

淄博市人民政府办公室 关于推进区域点数法总额预算和按病种 分值付费试点工作的实施意见

淄政办发〔2021〕11号

各区县人民政府，高新区、经济开发区、文昌湖区管委会，市政府各部门，各有关单位，各大企业，各高等院校：

为贯彻落实国家、省深化医疗保障制度改革意见，持续推动医保支付方式改革，根据《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发〔2020〕45号）要求，结合我市实际，经市政府同意，现就推进我市区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作提出如下实施意见。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，坚持以人民为中心，按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，把点数法和区域总额预算结合，在医保基金统收统支的基础上，健全以按病种分值付费（Diagnosis-Intervention Packet, DIP）为主的多元复合

支付方式，医疗保障经办机构（以下称经办机构）按照“预算管理、总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的方式，与定点医疗机构结算。建立现代化的数据治理机制，形成数据采集、存储、使用的规范和标准。完善医保与医疗机构的沟通谈判机制。提高医保基金使用绩效，提升医保精细化管理服务水平，促进医疗资源有效利用，着力保障参保人员基本医疗需求。

二、主要内容

（一）科学编制年度统筹基金支出总额预算实施方案

市医保部门根据市人大核准的医保基金收支预算，统筹基金在留取 10% 市级风险备用金后，按照以收定支、收支平衡、略有节余原则，科学编制年度统筹基金支出总额预算实施方案。职工医保与城乡居民医保统筹基金预算单独核算、单独编制。

1. 普通门诊统筹支出预算。根据上年度门诊费用情况测算普通门诊统筹支出人均定额标准，按照定额标准和参保签约人数确定普通门诊统筹支出预算。

2. 门诊慢性病补助支出预算。根据上年度门诊慢性病补助平均费用增长情况和门诊慢性病发病率变化，确定门诊慢性病补助支出预算。

3. 异地联网结算和零星报销支出预算。根据上年度实际支出情况和合理增长幅度，确定异地联网结算支出和零星报

销支出预算。

4. 其他付费方式支出预算。根据上年度实际支出情况和合理增长幅度，确定血液透析、腹膜透析、单病种、精神病、安宁疗护等付费方式支出预算。

5. 大病保险支出预算。根据省规定的筹资标准和我市实际参保人数，确定大病保险支出预算。

6. 按病种分值付费支出预算。年度基本医疗保险费收入（不含利息收入）扣除市级风险备用金、普通门诊统筹支出、门诊慢性病补助支出、异地联网结算和零星报销支出以及其他付费方式等支出后，确定按病种分值付费支出预算。按病种分值付费支出预算含日间手术、生育住院、紧密型医共体住院医疗费用支出预算。

7. 按病种分值付费调节金预算。年终清算上述 1—4 项预算支出不足时，使用市级风险备用金补足。补足后有剩余的，剩余部分的 70%纳入按病种分值付费年度结算，同时调整按病种分值付费住院支出年度结算总额；剩余部分的 30%作为年度按病种分值付费住院调节金，主要用于合理超支费用的调剂补偿。

（二）健全医保结算机制

1. 普通门诊统筹结算。采取按人头付费结算方式。根据普通门诊统筹签约人数和普通门诊支出定额标准与定点医疗机构结算。

2. 门诊慢性病补助结算。采取按人头付费结算方式。根据门诊慢性病签约人数和慢性病支出定额标准与门诊慢性病协议服务单位结算。积极探索按病种分值付费结算方式。

3. 异地联网结算支出和零星报销结算。采取按项目付费结算方式，根据医疗保险政策规定结算。

4. 其他付费方式结算。血液透析、腹膜透析、单病种费用按定额标准结算，精神病、安宁疗护住院支出按床日付费方式结算。

5. 大病保险支出结算。大病保险按照基本医疗保险医疗费用结算办法，与基本医疗保险实行一体化结算，经办机构按照省有关规定与商业保险公司结算。

6. 按病种分值付费支出结算。在总额预算前提下，对结算期内定点医疗机构发生的住院医疗费用进行分值量化后，由经办机构与定点医疗机构结算。

（三）完善病种分值付费办法

1. 病种的确定

（1）基准病种的确定。筛选临床路径明确、并发症与合并症少、诊疗技术成熟、质量可控且费用稳定的病种作为基准病种，测算其次均住院费用并确定其病种分值。

（2）核心病种和综合病种的确定。根据定点医疗机构近3年出院病例的疾病主要诊断、手术与操作，以年发生病例数15例（含）作为临界值筛选出核心病种，其他病种作

为综合病种。

2. 病种分值的确定。病种分值分为病种标准分值以及疾病严重程度辅助目录、费用异常病种、特殊病种、无分值病种、外聘专家病种、日间手术病种、按病种收费及中医优势病种、目录外自费项目超标病种分值等。病种标准分值根据各病种及基准病种的医疗费用,分别计算出各病种标准分值。病种分值实行动态管理。

3. 定点医疗机构系数的确定。定点医疗机构系数由基本系数和加成系数组成,综合考虑不同级别定点医疗机构基金平均支出比例关系、功能定位、医疗技术水平、专科特色、病种结构类型、医保管理水平等反映医疗机构综合水平和成本的相关因素,设定定点医疗机构系数。基本系数原则上按三级综合甲等定点医疗机构、其他三级定点医疗机构、二级综合甲等定点医疗机构、其他二级定点医疗机构、一级定点医疗机构(社区卫生服务中心)、甲等镇卫生院、其他镇卫生院划分。对基层医疗机构、中医医疗机构和国家级、省级重点学科等设定加成系数。

4. 结算管理

(1) 医保周转金预付。根据各定点医疗机构上年度月平均基金支付额和考核情况,由经办机构向其预付医保周转金,按照“年初预拨,年末对账”方式管理。

(2) 月度预结。根据各定点医疗机构月度按病种分值

付费支出预算为依据，结合该定点医疗机构和全市定点医疗机构当月按病种分值付费医保统筹基金实际记账情况，确定各定点医疗机构预结算额。

（3）年度结算。根据各定点医疗机构结算期内各病种分值总和、分值点值，以及定点医疗机构系数进行年度结算。对疑难复杂病例，建立专家评审制度，确定特殊病种分值。

（4）全年清算。根据年度考核情况，核减定点医疗机构月度预结算费用总和及病例审核违规费用扣减、履约保证金扣除等费用，进行年终清算，并对各定点医疗机构合理超支部分予以分担。

5. 按病种分值付费具体实施办法，由市医保部门会同市卫生健康、财政部门另行制定。

（四）加强监督考核评价体系建设

针对病种分值付费医疗服务的特点，充分利用大数据实施监管，将住院率、转诊转院率、次均费用、人头人次比、检查费用占比、参保人自费项目费用比例和医疗服务质量、临床路径管理、合理用药等指标纳入医疗保险服务协议，强化对医疗机构的费用控制和质量管控，切实提高精细化管理能力。加强基于病种的量化评估，促进医疗服务透明化，避免高套分值、分解住院等行为。引入参保人满意度调查、同行评议等评价方式，完善考核评价办法，将监督考核评价结果与医保实际付费挂钩，不断提升医保服务水平。

三、保障措施

市医保部门要牵头成立试点领导机构，建立与医疗机构沟通协商机制，加强学习交流，及时总结经验做法，做好典型推广，充分调动医疗机构的积极性；要做好组织宣传，让社会各界充分了解和理解支付方式改革在提高医疗资源使用效率、改善医疗服务可及性、提高医务人员积极性方面的重要作用，为试点工作营造良好舆论氛围。财政部门要加强医保基金预算管理。卫生健康部门要加强医疗机构管理，配合做好相关工作。定点医疗机构要健全完善管理制度，规范诊疗行为，坚持合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，严格遵守医保规定，引导患者合理就医。各区县、各有关部门要加大实施力度，压实工作责任，细化完善各项措施，注意预防化解存在的各种风险，确保试点工作顺利推进，取得实效。

本意见自 2021 年 9 月 10 日起施行，有效期至 2024 年 12 月 31 日。《淄博市人民政府办公厅关于进一步推进基本医疗保险支付方式改革的实施意见》（淄政办发〔2016〕15 号）同时废止。

淄博市人民政府办公室

2021 年 8 月 6 日

（此件公开发布）