预算为基础，坚持“以收定支，收支平衡，略有结余”原则，在统筹兼顾医保基金可承受的前提下，基本满足参保人员的就医需求，合理确定医保基金打包付费额度。

（三）科学化、精细化管理，确保医保待遇到位的原则。建立科学的考核方案，由县医保局牵头，会同财政、审计、卫生健康等部门联合考核，根据考核结果动态拨付医保打包资金额度。医共体要切实做好参保城乡居民的基本医疗服务，统筹使用打包资金，对所包干参保人群因病就医产生的门诊（慢性病门诊、特殊病门诊）、住院、生育分娩、县域外就诊的城乡居民当年门诊（包括特殊病、慢性病）和住院等医疗费用，根据城乡居民基本医保、大病保险等有关政策规定，按照因病施治、合理诊疗的原则审核后兑现各项保障待遇。

（四）公平、公正、公开、透明的原则。按照公平、公正、公开、透明的原则，建立风险共担的谈判机制、科学合理的分配

机制、严格公正的管理机制和公平公开透明的考核机制，实行年初分配、日常管理、年度考核、年终决算。将总额分配情况、考核情况和调整清算情况进行公示，主动接受社会监督。

（五）以人为本的原则。根据深化“放管服”改革要求，全面实行医保“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、保、患”三方矛盾纠纷，提高参保人员满意度。

（六）保障基金安全与完善管理机制的原则。医共体制定打包付费医保基金管理实施细则，压实医保基金管理责任，组建管理队伍，定期开展检查、督导，确保医疗保障政策落实到位。积极配合医保管理部门做好医疗服务行为合理性的监管，建立医共体内外部医疗机构相互监督机制。探索通过参保人员满意度调查，引入第三方评价，聘请专家、社会监督员等方式，动员社会各界参与监督，有效防控风险，确保基金安全。

四、基金管理措施

（一）基金全额打包

当年筹集基金总额提取调剂金、家庭医生签约服务费和大病保险基金后的 76.5%作为医共体预算资金总额，8.5%作为因政策调整所需支出的资金及医共体预算增加资金，15%作为民营定点医疗机构分配资金。

（二）实施基金预算

在打包付费总额和城乡居民医保政策支持支付范围内，医共体牵头单位要合理编制基金收支预算。在“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则下，根据当年筹集基金增长幅度，调整县外异地结算、门诊结算、住院结算和特殊病慢性病结算支出的预算资金。通过采取服务能力提升及转诊控制等措施确保县外资金流向预算呈逐年下降趋势，县内资金流向呈逐年上升趋势。年度拨付基层医疗卫生机构医疗保障资金总额原则上高于上年水平，2020年拨付基层医疗卫生机构的医疗保障资金应不低于医疗保障资金总额的20%，到2021年拨付基层医疗卫生机构的医疗保障资金应不低于医疗保障资金总额的25%，杜绝牵头医院虹吸基层医疗资源。打包结余资金要向基层医疗机构倾斜。

（三）基金预算执行管理

1. 基金专账管理。按相关要求，基金实行专账管理，独立核算，专款专用，任何单位不得挤占和挪用。医共体内部建立基金管理制度和基金运行风险预警机制，确保基金安全。

2. 基金结算管理。县医保局与牵头单位按年度内巍山县城城乡居民基本医疗保险医疗费用结算办法结算及年终清算。牵头单位与各成员单位实行按月预拨，年终清算。各定点医疗机构与参保患者按医保政策结算。

3. 基金拨付管理。医共体牵头单位每月5日前向医保经办机构申报上月发生的报销费用，经医保经办机构审核后，及时拨付医共体牵头单位。医共体牵头单位5个工作日内拨付成员单位，各乡镇卫生院5个工作日内拨付各村卫生室。

4. 基金超支或结余管理。医共体内打包付费基金实施超支不补，结余留用原则，形成利益共享，风险共担机制，出现超支或结余均由医共体各成员单位承担。出现基金超支时按各单位基金消耗占比进行分担。

（四）基金运行分析管理。医共体牵头单位每季度将基金运行分析情况上报县医保局，同时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，针对存在问题制定严格有效的改进及解决措施。

五、基金运行保障措施

（一）加强组织保障。医共体理事会及医共体各成员单位要高度重视，成立医保基金管理领导小组，牵头单位法人为第一责任人，制定工作方案，压实工作职责，做好各单位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。各乡镇卫生院同时成立基金管理领导小组，制定工作方案，加强对村卫生室的管理。

（二）健全管理机制。医共体牵头单位要按照县医保局的要求建立完善的基金监督管理机制，在主管部门规定的政策范围内，对医共体成员单位采取相关措施控制医疗费用的不合理增长，对医共体成员单位医保基金合理使用进行管理。

（三）体现协同推进。医共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，使医共体成为服务、责任、利益、管理、发展共同体。

（四）做实分级诊疗。加强县级医疗机构服务能力建设，提

升县级大病救治能力，减少病人外转；县级医疗机构加强病种管理，合理确定转上、转下的病种范围；通过按疾病诊断分组付费、单病种管理、临床路径的运用，引导合理分级诊疗。医共体内转诊实施县乡村逐级转诊原则。就诊患者转出县外住院的由医共体牵头单位统一审批，未经审批的，报销比例降低 10%。医共体内建立自我约束及自我控费机制。

（五）强化基层能力。医共体牵头医院要通过绩效管理和技术指导，合理统筹打包资金，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，结合家庭医生签约和基本公共卫生服务，强化慢病管理和健康服务，做实家庭医生签约工作。并以家庭医生签约服务为依托，实现参保人选择家庭医生签约服务团队、选择医疗机构、选择医共体。

（六）确保待遇落实。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体外定点医疗机构就医产生的医疗费用，按政策规定实行即时结算或事后手工报销，及时兑现相关待遇。

（七）强化宣传引导。各部门要强化正面宣传和解读，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，使医共体成为服务、责任、利益、管理、发展共同体。