

信阳市医疗保障局 信阳市财政局 文件

信医保〔2019〕35号

信阳市医疗保障局 信阳市财政局 关于全面开展城乡居民基本医疗保险基金 总额预算管理的实施意见

各县（区）医疗保障局、财政局：

为进一步规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长，切实保障参保人员基本医疗需求和城乡居民基本医疗保险统筹基金（以下简称医保基金）安全运行，根据《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）、《河南省人民政府办公厅关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（豫政办〔2016〕173号）、《河南

省医疗保障局、河南省财政厅关于全面开展城乡居民基本医疗保险基金总额预算管理的指导意见》(豫医保〔2019〕4号)、《信阳市人民政府办公室关于全面推进紧密型县域医疗共同体建设的实施意见》(信政办〔2019〕37号)等文件精神,结合我市实际,决定全面开展城乡居民基本医疗保险基金总额预算管理(以下简称总额预算),现提出以下意见。

一、目标任务

2020年1月1日起,各县(区)要全面开展总额预算工作。在强化医保基金收支预算的基础上,合理确定总额预算指标,并根据医疗服务体系功能划分及分级诊疗要求,细化分解总额预算指标。逐步建立以保证质量、控制成本规范诊疗为核心的医疗服务评价与监管体系,引导定点医疗机构(含紧密型医共体,下同)由被动控费向主动控费转变,确保医保基金平稳运行,提升基本医疗保险保障绩效,更好地保障人民群众基本医疗权益。

二、基本原则

(一)保障基本。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”,严格规范基本医疗保险责任边界,着力保障参保人员基本医疗需求,促进医疗卫生资源合理利用,控制医疗费用不合理增长。

(二)建立机制。坚持平等协商,建立协商谈判机制,科学确定总额预算指标,坚持权责对等,建立“结余留用、超支不补”的激励约束机制,提高定点医疗机构自我管理、控制成本、提升医疗服务质量的积极性和主动性。

（三）依法依规。严格遵守国家法律法规，执行卫生健康、医保、医药等相关政策规定，对各定点医疗机构强化协议管理。逐步建立起第三方评价机制，对定点医疗机构运行绩效情况进行评价，切实保障参保人员的合法权益，增强医保基金的使用效益。

（四）统筹推进。注重总额预算的系统性、整体性，科学性，实行总额预算下的按病种、按人头、按床日、按疾病诊断相关分组（以下简称 DRGs）、点数法等相结合的多元复合式医保支付方式，提升医保支付方式改革的综合效益。

三、主要内容

（一）合理确定总额预算指标。各县（区）总额预算指标以统筹区域内定点医疗机构近三年医疗费用数据和当年医保基金预算为基础，综合考虑医疗成本和医疗服务变化等因素，兼顾参保人员需求和医保基金承受能力，将年度医保基金收入总额扣除大病保险金额、风险调剂金、异地就医预付金、非医共体就医补偿金、质量保证金、门诊统筹（含高血压、糖尿病门诊统筹）等费用后，确定医保基金向统筹区域内定点医疗机构支付的年度总额预算指标形成年度可分配额度。

质量保证金为年度医保基金预算总额的 5%，作为年终对定点医疗机构考核基金。这部分资金纳入协议管理参与对定点医疗机构的季度评估、年终清算。

（二）细化分解总额预算指标。各县（区）医疗保障部门以近一至三年各定点医疗机构占统筹区域内所有定点医疗机构医保基金合理支付额的比例为系数，参考出院结算人次、人次

人头比、次均住院天数、次均住院费用、床日费用等指标，确定各定点医疗机构年预分额度。总额预算指标应向基层医疗卫生机构适当倾斜，支持建立分级诊疗模式和基层医疗卫生机构健康发展。

定点医疗机构在年度内发生下列情形时，可根据实际情况，经医保部门和定点医疗机构协商研究后对定点医疗机构的预分额度进行调整：定点医疗机构扩大规模的；定点医疗机构发生重组、兼并、破产、歇业的定点医疗机构被暂停服务协议的；定点医疗机构被取消定点资格终止服务协议的；出现其他需要调整预分额度的事项发生政策调整及不可抗力因素导致的定点医疗机构医疗费用超出预分额度的，医疗保险经办机构根据基金收支情况给予合理补偿。

（三）完善费用结算。实行年初预算、按月预付、季度评估、年终清算。各定点医疗机构月预分额度为该定点医疗机构上年度各月统筹费用发生数占全年发生数的比例乘以该定点医疗机构年预分额度。定点医疗机构申报费用在月预分额度以内的，医保经办机构在扣除不合理费用后足额拨付；超出月预分额度的，超出部分暂缓拨付，到年终经审核确认后按规定进行清算。

（四）优化决算管理。根据规定年终对医保基金年度清算，医保基金决算时出现结余或超支的，根据孙春兰副总理 2019 年 8 月 22 日在医改推进现场会上的讲话（大力推广三明医改经验、持续推动医改向纵深发展）精神，医保基金由医疗机构“结余

留用、超支自负”。

（五）探索开展按疾病诊断相关分组（DRGs）付费为重点的复合付费方式改革。在总额控制的基础上，选择多种付费方式，对住院医疗服务，主要实行按病种付费，逐步过渡到按 DRGs 点数法付费；对精神病、医疗康复等需要长期住院治疗的疾病实行按床日付费；对日间手术实行按病种付费。

（六）健全考核评价体系。市医疗保障部门制定考核办法，纳入协议管理，建立完善考核评价制度，将定点医疗机构次均住院费用及增长率、人次人头比、个人负担比、参保人员满意度和投诉举报情况，基层定点医疗机构承担的城乡居民参保率等纳入考核指标体系。各县（区）医疗保障部门每季度对本地医保基金运行情况进行评估，每年第一季度对定点医疗机构上年度总额预算执行情况进行考核，考核评估结果与预分额度确定、质量保证金返还等挂钩，确保定点医疗机构服务水平和质量不降低。

市医疗保障部门每年第一季度组织对各县（区）上年度总额预算管理情况进行考核和综合分析，对医保基金运行情况、医疗费用、医疗服务数量和质量等进行综合评估，并形成年度评估报告。

（七）强化医疗服务监管。各级医疗保障部门将总额预算内容纳入定点服务协议，加强协议管理。重点防范实行总额预算后定点医疗机构推诿拒收病人、减少服务内容、降低服务标准等行为，畅通举报投诉渠道，全面接受群众和社会监督，对

于推诿拒收病人、医疗服务数量或质量不符合要求的定点医疗机构，按照协议约定，视情节轻重予以扣减质量保证金、暂停服务协议等处理。建立完善医保智能监控系统，明确监测指标，对定点医疗机构实时监管；借助第三方机构力量，提升监管效能；强化基金风险管理，严厉打击欺诈骗保行为。

四、保障措施

（一）加强组织领导。总额预算是深化医保支付方式改革的重要内容，是控制医疗费用不合理增长，保障医保基金平稳运行的有效举措。各地要高度重视，加强组织领导，将此项工作作为深化医保支付方式改革的一项重点工作抓紧抓实、抓好。

（二）明确部门责任。各级医疗保障、财政等部门根据各自职能，协同推进总额预算工作。医疗保障部门要充分发挥牵头部门的职能和作用，加强组织协调，深入调查研究细化协议内容，不断完善相关政策；财政部门要协同支持医疗保障部门全面实行医保基金预算管理有关工作，强化对医保基金的监管。各经办机构应认真落实预算管理政策，科学确定总额预算指标，加强协议管理，强化日常监管，确保基金安全。定点医疗机构要积极配合医疗保障部门开展总额预算工作，规范医疗服务，提高服务质量，合理使用医保基金。

（三）严格监督指导。市医疗保障部门通过专项调研、定期评估等方式，指导各县（区）有序推进总额预算工作，对发现的问题，要列出清单、明确责任、限时整改；对工作推进不力的单位和责任人，要进行通报批评或约谈，造成重大工作损失

的，要依法依规追究责任。

（四）强化宣传引导。坚持正确的舆论导向，充分调动各方参与总额预算的积极性、主动性和创造性。定期公布工作进展及成效，及时总结推经验。切实做好政策宣传和解读，使广大医务人员和参保人员了解总额预算的重要意义，理解配合支持改革，共同营造良好的社会氛围。



