



云县人民政府  
关于印发云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办法的通知

云县政府发〔2020〕11号

各乡、民族乡、镇人民政府，县直各委、办、局：

《云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办法》已经县人民政府研究同意，现印发给你们，请认真抓好贯彻落实。

云县人民政府办公室

2020年4月30日

（此件公开发布）



# 云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办法

政为贯彻落实《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发〔2016〕78号）、《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）、《云南省人民政府办公厅关于推进基本医疗保险支付方式改革的实施意见》（云政办发〔2017〕98号）、《临沧市开展县域城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革实施方案（试行）》（临医保联发〔2020〕6号）等文件精神，进一步深化医药卫生体制改革，健全医保支付机制和利益调控机制，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，切实保障参保人员基本医疗权益和医保制度长期可持续发展，全面推动医疗、医保、医药“三医联动”改革，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，制定本实施办法。

## 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。以紧密型县域医疗卫生共同体(以下简称紧密型医共体)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和非紧密型医共体成员单位建设，切实保障广大参保群众基本医疗权益，推动医保制度可持续发展。

### 二、基本原则

云县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，强化紧密型医共体（包括云县人民医院、云县中医医院、云县妇幼保健计划生育服务中心、12乡（镇）卫生院、村卫生室、茶房中心卫生院桥街分院和自然年度内新纳入医保定点医疗机构的紧密型医共体医疗机构）和非紧密型医共体成员单位（包括云县凯达医院、云县敬康医院、云县爱康医院、云县仁爱医院、云县康兴医院和自然年度内新纳入医保定点医疗机构的非紧密型医共体医疗机构）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，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，创新实施激励约束机制、医保基金预拨制、24小时手术病人按住院结算（日间手术）等。

### 三、主要内容

**（一）基金使用原则。**云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，均由云县城乡居民基本医疗保险统筹基金承担。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。

**（二）基金分配原则。**县医疗保障局在综合考虑可用指标情



况、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，通过与定点医疗机构的协商谈判科学合理制定分配方案，在合理留足非紧密型医共同体成员单位发展空间的前提下，确保紧密型医共同体按人头打包付费政策的落实。

**（三）年度考核。**建立县医疗保障局牵头，相关职能部门联合参与，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，考核结果与基金拨付额度挂钩。

**（四）月结算、年度决算。**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行“按月预结、指标考核、综合决算”的结（决）算办法。

**（五）基金拨付。**城乡居民基本医疗保险总额控制打包付费支付方式改革紧密型医共同体基金拨付实行预拨制，非紧密型医共同体成员单位实行后付制。

**（六）年度指标使用超支和结余。**紧密型医共同体年度决算后，年度指标使用有结余的等额留用；年度指标使用超支的自行承担。结余资金留用部分的使用主要用于扶持中医药、妇幼保健、慢性病管理、人才培养、信息化建设、医疗科研建设、医疗设备配置，支持公立医疗机构薪酬制度改革。非紧密型医共同体成员单位年度决算后，年度指标使用有结余的按 50% 比例留转使用，年度指



标使用超支的自行承担。

**（七）非紧密型医共同体成员业务发展。**非紧密型医共同体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，可向县医疗保险管理局提出增加打包付费额度的书面申请。经县医疗保障局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。

#### 四、保障措施

**（一）统一思想，明确职责，加强组织领导工作。**云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云县人民政府负责组织实施，成立云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，县人民政府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：字清华 县委副书记、县人民政府县长

常务副组长：周先荣 县委常委、县人民政府副县长

王应森 县人民政府副县长

副 组 长：周智明 县医疗保障局局长

廖世荣 县财政局局长



龚国亮 县卫生健康局局长

成员单位：县医疗保障局、县财政局、县卫生健康局、县人力资源和社会保障局、县发展改革局、县审计局、县市场监督管理局、国家税务总局云县税务局、县公安局、县民政局、县残疾人联合会、县融媒体中心，各乡（镇）人民政府。

领导小组成员若发生变动，由对应岗位人员递补，不再另行发文。领导小组下设办公室在县医疗保障局，负责日常业务，办公室主任由县医疗保障局长担任。

### 2. 各成员单位职责

县医疗保障局负责依法依规制定云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有关配套的政策措施；负责会同财政部门审核云县城乡居民基本医疗保险基金预决算，对云县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；

负责提供相应人员参保信息，配合税务部门完成城乡居民基本医疗保险保费收缴工作；负责对执行云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制度及有关配套措施的执行情况进行监督检查等工作。

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。

县人力资源和社会保障局负责织密织牢社会保障网络，加强城乡居民基本医疗保险打包付费医疗机构工作人员依法参加社会保险等的监督管理工作。

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。

县审计局负责对云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、医用耗材和医疗器械等质量监督管理工作；负责与县医疗保障局建立沟通协商机制和药品信息共享机制，共同处理涉及药品安全方面的问题。

国家税务总局云县税务局负责城乡居民基本医疗保险的保费收缴工作。

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等特殊群体参保救助人员的确定和参保工作，按时将人员名册推送给县医疗保障局做好医疗救助工作。

县残疾人联合会负责协助组织散失劳动能力的一、二级重度



残疾人和农村三级残疾中的智力和精神残疾人参加城乡居民基本医疗保险工作，按时将人员名册推送给县医疗保障局做好医疗救助工作。

县融媒体中心负责城乡居民基本医疗保险制度的宣传工作。

各乡（镇）人民政府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、参保扩面、信息变更、费用结算和汇总上报等工作。

**（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，通过县医疗保障局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，在合理留足非紧密型医共体成员单位发展空间的前提下，确保紧密型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。**县医疗保障局切实担起监管主体责任，要负责制定具体的医保基金监管实施细则，建立严格的医保基金监督管理机制，强化日常监管，加大行政处罚力度。建立医疗机构、医保医师和



参保人员“黑名单”制度，完善打击欺诈骗保、医保基金运行预警、第三方监督、信用记录、投诉举报、群众满意度测评等长效机制，广泛动员社会各界参与监督。充分发挥大病保险承保机构、会计事务所等第三方监管作用，补充监管力量，有效防范风险，确保监管覆盖率达100%。通过关口前移、强化措施、加大处罚，形成欺诈骗保行为不能为、不敢为、不想为的态势，有效保障参保群众的医疗保障合法权益，坚决杜绝“一包了之”现象。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，交由县医疗保障局进行处理，涉嫌医疗保险欺诈犯罪的案件，由县医疗保障局依法移送司法机关处理。

**（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。**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，强化医共体和非紧密型医共体成员单位内部管控，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，全县城乡居民基本医疗保险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、三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。年度县域内参保人员住院率控制在12%以内，县域外就诊率控制在10%以内，确保90%以上参保人员在县域内就诊，基层医疗机构就诊率在65%以上。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，财政、卫健、市场监管等多部门联合，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。