**关于深化城镇基本医疗保险支付方式改革的指导意见**

**苏人社发[2015]230号**

各市、县（市、区）人力资源社会保障局、财政局、卫生计生委、物价局：

　　为深化基本医疗保险支付方式改革，更好地发挥医保支付对医疗服务供需双方的引导和对医疗费用的制约作用，提高基金使用效率，根据《省委省政府关于深化医药卫生体制改革建设现代医疗卫生体系的意见》（苏发﹝2015﹞3号）和《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发﹝2015﹞38号）的要求，结合实际提出如下意见。

　　一、城镇医保支付方式改革的目标任务和基本原则

　　全省各统筹地区应结合基金收支预算管理，全面开展医疗保险付费总额控制，到2015年底，覆盖区域内50%以上的定点医疗机构，并逐步扩大到所有定点医疗机构。积极推进门诊统筹按人头付费，总结推广病种分值付费，大力推行住院、门诊大病按病种付费，有条件的地区，按病种付费的病种力争达到100个。建立健全医疗保险经办机构与医疗机构的谈判协商机制与风险分担机制，到2020年，逐步建成与基本医疗保险制度发展相适应，激励与约束并重的复合式医保支付制度。

　　城镇医保支付方式改革的基本原则是：（一）科学合理。总额控制指标和病种支付标准要以定点医疗机构历史结算数据和基金预算为基础，统筹考虑成本上涨、基金收支、医疗服务变化及分级诊疗和基层医疗卫生机构发展等情况，进行科学测算并合理确定。（二）总额控制。坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，合理确定支付标准，保障参保人员基本医疗需求，合理利用医疗卫生资源，控制医疗费用过快增长。（三）激励约束。建立结余转用、超支分担的激励约束机制，完善监督考核办法，提高定点医疗机构控制成本和规范医疗行为的主动性、积极性。（四）谈判协商。建立健全医保经办机构与定点医疗机构的谈判协商机制，通过谈判合理确定总额控制指标、病种支付标准以及按人头付费标准等关键指标。（五）强化管理。全面推进医疗保险智能监控，发挥医保监控作用，维护参保人员权益，确保付费方式改革后医疗服务水平不降低、质量有保障。

　　二、深入开展城镇基本医疗保险复合式支付方式改革

　　（一）稳妥实行基本医疗保险支付总额控制

　　1、合理确定统筹地区总额控制指标。统筹地区要综合考虑三年以上定点医疗机构发生的符合基本医疗保险支付范围住院费用结算情况，结合年度基金收支预算安排，在按当年统筹基金筹集总额的5%提取风险调剂金和当年统筹基金总额（不含参保单位和个人一次性预缴保费当年分摊以外部分和个人账户划拨费用）的10%左右预留考核调剂金的基础上，扣除异地就医、大病保险、门诊统筹等费用，综合考虑各类支出风险因素，合理确定住院医疗费用年度总控指标。对次年住院医疗费用总控指标的设定，要严格以上年住院费用预算控制额为基数，结合当年基金收支和医疗费用合理增长等因素确定。在开展总控的同时，要维护参保人员基本权益，医疗机构要将参保人员住院期间自费医疗费用控制在住院总费用的8%以内，不增加参保人员个人负担。

　　2、细化分解总额控制指标。医保经办机构要根据统筹地区年度总额控制指标和定点医疗机构级别、类别、特点以及提供的医疗服务数量和质量，结合医药分开、分级医疗服务体系建设等因素，通过谈判协商，合理分配各定点医疗机构年度住院费用总控指标。各定点医疗机构总控指标由基数和调整系数计算生成。总控指标基数是根据上年度定点医疗机构总控预算指标和实际执行情况确定，调整系数应综合考虑定点医疗机构住院人次人头比、次均费用增幅等因素确定。也可将高额医疗费用单列在总额控制指标之外。首次实行总额控制的定点医疗机构，可以该定点医疗机构三年以上的医疗费用水平为基数，也可参照同级同类定点医疗机构的平均医疗费用水平确定。各统筹地区应于每个医保结算年度结束后1-2个月内通过谈判协商将总额控制指标细化落实到各定点医疗机构（实行病种分值结算的地区除外）。并按照基本医疗保险对不同类别与级别定点医疗机构的差别支付政策，注重向基层医疗机构倾斜，适应分级医疗服务体系建设和基层医疗卫生机构与医院双向转诊制度的建立，支持合理有序就医格局的形成。

　　3、建立激励约束机制。严格基金预算执行力，强化总控约束力。按照结余转用、超支分担的原则，合理确定基本医疗保险基金和定点医疗机构对结余资金额度与超支费用的处理和分担办法，增强医疗机构医疗费用控制责任，提高基金使用效率。对低于年度预算总额并完成规定服务量和指标要求的，结余部分可由协议医疗机构结转留用，用于抵冲下年度超总额控制指标费用；对超出年度预算总额的合理医疗费用由医保基金和医疗机构共同承担，具体分担比例和范围由各地在定点服务协议中予以明确，所需医保基金从考核调剂金中予以解决。

　　（二）积极开展基本医疗保险按病种付费

　　1、加快推进按病种付费。各地要选择临床诊疗路径明确、并发症与合并症少、治疗技术成熟且质量可控、费用水平可考量的常见病、多发病，以及儿童白血病、先心病等重大疾病优先开展按病种付费。鼓励将一些在门诊可以开展且比住院开展更方便的手术病种纳入到按病种付费范围，实施日间手术按病种付费。

　　2、合理确定病种结算指标。对各级各类医疗机构的病种付费标准由经办机构与定点医疗机构根据基金支付能力和以往规范治疗费用情况，综合考虑医疗机构类型、等级、功能定位等因素统一谈判商定。病种付费标准应根据价格指数、医保基金支付能力、医疗费用支出水平、医学科技发展、合理的临床路径等相关政策变化适时调整。

　　3、切实保障参保人员待遇水平。参保患者报销医疗费用实行即时结算，职工医保和居民医保患者实际报销额不低于病种医保结算价的80%和70%，患者只需交纳个人支付部分，其余费用由定点医疗机构与医保经办机构结算。医疗机构不得收取额外药品、检查、治疗和医用材料等医疗费用。

　　4、积极推广总额控制下的病种分值结算。有条件的地区要将总额控制与病种分值付费相结合。病种分值付费是指统筹地区在确定本地区医保基金年度总额控制指标的同时，将每一住院病种确定相应的分值，根据每月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，并按照各个医疗机构提供的分值向医疗机构付费。开展病种分值付费的，不需要将总控指标分解到各定点医疗机构，促进医疗机构之间的竞争。中医院与同级西医综合医院实行同一病种分值折算系数，合理确定同一病种不同等级医疗机构分值折算系数，对特殊病例实行分值单议，确保分值确定和年终决算信息公开、流程透明。

　　（三）着力推进基本医疗保险门诊统筹按人头付费

　　依托基层定点医疗机构开展门诊统筹，门诊统筹实施按人头付费。通过个人账户功能拓展等方式，逐步实施职工医保门诊统筹。健全居民医保门诊统筹，当期用于门诊统筹的资金约占当年居民医保统筹基金20%，门诊统筹资金分配按照人头、按月下达到各定点医疗机构。到2017年，80%左右的参保人员每年选择一家社区医疗机构作为门诊统筹定点医疗机构，签约定点医疗机构人头付费总额与人头数和人头包干费相关。将基层医疗机构的转诊率、费用控制率等纳入医保结算考核激励范围，并控制在合理水平。发挥基层社区医疗机构守门人作用，鼓励社区医疗机构与上级医疗机构之间开展预约挂号、预约分诊工作，有序推动基层首诊和双向转诊，签约人员转诊发生的门诊医疗费用纳入签约医疗机构年度总决算。研究探索对签约服务包有关支持措施。积极推动高血压、糖尿病等慢性病管理进社区，提高保障绩效。

　　（四）全面规范基本医疗保险按项目付费

　　按项目付费是基本医疗保险付费的重要基础。各地要严格执行基本医疗保险“三个目录”，合理确定支付比例。对辅助治疗作用的药品，可适当加大个人支付比例，拉开与其他药品的支付比例档次；适当提高中医药服务报销比例。省各有关部门要加强合作，建立多部门药品、医疗服务和耗材等相关信息交流共享机制、采集机制和评估机制，根据有关信息变化情况，及时维护和完善医疗保险“三个目录库”。按国家要求，探索建立药品、耗材等支付标准的形成机制。加强对医疗服务行为的监管，加快实施医疗费用监控和数据挖掘系统建设，会同价格主管部门建立收费清单定期抽查制度，重点加强对急危重症、使用高值药品和特殊医用材料的医疗费用的审核，防止过度检查、过度治疗，防止医疗机构分解项目，分解收费、乱收费。

　　积极协同推进分级诊疗和双向转诊制度机制建立，实行差别化的医保支付政策，对没有按照转诊程序就医的，降低医保支付比例；对严格执行转诊程序的，其住院起付线实行累积计算，由基层医疗机构按规定转诊到上级医疗机构的，其在基层医疗机构收取的起付线累加到上级医疗机构起付线中，由上级医疗机构转诊到基层医疗机构康复、治疗的，免收基层医疗机构住院起付线。

　　三、建立健全医保经办机构与医疗机构的协商谈判机制

　　加快建立各类医疗保险经办机构和定点医疗机构之间公开、平等的谈判协商机制和分担机制，注重发挥医疗机构的主观能动性。要通过谈判协商，提高医疗机构对付费方式改革的共识，体现总额控制指标分配过程的公平性和科学性，提高年终考核清算的合理性，合理确定费用标准、分担比例、服务内容、考核指标等各项标准。医疗保险经办机构在谈判协商中要遵循公开、公平、公正的原则，应在谈判协商前向医疗机构公开年度医疗保险基金收支预算和总额付费方案，对谈判的组织、管理、方式和纠纷处理方法等进行积极探索。要注重协商对象的代表性，有条件的地区可按级别、类型将医疗机构分为若干组，通过医疗机构推举代表或发挥医疗卫生行业协会作用等进行组间和组内讨论，促进医疗机构间公平竞争。

　　四、强化医保基金预算与执行管理

　　完善基本医疗保险基金收支预算管理制度，在编制基本医疗保险收入预算的基础上进一步强化支出预算，并将基金预算管理和费用结算相结合，加强预算的执行力度。各统筹地区要根据近几年当地医疗保险基金实际支付情况，结合参保人数、年龄结构和疾病谱的变化以及政策调整和待遇水平等因素，于每年底编制完成下一年基金支出预算。市级统筹的地区还要在建立市级基金预算管理制度基础上，根据市、县（市、区）两级医疗保险经办机构分级管理权限，对基金预算进行细化和分解。各地要严格执行预算安排，对执行过程中，因重特大疾病医疗费用高导致预算难以执行的，可以采取特例单议，适时调整医疗机构年度预算指标，减少医疗机构预算执行偏差。同时，要严格执行预算，强化预算的严肃性，在年底总额决算、考核激励时必须严格执行预算计划。

　　五、严格医疗服务的绩效考评与监管

　　逐步建立对总控实施情况绩效考评办法，医疗保险经办机构应与定点医疗机构协商将总额控制率、重复住院率、人次人头比、个人负担比例、次均费用、住院病人自费率、外购药品情况以及患者满意度调查等纳入绩效考评指标体系，防范推诿拒收病人、减少服务内容、降低服务标准、增加个人负担、虚报服务量等行为发生，保证医疗服务质量不降低。以信息化建设为基础，以业务需求为导向，加快智能监控体系建设，合理确定监控规则和阈值，加强对医疗行为的监管，及时查处违规行为，不断提高监控质量和效率。畅通举报投诉渠道，明确监测指标，加强重点风险防范。要建立部门联动工作机制，加强对违约、违规医疗行为的查处力度。

　　六、提高医保费用结算与基金使用效率

　　统筹地区医疗保险经办机构要将总额控制指标与具体付费方式和标准相结合，将总控指标按月分解，并设立周转金，按照定点服务协议的约定预付医疗机构医保基金，以缓解医疗机构资金运行压力。医保经办机构要优化经办流程，缩短结算周期，不断提高基金拨付效率，实现医保资金按月结算、年终清算。对于定点医疗机构结算周期内未超过总控指标的医疗费用，医疗保险经办机构应根据协议按时足额拨付；超过总控指标部分的合理医疗费用，按协议规定由医保基金和医疗机构分担。

　　七、加强医保支付方式改革的组织领导

　　（一）加强组织领导。深化医保支付方式改革是医疗保障体系建设和可持续发展的重要部分，要与医疗服务价格、公立医院运行机制、分级诊疗等政策衔接。各地医改领导小组要高度重视，把深化医疗保险支付方式改革放在建设现代医疗卫生体系全局加以考量，纳入医改工作总体部署，切实加强组织领导，深化政策研究，妥善方案制定，统筹各方力量，认真加以推进，确保取得成效。

　　（二）落实部门责任。各地人力资源社会保障部门要按此文件精神的要求，牵头组织实施城镇基本医疗保险支付方式改革工作，积极会同相关部门及所属各县（市、区）组织制定具体实施方案和配套措施，明确工作责任。卫生计生部门要加强基层医疗卫生机构能力建设，全面落实分级诊疗相关规定，切实加强对医疗机构医疗服务行为的监管，督查指导医疗机构配合推进医保支付方式改革。价格主管部门要合理核定医疗服务价格，建立医疗服务价格动态调整机制，加强对医药价格的监管，防止医药价格不合理上涨。其他相关部门要密切配合，积极支持深化医保支付方式改革。

　　（三）明确时间要求。2015年三季度，南京、苏州、镇江、新沂、启东和建湖6个深化医改先行试点地区要按照本意见要求，率先出台当地深化医保支付方式改革的政策文件；其他10个省辖市要抓紧研究制定深化支付方式改革政策措施。在2016年1月起所辖各县（市、区）全面实施总额控制，有序推动按病种付费、按人头付费等付费方式改革。

　　（四）开展交流评估。各地医改领导小组要注重不同地区、不同险种之间支付方式改革成果的交流，及时总结经验做法，加以推广。要进行支付方式改革效果的评估，既要对改革前后医疗费用、医疗服务数量和质量、参保人员健康水平进行纵向评估，也要与周边地区、经济和医疗水平相似地区进行横向比较，通过评估改革效果为完善政策提供支持。

　　（五）准确引导舆论。各地要做好政策解读，明确未来发展方向，坚持正确舆论引导，为改革推行营造良好的舆论氛围。各地改革过程中出现的新情况、新问题，各地要及时研究，妥善处理并报省相关部门。

　　江苏省人力资源和社会保障厅 江苏省财政厅

　江苏省卫生和计划生育委员会 江苏省物价局

　2015年8月3日