

攀枝花市人民政府办公室
关于印发进一步深化基本医疗保险支付
方式改革实施方案的通知

攀办发〔2018〕23号

各县（区）人民政府，市级各部门，各有关单位：

《攀枝花市进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案》已经市政府同意，现印发你们，请认真组织实施。

攀枝花市人民政府办公室

2018年2月27日

攀枝花市进一步深化基本医疗保险 支付方式改革实施方案

为贯彻落实《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）和《四川省人民政府办公厅关于印发〈进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案〉的通知》（川办函〔2018〕2号），更好地保障参保人员权益、规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长，充分发挥医保在医改中的基础性作用，结合我市实际情况，制定本实施方案。

一、指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大精神，紧紧围绕深化医药卫生体制改革目标，全面建立并不断完善符合我市实际和医疗服务特点的医保支付体系和利益调控机制，实行精细化管理，激发医疗机构规范医疗行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，支持建立分级诊疗模式和基层医疗卫生机构健康发展，切实保障广大参保人员基本医疗权益和医保制度长期可持续发展。

二、基本原则

（一）保障基本。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，

不断提高医保基金使用效率，着力保障参保人员基本医疗需求，严格规范基本医保责任边界，重点保障符合“临床必需、安全有效、价格合理”的药品、医疗服务和基本服务设施，促进医疗卫生资源合理利用，筑牢保障底线。

（二）鼓励创新。推进区域医疗卫生高地建设，促进“康养+医疗”产业发展，满足群众多层次、多样化的医疗服务需求，鼓励医疗机构提供个性化、差异化服务。

（三）建立机制。健全医保对医疗行为的激励约束和医疗费用的控制机制；建立健全医保经办机构与医疗机构间公开平等的谈判协商机制和“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制，提高医疗机构自我管理的积极性，促进医疗机构从规模扩张向内涵式发展转变。

（四）因地制宜。积极推进医保支付方式分类改革，充分考虑我市医保基金支撑能力、医保管理服务能力、医疗服务特点、疾病谱分布等因素，支持我市医疗高地建设，满足群众个性化高端医疗服务需求，推行符合本市实际的医保支付方式。

（五）统筹推进。坚持医疗、医保、医药联动改革，注重各项改革的系统性、整体性、协调性，发挥部门合力，多措并举，实现政策叠加效应。

三、主要目标

2018年起，全面推行预算管理下的医保基金付费总额控制

工作，全面建立符合我市实际和医疗服务特点的医保支付体系，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，加强医保基金收支预算管理，建立以基金总额预算为基础，按疾病诊断相关分组（DRGs）、按病种、按人头、按床日等多种付费相结合的多元复合式医保支付方式，更好地保障参保人员权益，提高医保基金使用效率，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理上涨，促进医保基金安全可持续运行。到2020年，医保支付方式改革覆盖全市所有医疗机构及所有医疗服务，在医保基金收支预算管理和医保付费总额控制的基础上，在全市普遍实施适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式医保支付方式，按项目付费占比明显下降。

四、主要内容

（一）加强基本医保基金总额预算管理。坚持以医保基金预算管理为基础，实施基本医疗保险付费总额控制，科学编制并严格执行医保基金收支预算，合理优化基金支出结构。

1. 科学编制医保基金收支预算。我市城镇职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民医疗保险基金、大病保险资金、补充医疗保险资金、公务员医疗补助资金等均实行预算管理。在保持医保基金收支平衡的前提下，以保障基本、科学合理、公开透明、激励约束、强化管理为原则，合理编制医保基金收支预算。根据全市当年基金收入预算、上年度基金实际支出额度及预计

支出增长等因素核定基金支出总额，原则上不编制赤字预算，确保基金安全可持续运行。加快推进医保基金收支决算公开，接受社会监督。

2. 制定与预算管理相适应的总额控制办法。在基金预算管理的基础上，制定基本医疗保险基金总额控制办法。健全医保经办机构与医疗机构之间的集体协商机制，提高总额控制指标的科学性、合理性。总额控制指标可适度向基层医疗卫生机构、儿童医疗机构和中医药机构等适当倾斜，支持我市医疗机构国家、省重点学科建设，支持改善和提升医疗服务的新技术、新业务开展。完善与总额控制相适应的考核评价体系，并根据考核结果动态调整医疗机构的总额指标。

3. 合理优化医保基金支出结构。坚持“保基本、保住院、保大病”的原则，结合政策调整、上年度基金支出结构、控制目标等因素，在基金支出总额预算前提下，科学核定住院医疗费医疗服务的基金支出份额，适当控制特殊疾病门诊医疗补助和普通门诊统筹基金支出占统筹基金总支出的比例，引导形成相对合理的基金支出结构，提高基金的保障绩效。

（二）重点推行按疾病诊断相关分组与点数法相结合付费方式。在医保基金支出总额预算和按疾病诊断相关分组的基础上，将医疗机构所提供医疗服务的价值以一定点数体现并根据点数付费，促进医疗机构之间分工协作、有序竞争和资源合理配置。

1. 对市内定点医疗机构的住院医疗服务实行按疾病诊断相关分组付费。将市内定点医疗机构的住院病例按疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平等进行病种分组，坚持分组公开、分组逻辑公开、基础费率公开，结合实际确定和调整完善各组之间的相对比价关系。疾病诊断相关分组付费标准包括医保基金和个人付费在内的全部医疗费用。

2. 将点数法和总额控制、按疾病诊断相关分组付费相结合。核定住院服务基金支出预算后，不再细化明确各医疗机构的总额控制指标，将每个疾病诊断相关分组以一定点数体现，统筹年度结束后根据各定点医疗机构所提供服务的总点数以及全市医保基金支出预算，计算出每个点的实际价值，按照各定点医疗机构提供医疗服务所获得的实际点数付费。

3. 预付与清算。在实施基金预算管理和总额控制的基础上，年初、年中可按预算进度预拨付各定点医疗机构一定比例资金，统筹年度结束后再按疾病诊断分组点数法进行清算。

（三）进一步完善多元付费方式。在原有医保支付方式基础上，结合我市实际，进一步完善按病种、按床日、按人头付费，明显减少按项目付费占比。

1. 大力推行按病种付费。加强疾病分类编码、手术与操作编码应用管理,明确病历及病案首页书写规范，为推行按病种收付费做好基础工作。进一步完善我市已实施的 102 个接单病种

收付费病种的医保支付标准；继续按照国家、省安排，逐步扩大单病种收付费病种；对诊疗方案和出入院标准比较明确、诊疗技术比较成熟的疾病可实行按病种收付费；逐步将日间手术以及符合条件的中西医病种门诊治疗纳入按病种收付费范围。

2. 深入推进按人头付费。明确按人头付费的基本医疗服务范围、医保目录类的药品、基本医疗服务费和一般诊疗费的支付标准，促进基层医疗卫生机构提供优质医疗服务，做好健康管理；探索将按人头付费与慢性病管理相结合，规范按人头付费的基本医疗服务包范围，保障医保目录内药品、基本医疗服务费用和一般诊疗费的支付；探索将签约居民的门诊基金按人头支付给基层医疗卫生机构或家庭医生团队，患者需向上级医院转诊的，由基层医疗卫生机构或家庭医生团队支付一定转诊费用。

3. 不断完善按床日付费。在总额预算的基础上，对精神病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，采取按床日付费的方式。按照不同疾病发生、发展、转归的规律，治疗各阶段的费用特征及医疗机构的类别，制定差别化支付标准。加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的考核评估，规范医疗机构诊疗行为。

4. 逐步减少按项目付费。对不宜打包付费的医疗服务，如异地住院、特殊病种等，可继续按项目付费，减少按项目付

费基金支出占总基金支出的比例。重点保障符合“临床必需、安全有效、价格合理”原则的药品、医疗服务和基本服务设施相关费用。

五、配套措施

（一）着力加强对定点医疗机构的监督管理。

1. 探索定点医疗机构评价体系。依托信息化技术，探索建立定点医疗机构医疗服务质量评价体系，包含医疗机构费用控制、基础运行绩效、医疗服务质量管理和满意度调查等内容，加强对医疗机构服务质量的评价管理。完善定点医疗机构考核办法，合理确定考核项目和评分标准，客观、公正、真实反映定点医疗机构的医疗保险服务工作。

2. 健全定点医疗机构管理机制。完善医保服务协议管理，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗质量双控制。根据各级各类医疗机构的功能定位和服务特点，分类完善科学合理的考核评价体系，将考核结果与医保基金支付挂钩。中医医疗机构考核指标应包括中医药服务提供比例。避免医疗机构因控制成本推诿病人、减少必要服务或降低服务质量。不断完善医保信息系统，确保信息安全。推行医保智能监控，建立健全医保服务监控标准体系，针对不同付费方式特点分类确定监控指标和监管重点环节，实现医保费用结算从部分审核向全面审核转变，从事后纠正向事前提示、事中监督转变，从单纯管

制向监督、管理、服务相结合转变。积极探索将医保监管范围延伸到医务人员医疗服务行为的有效方式，探索将监管考核结果向社会公布，促进医疗机构强化医务人员管理。

3. 加强对异地就医基金支出管理。要加强对联网结算数据的审核，对有问题的数据及时发现、及时沟通、及时处理。将异常数据较多的异地定点医疗机构设置在警示名单中，加强日常审核力度。重点强化对手工报销单据的审核，对有问题的报销单据，及时联系异地医保经办机构和异地定点医疗机构，对相关违规费用作相应处理。

（二）协同推进医药卫生体制相关改革。

1. 建立与我市医疗卫生资源总量、医疗费用总量与经济发展水平、医保基金支付能力相适应的宏观调控机制，控制医疗费用和病员个人负担过快增长；巩固城市公立医院取消药品加成改革成果，合理调整医疗服务项目价格，对符合基本医疗保险支付范围的医疗服务项目，价格调整后的费用按规定纳入医保基金支付范围。

2. 结合分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设，完善门诊统筹办法；依托基层医疗卫生机构推行门诊统筹按人头付费，引导参保人员优先到基层首诊；将符合医保政策规定的家庭医生签约服务费纳入医保基金支付范围，在基层医疗机构、医养结合机构探索开展家庭病床工作，充分发挥基层医疗机构

在医保控费方面的“守门人”作用；差别化设置不同等级医疗机构和跨统筹区医疗机构就诊的报销比例和起付标准。

3. 高度重视医疗机构医疗基础信息管理工作。医疗机构要规范病案管理，提高病案质量，重视病案首页的书写，严格按照《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》规范填写住院病案首页；按照国家统一的疾病分类编码、手术操作编码开展病案首页编码；在国家临床路径的基础上，加快制定实施符合本院实际的电子化临床路径，实现各级医疗机构医疗服务编码与医保结算编码同病同码，确保疾病诊断分组数据来源质量。

4. 探索对纵向合作的医疗联合体等实行医保总额付费，促进优质医疗资源下沉和分级诊疗政策落实；探索对纵向合作的医疗联合体等分工协作模式实行医保总额预付基础上的多种付费方式，激励医疗机构提高服务效率和质量，在医疗联合体内按规定转诊的病人按照连续诊疗过程累计计算起付线。

5. 推行临床路径管理，提高诊疗行为透明度；全面推行同级医疗机构、医疗联合体内的医学检验、医学影像检查结果互认，实现检验检查资源共享，减少重复检查；鼓励定点零售药店做好门诊用药供应保障，患者可凭处方自由选择医疗机构或到医疗机构外购药；建立医疗机构效率和费用信息公开机制，定期公开费用、患者负担水平等指标，接受社会监督，并为参保人员就医选择提供参考。

（三）支持疾病诊断相关分组和点数法结合付费工作。

开展疾病诊断相关分组与点数法相结合付费工作，可采取政府购买服务方式委托第三方机构进行“疾病诊断相关分组与点数法结合运用”项目开发，提供专家团队和分组系统支撑。

六、实施要求

（一）加强组织领导。医保支付方式改革是发挥医保基础性作用的关键，是深化医改的重要抓手。各级各有关部门要高度重视，切实加强组织领导，积极推进医保支付方式及相关领域改革，做好改革政策衔接，发挥政策合力。市人力资源社会保障局、市发展改革委、市财政局、市卫生计生委等部门要根据各自职能职责，加强协同配合，及时研究解决重大问题，形成工作合力。

（二）明确部门职责。市人力资源社会保障局牵头组织实施医保支付方式改革工作，会同市财政局编制我市医保基金预算、制定总额控制管理办法并组织实施；市卫生计生委要加强基层医疗卫生机构服务能力建设，切实加强对医疗机构医疗服务行为监管，积极配合市人力资源社会保障局推进医保支付方式改革；市发展改革委要根据医疗服务价格动态调整机制，加强对医疗服务价格监管，开展按病种收费价格管理，防止医疗服务价格不合理上涨。

（三）加强宣传引导。医保支付方式改革是一项长期而又

复杂的系统工程，要重视支付方式改革对特殊群体的影响，妥善做好支付方式改革衔接工作，实现平稳过渡。各级各部门和医疗机构要加强政策解读和宣传，正确引导舆论，妥善回应社会关切，争取各方理解和支持，确保医保支付方式改革工作顺利推进。