

临沧市人民政府办公室文件

临政办发〔2017〕180号

临沧市人民政府办公室关于印发临沧市推进基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知

各县、自治县、区人民政府，市直各委、办、局：

《临沧市推进基本医疗保险支付方式改革实施方案》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真抓好贯彻执行。

（此件公开发布）

临沧市推进基本医疗保险支付方式改革实施方案

为贯彻落实《云南省人民政府办公厅关于推进基本医疗保险支付方式改革的实施意见》(云政办发〔2017〕98号)文件精神,充分发挥医保支付在调节医疗服务行为、引导医疗资源配置方面的重要杠杆作用,有效控制医疗费用不合理增长,结合我市实际,制定本实施方案。

一、总体要求

认真贯彻落实党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神,深入学习贯彻习近平总书记系列重要讲话以及考察云南重要讲话精神,落实全国、全省和全市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,全面建立并不断完善符合我市市情和医疗服务特点的医保支付体系。通过实施精细化管理,健全医保支付机制和利益调控机制,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,支持建立分级诊疗模式和基层医疗卫生机构健康发展,引导医疗资源合理配置和患者有序就医,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、主要目标

2017年12月底前,制定出台我市基本医疗保险付费总额控制实施办法和基本医疗保险按病种付费实施办法,全市实行按病种收费和付费的病种不少于100个。2018年起,推行按疾病诊

断相关分组（DRGs）付费试点。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。

到 2020 年，医保支付方式改革覆盖全市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、不同服务特点的多元复合式医保支付方式，按项目付费占比明显下降。

三、主要任务

（一）推进医保支付方式分类改革。针对不同医疗服务特点，分类改革，实行多元复合式医保支付方式。对住院医疗服务，主要总额控制付费、按病种付费，试点按疾病诊断相关分组付费，长期、慢性病住院医疗服务按床日付费。对基层医疗服务，按人头付费、床日付费，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，按项目付费。探索符合中医药服务特点的支付方式，逐步制定完善对中医服务倾斜和扶持的医保支付政策，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。（市人力资源社会保障局牵头；市财政局、卫生计生委配合，各县、自治县、区人民政府负责落实）

（二）建立和完善总额控制办法。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。（市财政局牵头；市人力资源社会保障局、卫生计生委配合，各县、自治县、区人民政府负责落实）

进一步建立和完善基本医疗保险总额控制付费方式，在城镇

基本医疗保险付费总额控制办法的基础上,深入调查,科学测算,合理制定出台基本医疗保险付费总额控制实施办法,提高基本医疗保险基金支付总额控制指标的科学性、合理性。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。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补偿,保证医疗机构正常运行。(市人力资源社会保障局牵头;市财政局、发展改革委、卫生计生委配合,各县、自治县、区人民政府负责落实)

(三)开展按疾病诊断相关分组(DRGs)付费试点。2018年起,开展按疾病诊断相关分组(DRGs)付费试点。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。按疾病诊断相关分组(DRGs)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。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(DRGs)用于实际付费并扩大应用范围。(市人力资源社会保障局、市发展改革委牵头;市财政局、卫生计生委配合,各县、

自治县、区人民政府负责落实)

(四)重点推行按病种付费。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,原则上实行按病种付费。参照国家和省级确定按病种结算的范围,实际确定不少于 100 个病种。做好按病种收费、付费政策衔接,合理确定收费、付费标准,由医保基金和个人共同分担。逐步将日间手术以及符合条件的门诊治疗纳入医保基金病种付费范围。(市人力资源社会保障局、市发展改革委牵头;市财政局、卫生计生委配合,各县、自治县、区人民政府负责落实)

(五)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优质医疗服务。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、慢阻肺、重性精神病、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,探索开展特殊慢性病按人头付费,鼓励医疗机构做好健康管理。积极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,采取按床日付费的方式,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。(市人力资源社会保障

障局牵头；市卫生计生委、财政局配合，各县、自治县、区人民政府负责落实）

四、实施步骤

按照省政府的部署和要求，结合临沧实际，我市重点推行的基本医疗保险支付方式改革分二个步骤组织实施。

（一）前期准备阶段（2017年9月23日至2017年12月31日）

1. 制定出台推进基本医疗保险支付方式改革实施方案。2017年9月30日前，由市人力资源社会保障局牵头，市财政局、卫生计生委、发展改革委配合，结合我市实际，研究草拟《临沧市关于推进基本医疗保险支付方式改革实施方案》，并报市政府审定后印发实施。

2. 制定出台医保支付方式改革相关配套政策。2017年12月31日前，由市人力资源社会保障局牵头，市财政局、卫生计生委、发展改革委配合，深入调查，科学测算，研究制定出台基本医疗保险按病种付费实施办法；在《临沧市城镇基本医疗保险付费总额控制实施办法（试行）》的基础上，结合实际，科学测算，研究制定出台基本医疗保险付费总额控制实施办法。

（二）具体实施阶段（2017年9月23日—2020年12月31日）

1. 2017年9月23日至2017年12月31日，城乡居民医保制度整合过渡期，继续施行城镇基本医疗保险付费总额控制和城乡居民医保（或新农合）门诊总额预付、床日付费、单病种付费和付费总额控制等多种付费方式。

2. 2018 年 1 月 1 日起，全面推行基本医疗保险付费总额控制制度和基本医疗保险按病种付费制度。建立健全谈判协商机制，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病种付费标准，引导适宜技术使用，节约医疗费用，并根据临床路径、手术方式及成本变化等因素对按病种付费范围和支付标准进行调整。

3. 2018 年起，在汲取市外按疾病诊断相关分组（DRGs）付费试点经验的基础上，统筹区内选择 1—2 家二级以上公立综合医院推行按疾病诊断相关分组（DRGs）付费试点。试点成熟后，全市二级以上公立综合医院全面推行按疾病诊断相关分组（DRGs）付费支付方式改革。基层医疗机构和民营医疗机构继续施行住院床日付费制。

4. 2018 年起，积极探索门诊按人头付费支付方式改革。支持分级诊疗模式和家庭医生签约服务，探索依托基层医疗卫生机构或家庭医生签约服务团队推行门诊统筹和特殊慢性病按人头付费。选择 1—2 个乡镇卫生院推行门诊按人头付费支付方式改革。试点成熟后，在全市基层医疗机构全面推行门诊按人头付费支付方式改革，促进基层医疗卫生机构提供优质医疗服务。

五、保障措施

（一）加强组织领导。市级各相关部门和各县（区）要充分认识深化医保支付方式改革的重要性，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、发展改革等部门要根据各自职能，协同推进医保支付方式改革。（市人力资源社会保障局牵头；市卫生计生委、财政局、发展改革委配合，各县、区人民政府负责落实）

（二）完善医保支付政策措施。科学确定医保支付范围及标准。要坚持临床必需、安全有效、价格合理原则，规范基本医保责任边界，按照全省统一的药品、医疗服务项目和基本服务设施目录报销相关费用。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。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。（市人力资源社会保障局牵头；市财政局配合，各县、自治县、区人民政府负责落实）

完善医保支付政策引导分级诊疗、家庭医生签约及医联体试点。结合分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设，建立差异化的支付政策，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，采取年初考核、年终考核和考核结果互认的方式支付。积极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付费，合理引导双向转诊，选择部分条件成熟的县（区）开展医疗共同体医保总额付费（或医保基金打包付费）。

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在医疗机构或到医疗机构外购药。（市人力资源社会保障局牵头；市卫生计生委配合，各县、自治县、区人民政府负责落实）

（三）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。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。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，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。不断完善医保信息系统，确保信息安全。积极探索将医保监管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。（市人力资源社会保障局牵头；市财政局、卫生计生委配合，各县、自治县、区人民政府负责落实）

（四）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。（市卫生计生委牵头；市财政局、人力资源社会保障局配合，各县、自治县、区人民政府负责落实）

规范医疗服务行为，推行临床路径管理。按照国家统一的医疗服务项目技术规范，实现全市范围内医疗服务项目名称和内涵

的统一。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，提高诊疗行为透明度，为推行按病种付费打下良好基础。（市卫生计生委负责；各县、自治县、区人民政府负责落实）

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，无偿向患者提供医疗费用的查询服务或住院费用一日清单，接受社会监督，并为参保人就医选择提供参考。（市卫生计生委负责；各县、自治县、区人民政府负责落实）

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。（市卫生计生委牵头；市人力资源社会保障局配合，各县、自治县、区人民政府负责落实）

（五）强化改革效果评估。各县（区）、市级各相关部门要认真开展支付方式改革效果评估，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，为完善政策提供支持，科学测算、合理制定改革方案，确保支付方式改革取得实效。通过医保支付方式改革，有效控制医疗费用不合理增长，在医保基金可承受的前提下，保证参保居民享受到安全、便捷、有效、价廉的医疗保障服务。（市人力资源社会保障

障局牵头；市卫生计生委、财政局、发展改革委配合，各县、自治县、区人民政府负责落实）

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委办公室，市中级人民法院，市检察院，临沧边合区管委会，各人民团体、企事业单位、大中专学校，中央、省属驻临单位，驻临军警部队。

临沧市人民政府办公室

2017年9月26日印发
