

# 沧源佤族自治县人民政府办公室文件

沧政办发〔2019〕83号

## 沧源佤族自治县人民政府办公室关于印发沧源佤族自治县城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革实施方案的通知

各乡、民族乡、镇人民政府、勐省农场管委会，县直各办、局：

《沧源佤族自治县城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革实施方案》已经县人民政府同意，现印发给你们，请认真抓好贯彻落实。



# 沧源佤族自治县城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革实施方案

为贯彻落实《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）、《云南省医疗保障局 云南省财政厅 云南省卫生健康委员会 云南省人力资源和社会保障厅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）、《临沧市城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革实施方案（试行）》（临人社联发〔2018〕106号）等文件精神，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，推动医保制度健康持续发展，实行城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革。结合我县实际，制定本实施方案。

## 一、指导思想

深入贯彻落实党的十九大精神，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻落实李克强总理在2018年全国医改工作电视电话会议重要批示，坚持以人民为中心的发展思想，落实党中央、国务院关于实施健康中国战略和深化医改的决策部署，按照省、市部署安排，紧紧围绕深化医药卫生体制改革目标，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。建立以县人民医院为医疗联合体为核心的紧密型县乡村医疗卫生服务一体化管理改革(以下简称医共体)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。

## 二、基本原则

城乡居民基本医疗保险在基金“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总额控制打包付费支付方式改革，改革遵循以下原则：

**(一) 基金安全、总额打包、结余留用(留转)、超支自担的原则。**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，提高医疗费用控制的积极性和主动性，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。

**(二) 保障基本、统筹兼顾的原则。**以当年城乡居民基本医疗保险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，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）管理和激励并重的原则。**建立科学的激励和约束机制，加强日常管理，对违法违规行为依法依规进行严肃处理；根据日常管理和年度考核结果，对年度内严格执行医保政策、医疗服务质量优秀的定点医疗机构进行奖励，提高定点医疗机构服务参保患者和执行医保政策的积极性。

**（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）保障基金安全与制度创新并重的原则。**在保障医保基金安全的前提下，坚持制度创新的原则，创新实施医保基金预拨制、日间手术 24 小时内手术病人产生的医疗费用按住院待遇结算。

### 三、实施范围

**（一）**全县范围内全面实行县域医共体城乡居民基本医疗保险按人头打包付费（以下简称“县域医共体打包付费”）支付方式

改革。纳入医共体管理的定点医疗机构包括县人民医院、县中医  
低医医院、县妇幼保健计划生育服务中心、11个乡（镇）卫生  
院、93个村卫生室、一个勐省农场卫生院等108家医疗机构为  
试点单位。

（二）自然年度内新纳入的县域医共体定点医疗机构，根据  
医疗保险相关规定执行情况进行相应增减。

说明：尚未纳入医共体管理的定点医疗机构（以下简称“单  
体医疗机构”），继续实行单体打包付费方式。实行付费总额控制  
支付方式的单体医疗机构包括沧源县仁济医院、沧源县平惠医  
院、沧源县友谊医院。自然年度内新纳入的单体医疗机构，根据  
医疗保险相关规定执行情况进行相应增减。

#### 四、指标分配和使用原则

县医疗保障局依据市医疗保障局下达的分配金额进行测算，  
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，科学合理测算分配县域医  
共体和单体定点医疗机构的打包付费指标。

##### （一）单体医疗机构成员单位年度指标测算方式

单体医疗机构成员单位年度指标=A+A×B

A为上一年度（测算2020年指标为2019年度）全县城乡  
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、年度考核和年终决算后全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 为国家卫生行政部门公布的上上年度全国人均住院费用增长比例（测算 2020 年指标为《2018 年度我国卫生和计划生育事业发展统计公报》公布的全国人均住院费用增长比例）。

单体医疗机构成员单位自然年度内新建临床科室开展新技术和新业务的，当年的打包付费额度不足以使用时，可向县医疗保障局管理机构提出增加打包付费额度的书面申请。经县医疗保障局管理机构组织相关部门和县内相关科室的专家团队对该科室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指标额度。

## （二）医共体年度指标测算方式

1. 以市医保经办机构下达我县当年城乡居民基本医疗保险基金可使用指标为基础，预留 1%用于激励机制奖励指标，再扣除单体医疗机构成员单位当年的年度指标之和，作为医共体年度指标。（医共体年度指标=市级下达的年度指标-奖励指标-单体医疗机构成员单位当年的年度指标）

2. 医共体在预留前一年度全县参保人员县域外就医现场结算的医疗费用基金支出金额，前一年度县域内参保人员零星费用结算基金支出金额和前一年度家庭医生签约人数每人每年 12 元家庭医生签约服务费用的金额后，剩余部分全部下达医共体内各定点医疗机构。各定点医疗机构的年度指标由县人民医院自主管理和分配，并将分配指标报县医疗保障局备案后实行，每年 10 月份牵头医院可根据实际情况对医共体内的分配指标进行调整，并将调整结果报县医疗保障局备案。乡、村两级基金分配占比原

则上不应低于医共体年度指标的 25%，村级门诊基金分配占比原则上不应低于医共体内门诊基金分配总额的 25%，县医疗保障局对医共体的城乡居民基本医疗保险业务的日常管理和年度考核按单个医疗机构进行。

### **（三）年度指标使用原则**

1. 全县县域内参保人员参保年度内在定点医疗机构发生的医疗费用应由城乡居民基本医疗保险基金支付的部分，均由全县城乡居民基本医疗保险统筹基金承担。

2. 大病保险、医疗救助和政府兜底按相关政策和申报程序申报理赔，不计入定点医疗机构年度指标。

3. 自然年度内新纳入的医保定点医疗机构属于单体医疗机构成员单位的，当年度不下达年度指标，根据医疗保险相关规定进行审核、结算、年度考核和年终决算后，应由全县城乡居民基本医疗保险基金支付的部分，使用全县调剂指标进行支付。第二年度开始，按本办法规定下达年度指标；自然年度内新纳入的医保定点医疗机构属于医共体的，使用医共体的年度指标，不再进行调整。

4. 自然年度内终止医保服务协议定点医疗机构，根据医疗保险相关规定进行结算（决算）后，剩余的年度指标等额归入当年激励机制奖励指标。

5. 全县调剂指标的收入范围为：

（1）当年激励机制奖励指标使用后有剩余的，等额归入全县调剂指标；

(2) 单体医疗机构成员单位年度决算后，年度指标使用有结余的，按 50%比例归入全县调剂指标。

#### **(四) 单体医疗机构成员单位年度指标的支出范围**

县域内参保人员在单体医疗机构成员单位就医的医疗费用应由城乡居民基本医疗保险基金支付部分的支出。县域外参保人员在单体医疗机构成员单位就医的医疗费用应由城乡居民基本医疗保险基金支付（垫支）的部分按月申报，经县医保经办机构审核结算后，使用医共体年度指标垫支，不占用单体医疗机构成员单位的年度指标。

#### **(五) 医共体年度指标的支出范围**

1. 县域内参保人员在医共体就医的医疗费用应由城乡居民基本医疗保险基金支付部分的支出；

2. 县域内参保人员在县域外就医的医疗费用应由城乡居民基本医疗保险基金支付部分的支出；

3. 全县参保人员家庭医生签约服务费用应由城乡居民基本医疗保险基金承担部分的支出；

4. 村卫生室由乡（镇、场）卫生院管理，村卫生室发生的城乡居民医保费用按所属乡（镇、场）分村卫生室汇总后以乡（镇、场）卫生院为单位按月申报，纳入医共体年度指标；

5. 县域内参保人员在医保定点医疗机构就医时，出现医疗费用暂不能进行一站式结算的，参保人员现金结算后到县医疗保障局进行零星费用报销，零星报销费用从医共体的年度指标中扣减。

## **（六）医共体年度指标的收入范围**

1. 市内县域外参保人员在县域内定点医疗机构就医的医疗费用应由城乡居民基本医疗保险基金支付的部分；
2. 市外参保人员在县域内定点医疗机构就医的医疗费用应由城乡居民基本医疗保险基金垫付的部分。

## **（七）年度考核**

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，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% 归入当年激励机制奖励指标；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，全额归入当年激励机制奖励指标。

3. 激励机制奖励指标来源，全县当年城乡居民基本医疗保险基金可使用指标预留 1% 用于激励机制奖励指标的部分、市医疗保障局年度清算后调剂沧源自治县的基金超支按比例共担部分的指标（若有）和日常管理、年度考核、年度决算评价指标扣减的年度指标归入激励机制奖励指标的部分。

4. 年度考核为优秀的，以分数从高到低排序，第一名按年度激励指标的 35% 给予增加年度指标的奖励，第二名按年度激励指标的 30% 给予增加年度指标的奖励，第三名按年度激励指标

的 20%给予增加年度指标的奖励,第四名按年度激励指标的 15%给予增加年度指标的奖励,且奖励的年度指标不得超过当年下达该医院年度指标的 30%。奖励的年度指标由定点医疗机构自主选择在当年的年度指标基础上等额增加或在下一年的年度指标基础上等额增加。当年激励机制奖励指标使用后有剩余的归入全县调剂指标。

## **五、支付结算**

### **(一) 资金拨付**

城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付实行“年初打包、按季预拨、按月结算、半年清算、年度指标考核、年终综合决算”的办法。

1. 医共体的基金拨付实行预拨制,前三季度在每季度首月将 85%的资金额度预先拨付给医共体牵头机构,实行按月结算,第四季度按月结算,剩余资金根据年底考核情况进行决算。

2. 单体医疗机构成员单位的基金拨付实行后付制,申报的费用按规定审核、结算、决算后及时拨付。

### **(二) 按月(预)结算**

1. 以定点医疗机构年度指标平均 12 个月作为月度定额指标。

2. 县域内参保人员在定点医疗机构就医发生的医疗费用,经审核后小于或等于月度定额指标时,按实际发生的费用结算,并在实际发生的费用结算中预留 5%作为服务质量保证金,剩余部分据实拨付,小于月度定额指标部分的指标参与年度决算。

3. 县域内参保人员在定点医疗机构就医发生的医疗费用，经审核后大于月度定额指标时，按月度定额指标的 5%留作服务质量保证金，以月度定额指标的 95%进行拨付，高于月度结算指标的部分作为待决算金额参与年度决算。

### **（三）年度决算评价指标**

1. 因年度决算评价指标未达标而扣减的年度指标等额归入当年激励机制奖励指标。

2. 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，一级以下医院控制在 5%以内，二级医院控制在 8%以内（二级甲等医院控制在 9%以内），每超过 1 个百分点扣减年度指标之和的 1%。

4. 全县年度村医门诊费用占全县乡（镇）门诊费用占比，2020 年不得低于 25%，2021 年不得低于 30%，2022 年不得低于 35%，2023 年不得低于 40%，2024 年不得低于 45%，2025 年开始不得低于 50%，每低于 1 个百分点扣减医共体乡（镇）卫生院年度指标之和的 1%。

### **（四）年度决算**

1. 单体医疗机构成员单位以自然年作为决算年度，由县医疗保障局根据日常管理、年度考核、年度决算评价指标对定点医疗机构年度指标增减执行情况进行计算，计算出定点医疗机构全年统筹基金决算应支付金额，及时完成年度决算。

## 2. 医共体:

(1) 以自然年作为决算年度;

(2) 由县医疗保障局根据日常管理、年度考核、年度决算评价指标对医共体内定点医疗机构年度指标增减执行情况进行计算;

(3) 计算全县县域内参保人员在县域外定点医疗机构就医现场结算应由城乡居民基本医疗保险统筹基金支付的金额,减去县域外参保人员在县域内定点医疗机构就医现场结算应由城乡居民基本医疗保险统筹基金支付(垫付)的金额,此数字为正数时,等额扣减的医共体年度指标支付市医疗保障局用于沧源自治县异地结算费用支付;此数字为负数时,等额增加医共体年度指标,增加的指标由市医疗保障局清算后下达。

(4) 根据计算出的医共体全年年度指标,计算医共体年度统筹基金决算应支付金额,及时完成年度决算。

3. 家庭医生签约服务费用应由医保基金支付的部分,由县卫生健康局牵头考核后,实行考核结果互认方式,以年终结算的方式,由家庭医生签约项目实施单位向医共体牵头单位(县人民医院)申报医保基金支付签约服务费用。

### **(五) 年度指标使用超支和结余**

1. 县域医共体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,打包付费基金有结余的,由医共体成员机构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、医疗技术人才培养和引进、信息化建设、医疗科研建设、医疗设备设施配置及支持公立医疗机构薪酬制度改革。年度指标使用超支的，由医共体自行承担。

2. 单体医疗机构成员单位年度决算后，年度指标使用有结余的按比例留转，按 50%比例留转下一年度该定点医疗机构使用，剩余 50%部分加入全县调剂指标；年度指标使用超支的，由该定点医疗机构自行承担。

## 六、保障措施

**(一) 统一思想，明确职责，加强组织领导工作。**全县城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革由县政府负责组织实施，成立县城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革领导小组，负责组织实施工作，政府职能其他有关部门在各自的职责范围内负责有关的工作。

### 1. 领导小组成员

组 长：	周 平	县委副书记、县长
常务副组长：	李江红	副县长
副 组 长：	高兴华	县财政局局长
	杨跃文	县卫生健康局局长
	王晓燕	县人力资源社会保障局局长
	李进红	县医疗保障局副局长

成员单位：县委宣传部，县医疗保障局、县财政局、县卫生健康局、县人力资源社会保障局、县发展改革局、县审计局、县市场监督管理局、县税务局、县公安局、县民政局、县退役军人

事务局、县残联、各乡（镇）人民政府，勐省农场管委会。

领导小组下设办公室在县医疗保障局，办公室主任由县医疗保障局副局长李进红同志担任，负责日常业务。

## 2. 各成员单位职责

**县医疗保障局**负责依法依规制定全县城城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革有关配套的政策措施；会同县财政局审核全县城城乡居民基本医疗保险基金预决算，对全县城城乡居民基本医疗保险基金的收支、管理等情况进行监督管理；配合税务部门，提供相应人员信息，完成城乡居民基本医疗保险费收缴工作；负责城乡特困人员、城乡低保对象、低收入家庭 60 周岁以上的贫困老年人、边境一线以行政村为单位的农村居民和纳入农村低保范围等特殊群体、困难人员的资助参保工作，并做好医疗救助制度与城乡居民基本医疗保险制度的衔接工作。对执行全县城城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革制度及有关配套措施的执行情况进行监督检查；加强医疗服务、药品、诊疗项目和医用耗材等价格的管理和监督等工作；

**县财政局**负责完善基金财务会计制度，会同有关部门做好基金管理工作，并给予必要的经费保障。

**县卫生健康局**负责制定医疗机构管理的配套政策措施，加强医疗机构医疗服务行为和服务质量的监督管理，协助组织农村独生子女家庭、双女结扎夫妇和计划生育特殊家庭参加城乡居民基本医疗保险。

**县人力资源社会保障局**负责制定关于全县公立医疗卫生机

构人员奖励的实施办法，全面推进完善医疗机构薪酬制度改革。

**县发展改革局**负责将城乡居民基本医疗保险工作纳入国民经济和社会发展规划。

**县审计局**对全县城乡居民基本医疗保险总额控制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。

**县市场监督管理局**负责定点医疗机构的药品和医疗器械质量监督管理工作。

**县税务局**负责城乡居民基本医疗保险费的收缴工作。

**县公安局**负责提供城乡居民户籍信息。

**县民政局**负责提供城乡特困人员、城乡低保对象、边境一线以行政村为单位的农村居民和纳入农村低保范围等特殊群体、困难人员的信息及协助做好以上人群参保工作。

**县退役军人事务局**负责居住在边境一线行政村的农村重点优抚对象等特殊群体参保救助人员的信息确定和按政策全额或部分资助参保，协助做好困难人员的参保工作。

**县残联**负责提供相应人员的准确信息，并协助组织丧失劳动能力的一、二级重度残疾人参加城乡居民基本医疗保险工作。

**县委宣传部**负责城乡居民基本医疗保险制度的宣传工作。

**乡（镇）人民政府、勐省农场管委会**负责具体组织和承办本辖区内城乡居民基本医疗保险的入户调查、接受申请、资格审查、参保登记、信息变更、费用结算和汇总上报；负责组织收取每年的医疗保险费及对辖区内“两定”机构的监管工作，并配合各成员单位完成好城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式

改革工作。

**（二）坚持公平、公正原则，通过谈判协商，科学合理确定分配方案。**城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式分配额度要以县域城乡居民医保参保人数和基金收入为基础，根据市医疗保障局下达的可用指标情况，综合考虑定点医疗机构的服务能力、历年基金使用情况、医疗费用合理增长情况、履行服务协议情况和诚信服务情况等方面，通过医疗保险管理机构与定点医疗机构的协商谈判方式科学合理制定分配方案进行分配，在合理留足单体医疗机构成员单位发展空间的前提下，确保医共体按人头打包付费政策的落实。

**（三）严格规范管理，加大监管力度，落实医保基金日常监管制度。**县医疗保障局要建立严格的医保基金监督管理机制，加强对定点医疗机构医疗服务行为的日常管理和巡查，宣传和发动参保人员参与监督，规范参保患者就医和定点医疗医院诊疗行为，切实防范城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革实施过程中可能出现的推诿拒收病人、减少服务内容、降低服务标准、增加个人负担、虚报服务量等行为，保证医疗服务质量。严禁以任何理由推诿、拒收患者，严禁因控费不力将年度打包付费指标超额部分医疗费用让参保病人自费承担。凡是发现涉及医疗保险欺诈的，交由县医疗保障局基金监督股进行处理，涉嫌医疗保险欺诈犯罪的案件，由县医疗保障局移送司法机关处理。

**（四）建立健全激励约束机制，提高医疗机构控制的积极性**

**和主动性，有效控制医疗费用不合理增长。**要建立科学的激励和约束机制，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，提高医院服务参保患者、执行医保政策和控制医疗费用的积极性和主动性，变被动控费为主动控费，促进医疗机构从规模扩张向内涵式发展的转变，年度内定点医疗机构的医疗费用增长率严格控制在 10% 以内。

**（五）严格落实分级诊疗制度和家庭医生签约服务工作，促进医疗资源合理分配利用。**通过严格落实分级诊疗制度和家庭医生签约服务工作，建立健全双向转诊制度。通过家庭医生签约服务科学引导群众就近就医和规范转诊，同时鼓励县域内二级定点医疗机构将病情稳定期病人下转到基层定点医疗机构康复治疗，并指导基层定点医疗机构开展康复治疗服务，增强基层看病就医吸引力，引导参保患者有序就医，促进医疗资源合理利用。严格转诊转院手续，年度内县域外转诊转院率控制在 10% 以内，县域内住院率控制在 12% 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，努力使县域内乡村两级就诊率达到 65% 左右。建立和完善家庭医生签约服务考核机制，并通过考核结果互认方式，及时兑现家庭医生签约服务费用。

**（六）强化考核工作，狠抓质量管控，确保服务到位，保障医保支付方式改革取得成效。**建立县医疗保障局牵头，县财政局、县卫生健康局、县市场监管局等多部门联合，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，对定点医疗机构各项医保管理指标进行严格考核，考核结果与医保基金总额付费挂钩，督促定点医疗机构严格执行医疗保险政策规定，加强内部医疗质量控制，保障医疗质量和安全，推进诊疗服务标准化。通过规范医疗服务行为，促进定点医疗机构健康发展，助推医疗机构回归“救死扶伤，治病救人”的服务本质，减轻参保群众看病就医负担，有效防止“因病致贫，因病返贫”，增强广大人民群众获得感。

本实施方案自 2020 年 1 月 1 日起施行。与之前相关规定不一致的，以本实施方案为准。国家和省、市出台新的政策时，按国家和省的政策执行。

---

抄送：县委各部委，县人大办公室，县政协办公室，县纪委监委，县法院，县检察院，各人民团体、企事业单位，省、市驻沧单位，驻军警部队。

---

沧源佤族自治县人民政府办公室

2019 年 12 月 30 日印发

---