**基本医疗保险付费总额控制经办规程**

第一章 总 则

　　第一条 为提升全民医保质量，加强和规范医疗保险付费总额控制的业务经办工作，体现规则公平，依据《关于迸一步推进医疗保险付费方式改革的意见》和《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》等有关文件，制定本规程。

　　第二条 基本医疗保险付费总额控制(以下简称“总额控制”)是指统筹地区根据年度医疗保险基金(以下简称“基金”)收支预算，对定点医疗机构付费实行总额控制的管理行为。

　　第三条 统筹地区医疗保险经办机构(以下简称“经办机构”)应根据保障基本、科学合理、公开透明、激励约束、强化管理的原则，按照基金麦出预算管理与费用支付相结合的方针，严格依照总额控剖的工作程序开展总额控制工作。建立与定点医疗机构的沟通协商机制和费用分担机制。

　　医疗保险信息系统应为总额控制经办提供技术支撑。

　　第四条 总额控制管理全程应主动接受纪检、监察等部门及社会的监督，相关信息向社会公开。

　　第五条 经办机构应加强对定点医疗机构的监督检查和考植，督促定点医疗机构根据总额控制管理要求，健全内部管理机制，合理控制医疗费用，提高医疗服务质量，保障参保人员权益，减轻参保人员个人负担。

第二章 总额控制工作程序

　　第六条 总额控制工作程序是指总额控制经办管理的工作流程和要求。工作程序应明确各环节的责任主体、工作内容和方式，充分体现公开、公平、公正，杜绝暗箱操作。

　　第七条 盈办机构的总额控制工作程序主要包括：

　　(一)确定年度总额控制方案，包括统筹地区年度基金支出预算总额、所有定点医疗机构的总额控制目标、各定点医疗机构总额控制指标的分配原则、超支分担与结余留用的原则等内容，与定点医疗机构沟通协商后，报同级人力资源社会保障部门领导讨论头定;

　　(二)确定各定点医疗机构总额控制指标并执行;

　　(三)根据年度中间出现的特殊情况，提出年中调整计划，经同级人力资源社会保障部门领导审定后执行;

　　(四)根据基金预算及总额控制指标执行情况，提出年终清算方案，包括超支与结余处理，经同教人力资源社会保障部门领导讨论决定后执行。

　　(见附件1)

　　第八条 总额控制工作程序应征求有关方面和参保人员代表意见，并报统筹地区人力资源社会保障部门确定，向社会公开。

　　第九条 经办机构应将总额控制目标、各定点医疗机构总额控制指标的分配原则、预算执行、费用结算和清算、定点医疗机构考核情况等内容纳入信息公开范围。有关情况告知同级医疗保险行政部门。

第三章 预算管理与总额控制目标

　　第十条 统筹地区的年度基叠支出预算是确定总额控制目标、细化分解定点医疗机构总额控制指标、年终清算厦确定定点医疗机构结余留用或超支舟担的主要依据。

　　第十一条 统筹地区应根据《国务院关于试行社会保险基金预算的意见》，按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，认真编制年度基金收支预算t并在编制基金收入预算的基础上强化支出预算。支出弧算编制应考虑下列因素：

　　(一)本年度基金的收入测算;

　　(二)上午度基金的实际支出;

　　(三)参保人群变动和待遇标准等医保政策调整;

　　(四)卫生、物价等重大政策的变动;

　　(五)符合区域卫生规划的医疗卫生资源发展情况;

　　(六)参保单位和个人一次性趸交保费的跨年度支出分配;

　　(七)应对支出风险所预留的储备;

　　(八)其他影响支出的情况。

　　第十二条 实现市级统筹的地区，应根据市级和区县级经办机构的管理权限，对基金支出预算作进一步细化和分解，编制基本医疗保险待遇支出、补助下级支出和上解上级支出等预算。

　　应统筹考虑市级、区县级的基金支出预算分配和定点医疗机构的管理范围，明确与各自管理权限相一致的总额控制经办管理职责。

　　第十三条 在支出预算的基础上，扣除定点零售药店购药、统筹区域外就医、离休人员就匡等费用，确定统筹区域内定点医疗机构基金支付的年度总额控制目标。年度总额控制目标中应包含预留的年中调整和年终清算资盒及质量保证金。

　　第十四条 总额控制目标的覆盖范围原则上应包括统筹地区所有定点医疗机构。起步时可重点控制住院费用，逐步扩大到门诊费用;重点控制由统筹基金、个人账户支付的医疗费用，逐步扩大到全部医疗费用。

第四章 总额控制指标确定和调整

　　第十五条 经办机构在确定各定点医疗机构的总额控制指标时，应根据所提供的医疗保险医疗服务的数量和质量，结合区域卫生规划设置、医药分开、分级医疗服务体系建设和病人分流等因素进行合理分配，注重向基层医疗机构倾斜。

　　第十六条 应根据年度总额控制目标和统筹区内定点医疗机构的下列情况，预留相关资金后，确定各定点医疗机构的总额控制指标：

　　(一)级别、类别;

　　(二)承担的门诊、住院医疗服务量;

　　(三)服务范围和服务特色;

　　(四)有效服务量;

　　(五)首诊、转诊情况;

　　(六)上年(或近三年)医疗费用情况和增幅;

　　(七)同期、同缎同类医疗机构的平均医疗费用水平;

　　(八)相关考棱指标的执行情况;

　　(九)其他。

　　第十七 条总额控制指标由基数和调整系数计算生成。

　　总额控制指标=A×(1+N%)

　　A为基数，N为调整系数。

　　第十八条 总额控制指标基数一般根据定点医疗机构上年度总额控制指标和实际执行情况确定。首次实行总额控制的定点医疗机构，可以该定点医疗机构近三年的医疗费用水平为基数，或参照同级同类定点医疗机构的平均医疗费用水平确定。

　　第十九条 总额控制指标调整系数反映与上年度相比指标的增减幅度。调整系数的确定，应肄旮考虑定点医疗机构的级别、类别、服务范围、服务特色、有效服务量、承担的首诊转诊任务、次均医疗费用等因素。有效服务量可通过剔除重复就诊、重复住院因素，或引入人次人头比等指标来测算。

　　第二十条 经办机构应按照以下程序确定总额控制指标：

　　(一)收集分析基础数据与信息;

　　(二)拟定各定点医疗机构总额控制指标的分配原则，与定点医疗机构进行集体沟通协商;

　　(三)报同敷人力资源社会保障部门领导讨论决定;

　　(四)根据指标分配原则，确定各定点医疗机构的总额控制指标;

　　(五)将总额控制指标及相关管理要求蚋入医疗服务协议，与定点医疗机构签订协议;

　　(六)按政务公开的有关要求将相关信息纳入公开范围。

　　(见附件2)

　　第二十一条 经办机构应加强对医疗服务、医疗费用数据和总额控制指标执行情况等信息的采集、监拉和分析。

　　第二十二条 有下列情况，可在年度中间适当调整总额控制指标，或在年终清算方案中予以考虑：

　　(一)发生重大政策调整、影响范围较大的突发事件、市场价格大幅变动等;

　　(二)定点医疗机构因内部大修关闭部分医疗服务等;

　　(三)定点医疗机构被暂停或终止服务协议;

　　(四)其他需调整总额控制指标的特殊情况。

　　第二十三条 定点医疗机构总额控制指标的调整，可在年度中期由经办机构根据所掌握的变化情况提出，或由定点医疗机构向经办机构提出书面申请。指标调整办法报同级人力资源社会保障部门领导审定。

　　第二十四条 对极少数影响总额控制指标执行的高额医疗费用病例，可由定点医疗机构向经办机构提出申请，经经办机构审核认定后予以妥善处理。

第五章 医疗服务监管和考核

　　第二十五条 经办机构在总额控制管理中，应确定定点医疗机构相关考核指标，加强医疗服务监管，防范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。

　　第二十六条 对定点医疗机构的考棱指标应包括：门急诊人次与重复就诊率、住院率与重复住院率、人次人头比、次均费用、自付率和自费率、手术率和择期手术率、高额住院费用病人比例、转诊(转院)率、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等(见附件4)。

　　第二十七条 经办机构应采用多项指标联合应用的考核方式，以全面、客观地反映定点医疗机构执行总额控制的情况，重点关注定点医疗机构在医疗服务与医疗费用方面的指标异常变化，防止各种负面效应的发生，防范运行风险。

第六章 医疗费用结算和清算

　　第二十八条 经办机构将各定点医疗机构年度控制指标，按月平均分配或参照历年月度医疗费用变动规律进行分配，合理确定月度各定点医疗机构医疗费用的结算指标。

　　第二十九条 经办机构对定点医疗机构月度申报的医疗费用，在月度结算指标之内的，扣除审核与监督检查中查实的违规费用，依据规定结算，结余部分可滚存至下月;超出月度结算指标的，超支部分可暂缓支付，到年终清算时再予审核。

　　第三十条 经办机构应定期将拒付和缓付等情况告知定点医疗机构，提醒定点医疗机构及时采取措施。

　　第三十一条 经办机构可按协议约定，预拨一定额度的资金作为定点医疗机构的周转金，一般不超过一个月的结算指标。

　　第三十二条 经办机构应根据当年基金实际收入、年初确定的总额控制指标、年中调整情况，结合定点医疗机构年度考核结果，制定清算方案，明确结杂留用或超支分担的比例、特殊情况的补偿等内客。

　　第三十三条 经办机构应按以下程序进行清算：

　　(一)对总额控制指标执行情况及相关数据进行分析;

　　(二)对定点医疗机构的协议执行情况进行考核;

　　(三)根据总额控制指标执行情况和考核结果，拟定清算方案;

　　(四)将清算方案报同绶人力奇椁社会保障部门领导讨论决定;

　　(五)将清算方案向定点医疗机构公布;

　　(六)根据清算方案进行清算;

　　(七)清算结果报同级人力资源社会保障部门领导，并报上级经办机构备案;

　　(八)按政务公开的有关要求将相关信息纳入公开范围。

　　(见附件3)

　　第三十四条 定点医疗机构年度实际发生医疗费用未超过总额控制指标，经考核合格的，结余部分按照清算方案确定的留用比例支付给定点医疗机构。

　　第三十五条 定点医疗机构年度实际发生医疗费用超出年度总额控制指标，原则上应承担主要责任，按照清算方案确定的比例分担。同时查明原因，并提出整改意见，书面报告经办机构。

第七章 与医疗机构沟通与协商

　　第三十六条 经办机构应就总额控制方案与定点医疗机构开展沟通协商。

　　第三十七条 经办机构与定点医疗机构的沟通与协商应集体进行，原则上不可“一院一谈”，以保证过程的公开透明。

　　第三十八条 经办机构在沟通与协商前，应向定点医疗机构公开年度基金收支预算和总额控制方案。

　　第三十九条 参加沟通与协商的定点医疗机构应具有代最性，能移充分反映不同级别、类型定点医疗机构的情况。

　　第四十条 有条件的统筹地区，可按级别、类型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，促进定点医疗机构之间公平竞争。

第八章 综合管理

　　第四十一条 经办机构应根据总额控制管理要求，细化和完善医疗服务协议相关内容，将总额控制指标、医疗服务监管和考核、医疗费用结算和清算等内容纳入协议。

　　第四十二条 经办机构应在实行总额控制的基础上，积极探索实施按病种付费、接人头付费、总额预付等多种方式相结合的复合型付费方式。

　　第四十三条 经办机构应将总额控制执行情况与定点医疗机构分级管理挂钩。对总额控制执行情况好的定点医疗机构，可优先定级或升级;对执行情况差的定点医疗机构，可延缓定教或降级。

　　第四十四条 经办机构应加大对各种违约、违规行为的查处力度，并通过相差行政部门对违法行为予以查处。

第九章 附则

　　第四十五条 经办机构与定点医疗机构在总额控制实施过程中出现的纠纷，按医疗服务协议及相关法律法规处理。

　　第四十六条 各省、自治区、直辖市经办机构可根据本地实际对本规程进行细化完善。

　　第四十七条 本规程由人力资源社会保障部社会保险事业管理中心负责解释。

　　第四十八条 奉规程自发布之日起施行。

　　附件：

　　1.医疗保险付费总额控制工作程序图

　　2.确定总额控制指标流程图

　　3.总额控制年终清算流程图

　　4.定点医疗机构相关考核指标解释