# 鄂尔多斯市人民政府办公厅关于印发进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知

鄂府办发〔2018〕16号

各旗区人民政府，市人民政府各部门，各直属单位，各大企事业单位：

经市人民政府同意，现将《鄂尔多斯市进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案》印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

鄂尔多斯市人民政府办公厅

2018年3月2日

## 鄂尔多斯市进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案

根据《内蒙古自治区人民政府办公厅关于印发内蒙古自治区进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（内政办发〔2017〕164号）精神，为深入推进基本医疗保险支付方式改革，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，结合我市实际，制定本方案。

一、总体要求

（一）基本原则

1.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。

2.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。

3.因地制宜。坚持从实际出发，充分考虑医保基金支付能力、医保管理服务能力、医疗服务特点等因素，积极探索创新，实行符合实际的医保支付方式。

4.统筹协调。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。

（二）主要目标

进一步加强医保基金预算管理，在总额预算的基础上，全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。我市实行按病种付费的病种不少于100个，探索按疾病诊断相关分组付费，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、支付方式改革主要内容和实施步骤

（一）全面实施按病种付费

1.加强医疗服务规范化管理。全面贯彻执行国家医疗服务项目技术规范、临床路径等行业技术标准，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并加强质量控制，逐步实现医疗服务项目名称和内涵的统一，为推行按病种付费打下良好基础。

2.做好病种选择和费用测算。选择医疗费用较为稳定、出院病例较多、治疗方法相对成熟、疗效确切、个体差异较小、纳入临床路径管理的病种，在各级医疗卫生机构实施按病种付费。所选病种可包含日间手术以及符合条件的蒙中西医门诊病种。按照医疗机构级别、病种临床路径和每个病种近2至3年平均费用标准为基本测算依据，合理测算确定按病种付费标准。

3.按照《内蒙古自治区基本医疗保险按病种付费改革试行办法》（内人社发〔2017〕1号）和《内蒙古自治区人力资源和社会保障厅 卫生和计划生育委员会关于进一步推进基本医疗保险按病种付费改革工作的通知》（内人社办发〔2017〕197号）规定，对于已经明确收费标准的病种，由医保基金和个人共同分担。职工基本医疗保险基金对三级医院支付比例为80%，参保职工负担20%，对二级医院支付比例为85%，参保职工负担15%，对其它医院支付比例为90%，参保职工负担10%；城乡居民基本医疗保险基金对三级医院支付比例为70%，参保居民负担30%，对二级医院支付比例为80%，参保居民负担20%，对其它医院支付比例为90%，参保居民负担10%。

4.全面推进按病种付费。各旗区要按照我市按病种付费实施方案组织实施，可以探索新增病种及其付费标准、就医流程和报销政策。2018年起，在完善政策的基础上进一步增加按病种付费病种数量，逐步扩大医疗机构覆盖面。

5.加强监督管理。严格控制病种变异率，杜绝升级诊断、分解住院、推诿病人、串换药品、转移费用和减少必要诊疗服务等行为。引导定点医疗机构主动控制成本，优化诊疗流程，规范医疗行为，避免过度治疗、过度检查、过度用药，切实控制医疗费用不合理增长。

（二）推广实施按床日付费

1.确定实施范围。选择需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病开展按床日付费。优先选择精神病实施按床日付费，合理制定床日付费标准。

2.做好监督管理。严格控制平均住院日和次均住院费用，严格管理不按医疗原则治疗、无故缩短或延长住院日、放宽住院标准、推诿重症患者、降低服务质量等行为。

（三）探索按疾病诊断相关分组付费

具备条件的旗区可开展按疾病诊断相关分组付费试点。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。开展按疾病诊断相关分组付费的试点旗区，可探索使用点数法分配医保基金。

（四）建立完善门诊按人头付费制度

1.积极推广门诊慢性病按人头付费。选择糖尿病、高血压、慢性肾功能衰竭等治疗方案标准、评估指标明确的门诊慢性病，合理测算人头费用标准，在基层医疗卫生机构（苏木乡镇卫生院、嘎查村卫生室、社区卫生服务中心、社区卫生服务站）实施特慢病门诊按人头付费。基层医疗卫生机构不具备实施条件的可延伸到二级及以上医院。

2.逐步实施普通门诊按人头付费。支持分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设，逐步建立普通门诊统筹制度，在基层医疗卫生机构开展普通门诊按人头付费，满足参保人员日常门诊就医需求。

3.做好政策衔接。结合家庭医生签约服务工作，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。

（五）鼓励支持使用蒙中医药服务

1.加大对蒙医药支持力度。将符合条件的蒙医医疗机构纳入医保协议管理范围，执行我市统一的差别支付政策，支付比例进一步向蒙医中医倾斜。将符合规定的蒙成药、蒙药院内制剂、蒙药饮片和蒙医特色诊疗技术纳入基本医疗保险支付范围。其中蒙成药、蒙药医院制剂和蒙药饮片按照甲类药品管理。鼓励使用蒙医药中医药服务，引导运用成本相对较低、疗效较好的蒙医中医诊疗项目，将蒙医中医非药物疗法和治未病服务纳入门诊统筹范围。

2.制定蒙医药特色支付政策。改革蒙医医疗服务价格形成机制，积极探索按病种、按服务单元定价，引导医疗机构和医务人员发挥蒙医药特色优势。在确定单病种付费标准时，可试行按区域内蒙医、中医、西医同病种综合平均成本测算，探索制定“同区域、同级别（医院）、同病种、同费用”的付费标准。

三、保障措施

（一）加强医保基金预算管理

1.做好基金预算管理。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。严格执行医保基金总额预算管理，提高总额预算指标的科学性、合理性。总额预算指标应向基层医疗卫生机构、儿童医疗机构、蒙医中医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。

2.制定基金支付原则。健全医保经办机构和医疗卫生机构之间的协商谈判机制和激励约束机制，医疗机构实际发生费用低于约定支付标准的，结余部分由医疗机构留用；实际费用超过约定支付标准的，超出部分由医疗机构承担；对于合理超支部分，可在协商谈判基础上，由医疗机构和医疗保险基金分担。有条件的旗区医保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。

（二）完善医保支付政策措施

1.明确医保基金支付范围。按照“临床必需、安全有效、价格合理”的原则，在基本医保支付范围内实施支付方式改革，与疾病治疗无直接关系的公共卫生、体育健身或养生保健等费用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。

2.发挥医保基金调控作用。支持建立完善分级诊疗制度，通过调整医保支付政策向基层倾斜，引导参保人员优先到基层首诊，合理引导双向转诊。支持家庭医生签约服务制度建设，通过门诊按人头付费将符合规定的家庭医生签约服务费纳入医保支付范围。支持医疗联合体建设，探索对纵向合作的医联体通过实行医保总额付费等方式，引导医联体内部初步形成较为科学的分工协作机制和较为顺畅的转诊机制。

（三）强化医保对医疗行为的监管

1.加强协议管理。各旗区要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。要根据不同支付方式特点和各级各类医疗机构的功能定位和服务内容，针对重点环节，完善细化评价指标、考核办法以及监督管理措施，建立支付方式评价体系，制定相应的约束和激励措施，将考核结果与医保基金支付挂钩。蒙中医医疗机构考核指标应包括蒙中医药服务提供比例。

2.全面实施医保智能监控。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。

（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。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，并为参保人就医选择提供参考。探索建立对诊疗行为的科学合理性与行业合规性专家评价制度与纠错机制，加强外部监督。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。

四、组织实施

（一）加强组织领导。各旗区要高度重视深化医保支付方式改革的重要性，在医改领导小组领导下，协调组织各有关部门共同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。各旗区人力资源社会保障部门要做好支付方式改革费用测算和组织实施工作；卫生计生部门要加快推进临床路径管理，进一步规范医疗机构诊疗行为，提高基层医疗卫生机构服务能力；财政部门要加强基金预算管理，做好医保基金收支测算；发展改革部门要做好医疗服务收费标准的制定，加强收付费政策的衔接和对医疗机构执行价格情况的监督检查；蒙中医药部门要做好蒙中医诊疗服务与支付方式改革政策的衔接；各协议管理医药机构要加强内部监管，按照政策规定严格规范诊疗服务行为。

（二）切实抓好落实。各旗区要按照方案要求，认真贯彻落实，按时组织实施。

（三）广泛开展政策宣传。各旗区要广泛宣传支付方式改革政策，提高相关部门、医保经办机构、协议管理医疗机构和广大医务人员对推进支付方式改革重要性、必要性和迫切性的认识，认真做好相关人员政策培训，提高管理能力和水平，保证支付方式改革工作顺利实施。

（四）完善信息系统建设。人社部门要加强基本医保信息化建设。支付方式改革涉及医保各类报销政策的调整，各旗区应当按照支付方式改革的需要及时调整信息系统，使用信息化方式推动支付方式改革政策的落实。

（五）做好总结评估。按照自治区评估方案，适时考核评估各旗区支付方式改革推进情况，及时总结推广好的经验做法。各旗区要组织开展改革效果评估，评估改革前后医疗费用、医疗服务数量和质量、医保待遇水平、参保人员健康水平等指标，为完善政策提供支持。

附件：

1.按病种付费定额标准

2.日间手术费用定额标准