

盐城市关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的实施方案

为认真贯彻落实《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)、《省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》(苏政办发〔2018〕6号)文件精神,更好地发挥医疗保险对医疗服务供需双方的激励约束作用,引导医疗资源合理配置,现结合我市实际,制定本实施方案。

一、总体要求

(一) 指导思想

深入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,围绕市委、市政府“健康盐城”决策部署,紧扣深化医药卫生体制改革目标,逐步健全基本医疗保险支付机制、分级诊疗机制、精细管理机制,确保医疗保险基金安全和使用效益,切实保障参保者基本医疗权益,持续促进医疗保险制度高质量发展。

(二) 基本原则

1. 保障基本。坚持以收定支、收支平衡、略有结余,严格界定基本医疗保险责任边界,着力保障参保人员基本医疗需求。
2. 建立机制。建立医疗保险经办机构与医疗机构谈判协商

机制、“结余留用、合理超支分担”的激励机制和风险分担机制，同类同级别医疗机构有序竞争机制，通过制度化安排，激发医疗机构规范诊疗行为、控制成本、合理收治和合理转诊患者的内生动力。

3. 精准测算。以既往医保结算数据为基础、规范诊疗为前提，综合考虑医疗成本变化等因素，兼顾参保者需求和基金承受能力，合理确定总额控制指标和各类定额标准，并优化调整医疗保险支付体系内部结构。

4. 统筹推进。注重医疗、医保、医药各项改革的系统性、整体性、协调性，部门协同，多措并举，实现政策叠加效应。

（三）主要目标

加强基本医疗保险基金预算管理，全面推行总额控制下的多元复合式支付方式，重点推行住院、门诊大病按病种付费，完善按人头、按床日等多种付费方式。在现有按病种付费 150 种的基础上，到 2020 年，支付方式改革覆盖所有医疗机构及医疗服务，全市范围内普遍实施适应不同疾病、不同服务特点、激励与约束并重的多元复合式支付方式，按病种付费数不少于 200 种，按项目付费占比明显下降。

二、重点任务

（一）完善医保付费总额控制

1. 改革完善总额控制办法。按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，编制并严格执行医疗保险基金收支预算。加快推

进医疗保险基金收支预决算公开，接受社会监督。完善与预算管理相适应的总额控制办法，医疗保险经办机构与所有定点医疗机构建立医疗保险服务协议关系，健全双方之间的集体协商机制，提高总额控制指标的科学性、合理性，确保医保基金支出可控。将医疗保险付费总额控制范围从住院医疗费用逐步扩展到门诊医疗费用。逐步使用区域（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，实行病种分值付费的地区先行实施。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。

2. 合理确定总额控制指标。各地医疗保险经办机构要根据医保基金年度收入计划编制总额预算。在当年医疗保险基金收入预算中，按规定划拨个人账户，提取门诊统筹、大病保险、市级统筹调剂基金后，预留异地就医、急诊费用报销准备金、超总量分担部分准备金、门诊诊察费补助、暂未实施总量控制的医疗机构费用支出准备金、医疗机构当年新申报按病种付费等支出项目费用，综合考虑各类支出风险因素，确定医疗保险统筹基金可用于本地实行总额控制的定点医疗机构的医疗费用支付总额。对各定点医疗机构年度医疗费用总额控制指标的确定，要严格以上年费用预算控制额为基数，考虑参保人员增加、医疗保险政策调整、医疗技术进步、价格指数变化等合理增长因素。总额控制指标向基层、中医、妇幼保健、儿童专科医疗机构适当倾斜，倾斜力度随分级诊疗制度建设逐步加大。

3. 建立健全总额控制激励约束机制。完善与总额控制相适应的考核评价体系和动态调整机制，健全医疗保险对定点医疗机构的激励和风险分担机制，提高医疗机构自律管理的积极性。对低于年度总额控制指标、完成规定服务量和达到考核要求的，结余部分由医疗机构留用。对超总额控制指标的医疗机构合理增加的工作量，可根据考核情况按协议约定给予补偿。医疗机构要在与医疗保险经办机构结算年度医疗保险医疗费用后，及时将自身承担的医疗费用做账务处理，按财务规定列支，不得长期挂账做往来处理。定点医疗机构要将参保人员住院期间政策范围之外自费医疗费用控制在住院总费用的8%以内，减轻参保人员个人负担。

4. 统筹推进医疗联合体总额付费。结合医疗联合体建设，逐步从具体医疗机构的总额付费向紧密型医疗联合体总额付费转变，紧密型医疗联合体内实行“结余留用、合理超支分担”，引导医疗联合体内部形成科学合理的分工协作机制和双向转诊机制，发挥基层医疗机构在医保控费方面的“守门人”作用。

（二）重点推行按病种付费

1. 扩大按病种付费病种和医疗机构范围。各地要选择临床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开展按病种付费。成熟一个纳入一个，稳步扩大按病种付费范围。优先将儿童白血病、儿童先天性心脏病等“22类重大疾病”纳入按病种付费范围。逐步将日间手术以及符合条件的中西医病种门

诊治疗纳入按病种付费范围。鼓励支持医疗机构积极申报开展按病种付费，当年新增按病种付费发生的费用可在总额控制指标之外单独结算。

2. 加强医疗服务技术标准规范化管理。与国家技术标准衔接，加快制定医疗服务技术规范，实现全市范围内医疗服务项目名称和内涵的统一。统一使用疾病分类编码（ICD-10）、手术与操作编码系统（ICD-9-CM-3），按规范书写病历及病案首页，推进实施临床路径等行业技术标准，为推行按病种付费夯实必要基础。县级公立医院实施临床路径管理的病例数达出院病例数30%。

3. 合理确定病种付费标准。病种付费标准由医疗保险经办机构与医疗机构通过协商谈判，以定点医疗机构既往费用数据为基础，以临床路径为指导，在保证疗效的基础上科学合理确定，引导适宜技术使用，节约医疗费用。根据价格指数、医疗保险基金支付能力及医疗费用支出水平等变化因素，适时调整付费标准，一般2-3年调整一次。建立费用监测机制，发现付费标准普遍高于或低于实际水平的，应及时调查分析原因，适时进行调整。逐步缩小同病种在不同类别、不同等级医疗机构付费标准的差距，促进分级诊疗。城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险参保患者实际报销额一般不低于病种付费标准的80%和70%。实际发生费用低于病种付费标准的，医疗保险经办机构仍按病种付费标准付费，结余部分归医疗机构留用，参保患者只需负担实际发

生费用规定的比例。实际发生费用高于病种付费标准的，超出费用由医疗机构承担，参保患者只按病种付费标准负担规定的比例。

（三）探索开展病种分值付费、按疾病诊断相关分组（DRGs）付费

有条件的地区可探索开展病种分值付费，按疾病诊断相关分组（DRGs）付费。病种分值付费，将每一住院病种确定相应的分值，根据出院病种构成情况及每一病种出院人次计算出总分值；年底清算时，以地区总额控制指标除以地区实际发生的病种服务总分值得到每个分值的实际价值，医保经办机构按医疗机构提供的服务分值付费。按疾病诊断相关分组（DRGs）付费，根据疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平等进行病种分组，并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。

（四）实施门诊统筹按人头付费

完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹，依托基层医疗卫生机构实施按人头付费。普通疾病门诊实行全员覆盖、定点医疗、协议管理。对所有参保居民原则上按照参保登记所属镇（街道）划片落实首诊基层医疗机构，年度内相对固化人头基数。按人头付费实行两级协议管理，医疗保险经办机构与镇卫生院（街道卫生服务中心）签订普通疾病门诊服务协议，协议中明确权利义务，

包含按人头付费总额；村卫生室（社区服务站）作为门诊统筹医疗服务延伸网点，由所在辖区协议医疗机构与其签订相关协议，结算医疗费用。

将按人头付费与家庭医生签约服务融合实施。支持分级诊疗制度和家庭医生签约服务制度建设。对签约的参保居民，在门诊统筹基础支付比例上提高5个百分点。由医疗保险基金支付的部分签约服务费、一般诊疗费纳入各协议医疗机构按人头付费总额核算。经协议医疗机构首诊后转诊的，转诊发生的医疗费用，由协议医疗机构按规定标准支付待遇，并纳入人头付费总额核算。从糖尿病、高血压、慢性肾功能衰竭等治疗方案标准、评估指标明确的慢性病入手，逐步开展特定慢性病按人头付费。将常见病、多发病的中医药诊疗服务纳入按人头付费的基本医疗服务包范围。到2020年，各地当期用于门诊保障的统筹基金占当年城乡医保基金收入的30%左右。

（五）推行特殊疾病住院费用按床日付费

根据医疗机构服务特点和服务范围，对需要长期住院治疗且日均费用较稳定的精神病、安宁疗护、医疗康复等疾病，实施按床日付费管理。

三、配套机制

（一）完善医疗保险支付宏观政策

严格规范基本医疗保险责任边界，基本医疗保险重点保障符合“临床必需、安全有效、价格合理”原则的药品、医用耗材、

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，不得纳入基本医疗保险支付范围。要充分考虑医疗保险支付能力、社会总体承受能力和参保人个人负担，坚持基本保障、责任分担、市级统筹原则，按规定程序调整待遇政策。优化个人账户和统筹基金划拨结构，提高基金保障效率。

（二）建立健全谈判协商机制

建立由人社部门牵头，卫计、财政、物价、药监等多部门参与的会商机制，及时研究制定和完善医疗保险支付政策等。健全医疗保险经办机构与定点医疗机构之间的谈判协商机制，通过与区域内医疗机构集中式组团、按集团区域内医疗机构组团、医联体整体组团谈判协商，合理确定总额控制指标、病种支付标准、费用分担比例、医疗服务内容、考核指标、激励机制和支付结算方式等。医疗保险经办机构要遵循公开、公平、公正的原则，公开议事规则、年度基金收支预算和医院预算总体安排、医疗机构预算指标核定和实际执行情况等。

（三）强化医疗服务行为医保监管

根据各级各类医药单位的功能定位和服务特点，完善医疗保险服务协议管理及考核评价体系，将监管重点从单纯的医疗费用控制向医疗费用和医疗质量双控制转变，将考核结果与医疗保险基金支付挂钩。中医医疗机构考核指标应包括中医药服务提供比例。医疗保险经办机构要全面推行医疗保险智能监控工作，加强

审核、监管、控费等环节的监控，逐步实现医疗保险费用结算全口径全流程审核，从事后纠正向事前提示、事中监督转变。2018年底，凡签订医疗保险服务协议定点医药单位全部纳入医疗保险智能监控系统范围。建立健全定点医疗机构医疗保险医师信息库，将医疗保险对医疗机构医疗服务行为的监管延伸到科室和医务人员，促进医疗机构强化医务人员管理，提升医务人员医疗保险服务水平。推动“互联网+”与监管工作的深度融合，搭建医院与零售药店互联互通的药品监管平台，实施药品进销存追溯和电子处方流转追溯，规范定点零售药店服务行为，为定点零售药店开展慢性病药品供应配送及处方药院外购药打好基础。健全医疗、医保、医药等部门监管信息共享、处罚结果互认工作机制，提高管理效能，共同维护医疗保险基金安全。

（四）深化医疗卫生领域机制建设

建立健全区域内医疗卫生资源总量、医疗费用总量与经济发展水平、医疗保险基金支付能力相适应的调控机制，控制医疗费用过快增长。推行临床路径管理，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，并为参保人员就医选择提供参考。在建立公立医疗机构相应的合理补偿机制前，对公立医疗机构继续执行相关产品目前医保支付标准，推进医用耗材和检验检测试剂集中采购工作。完善公立医疗机构内部绩效考核和收入分配机制，引

导医疗机构建立以合理诊疗为核心的绩效考核评价体系，体现多劳多得、优绩优酬。

（五）合力推进分级诊疗体系建设

充分发挥三级医疗机构引领作用，转诊到市内三级甲等综合、三级专科、省级重点专科医院，不受区域限制，实现全市优质医疗资源共享。进一步健全基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗体系，确保县（市）域内就诊率达到90%，各地基层医疗机构门诊及住院服务量占比显著提高，基层医疗机构诊疗量占总诊疗量比例达60%以上。建立完善分级诊疗信息平台，确保分级诊疗行为合理、疾病诊断和转诊信息以及患者信息准确、家庭医生签约数据详实，实现信息系统数据和医保经办机构共享。发挥医保政策的调节作用，运用差别化的支付政策等措施，引导参保人员优先到基层首诊。对未按照转诊程序就医的，降低10-15个百分点报销比例，对符合规定的转诊住院患者连续计算起付线。医保基金支付给基层医疗卫生机构的比例应与参保人员在基层就医比例保持同步增长。

四、保障措施

（一）加强领导，密切协作。各地要高度重视深化医疗保险支付方式改革，在医疗保险改革领导小组领导下，协调推进医疗保险支付方式及相关领域改革，妥善做好政策衔接，发挥政策合力。各级人社、卫计、财政、物价等部门要根据各自职能，分工负责，合力推进改革实施工作。

（二）加强评估，稳慎推进。医疗保险支付方式改革是提升医疗保险对医疗资源调节和医疗费用控制的关键，是一项长期复杂的系统工程，必须循序渐进、有序推进。要及时开展改革效果评估，对改革前后医疗费用、医疗服务数量和质量、医保待遇水平、参保人员健康水平等纵向评估，动态调整完善政策。

（三）加强宣传，正确引导。要坚持正确舆论导向，统一宣传口径，为改革推行营造良好的舆论氛围。要重视医疗保险支付方式改革对于特殊群体的影响，妥善回应社会关切，减少社会震荡。要加强对医疗保险基金支付占比较高的定点医疗机构的指导，妥善做好医疗保险支付方式改革的全面衔接，确保改革平稳顺利实施。