

重庆市人力资源和社会保障局重庆市财政局重 庆市卫生和计划生育委员会 关于完善医疗保险付费总额控制的实施意见

渝人社发〔2014〕93号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局、财政局、卫生局（卫生计生委），北部新区社会保障局、财政局、社会发展局，万盛经开区人力资源和社会保障局、财政局、卫生局：

为进一步深化医疗保险付费方式改革，加强和规范医疗保险付费总额控制工作，根据人力资源和社会保障部、卫生部、财政部《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）等有关文件，结合我市实际，现就进一步完善我市医疗保险付费总额控制提出如下实施意见。

一、基本原则

- （一）以收定支、略有结余；
- （二）科学测算、合理确定；
- （三）公开透明、多方参与；
- （四）激励约束、风险共担；
- （五）加强监控、保障质量。

二、范围对象

(一) 总额控制基金支付范围

1. 城镇职工医疗保险的普通住院和特殊疾病门诊统筹基金支出（不包括一般诊疗费、门诊药事服务费、单病种或精神病单病种、其他定额支付方式费用等，下同）、大额互助医疗费用支出；

2. 城乡居民合作医疗保险的普通住院和特殊疾病中的重大疾病门诊（以下简称特病门诊）统筹基金支出。

(二) 纳入总额控制的定点医疗机构

1. 城镇职工医疗保险上年统筹基金支出或大额互助医疗费用支出在 15 万元以上的医疗保险定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”）。

2. 城乡居民合作医疗保险上年统筹基金支出在 10 万元以上的定点医疗机构。

3. 市人力社保局、市财政局根据实际对纳入总额控制的定点医疗机构年基金支出额标准适时调整。

三、主要内容

(一) 细化分解基金预算

根据当年基金收入确定基金支出，经市人大批准后，按照分级管理和医疗服务体系功能划分，对医疗保险基金支出预算进行分解。市级将医疗保险基金按医疗机构支出预算分解到定点医疗

机构协议管理的区县（自治县）、市社会保险局及成都铁路重庆社保部；各区县按照市级分解的支出预算进行医疗保险基金支出项目分解。

1. 市级将基金支出预算分解到各区县。

市人力社保部门形成支出预算方案，征求市财政、市卫生计生部门意见后，将医疗保险基金支出预算分解到各区县。支出预算分解时考虑以下因素：

- (1) 当地医疗卫生资源发展状况及当地参保人员数量；
- (2) 同期、同级同类医疗机构的基金支出水平；
- (3) 各等级定点医疗机构服务提供情况和实际医疗费用发生情况；
- (4) 医疗保险政策调整及对就医流动的影响；
- (5) 公立医疗机构改革药品零差率影响；
- (6) 近三年支出预算执行及相关考核情况。

2. 区县将基金支出预算进行项目分配。

各区县人力社保部门以市级下达的年度基金支出预算为基础，征求同级财政、卫生计生部门意见，将基金支出预算进行项目分配。其中，城镇职工医疗保险（不含个人账户基金）支出项目包括总额控制支出、项目实付支出、一般诊疗费支出、单病种支出、风险调节金、其他支出；城乡居民合作医疗保险支出项目包括总额控制支出、项目实付支出、一般诊疗费支出、单病种支

出、门诊个人定额包干报销支出、风险调节金、其他支出。

各区县人力社保部门在确定支出项目额度时，主要考虑各定点医疗机构结算方式变化情况、相应支出项目参保人就医情况、政策因及物价因素对相应费用支出项目的影晌。

(二) 细化总额控制指标

通过“二上二下”编制程序和协商谈判机制，确定各定点医疗机构总额控制预算和指标。

1. 确定各定点医疗机构总额控制预算。

各区县医疗保险经办机构以近三年各定点医疗机构服务提供情况和实际医疗费用发生情况为基础，分特病门诊、住院等费用测算，将总额控制支出目标分解到各定点医疗机构，注重向基层倾斜，形成各总额控制定点医疗机构支出预算额。

根据上年度定点医疗机构指标考核情况，对规范执行医疗保险政策和医疗保险服务协议、上年预算支出产生结余的定点医疗机构，确定支出预算额时可适当上浮1~5个百分点；对违反医疗保险政策或医疗保险服务协议、上年预算支出出现赤字且无合理理由的定点医疗机构，在确定支出预算时可适当下浮1~5个百分点。

除发生重大政策调整、影响范围较大的突发事件、市场价格大幅变动、定点医疗机构因内部大修关闭部分医疗服务、定点医疗机构年度过程中发生拆并、定点医疗机构被暂停或终止服务协

议等原因外，总额控制支出预算原则上不作年中调整。

2. 总额控制指标编制应主要考虑的因素。

- (1) 定点医疗机构级别、类别；
- (2) 门诊、住院医疗有效服务量，以及服务范围和服务特色；
- (3) 同期、同级同类医疗机构的平均水平；
- (4) 公立医疗机构改革药品零差率影响；
- (5) 相关考核、结算指标的执行情况；

(6) 医疗机构违规情况和违反医疗保险服务协议（违规情况考虑上年因违规扣款数与拨付数占比、违规次数与就诊人次占比情况）。

- (7) 政策和物价等因素影响。

3. 总额控制指标。

将医疗保险住院报销率、就诊人次、住院人次人数比、次均费用、大病率、住院率、床位使用率、药事服务费相关考核指标、参保人员医疗服务满意度调查和对定点医疗机构的投诉情况、医保目录外药品使用率、药占比、平均住院床日、复诊率、转诊转院率、手术和择期手术率、重复住院率、重症病人比例、全年大型仪器检查费用占医疗总费用比例、抗生素合理使用情况、使用基本药物情况等指标项目逐步纳入定点服务协议总额控制指标体系。为保障参保人员基本权益，将定点医疗机构对参保人住院报销率作为重点考核指标。

(三) 协商谈判

1. 制定方案。各区县人力社保部门会同同级财政、卫生计生等部门，遵循公开透明的原则，制定本区域总额控制实施方案，并征求定点医疗机构代表、参保人员代表、人大代表、政协委员等意见。

2. 总额谈判。由各区县经办机构组织，与定点医疗机构代表和参保人代表组成总额控制指标集体协商机构，按照“公开、公平、公正”原则，对总额控制指标进行集体协商，坚决杜绝暗箱操作。有条件的区县，可按一、二、三级或者综合、专科、中医等类别将定点医疗机构分为若干组，通过定点医疗机构推举代表进行组间和组内讨论，提出各定点医疗机构总额控制指标的分配原则，各区县经办机构可细化探索集体协商机制。

3. 总额确定。通过谈判后，形成总额控制谈判结果，报同级人力社保部门确定。

(四) 责任分担

通过总额控制指标年终考核清算，建立“激励约束、风险共担”机制。

1. 激励约束。总额控制支出预算结余定点医疗机构，对完成考核指标的，其预算结余实行结余指标分段留用。其中，预算结余指标为预算额 10%（含）以内部分，定点医疗机构留用 50%；预算结余指标为预算额 10%~30%（含）部分，定点医疗机构留

用 20%，预算结余指标超过预算额 30% 部分，全部并入统筹基金；对未完成考核指标的，结余预算额不留用，并对次均住院医疗费等考核指标超出约定范围一定标准的，其应支额做相应扣减。

2. 风险共担。总额控制支出预算超支定点医疗机构，经考核相关指标，根据医保基金结余和超支医疗机构正常业务增长量，由医疗保险基金和定点医疗机构按医疗保险服务协议约定的办法分担。

3. 关于药事服务费。按《重庆市财政局重庆人力资源和社会保障局重庆市卫生局重庆市物价局关于做好区县级公立医院药品零差率改革补偿工作的通知》（渝财社〔2013〕121号）规定纳入总额控制，同时，对开展区县公立医院综合改革实行药品零差率的定点医疗机构，其门诊药事服务费和未实行总额控制定点医疗机构的住院药事服务费，按照不超过其当年医保患者用药费用总额的 15% 实行单独控制，超过的费用不予补偿。

总额控制指标年终考核清算按医疗保险服务协议约定执行。

（五）协议管理

根据本实施意见，市社会保险局将总额控制管理内容纳入定点医疗机构服务协议，并根据总额控制管理要求调整完善协议内容。制定具体考核结算指标项目、经办程序、指标使用方法。

（六）费用结算

医疗保险费用结算按照市人力社保局、市财政局《关于印发

重庆市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店医疗费用结算办法（试行）的通知》（渝人社发〔2011〕259号）和《关于印发重庆市城乡居民合作医疗保险基金结算暂行办法的通知》（渝人社发〔2012〕153号）规定执行。

四、强化监督、落实职责

市人力社保部门（包括市级医疗保险经办机构）为医疗保险付费总额控制牵头责任部门，不断总结付费方式改革经验，负责付费方式改革方案的起草论证和组织实施；制定医疗保险付费总额控制经办规程；做好医疗保险信息系统的建设和维护；牵头负责各区县按定点医疗机构基金支出预算分配；加强定点医疗机构实行总额控制后可能出现的推诿拒收病人、降低服务标准、虚报服务量等行为监管；拟订完善定点医疗机构监督管理办法及医疗保险服务协议，加强对定点医疗机构执行医疗保险服务协议管理和监督检查；牵头负责对各区县人力社保部门实施定点医疗机构支出预算和总额控制管理考核。

区县人力社保部门（包括区县医疗保险经办机构）按规定负责协议管理定点医疗机构支付方式的确立，做好与定点医疗机构医疗保险及相关费用结算支付工作；按程序做好定点医疗机构相关总额指标编制，并加强与定点医疗机构沟通协商；加强定点医疗机构医疗保险费用发生情况审核和监管；对定点医疗机构总额控制运行阶段相关数据进行分析并编制运行分析报告；具体实施

对定点医疗机构医疗保险服务协议管理和监督检查；做好与总额控制定点医疗机构年终清算工作。

财政部门负责对医疗保险基金管理使用情况进行监督；建立完善医疗保险基金预算管理制度；配合人社保部门完善总额控制制度；审核医疗保险经办机构编制的基金收支预算及支出总额控制方案。

卫生计生部门负责对定点医疗机构和医务人员医疗行为的监管，保障医疗质量和安全；合理控制医疗费用增长；提供各定点医疗机构门诊、住院就诊人次及医疗费用统计情况；建立完善定点医疗机构首诊和双向转诊制；组织引导定点医疗机构制定并落实临床路径；为人社保部门审批定点医疗机构提供其医疗服务范围；市卫生计生委负责对各区县卫生计生部门贯彻落实定点医疗机构医疗保险总额控制工作情况实施监督管理。

定点医疗机构要加强医疗服务的精细化管理，推进医院全成本核算和规范化诊疗工作；要采取多种措施控制医疗成本，引导医务人员增强成本控制意识；规范诊疗服务行为，严格执行医疗保险政策和医疗保险服务规范；主动加强医疗保险报销合理费用支出管理；研究制订适合本院实际的临床路径，提高医疗技术和服务水平，确保医疗服务质量，做好付费方式改革各项工作。

五、工作要求

(一) 加强组织协调。总额控制是深化医疗保险制度改革

一项重要任务，同时对深入推进公立医院改革有重要促进作用，各区县要高度重视，加强组织领导，将此项工作作为医疗保险的一项重点工作抓紧、抓实、抓好。市级医疗保险经办机构要加强调研和指导，进行总体部署；各区县医疗保险经办机构要研究制定具体工作方案，加强部门联动和协调，形成工作合力，认真做好组织实施。市人力社保、财政、卫生计生部门要加强配合协调，共同做好医疗保险付费总额控制管理。加强总额控制指标分配的沟通，切实履行好各自的职能职责。各区县要建立由人力社保、财政和卫生计生等部门共同参与的协调工作机制，及时研究解决总额控制工作中的有关重大问题。

（二）注重自我管控。定点医疗机构要切实做好总额控制实施工作，加强合理诊疗、合理用药自我约束和自我管控，增强医疗成本控制意识，强化医疗保险服务职能职责，切实为医疗保险参保人员服好务。

（三）强化廉政意识。医疗保险经办机构在总额控制管理过程中，要坚持“公开、公平、公正”的原则，加强与定点医疗机构的协商，实现程序的公开透明，协商确定的总额控制方案要及时按信息公开原则向社会公开。总额控制管理全程接受纪检监察等部门以及社会各方的监督。医疗保险经办机构与定点医疗机构在总额控制管理过程中出现的纠纷，按服务协议及相关法律法规处理。

(四) 做好政策宣传。各区县要高度重视舆论宣传，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控制的重要意义，理解配合支持改革。总额控制工作中遇有重大事项或问题，要及时报告，妥善处理。

本实施意见适用于重庆市城镇职工医疗保险和城乡居民合作医疗保险，过去与本实施意见不一致的，按本意见执行。

本实施意见从2014年1月1日开始施行。

重庆市人力资源和社会保障局

重 庆 市 财 政 局

重庆市卫生和计划生育委员会

2014年5月7日