

云 南 省 医 疗 保 障 局
云 南 省 财 政 厅
云南省人力资源和社会保障厅文件
云 南 省 卫 生 健 康 委 员 会
云 南 省 机 关 事 务 管 理 局

云医保〔2021〕9号

云南省医疗保障局 云南省财政厅
云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生
健康委员会 云南省机关事务管理局关于做好
国家组织药品集中采购工作中医保资金
结余留用工作的通知

各州市医疗保障局、财政局、人力资源和社会保障局、卫生健康委，各省级医疗机构：

为贯彻落实《国家医保局 财政部关于国家组织药品集中采购工作中医保资金结余留用的指导意见》（医保发〔2020〕26号）精神，切实发挥结余留用政策的激励导向作用，提升医疗机构和医务人员参与改革的积极性，推进“三医联动”改革，现就我省实施集中采购药品医保资金专项预算管理等结余留用工作的有关事项通知如下：

一、实施集中采购药品医保资金专项预算管理

各统筹地区在对定点医疗机构的总额预算或总额控制指标内对纳入国家和省级集中带量采购的医保目录内药品（以下简称“集采药品”），在采购周期内（包括续签，下同）按年度实施医保资金专项预算管理。各统筹地区根据各定点医疗机构在我省实施国家和省级集中带量采购医保目录内药品上报采购需求量、集采前通用名药品加权平均价格、上年度统筹地区医保基金实际支付比例、医疗需求合理变化、集采通用名药品统筹地区参保患者使用量占比等因素，计算集采药品医保资金预算（计算公式详见附件1）。

二、核定结余测算基数

各统筹地区根据定点医疗机构中选产品约定采购量和中选价格、非中选产品使用金额，以及统筹地区医保基金实际支付比例和集采通用名药品统筹地区参保患者使用量占比等因素，计算定点医疗机构集采通用名药品医保支出金额。集采药品医保资金预

算减去集采通用名药品医保支出金额的部分，即为结余测算基数（计算公式详见附件 1）。为鼓励使用中选产品，定点医疗机构使用中选产品超出约定采购量部分，在核定结余测算基数时可不计入集采通用名药品医保支出金额。

三、开展定点医疗机构考核

在完整采购周期结束后，各统筹地区医保部门按规定在结算前对定点医疗机构进行年度考核（具体考核指标见附件 2），根据考核情况，可按不高于结余测算基数 50% 的比例留用集采药品医保资金，具体留用比例由各统筹地区根据考核情况确定。考核工作与各统筹地区医保经办机构对定点医疗机构的年度考核相结合，考核结果以适当方式在统筹地区定点医疗机构范围内公开。

各统筹地区医保部门根据考核内容及分值进行评分，总分 ≥ 80 分为优秀，可按不高于结余测算基数的 50% 向定点医疗机构支付结余留用医保资金； $60 \leq \text{总分} < 80$ 分为合格，可按不高于结余测算基数的 25% 向定点医疗机构支付结余留用医保资金；总分 < 60 分为不合格，不予支付结余留用医保资金。

四、及时结算结余留用资金

在每批次集采药品购销合同期满后，各统筹地区医保经办部门要结合综合考核结果及医保基金结余情况，及时确定定点医疗机构集采药品医保资金结余留用具体金额，并由医保基金按年度

向定点医疗机构支付。集采药品结余留用支出列入“基本医疗保险待遇支出科目”，具体结算流程由各统筹地区制定。各统筹地区医疗机构承接省内异地就诊医保患者，其集采药品结余留用资金，由省医疗保险异地费用结算中心统一考核后结算支付。

五、规范资金使用

各州、市医保部门要加强对定点医疗机构的管理，各定点医疗机构要完善内部考核办法，根据考核结果分配结余留用资金，主要用于相关人员绩效，激励其合理用药、优先使用中选产品。各定点医疗机构要按照规定做好财务核算，接受相关部门审核，提升精细化管理水平，定期向医保部门报告结余资金使用情况。

六、工作要求

集采药品医保资金结余留用工作，按统筹区分别实施。各州、市相关部门要与时俱进，坚定改革信心和决心，及时落实医疗机构结余留用政策，做好集采药品医保资金预算管理、定点医疗机构考核、结余留用资金核定和结算等工作。要结合各地集采资金结余情况，巩固取消以药补医及以耗补医改革成果，结合医疗机构价格调整补偿情况等因素，适时规范调整医疗服务价格。要做好医保资金预算管理与医保支付标准、医疗服务价格调整、医保支付方式改革、财政补助等政策间的衔接，避免重复补偿。要加强政策宣传和舆论引导，积极回应社会关切，营造良好改革环境。

附件：1. 结余留用资金计算公式及相关数据说明

2. 定点医疗机构考核指标及分值



云南省医疗保障局



云南省财政厅



云南省人力资源和社会保障厅



云南省卫生健康委员会



云南省机关事务管理局

2021年1月6日

附件 1

结余留用资金计算公式及相关数据说明

集采药品医保资金预算=约定采购量基数×集采前通用名药品加权平均价格×统筹地区医保基金实际平均报销比例×集采通用名药品统筹地区参保患者使用量占比

1. 约定采购量基数：由医疗机构上报并经医保部门核准后的预采购量。

2. 集采前通用名药品加权平均价格：实施集中采购前同通用名同规格药品加权平均价格。由省政府采购和出让中心负责统一测算，省医保局公布执行。

3. 统筹地区医保基金实际平均报销比例：各统筹地区基本医疗保险统筹基金支付额占医疗总费用的比例。由各统筹区医保经办机构负责统一测算。

4. 集采通用名药品统筹地区参保患者使用金额占比：考核年度该集采通用名药品统筹地区参保患者使用金额与通用名药品全部使用金额的比值。由各统筹区医保经办机构负责统一测算。由省医疗保障基金运行监测评估中心在医保信息系统药品目录库对集采药品单独标识，并开发统计查询功能模块，供各统筹区查询辖区内医疗机构中选药品及通用名药品使用量及使用金额。

结余测算基数=集采药品医保资金预算—（中选产品约定采购量×中选价格+非中选产品使用金额）×统筹地区医保基金实际平均报销比例×集采通用名药品统筹地区参保患者使用金额占比

1. 中选产品约定采购量：约定采购量基数乘以“带量比例”（50—70%），已按“带量比例”折算上报的则为约定采购量基数。

2. 统筹地区医保基金实际平均报销比例：同前。

3. 中选价格：国家或省级集采药品中选结果。

4. 非中选产品使用金额：同通用名非中选产品采购数量乘以价格。由各级医保部门通过监管账号从省药品集中采购平台上提取数据。

结余留用金额=结余测算基数×结余留用比例

1. 结余留用比例：根据定点医疗机构考核结果确定。

附件 2

定点医疗机构考核指标及分值

考核内容	考核指标	分值	重要程度	计算公式	考核要求	考核单位
执行药品集采规定	是否按时完成国家和省级组织集中采购, 并完成中选产品约定采购量。	20 分	关键	/	完成得 20 分, 未按时完成约定采购量则不予支付集采药品医保结余留用资金(以单个中选产品品规核算)。因中选企业供应问题导致不能完成不计入医院考核。	各级医保局
	医疗机构 30 天回款率 (只针对集采品种)	10 分	关键	回款率=30 天回款金额/采购金额	按单个中选产品核算: 回款率=100%, 10 分; 回款率<100%, 不得分。	各级医保经办机构
合理控制药品	定点医疗机构药品费用增长率	15 分	关键	结合药品费用增长率和就诊人次增长率分段打分, 设定 $A = \frac{\text{本年度药品采购金额}}{\text{上一年度药品采购金额}} - \frac{\text{本年度医疗总收入}}{\text{上一年度医疗总收入}}$ (剔除本年度新增国家谈判药品)	$A < 0\%$, 15 分 $A \geq 0\%$, 不得分	各级医保经办机构

费用	非中选产品采购量占比	15 分	参考	占比=非中选产品采购量/中选产品采购量	占比 ≤ 1 , 15 分 增长率 >1 , 不得分	各级医保局
落实集采、价格等改革政策	线下采购占比	15 分	参考	占比=线下采购总额/定点医疗机构实际药品采购总额	占比 $\leq 5\%$, 15 分 增长率 $>5\%$, 不得分 (突发公共卫生事件应急采购的药品及国家规定不纳入线上采购的特殊药品, 包括麻、精、中药饮片、疫苗等除外)	各级医保局
	执行集采政策(如报量、采购、签约等)的违规次数	5 分	参考	是否如实报量, 规范签约, 主动配合集采工作、不搞“一刀切”等	未发现经查实的违规行为得 5 分, 有查实的违规行为不得分。	各级医保局
	价格违规次数	5 分	参考	执行医保部门政策, 按实际服务数量收费, 公开透明	未发现经查实的违规行为得 5 分, 有查实的违规行为不得分。	各级医保局
	集采中选药品的规范流转	5 分	参考	医疗机构不得串换或转卖集采中选药品	未发现经查实的违规行为得 5 分, 有查实的违规行为不得分。	各级医保局
	医疗机构制定使用中选药品的方案措施	10 分	参考	医疗机构是否制定使用集采药品的落实措施、宣传方案, 并实际开展	制定措施、方案, 并实际开展得 10 分, 无措施的扣 5 分, 无宣传方案或未宣传的扣 5 分。	各级医保局
总计	100 分					

