杭州市县域医共体医保支付方式改革

实施细则（征求意见稿）

为进一步深化我市医保支付方式改革,保障医保基金可持续运行，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)和浙江省医疗保障局等5部门《关于推进全省县域医共体基本医疗保险支付方式改革的意见》(浙医保联发〔2019〕12号)等文件精神，特制订本实施细则。

一、主要目标

根据省医疗保障局等五部门的统一要求，我市医保基金支出年增速原则上不超过10%，到2022年，基层就诊率达到65%以上，县域就诊率达到90%以上。2019年，医共体支付方式改革全面启动，进一步完善总额预算管理，制定按疾病诊断相关分组（以下简称DRGs）及其付费点数计算办法。2020年，医共体支付方式改革全面实施，在总额预算管理下的多元复合式支付方式基本建成。2021年，医保基金预算更加合理、分类方法更加科学、协同保障更加有力、资源配置更加有效的医保支付体系全面建成。

二、工作措施

(一)加强医保基金预决算管理

坚持以医保基金预算管理为基础，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，将医保支付方式改革覆盖全市所有定点医药机构（以下简称医药机构）。

1.科学编制医保基金收支预算。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、奖惩并重为原则，合理编制医保基金收支预算。根据全市上年度基金实际支出和预计支出增长情况核定基金支出总额，确保基金安全可持续运行。

2.强化激励约束机制。建立“结余留用、超支分担”的责任共担机制。充分发挥医共体对县域内外诊疗结构和医疗费用结构的调节作用，引导分级诊疗。统筹区医保基金年度清算出现结余或超支的，应在分析原因、厘清责任的基础上，由医药机构和医保基金按一定比例留用或分担。适当留用和分担的比例由基本医疗保险费用结算管理联席会议研究决定并根据基金收支结余情况动态调整。

3.优化决算管理。进行医保基金年度决算和清算时，对于确因政策变动、疾病爆发等客观因素导致基金支出发生重大变动的，医保总额预算可给予合理调整。

(二)实施总额预算管理下的多元复合式医保支付方式改革

在现有医保支付方式基础上，结合本地实际，加快推进在总额预算管理下的DRGs点数法付费、按床日付费、按人头付费和按项目付费等相结合的复合式支付方式改革。对住院医疗服务，主要按DRGs点数法付费；对长期、慢性病住院医疗服务，逐步推行按床日付费；对门诊医疗服务，探索结合家庭医生签约服务，实行按人头付费；探索符合中医药服务特点的支付方式。

1．完善总额预算管理

（1）按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，根据各医药机构的医疗费决算情况、同级同类医药机构的平均费用水平，以上一年度医保基金收支决算结果为基础，综合考虑下一年度收入预算、重大政策调整、上年度医疗费的变化情况以及本市经济社会发展水平等因素确定下一年度预算总额。

（2）根据确定的医保基金支出总额预算，合理分配住院及门诊预算额度。未实施DRGs点数法付费前，总额预算管理按现行医疗保险医疗费用结算管理有关规定执行，医共体作为一个整体，下达预算指标并进行考核。实施DRGs点数法付费后，住院医疗费应以统筹区为一个整体预算单位（含异地就医费用），不再细分到各医共体及其他医药机构。

（3）医保经办机构可根据医药机构前后两年的实际变化情况，经核实后对该医药机构的预算额度进行调整。

（4）进一步完善对医药机构总额预算各项考核指标的下达、决算、清算等管理措施。医保经办机构可根据医药机构上年度指标执行情况，合理确定下一年度各项指标。对于同级同类医疗费用，应坚持“同病、同治、同标准”的原则，避免不同地区、不同医药机构间的不平衡。

（5）确保合理有效的医疗服务。医保经办机构可根据统筹区参保人数及疾病谱变化等因素综合评定，年度内医药机构服务人数应在合理范围内，对于医药机构人为制造就诊人头致使医保总额预算管理指标失真的，其增加的人头数可作为无效人头予以剔除。

（6）医保经办机构要细化拨付额度控制，对费用异常增长的，要予以暂缓拨付费用。总额预算年度清算结束后，医药机构被查实既往年度存在违规，导致总额预算管理指标失真的，应对其相关年度发生的医疗费用进行重新考核清算，已支付的相关医保基金予以追回。

（7）总额预算年度清算时，对因医保违规被处理或正在处理的医药机构，其中发生的费用未超过决算指标的，不予增加决算额。对已解除医保服务协议，并按规定进行费用清算的医药机构，当年度不再对其总额预算管理考核。

2．重点推行DRGs点数法付费

根据省里统一部署，全市统一协调推进DRGs点数法付费。市里统一建设DRGs点数法付费相关项目，项目及所需相关工作经费由同级财政承担。2019年12月31日前完成试点定点医疗机构（以下简称医疗机构）疾病分组目录及病组点数测算，在模拟运行评估后再按DRGs点数法付费。

（1）执行省级制定的DRGs标准。统一执行国家颁布的疾病分类、手术操作、诊疗项目、药品分类、医用耗材编码、病案首页等标准，以开放性、参与性、本地化为遵循。DRGs点数付费办法执行省医疗保障局会同相关部门制定的标准。

（2）地市计算DRGs点数。以治疗产生的全部费用为依据，计算所辖区域内入组疾病的基准点数、各病组点数。

（3）统筹区确定DRGs点值。各统筹区根据区域实际结算医疗服务总点数和医保基金支出预算指标等因素，确定每点的实际价值，并以各医疗机构的服务总点值为支付依据，清算年度医保基金。

（4）医疗机构要高度重视医疗基础信息的管理，规范病案管理，提高病案质量，重视病案首页的书写。严格按照规定填写住院病案首页，保证病案首页上传准确。

（5）医疗机构要严格规范医疗服务行为，保证医疗安全和质量。不得违规分解住院、故意修改诊断结论、升级诊断和操作编码、提供医疗服务不足、推诿重患、将费用分解至门诊或者让参保人员自费。

3．稳步推进按人头付费。优先将已签约参保人员的门诊医疗费用，按人头包干给其所属医共体；逐步实现对未签约的参保人员，可按区域进行包干，其中城乡居民（不含大学生）和灵活就业人员可按参保人员户籍所在地或常住地进行划分，大学生按高校所在地进行划分，单位职工可按单位所在地进行划分。参保人员在所属医共体外就医发生的门诊费用，除去综合考虑人口迁移、疾病等特殊因素的费用后，统计在其所属医共体的预算内。激励基层医疗卫生机构提供优质医疗服务，做好健康管理，将按人头付费方式与慢性病管理相结合。科学合理界定按人头付费方式的基本医疗服务范围和支付标准。

4．加快推进按床日付费。开展长期、慢性病等住院医疗服务按床日付费试点。选取若干医疗机构作为试点，对精神病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗的疾病，考核评估平均住院天数、日均费用及疗效，实行按床日付费。落实按床日付费考核试点，各地要积极跟进。按床日付费标准可根据各地实际情况确定。

（三）协同推进配套措施

1．稳步推进分级诊疗制度。将家庭医生签约服务与分级诊疗制度建设相结合，引导参保人员到基层首诊，实现双向转诊，充分发挥家庭医生在医保控费方面的“守门人”作用。合理拉开不同等级医疗机构（含医共体内成员单位）报销比例。参保人员未按县域医共体县乡两级疾病诊疗目录和双向转诊管理办法等有关规定办理转诊手续，自行到统筹区域外医疗机构就诊的，应提高个人自付比例，原则上不低于10%。对在医共体内实现基层首诊、双向转诊的住院参保人员，视为一次住院，不再重复计算起付线，起付线按较高等级医疗机构标准确定。

2．推进医疗服务价格改革。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，合理确定医药费用总量。通过集中采购、规范诊疗等行为，降低药品、器械、耗材等费用，严格控制不合理检查、检验费用。在腾出调价空间的基础上，积极推进医疗服务价格动态调整，进一步优化医院收支结构，逐步提高医疗技术服务收入占比，不断理顺医疗服务比价关系。要进一步完善医共体医疗服务价格改革考核办法，使改革取得实效。

3．探索医药机构评价体系。依托信息化技术，探索建立医药机构医疗服务质量评价体系，包含医药机构费用控制、基础运行绩效、医疗服务质量管理和就诊人员满意度调查等内容，加强对医药机构服务质量的评价管理。完善医药机构考核办法，合理确定考核项目和评分标准，客观、公正、真实反映医药机构的医疗保障服务工作。

4．健全医药机构管理机制。完善医保服务协议管理，将监管重点从单一的医疗费用控制转向医疗费用和医疗质量双控制。进一步加强对医疗服务行为事前、事中、事后的监管，完善监督、管理、服务相结合的监管机制。不断加强和完善医保信息系统建设，充分利用大数据统计分析功能，及时发现和查处违规行为。完善医保医师年度积分管理制度，建立医保医师诚信档案库，逐步将医保医师违规行为纳入公共信用信息平台管理。建立医药机构费用指标定期排序管理机制，督促医药机构加强内部管理，逐步营造规范服务、公平竞争的良好氛围。建立违规行为定期公示制度，定期公布医药机构各类违规情况等信息，接受社会监督。

5．加强对异地就医医保基金支出管理。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医药机构设置在警示名单中，加强日常审核力度。

6．提升医保服务管理能力。深化医保领域“最多跑一次”改革，将部分医保窗口功能前移至县域医共体，提升经办服务便民化水平。加强医保经办管理水平，按照“事前预算告知、每月数据分析、年中重点约谈、全程跟踪监管”的程序，对费用指标和医疗服务质量进行考核评价。重点发挥县域医共体医保、质控、病案及信息化人才的作用，通过互学、互评、互审等方式，提高县域医共体的医保队伍能力水平。

三、实施要求

（一）加强组织领导。各地要高度重视医共体支付方式改革工作，统一思想、提高认识、加强领导，相关部门根据各自职能，排出时间表、路线图，保障医共体支付方式改革相关的人财物的落实。成立DRGs付费改革工作组，加强组织协调，研究解决相关问题。建立由医保部门牵头组成的医保结算联席会议，负责研究决定医疗费结算管理过程中的重大问题。

(二)明确责任落实。医保部门要牵头组织实施医共体支付方式改革工作，组织制定相关配套政策，监督指导医共体支付方式改革推进工作。卫生健康部门要加强基层医疗卫生机构服务能力建设，优化医疗机构绩效评价，完善与县域医共体支付方式改革相匹配的考核办法,制定并实施分级诊疗目录和双向转诊管理办法。财政部门要积极支持县域医共体支付方式改革工作，将改革成效作为县域医共体建设补助资金的重要因素。人力社保部门要根据改革绩效，建立适合医共体支付方式改革的薪酬制度，支持医疗保险从业人员开展专业技术职务的评价工作；在新的医保信息系统建立之前，为医保部门提供持续有效的信息支撑。市场监管部门负责加强对药品安全生产和流通的管理，督促药店积极配合医共体支付方式改革。医共体牵头医院负责完善医保绩效考核及分配制度等相关配套管理办法；加强医保、质控、信息化等专业技术人员队伍能力建设；规范填写病案首页，准确上传明细数据；加强对其包干的参保人员的就诊费用的核查,依规引导参保人员在基层就诊。

（三）加强宣传引导。医保支付方式改革是一项长期而复杂的系统工程，要坚持正确的舆论导向，充分调动各方参与医保支付方式改革的积极性、主动性和创造性，为医保支付方式改革营造良好的舆论氛围和社会环境。

（四）严格监督检查。各级医保部门要会同有关部门，通过调研、专项督查、定期评估等方式，及时总结推广经验，指导各地有序推进医共体支付方式改革，对督查中发现的问题，相关部门、单位要列出清单、明确责任、限时整改；对改革推进不力或拒不执行的相关部门、单位及医药机构，要进行情况通报、约谈负责人、追究责任。

四、其他

未开展医共体建设的其他医药机构的医保支付方式改革，参照本实施细则执行。