

龙岩市财政局 龙岩市医疗保障管理局文件

龙财社〔2017〕6号

转发财政厅等部门关于加强基本医疗保险基金 预算管理发挥医疗保险基金控费作用意见的通知

各县（市、区）财政局、卫计委、人社局；市医疗保障基金管理中心：

现将《福建省财政厅 福建省医疗保障管理委员会办公室转发财政厅等部门关于加强基本医疗保险基金预算管理发挥医疗保险基金控费作用的意见的通知》（闽财社〔2017〕1号）转发给你们，请认真贯彻执行，并将有关事宜通知如下：

一、各县（市、区）要切实加强基本医疗保险基金收支预算管理、严格预算执行、推进基本医保支付方式改革，并根据

财社〔2016〕242号文件考核指标要求，查找不足，制定整改措施。

二、各县（市、区）有关部门要建立联合工作机制，明确责任分工，加强协同配合，形成工作合力，并按照各项指标及时限要求，共同推进有关任务措施的落实，确保指标任务按时保质完成。

附件：《福建省财政厅 福建省医疗保障管理委员会办公室转发财政厅等部门关于加强基本医疗保险基金预算管理发挥医疗保险基金控费作用的意见的通知》（闽财社〔2017〕1号）



抄送：龙岩经济技术开发区财政局、社会发展局，各县（市、区）
医保中心、新农合办。

龙岩市财政局

2017年3月20日印发

2017.8
1-7 2.61

福建省财政厅 福建省医疗保障管理委员会办公室 文件

闽财社〔2017〕1号

转发财政部等部门关于加强基本医疗保险基金 预算管理发挥医疗保险基金控费作用的意见 的通知

各设区市财政局、医保局，平潭综合实验区财政金融局：

现将《财政部 人力资源社会保障部 国家卫生计生委加强基本医疗保险基金预算管理发挥医疗保险基金控费作用的意见》（财社〔2016〕242号）转发给你们，请认真贯彻执行，并将有关事宜通知如下：

一、各地要切实加强基本医疗保险基金收支预算管理、严格

预算执行、推进基本医保支付方式改革，并根据财社〔2016〕242号文件考核指标要求，查找不足，制定整改措施。

二、各级财政、医保部门要建立联合工作机制，明确责任分工，加强协同配合，形成工作合力，并按照各项指标及时限要求，共同推进有关任务措施的落实，确保指标任务按时保质完成。



信息公开类型：主动公开

福建省财政厅办公室

2017年1月20日印发

加 急

财 政 部

人力资源部 文件

国家卫生计生委

财社〔2016〕242号

财政部 人力资源部 国家卫生计生委
关于加强基本医疗保险基金预算管理
发挥医疗保险基金控费作用的意见

各省、自治区、直辖市财政厅（局）、人力资源社会保障厅（局）、卫生计生委，财政部驻各省、自治区、直辖市财政监察专员办事处：

我国基本医疗保险制度自建立以来，覆盖范围不断扩大，保障水平逐步提高，在保障参保人员基本医疗需求、提高群众健康水平等方面发挥了重要作用，但也面临医疗费用不合理增长、基

金运行压力增大等问题，存在中长期不可持续的风险。不合理增长的医疗费用部分抵消了政府投入的效果，加重了社会和个人负担。为加强基本医疗保险基金收支预算管理，控制医疗费用不合理增长，减轻个人负担，确保基本医疗保险制度和基金可持续运行，根据《预算法》、《社会保险法》和国务院有关规定，现提出如下意见。

一、加强基本医疗保险基金收支预算管理

(一) 科学编制收支预算。各统筹地区要严格按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则编制收支预算。根据缴费基数（或缴费标准）、缴费率、参保人数等因素，全面、准确、完整编制基本医疗保险基金收入预算。地方各级财政部门要按照规定足额安排行政事业单位参加基本医疗保险单位缴费支出预算；要按照不低于国家规定标准以及中央和地方分担比例，足额安排政府对城乡居民基本医疗保险参保居民的补助支出预算。综合考虑以前年度支出规模、本地医疗费用水平、医疗费用控制目标、参保人员年龄结构、享受待遇人数、待遇政策调整等因素编制年度支出预算。原则上不应编制当年赤字预算，不得编制基金历年累计结余赤字预算。除基本医疗保险待遇支出、用于大病保险支出、转移支出、上解上级支出、补助下级支出外，原则上不应编制其他支出预算。确需编制其他支出预算或编制预算时需动用历年累计结余弥补当年支出的，需符合社会保险基金财务制度有关规定，并作出详细说明，报同级人民政府审批。各地要在做好年度预算

工作基础上，根据国家关于社会保险基金预算和中期财政规划具体部署和安排，结合地方中期财政规划，做好基本医疗保险基金中期收支测算工作。

（二）依法足额征收保费。各统筹地区要进一步扩大基本医疗保险覆盖范围，确保应保尽保。要加强和规范职工基本医疗保险费征收管理，做好缴费基数核定和日常稽核等工作，确保依法按时足额征收职工基本医疗保险费。要按照不低于国家规定标准足额征收城乡居民基本医疗保险个人缴费，逐步建立个人缴费标准与城乡居民可支配收入相衔接机制，稳步提高个人缴费占总体筹资的比重。统筹地区财政部门要按规定及时将各级财政安排的城乡居民基本医疗保险补助资金拨付至社会保险基金财政专户。加大监督检查力度，进一步提高征收率，杜绝违规缓缴、减免和拖欠等行为，确保应收尽收。

（三）规范个人账户支出。加强职工基本医疗保险个人账户支出管理，个人账户原则上不得用于非医疗支出。逐步优化统账结构，提高统筹基金共济和支付能力。同步改革门诊费用支付方式，开展门诊费用统筹，逐步提高门诊大病及慢性病保障水平，确保参保人员门诊保障水平不降低。

（四）完善待遇支付政策。基本医疗保险待遇标准要与筹资水平及当地经济发展水平相适应。提高基本医疗保障水平不应超过基本医疗保险基金承受能力。在确保基金收支平衡的前提下，合理提高基本医疗保险报销封顶线，全面实施城乡居民大病保险

和重特大疾病医疗救助，切实落实各项制度保障责任，做好政策衔接，形成制度合力，稳步提高大病保障水平，缓解因病致贫、因病返贫。结合推进分级诊疗制度建设，完善参保人员在不同层级医疗机构就医的差别化支付政策，充分发挥基本医疗保险支付政策的引导约束作用，促进患者有序流动。适当提高基层医疗卫生机构政策范围内医疗费用报销比例，对符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线。合理拉开基层、县级和城市大医院间报销水平差距，引导参保患者有序就诊，减少无序就医造成的不必要支出。

（五）坚持基金精算平衡。地方各级人力资源社会保障、卫生计生、财政等部门要开展基本医疗保险基金中长期精算，并于每年6月底前完成上年度精算报告。参考精算结果，及时完善本地区基本医疗保险实施办法，确保基金精算平衡。

二、严格基本医疗保险基金预算执行

（一）严格收支预算执行。基本医疗保险基金预算应严格按照批准的预算和规定的程序执行，不得随意调整。基本医疗保险经办机构应按规定报告预算执行情况。在执行中因特殊情况需要增加支出或减少收入，应当编制基本医疗保险基金预算调整方案，按社会保险基金预算调整程序经批准后执行。

（二）实施全程实时监控。各统筹地区要按照国家统一规划和部署，完善医疗保险信息系统，对定点医疗机构医疗费用实行事前提醒、事中监控、事后审核的全程实时监控。重点对药品、

高值医用耗材使用情况及大型医用设备检查等医疗行为进行跟踪监测评估，及时发现违规行为，并依据《社会保险法》、《执业医师法》、《医疗机构管理条例》等有关法律法规和定点协议对相关医疗机构及医务人员做出相应处罚，促进诊疗行为规范，防止发生不合理医疗费用支出。

（三）做好相关信息披露。推进基本医疗保险基金预算及执行情况向社会公开。基本医疗保险经办机构要按规定公开参保人员医疗保险待遇政策及享受情况等信息，接受社会各界的监督。定点医疗机构要按规定及时公开医院收支情况、医药价格、次均门诊及住院费用、主要病种例均费用等信息，各级卫生计生、人力资源社会保障等部门要对各定点医疗机构费用指标进行排序，定期公布排序结果。

三、实施基本医疗保险支付方式改革

（一）全面改革支付方式。各统筹地区要结合本地实际，全面实施以总额预算为基础，门诊按人头付费，住院按病种、按疾病诊断相关分组（DRGs）、按床日付费等多种方式相结合，适应不同人群、不同疾病及医疗服务特点的复合支付方式，逐步减少按项目付费，将支付方式改革覆盖所有医疗机构和医疗服务。充分发挥基本医疗保险激励约束和控制医疗费用不合理增长作用，促进医疗机构和医务人员主动控制成本和费用，提高医疗资源和基金使用效率，从源头上减轻参保人员医药费用负担。各统筹地区要按照要求制定出台全面推进基本医疗保险支付方式改革实施方

案，要对支付方式改革效果进行定期评估，并及时改进完善。各省级人力资源社会保障、卫生计生部门要通过设立专家库、改革案例库等方式，加强对统筹地区的指导。

（二）建立质量控制机制。完善服务协议管理和定点医疗机构考核办法，在全面改革支付方式的同时，建立健全对定点医疗机构服务数量及质量的考核评价机制。适应不同支付方式的特点，完善考核办法，并将考核结果与基金支付挂钩，避免医疗机构为控制成本推诿病人、减少必要服务或降低服务质量。

（三）建立激励约束机制。建立健全“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制，激励医疗机构提高服务效率和质量。实行按病种付费、按人头付费、按床日付费等支付方式的地区，医疗机构实际发生费用低于约定支付标准的，结余部分由医疗机构留用；实际费用超过约定支付标准的，超出部分由医疗机构承担，对于合理超支部分，可在协商谈判基础上，由医疗机构和医疗保险基金分担。

（四）建立谈判协商机制。统筹地区人力资源社会保障、卫生计生、财政等相关部门应指导基本医疗保险经办机构与定点医疗机构建立谈判协商机制，鼓励参保人员代表参与谈判协商过程。支付方式改革方案要确保医疗保险基金可承受、群众负担总体不增加、医疗机构有激励。坚持公平、公正、公开，要确保定点医疗机构参与支付方式改革方案制定及实施全过程。

（五）同步推进配套改革。按照国务院统一部署，大力推动

医保、医疗、医药“三医”联动改革，加快推进公立医院和基层医疗卫生机构体制机制改革，改革医疗服务价格形成机制，制定医疗保险药品支付标准，大力整顿药品生产流通秩序，采取综合措施，有效控制医疗费用不合理增长。

四、加强考核通报和组织实施

(一) 建立绩效考核机制。各地要加强对基本医疗保险经办机构的绩效考核，将预算编制、费用控制、服务质量等纳入考核范围，促使其工作重心从审核报销向费用控制、加强收支预算管理、提高服务质量转移。鼓励各统筹地区探索建立与基本医疗保险经办机构工作绩效挂钩的激励机制。

(二) 建立表扬通报机制。“十三五”期间，财政部、人力资源社会保障部、国家卫生计生委将联合对各地加强收支预算管理、推进支付方式改革、控制医疗费用不合理增长等情况进行考核(考核指标见附件)，对工作推进快、成效好的省份予以通报表扬，对工作进度滞后的省份予以通报批评。将通报考核内容纳入财政部驻各省(区、市)财政监察专员办事处审核范围。

(三) 做好组织实施工作。各地要充分认识加强基本医疗保险基金预算管理、控制医疗费用不合理增长的重要性和紧迫性，将此项工作作为今后一段时间完善医疗保险制度、深化医药卫生体制改革的重点任务抓好落实。要明确各自职责，加强协同配合，及时研究解决重大问题，形成工作合力。要加强政策解读和舆论引导，妥善回应社会关切，争取各方理解和支持。省级财政、人

力资源社会保障、卫生计生等部门要加强对统筹地区的指导，按
要求向财政部、人力资源社会保障部、国家卫生计生委等部门报
送基本医疗保险基金运行及控制医疗费用不合理增长等有关情
况。本意见自2017年1月1日起施行。

附件：考核指标



信息公开选项：主动公开

抄送：国务院办公厅，国务院医改领导小组办公室。

财政部办公厅

2017年1月4日印发



附件:

考核指标

| 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 所占分值 (基础分 100分) | 考核方案 | 数据来源 | 考核对象 |
|--------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|--|--------------------------|---------------------------|
| 结果指标 (50) | 辖区内所有公立医院费用增幅 (30) | 辖区内公立医院人均住院费用增幅 | 15 | 增幅较上年下降(或增幅上升,但未超过当年GDP增幅2个百分点)即得全部分值,下降每增加1个百分点加1分,上不封顶。增幅超过当年GDP增幅2个百分点,且较上年持平或增加,不得分。 | 中国卫生和计划生育统计提要 | 各省(区、市)卫生计生部门 |
| | | 辖区内公立医院人均门诊费用增幅 | 15 | | | |
| | 基本医疗保险基金管理规范程度 (20) | 实施医疗保险全程实时监控 | 10 | 实现全程实时监控,得全部分值。未实现不得分。 | 财政部驻各省(区、市)财政监察专员办事处审核结果 | 各省(区、市)人力资源社会保障、卫生计生部门 |
| | | 是否发生挤占挪用、骗保套保和推诿就医等违规行为 | 10 | 年度内未出现违规行为,得全部分值。出现违规行为不得分。 | | |
| 任务指标 (50) | 基本医疗保险基金预算编制质量 (12) | 开展基本医疗保险基金预算中期收支测算工作 | 4 | 开展中期收支测算工作,得全部分值。未编制不得分。 | 社会保险基金预决算审核结果 | 各省(区、市)财政、人力资源社会保障、卫生计生部门 |
| | | 是否按规定程序动用历年结余 | 2 | 未动用历年结余或按规定程序动用历年结余,得全部分值。未按规定程序动用历年结余,不得分。 | | |
| | | 是否编制其他支出预算 | 2 | 未编制其他支出预算或按规定程序编制其他支出预算,得全部分值。未按规定程序编制其他支出预算,不得分。 | | |
| | | 是否编制基金预算调整方案 | 2 | 未调整预算或按规定程序编制基金预算调整方案,得全部分值。未按规定程序编制基金预算调整方案,不得分。 | | |
| | | 公开基本医疗保险基金年度预算及执行情况等信息 | 2 | 公开即得全部分值。未公开不得分。 | | |

| 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 所占分值 (基础分 100分) | 考核方案 | 数据来源 | 考核对象 |
|--------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|--|---------------------------|
| 任务指标 (50) | 足额征收基本医疗保险保费 (8) | 按规定开展职工基本医疗保险缴费基数核定和日常稽核工作 | 3 | 按规定开展职工基本医疗保险缴费基数核定和日常稽核工作, 得全部分值。未开展相关工作不得分。 | 财政部驻各省(区、市)财政监察专员办事处审核结果(或审计署审计结果) | 各省(区、市)人力资源社会保障、卫生计生、财政部门 |
| | | 按不低于国家规定标准征收城乡居民基本医疗保险个人缴费 | 3 | 城乡居民基本医疗保险人均缴费标准不低于国家标准, 得全部分值。低于国家标准, 不得分。 | | |
| | | 征收管理规范 | 2 | 不存在违规缓缴、减免和拖欠等行为, 得全部分值。存在以上行为, 不得分。 | | |
| | 开展基本医疗保险基金中长期精算 (3) | 省级及统筹地区每年6月底前完成上年度精算分析并提交精算报告 | 3 | 在规定时间内完成本省(区、市)及辖区内各统筹区精算分析并提交精算报告, 得全部分值。未开展或未完成精算不得分。 | 省级以人力资源社会保障部、卫生计生委、财政部收到的精算报告为准。省内各统筹区由财政部驻各地财政监察专员办事处审核 | |
| | 公开定点医疗机构费用等信息 (2) | 定点医疗机构公开年度收支、医药价格及费用等信息 | 2 | 按规定公开信息, 得全部分值。未按规定公开信息, 不得分。 | 财政部驻各省(区、市)财政监察专员办事处审核结果 | 各省(区、市)卫生计生部门 |
| | 全面改革医疗保险支付方式 (15) | 在规定时间内制定出台改革方案 | 3 | 2017年考核指标。省内各统筹地区在规定时间内制定出台改革方案, 得全部分值。未在规定时间内出台, 不得分。 | 以省级人力资源社会保障、卫生计生、财政部门报送材料为准 | 各省(区、市)人力资源社会保障、卫生计生、财政部门 |
| | | 及时评估总结和完善支付方式 | | 2018年及以后年度考核指标。省内各统筹地区及时总结评估和完善支付方式, 得全部分值。未总结评估和调整支付方式, 不得分。 | | |
| | | 省级设立专家库和改革案例库 | 3 | 设立了专家库和改革案例库, 得全部分值。未设立不得分。 | | |
| | | 建立质量控制机制 | 3 | 建立了质量控制机制, 得全部分值。未建立不得分。 | | |
| | | 建立激励约束机制 | 3 | 建立了激励约束机制, 得全部分值。未建立不得分。 | | |
| | 建立谈判协商机制 | 3 | 建立了谈判协商机制, 得全部分值。未建立不得分。 | | | |

| 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 所占分值 (基础分 100分) | 考核方案 | 数据来源 | 考核对象 |
|--------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 任务指标 (50) | 省级出台控费办法 (5) | 省级出台控费办法并建立控费考核评价机制 | 5 | 省级出台控费办法并建立控费考核评价机制，得全部分值。未建立不得分。 | 以省级人力资源社会保障、卫生计生、财政部门报送材料为准 | 各省(区、市)人力资源社会保障、卫生计生、财政部门 |
| | 统筹地区出台控费办法 (5) | 统筹地区出台控费办法并建立控费考核评价机制 | 5 | 统筹地区出台控费办法并建立控费考核评价机制，得全部分值。未建立不得分。 | | |

注：2018-2020年，每年5月底前各省(区、市)完成对上一年度情况的自评，并将评估结果及评分依据报财政部、人力资源社会保障部、国家卫生计生委(一式三份)，同时报财政部驻各省(区、市)财政监察专员办事处，财政部驻各省(区、市)财政监察专员办事处于7月底前将审核结果报三部委，三部委将根据各地自评及财政部驻各省(区、市)财政监察专员办事处审核结果确定各省份最终得分并进行通报。