

永城市人民政府办公室文件

永政办〔2018〕6号

永城市人民政府办公室 关于印发永城市深化基本医疗保险 支付方式改革实施方案的通知

各乡镇人民政府，市直各单位：

《永城市深化基本医疗保险支付方式改革实施方案》已经市政府研究同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2018年2月6日

永城市深化基本医疗保险支付方式改革 实施方案

为进一步深化我市基本医疗保险支付方式改革，根据《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《河南省人民政府办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的实施意见》（豫政办〔2017〕142号）精神，结合我市实际，制定本方案。

一、指导思想

全面贯彻党的十九大精神，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，统筹推进“五位一体”总体布局，协调推进“四个全面”战略布局，牢固树立创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念，通过深化基本医保支付方式改革，激发医疗机构规范行为、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，切实维护参保人员基本医疗权益，推动我市基本医保制度持续健康发展。

二、基本原则

（一）立足基本、保障公平。按照“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则，在保障医保基金使用效率和安全的前提下，科学合理确定医保支付标准，保障参保人员公平享有基本医疗待

遇。

（二）健全机制、提升效能。发挥医保第三方优势，健全医保对医疗行为的激励约束机制以及对医疗费用的控制机制。建立健全医保经办机构与定点医疗机构间公开平等的谈判协商机制、“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制，提高定点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。

（三）因地制宜、分类推进。坚持从实际出发，积极探索，不断总结经验，科学合理开展适合我市实际的支付方式改革。同时针对不同医疗服务特点，推进医保支付方式分类改革。

（四）统筹兼顾，循序渐进。实现医保、医疗、医药三医联动，发挥部门合力，明确责任分工，确定改革目标任务及步骤安排，分步实施，稳步推进。

三、主要目标

进一步加强医保基金预算管理，全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。完善按人头、按床日等多种付费方式，开展按疾病诊断相关分组（DRGs）付费、日间手术纳入按病种付费范围、点数法与预算总额管理相结合等试点。2018年全市选择不少于100个病种开展按病种付费；全市综合医院和乡镇卫生院按病种付费的病例数达到出院病例数的40%以上，市二级以上综合医院达到30%以上；到2020年，医保支付方式改革覆盖我市所有医疗机构及医疗服务，全市范围内普遍实行适应不

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、工作任务

(一)推进医保支付方式分类改革，实行多元复合式医保支付方式。完善基本医保基金收支预算管理制度，在基本医保定点医疗机构普遍开展基本医保付费总额控制工作。重点开展按病种付费工作，条件成熟时可探索开展按疾病诊断相关分组付费。探索长期、慢性病（精神病）住院医疗服务按床日付费工作；对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用，可按项目付费。探索符合中医药服务特点的支付方式，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。

责任单位：市人力资源和社会保障局（劳动）、市医药卫生体制改革领导小组办公室、市卫生计生委、市发改委、市财政局

(二)加快推进医疗服务定价方式改革，重点推行按病种付费。

1.合理确定病种。优先选择临床路径明确、并发症与合并症少、诊疗技术成熟、质量可控且费用稳定的常见病、多发病进行试点，市卫生计生部门根据我省确定按病种结算的范围，结合我市实际确定100种以上按病种付费的病种。对医疗机构开展的日间手术病种原则上按病种付费。加强医疗机构信息化建设，逐步统一疾病分类编码、手术与操作编码系统，明确病历及病案首页书写规范，制定完善符合基本医疗需求的临床路径等行业技术标

准，为推行按病种付费打下良好基础。

责任单位：市卫生计生委、市人力资源和社会保障局（劳动）、市发改委

2.制定病种收费标准。病种收费标准要以医疗服务合理成本为基础，体现医疗技术和医务人员劳务价值，按国家有关部门发布的病种临床路径，参考既往实际发生费用进行测算。收费标准（含日间手术病种）包括患者住院期间所发生的诊断与治疗等全部费用，原则上实行最高限价管理。病种费用外不得另行收费，不得将入院后的检查检验费用转为门诊收费。全面建立门诊统筹制度，作为过渡性措施。城乡居民医疗保险按病种（分组）付费病种住院的（含定额报销病种、门诊路径病种），不受河南省基本医疗保险药品目录、诊疗目录限制；各级定点医疗机构门诊路径不设起付线，报销比例 70%。

责任单位：市发改委、市人力资源和社会保障局（劳动）、市卫生计生委

3.确定医保支付标准。

（1）点数法门诊支付方式。

①门诊慢性病支付。参照原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗相关政策，选择部分需长期或终身在门诊治疗且医疗费用较高的疾病（或治疗项目）纳入门诊慢性病管理范围。门诊慢性病不设起付标准，实行定点治疗、限额管理。

②门诊重大疾病支付。重特大疾病是指临床路径明确、疗效

确切且费用比较昂贵的病种（或治疗项目）。将原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗确定的重大病种（或治疗项目）纳入重特大疾病医疗保障范围，实现病种统一、待遇统一、流程统一。具体待遇标准及管理辦法按照省有关政策规定执行。

③门诊统筹支付。全面建立门诊统筹制度，作为过渡性措施。2018年度我市将继续按照人均50元标准建立门诊统筹基金，主要用于支付参保居民在乡级定点医疗机构、社区医疗机构就诊发生的普通门诊医疗费用（含一般诊疗费，下同）；门诊统筹不设起付标准，报销比例65%，年度内累计报销额度为300元。

（2）点数法住院支付方式。示范科室（单位）支付。示范医院（科室）不受预付总额限制，以上年度平均实际发生费用、接诊人数以及住院病人次均费用、床日费用等指标为基础，超出部分由医疗保险统筹基金直补。

（3）普通住院统筹支付。参保居民在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用，起付标准以下由个人支付；起付标准以上由住院统筹基金按比例支付，额度不超过住院统筹基金年度最高支付限额。

（4）贫困人员建档立卡支付。永城市建档立卡贫困户市内住院实行零付费政策。

责任单位：市人力资源和社会保障局（劳动）、市财政局

（三）结合医疗服务特点，完善按人头付费、按床日付费等支付方式。

1.实施门诊统筹按人头付费。明确门诊统筹基本医疗服务包范围，保障参保人员基本医保用药、一般诊疗费和其他必需的基层医疗服务费用的支付。加快推进家庭医生签约服务工作，按要求将门诊统筹基本医疗服务包纳入定点服务或签约服务协议内容，落实签约定点基层医疗机构或签约医生的保障责任，引导参保人员优先到基层首诊。

责任单位：市人力资源和社会保障局（劳动）、市医药卫生体制改革领导小组办公室、市卫生计生委、市财政局

2.实施按床日付费。对于精神病、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病实行按床日付费。合理确定平均住院日和各类住院疾病不同床日段的床日付费标准，并按住院床日累计计算每例住院病人付费额。

责任单位：市人力资源和社会保障局（劳动）、市医药卫生体制改革领导小组办公室、市卫生计生委、市财政局

（四）探索开展按疾病诊断相关分组付费试点。探索建立按疾病诊断相关分组（DRGs）付费体系。根据疾病分类编码将疾病进行合理分组，按照既往各病组治疗平均成本确定其成本系数，并依据其系数确定各病组的点数。疾病诊断相关分组收费、付费标准应包括医保基金和个人付费在内的全部医疗费用，并实行动态调整。住院医疗费用按疾病诊断相关分组付费后，住院费用实行统筹单位总量控制，不再将相关预算指标下达到各定点医疗机构。疾病诊断相关分组付费相对成熟后，可逐步减少或取消

单病种付费。

责任单位：市人力资源和社会保障局（劳动）、市医药卫生体制改革领导小组办公室、市财政局、市发改委、市卫生计生委

（五）完善医疗保险费用质量监控标准体系，强化医保对医疗行为的监管。

1.完善医疗保险服务监控标准体系。针对不同付费方式特点，分类确定监控指标。通过建立和完善全市统一的定点医疗机构医保医师库，将对医疗机构、医疗服务行为的监控延伸到医务人员；市医保经办机构要全面推开医保智能监控工作，实现医保费用结算从部分审核向全面审核转变，力争做到事前提示、事中监督，从单纯管制向监督、管理、服务相结合转变。

2.明确监管的重点环节。根据多元复合式医保支付方式特征，有针对性地开展监管，严格掌握住院指征，禁止出现空床住院、挂床住院、冒名住院、分解住院等情况。

3.加强对定点医疗机构的监督检查。加强定点医疗服务机构协议管理，完善考核评价办法。充分利用医保职能审核信息系统，通过完善数据采集和加强数据分析，强化对医疗行为和医疗费用的监控，将监测、考评和监督检查的结果与医保实际付费挂钩。

责任单位：市卫生计生委、市人力资源和社会保障局（劳动）、

市财政局

五、配套改革措施

(一) 结合基金预算管理，加强付费总额控制。

1. 实行基金收支预算管理。进一步完善基本医疗保险基金收支预算管理制度，细化基金支出预算，将支出预算与支付方式相结合，对支出预算进行分解。加快推进医保基金收支决算公开，并接受社会监督。

责任单位：市财政局、市人力资源和社会保障局（劳动）

2. 实行付费总额预付。按照基金支出总额，确定对每一种付费方式的付费总额控制指标，并体现在医保经办机构和定点医疗机构的协议中。根据基金能力和结算周期，明确预拨定点医疗机构周转金的条件和金额。健全医保经办机构与医疗机构之间的协商机制，促进医疗机构集体协商。探索将点数法与预算总额管理、按病种付费等相结合，逐步使用全市（或一定范围内）医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。

责任单位：市人力资源和社会保障局（劳动）、市财政局、市卫生计生委

3. 完善考评机制。将定点医疗机构付费总额控制指标与定点服务考评结果挂钩，科学制定基本医疗保险基金和定点医疗机构对结余额度与超支费用的处理和分担办法，充分调动定点医疗机构医疗费用控制的积极性和主动性。

责任单位：市人力资源和社会保障局（劳动）、市财政局、

市卫生计生委

(二)结合基本医保保障重点,规范医保责任边界。按照“临床必需、安全有效、价格合理”的原则,确定基本医保重点保障的药品、医疗服务和基本服务设施相关费用。公共卫生费用、与疾病治疗无直接关系的体育健身或养生保健消费等,不得纳入医保支付范围。

责任单位:市人力资源和社会保障局(劳动)

(三)发挥部门合力,协同推进医药卫生体制相关改革。建立区域内医疗卫生资源总量、医疗费用与经济发展水平、医保基金支付能力相适应的宏观调控机制,控制医疗费用过快增长。按照国家制定的临床路径实施临床路径管理,提高诊疗行为透明度。推进同级医疗机构医学检查检验结果互认,减少重复检查。建立医疗机构效率和费用信息公开机制,将费用、患者负担水平等指标定期公开,接受社会监督,为参保人就医选择提供参考。认真实施基层医疗卫生机构“托低不限高”绩效工资政策,完善绩效工资分配制度,逐步提高诊疗费、护理费、手术费等医疗服务收入在医院总收入中的比例,提高和调动医务人员积极性。规范和推动医务人员多点执业。

责任单位:市医药卫生体制改革领导小组办公室、市财政局、市卫生计生委、市发改委、市人力资源和社会保障局(劳动)

六、组织实施

(一)加强组织领导。市医药卫生体制改革领导小组统筹推

进医保支付改革工作，做好政策衔接，发挥部门合力。市相关部门要高度重视，密切配合，切实把此项工作抓紧、抓实、抓好。

（二）明确部门职责。市人力资源和社会保障部门负责会同有关部门制定和完善医保支付制度改革政策和方案，加强对医疗服务行为的考核和监管，做好组织实施；加强医保服务协议管理，将总额控制、按病种付费、按疾病诊断相关分组付费、按人头付费、按床日付费等各项指标纳入协议管理范围。市财政部门负责加强医保基金预决算管理，强化预算约束机制，确保医保基金安全有效运行。市卫生计生部门负责监管医疗机构和医务人员行为，以医保支付制度改革为契机，探索公立医院改革的有效途径，推进医院全成本核算和规范化诊疗工作，控制医疗费用不合理增长；将医保支付方式改革工作的执行落实情况纳入公立医院绩效考核和院长目标责任制。市发改部门负责牵头制定具体病种收费标准，加强医疗服务价格管理和监督检查，督促医疗机构规范收费行为。

（三）加强督查评估。市医药卫生体制改革领导小组要及时开展效果评估，对改革前后的医疗费用、医疗服务数量和质量、医保待遇水平、参保人员健康水平等进行纵向评估，发现问题及时解决，不断总结完善相关政策；市督查局定期不定期督查工作开展情况，对工作成效明显的给予通报表扬，工作不力的予以通报批评。

抄送：市委办，市人大办，市政协办，市人武部，市法院，市检察院。

永城市人民政府办公室

2018年2月6日印发

