

淮南市人民政府办公室关于进一步 深化基本医疗保险支付方式改革的实施意见

淮府办〔2018〕7号

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

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）、《安徽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》（皖政办〔2017〕78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，充分发挥基本医疗保险在我市综合医改中的基础性作用，经市政府同意，结合我市实际，现就进一步深化医保支付方式改革提出如下实施意见。

一、总体要求

（一）指导思想。

全面贯彻落实党的十九大精神，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，按照党中央、国务院及省委、省政府决策部署，落实全国、全省卫生与健康大会精神，紧紧围绕深化医药卫生体制改革目标，正确处理政府和市场关系，全面建立并不断完



善符合地区实际和医疗服务特点的医疗保险支付体系。充分发挥医疗保险支付体系的杠杆作用，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；按照医疗机构功能定位与服务能力，合理确定支付方式改革的病种，提高重大疾病患者与县域内医疗机构就诊患者医疗保障水平，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。

一是保障基本。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，促进医疗卫生资源合理利用，筑牢保障底线。

二是建立机制。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。

三是因地制宜。充分考虑医保基金统筹层次、支付能力、医保管理服务能力、医疗服务特点、疾病谱分布等因素，在已经开展支付方式改革的基础上，保持连续性，注重统一性，逐步完善



符合我市实际的基本医保支付方式。

四是统筹推进。统筹推进医疗、医保、医药各项改革，注重改革的系统性、整体性、协调性，发挥部门合力，多措并举，实现政策叠加效应。统筹推进城镇职工医保、城乡居民医保支付方式同步改革，统筹推进市级、县域内医疗机构支付方式同步改革，分级管理，分级负责，建立完善支付方式改革统筹推进机制。

（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。全市新农合管理部门分别选择不少于 150 个病种（病种组）实施按病种付费，到 2018 年，全市二级以上公立医院实施按病种付费的出院病例数要达到新农合总出院病例数的 50%。城镇职工医保和城镇居民医保也要结合实际，选择不少于 100 个病种实行按病种付费改革，到 2018 年，全市二级以上公立医院实施按病种付费的出院病例数要达到城镇职工医保和城镇居民医保总出院病例数的 30%。启动按疾病诊断相关分组（DRGs）付费研究与试点工作，鼓励有条件地区开展 DRGs 付费试点，鼓励各地完善按人头、按床日等多种付费方式。到 2020 年，医保支付方式改革覆盖所有医疗机构及医疗服务，全市二级以上公立医院实施按病种（床日）付费的出院病例数要达到公立医院出院病例数的 70%以上，全市范围内普遍实施



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。

二、改革的主要内容

(一) 实行多元复合式医保支付方式。针对不同医疗服务特点，推进医保支付方式分类改革。对住院医疗服务，主要按病种、按疾病诊断相关分组付费，长期、慢性病住院医疗服务可按床日付费；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，逐步将中医药适宜技术门诊病种和中医住院优势病种纳入按病种付费范围，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。(牵头责任单位：市卫生计生委、市人社局；配合单位：市医改办)

(二) 重点推行按病种收付费。坚持临床路径合理化前提下的按病种收付费改革，人力资源、卫生计生和物价等部门，要加强沟通协调，注重在病种选择、收付费标准核定等方面做好政策统一，2017年底前按病种收付费不少于100个病种。原则上对诊疗方案和出入院标准比较明确、诊疗技术比较成熟且质量可控、费用水平可考量的疾病实行按病种付费。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病种付费范围。已经实行按病种付费的要继续实施，并巩固完善。建立健全谈判协商机制，



新实施的病种付费，以既往费用数据和医保基金支付能力为基础，在保证疗效的基础上科学合理确定中西医病种付费标准，引导使用适宜技术，节约医疗费用。已经实施按病种收费的，要统一病种收费、付费标准，由医保基金和个人共同分担。完善按病种付费医保支付激励约束机制，既要提高医疗机构的积极性和主动性，又要控制医保支付费用和患者自付费用。（牵头责任单位：市卫生计生委、市人社局；配合单位：市医改办、市物价局、市发改委、市财政局）

（三）积极探索按疾病诊断相关分组付费。探索建立按疾病诊断相关分组付费体系。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。探索以疾病诊断相关分组技术为支撑进行医疗机构诊疗成本与疗效测量评价，加强不同医疗机构同一病种组间的横向比较，利用评价结果完善医保付费机制，促进医疗机构提升绩效、控制费用。加快提升医保精细化管理水平，逐步将疾病诊断相关分组用于实际付费并扩大应用范围。疾病诊断相关分组收费、付费标准包括医保基金和个人付费在内的全部医疗费用。（牵头责任单位：市卫生计生委、市人社局；配合单位：市医改办）

（四）推行完善按人头付费、按床日付费等支付方式。支持



分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设，依托基层医疗卫生机构推行门诊统筹按人头付费，促进基层医疗卫生机构提供更多优质医疗服务。各统筹地区要明确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。逐步从糖尿病、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，开展特殊慢性病按人头付费，鼓励医疗机构做好健康管理。有条件的统筹地区可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，患者向医院转诊的，由基层医疗卫生机构或家庭医生团队支付一定的转诊费用。对于精神病、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，可采取按床日付费的方式，合理确定不同病种的平均住院日和床日付费标准，同时加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的考核评估。（牵头责任单位：市卫生计生委、市人社局；配合单位：市医改办）

（五）强化医保对医疗行为的监管。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。按不同付费方式确定监控指标，形成科学合理的监管考核体系。加强对定点医疗机构执行政策行为的考核，将考核结果与医保基金支付挂钩，激励定点医疗机构主动参与医保管理。中医医疗机构考核指标应包括中医药服务提供比例。有条件的地方医保经办机



构可以按协议约定向医疗机构预付一部分医保资金，缓解其资金运行压力。各级医保经办机构要全面建立医保智能监控系统，将医保监管延伸到医务人员医疗服务行为，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。医疗机构要积极配合，主动接受监督。各统筹地区对各级各类医疗机构的监管考核结果每年向社会公布。（牵头责任单位：市卫生计生委、市人社局；配合单位：市医改办、市财政局）

（六）做好医保支付方式改革的基础性工作。要继续推进、完善医保信息系统建设和医疗机构信息系统标准化建设，加快制定医疗服务项目技术规范，全市范围内按省标准实现医疗服务项目名称和内涵的统一。逐步统一疾病分类编码（ICD—10）、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。（牵头责任单位：市人社局、市卫生计生委；配合单位：市发改委、市财政局、市物价局）

三、配套改革措施

（一）加强医保基金预算管理。按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，科学编制并严格执行医保基金收支预算。加快推进医保基金收支决算公开，接受社会监督。（牵头责任单位：

市财政局；配合单位：市卫生计生委、市人社局、市审计局）

各统筹地区要结合医保基金预算管理，尽快完善总额控制办法，提高总额控制指标的科学性、合理性。完善与总额控制相适应的考核评价体系和动态调整机制，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合理补偿，保证医疗机构正常运行。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。总额控制指标应向基层医疗卫生机构、儿童医疗机构等适当倾斜，制定过程按规定向医疗机构、相关部门和社会公开。（牵头责任单位：市人社局；配合单位：市财政局、市卫生计生委、市医改办）

有条件的统筹地区要将医疗机构点数法与预算总额管理、按病种付费等相结合，逐步使用区域医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。本统筹地区确定医保基金总额控制指标后，不再细化明确各医疗机构的总额控制指标，而是将项目、病种、床日等各种医疗服务的价值以一定点数体现，年底根据各医疗机构所提供服务的总点数以及地区医保基金支出预算指标，得出每个点的实际价值，按照各医疗机构实际点数付费，促进医疗机构之间分工协作、有序竞争和资源合理配置。（牵头责任单位：市人社局；配合单位：市财政局、市卫生计生委、市医改办）

（二）完善医保支付政策措施。严格规范基本医保责任边界，



基本医保重点保障符合“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。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。各县区要充分考虑医保基金支付能力、社会总体承受能力和参保人个人负担，坚持基本保障和责任分担的原则，按照规定程序调整待遇政策。科学合理确定药品和医疗服务项目的医保支付标准。（牵头责任单位：市卫生计生委、市人社局；配合单位：市医改办、市财政局）

结合分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设，引导参保人员优先到基层首诊，对符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线，将符合规定的家庭医生签约服务费纳入医保支付范围，促进基层开展全生命周期健康管理。按照医改政策要求，落实完善县域医共体医保按人头总额预算包干政策，探索对纵向合作的医联体实行医保总额付费等医保付费方式改革，合理引导双向转诊，发挥家庭医生在医保控费方面的“守门人”作用。各统筹地区要进一步完善慢性病医保支付政策制度，鼓励定点零售药店做好慢性病用药供应保障，患者可凭处方自由选择医疗机构或到医疗机构外购药。（牵头责任单位：市卫生计生委、市人社局；配合单位：市医改办、市食药监局、市财政局）

（三）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，控制医疗费用过快增长。推行临床路径管理，提高诊疗行为透明度。推进远程医疗服务与人工智能辅助诊疗工作，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，并为参保人就医选择提供参考。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、优劳优酬。规范和推动医务人员多点执业。（牵头责任单位：市医改办；配合单位：市卫生计生委、市人社局）

四、组织实施

（一）加强组织领导。各县区要充分认识深化医保支付方式改革的重要性，在医改领导小组领导下，进一步协调推进医保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。各级人力资源社会保障、卫生计生、财政、发展改革、物价等部门要根据各自职能，明确时间表和路线图，协同推进医保支付方式改革。

（二）切实抓好落实。各统筹地区要从改革大局出发，主动作为，按照本实施意见精神，在总结经验的基础上，结合本地实际，抓紧制定具体支付方式改革实施方案。要积极探索按疾病诊



断相关分组付费改革，遵循国家按疾病诊断相关分组管理与付费改革的技术规范和要求，积极推进试点工作，进一步提高医疗、医保精细化管理水平。

（三）做好监测评估。各县区医改领导小组要做好以按病种付费为主的支付方式改革指标监测，加强效果评估工作，既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进行纵向评估，又与周边地区、经济和医疗水平相似地区进行横向比较。通过评估，不断完善改革政策，总结推广经验做法，进一步健全全民医保制度，推进医疗、医保、医药“三医联动”。

淮南市人民政府办公室

2018年1月15日