



临沧市人民政府办公室关于印发临沧市基本医疗保险支付制度改革实施意见的通知

临政办发〔2014〕101号

各县、自治县、区人民政府，市直各委、办、局：

《临沧市基本医疗保险支付制度改革实施意见》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

临沧市人民政府办公室

2014年8月14日

（此件公开发布）



临沧市基本医疗保险支付制度改革实施意见

为贯彻落实党的十八届三中全会关于深化医药卫生体制改革的有关精神，改革医保支付方式，健全全民医保体系，让人民群众切实享受改革成果。根据《云南省人民政府办公厅关于积极推进基本医疗保险支付制度改革的通知》（云政办函〔2014〕25号）精神，结合实际，制定本实施意见。

一、总体目标和任务

建立以基金收支预算管理为基础，以总额控制为核心，实行总额预付、病种付费、疾病诊断分组付费、服务单元付费、人头付费等多种支付方式有机结合的支付制度；完善医疗服务评价和监管体系，控制医疗费用不合理增长，提升基本医疗保险的保障绩效，充分发挥基本医疗保险对公立医院改革等工作的支持和促进作用。

2015年，城镇基本医疗保险全面实现付费总额控制，建立年初预算、按月预付、过程监控、动态调整、年末清算的支付管理制度，推行住院总额预付、单病种付费、按服务单元付费，门诊统筹探索按人头付费为主的复合支付方式；新型农村合作医疗保险（以下简称新农合）支付方式改革覆盖所有统筹地区，推行以门诊总额预付和住院床日付费为主，单病种定额付费、按疾病

诊断分组付费和住院次均费用定额付费相结合的复合支付方式。

二、基本原则

（一）保障基本，兼顾多方。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，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，确保基金平稳运行。根据基金承受能力科学确定基金支付方式和标准，保证医疗机构获得合理补偿，促其正常运转和持续发展。

（二）区域覆盖，稳步推进。统筹区内的定点医疗机构同步实行支付方式制度改革，有效发挥支付方式改革的综合作用，防范医疗机构规避新的支付方式的行为。与基本药物制度、基层医疗卫生机构和公立医院改革等各项工作紧密衔接，同步推进；结合不同医疗保险制度模式、不同统筹区的基金结余情况和医疗技术发展水平，加强指导，稳步推进。

（三）激励约束，动态调整。建立合理、适度的“超支共担、结余奖励”的激励约束机制，促进定点医疗机构自我约束、控制成本和提高服务质量。根据经济社会发展、医疗服务成本和就医人数、医疗服务需求等因素的变化，对支付标准进行动态调整。

（四）强化监管，保证质量。加强部门配合，运用综合手段，发挥多部门对医疗服务的协同监管和大病保险的监控作用，确保实施支付方式改革后医疗机构服务内容不减少、服务水平不降低，实现保证服务质量和控制费用不合理上涨的双重目标，切实

维护参保（合）人员利益。

三、改革措施

（一）完善基金预算管理

按照社会保险基金预算管理要求，健全“年初预算、年中执行、年终结算”的基金预算管理制度，研究制定城镇基本医疗保险总额控制办法和新农合年度实施方案调整指导意见。要将基金预算管理和费用支付管理相结合，根据医疗保险基金实际支付情况，结合参保人数、年龄结构、政策调整和待遇水平变动等因素，科学编制年度基金支出预算，扣除一次性预缴和必要的风险调剂金后，合理确定医疗保险基金年度总额控制目标。

要对基金预算进行细化和分解，建立到定点医疗机构的二级预算，结合定点医疗机构级别、类别及承担服务量等因素，以历史年度定点医疗机构有效服务产生的医疗费为基础确定本年医疗费预算基数，将总额控制预算费用进一步细化落实到定点医疗机构。

年度预算报同级政府审批后要严格执行，执行中可根据新政策和特殊因素对年初预算进行合理调整。年终，根据各医疗机构年初预算额、实际发生医疗费、日常管理服务情况以及绩效考核（年检）情况等确定决算指标，进行决算和清算。

（二）提高费用拨付效率

各级医疗保险经办机构要进一步提高管理服务能力，依托信



息化手段提高工作效率，缩短经办机构结算拨款周期，各类付费方式原则上实行按月结算，符合医疗保险政策规定的医疗费用，要严格按照规定时间及时拨付。结合总额控制、分级管理，可对定点医疗机构按照历史年度月平均费用的不同比例预付费用，年终结算。

（三）建立谈判协商机制

各级医疗保险经办机构在确定年度基金预算分配、支付标准、支付方式和考核办法时，要与定点医疗机构平等谈判协商。基金年度预算分配谈判的重点放在预算总量的分配方式和比例上。在谈判协商时，要根据不同医疗机构级别、规模和历年就诊（就医）人次、费用水平等，进行分类、分组协商，医疗机构全部或推荐部分代表协商。

（四）健全激励约束机制

坚持“超支共担、结余奖励”的原则。要合理确定基本医疗保险基金和定点医疗机构对结余指标留用和超支费用分担办法，充分调动定点医疗机构主动控制医疗费用的积极性。在保证医疗数量、质量、安全和加强考核的基础上，逐步形成费用超支由定点医疗机构合理分担，结余指标由定点医疗机构合理留用的机制。要逐步将次均费用、复诊率、住院率、人头人次比、个人负担水平、转诊转院率、重症病人比例等纳入定点服务协议考核指标。

（五）强化医疗行为监管

要督促引导定点医疗机构结合本院实际开展临床路径工作，规范诊疗行为，控制医疗成本，提高医疗技术和服务水平，确保医疗服务质量，配合做好支付制度改革各项工作。在诊疗过程中应坚持“以病人为中心、以质量为核心”的服务准则，遵循因病施治、合理检查、合理治疗的基本医疗服务原则，不得分解住院，不得拒收、推诿病人，不得降低服务标准。

人力资源社会保障和卫生部门要加强对定点医疗机构医疗行为的监管，依法依规加强对违约、违规医疗行为的查处力度。完善医疗保险（新农合）反欺诈办法，继续实行举报奖励制度，对有效举报给予奖励，充分发挥社会监督作用。完善医疗保险信息管理系统，开发系统监控功能，实现实时监管。

条件具备后，可采取政府购买服务的方式，聘请具有相关资质的会计师事务所、医学社团等社团组织，利用专业人员对医疗服务行为、参保（合）人员就医行为等进行独立评估，提供依据对违规定点医疗机构实施处理。

四、工作要求

（一）加强组织领导

基本医疗保险支付制度改革是深化医药卫生体制改革的一项重要内容，各级、各部门要高度重视，精心组织，周密部署，做到领导到位，组织到位，工作到位。单位主要负责人要亲自抓，积极协调各方面的关系，齐心协力，抓好落实，做好政策宣传和

业务培训工作，确保支付制度改革收到实效。

建立临沧市医疗保险支付制度改革工作部门联席会议制度，由市人力资源社会保障局和市卫生局分别牵头，市发改委、监察局、财政局、审计局等部门领导为成员，研究协调医疗保险付费方式改革过程中的重大事项，审议医疗保险基金预算、预算分配方案、考核指标、决算指标等事项。

（二）明确部门职责

建立多部门共同参与基本医疗保险支付制度改革的协调工作机制，明确部门职责，形成工作合力。

人力资源社会保障部门具体实施城镇基本医疗保险支付管理工作，做好医疗保险信息管理系统建设和维护，修订完善定点医疗机构监督管理办法及医保服务协议，加强对定点医疗机构的协议管理和监督检查。

卫生部门具体实施新农合支付管理工作，加强对医疗机构和医务人员行为的监管，以医疗保险支付制度改革为契机，探索公立医院改革的有效途径。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。建立健全基层医疗机构与医院双向转诊制，组织开展定点医疗机构临床路径管理工作。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。

财政部门负责对医疗保险基金管理使用情况进行监督，会同



人力资源社会保障、卫生部门建立完善医保基金预算管理及总额控制制度，审核经办机构编制的基金收支预算及支出总额控制方案，对支付制度改革相关工作提供经费保障。

发改部门负责医疗机构执行医疗服务价格的监督检查，并以医保支付制度改革为契机协调推进全市医药卫生体制改革。

审计部门负责监督经办机构和定点医疗机构医保基金拨付、使用情况。

（三）注重风险防控

市、县（区）在推行基本医疗保险支付制度改革过程中，要坚持“公开、公平、公正”的原则，加强部门间、经办机构和定点医疗机构的协商，实现程序的公开透明。总额控制管理全程要主动接受纪检监察机关、审计等部门以及社会各方的监督。

（四）加强政策宣传

各县（区）要高度重视宣传工作，切实做好政策宣传和解读工作，使广大医务人员和参保（合）人员了解基本医疗保险支付制度改革的重要意义，理解配合支持改革。