|  |  |
| --- | --- |
| 温州市医疗保障局温州市财政局温州市人力资源和社会保障局温州市卫生健康委员会 | 文件 |
| 温医保发〔2019〕3号 |

温州市医疗保障局 温州市财政局 温州市人力资源和社会保障局 温州市卫生健康委员会关于印发《温州市推行多元复合医保支付方式改革工作方案》的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局、人力资源和社会保障局、卫生健康局、温州医科大学各附属医院、市属各医疗机构：

为贯彻落实国务院办公厅《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）和省、市关于县域医共体医保支付方式改革的工作要求，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杠杆作用，更好地保障参保人员权益、规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长，特制定《温州市推行多元复合医保支付方式改革工作方案》，现印发给你们，请遵照执行。

温州市医疗保障局 温州市财政局

温州市人力资源和社会保障局 温州市卫生健康委员会

 2019年5月20日

温州市推行多元复合医保支付方式

改革工作方案

一、工作目标

结合全面推进县域医共体建设，在全市基本医疗保险定点医疗机构推行住院服务按疾病诊断相关分组（DRGs）付费为主的多元复合支付方式改革，到2019年底，多元复合支付方式总体框架基本形成。到2020年，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医保支付方式，按DRGs付费方式普遍推开，按项目付费占比明显下降，基本医疗保险基金支出增长率控制在10%以内。

二、基本原则

(一）保障基本，提高基金使用效率。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，在建立和完善医保总额预算基础上开展住院按DRGs付费为主的多元复合支付方式改革，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，促进医疗卫生资源配置和合理利用，筑牢基金保障底线。

(二）公开公正，建立动态维护机制。坚持标准公开、路径公开、培训公开、专家库公开、资金管理公开，建立“五个机制”，即健全医保政策对医疗行为的激励约束和对医疗费用的调控机制，建立医疗机构“结余留用、超支分担”的激励和风险分担机制，健全医保经办机构与医疗机构间谈判协商机制，建立与医疗机构就疾病诊断分组结果下医保费用结算管理的沟通反馈机制，强化医疗机构的自我管理和行业自律意识，促进医疗机构从规模扩张向内涵式发展转变。

(三）夯实基础，积极稳妥分类推进。按照“方案设计、模拟测试、实际付费”三步走思路推行按DRGs付费方式改革，做好基础数据的规范化管理，促进民营和基层医疗机构提高信息化程度，先综合性医院再专科医院，先模拟运行再实际付费，确保积极稳妥分类推进，不影响医院正常运行和参保人享受待遇。坚持点面联动，瑞安市省级县域医共体建设试点已于2018年启动医保支付改革工作，其他医共体要在2019年全面开展。

三、主要任务

(一）加强医保基金总额预算管理。加快推进医保基金各项政策纵向统一，坚持以医保基金预算管理为基础，实施基本医疗保险付费总额控制，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。在按DRGs付费前，各县（市、区）要将医共体整体作为医保基金预算单位，科学核定和安排医保预算总额。

(二）重点推行住院按DRGs付费。规范统一全市医保定点协议机构的病案首页书写规范、疾病诊断分类编码、手术操作编码、医学名词术语及医学数据字典等临床病历信息和医保收费信息，完善有关信息支撑系统，制定符合国家、省有关要求又有地方特色的疾病分组模型。调整和完善与DRGs付费相适应的医保支付和医院管理系列政策措施，建立和持续改进疾病分组病案筛查分类知识规则库，规范制定药品、诊疗服务和疾病相关的支付规则体系，对疾病分组进行持续优化和完善，不断提高基于智能审核的医保控费监管能力。

（三）完善多元复合付费方式。对基层门诊医疗服务，逐步推进结合家庭医生签约按人头付费并与慢性病管理相结合。各统筹区要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。条件成熟的统筹区科学后测算后可将门诊基金按人头打包支付给基层医疗机构或家庭医生团队。对精神疾病等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，可采取按床日付费的方式，加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的考核评估。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可实行按病种付费，将日间手术以及符合条件的中医药病种门诊治疗纳入医保基金病种付费范围。对异地住院、特殊病种等不宜打包付费的医疗服务，可继续按项目付费，减少按项目付费基金支出占总基金支出的比例。

（四）构建定点医疗机构评价考核体系。建立数据统计分析及病例审查机制，定期对本地疾病谱、医疗机构诊疗行为、医疗服务量变化、参保人疾病经济负担等因素进行分析。每月对病案分组结果正确性和合理性进行筛查，对费用异常病例进行审查，为医保部门合理支付提供支持。完善医保服务协议管理，探索建立定点医疗机构医疗服务质量评价体系，完善定点医疗机构考核办法，进一步规范医保定点协议机构管理和医务人员诊疗行为。

（五）促进分级诊疗和全生命周期健康管理。将多元复合支付方式与分级诊疗、家庭医生签约服务等制度相结合，探索在医共体模式下，通过对基层医疗机构、儿童医疗机构或对特定疾病设立政策倾斜系数等支付杠杆，有效促进医共体内医疗资源合理配置，引导患者合理就诊。通过县域医共体医保基金节余留用机制，促进预防关口前移，促进全生命周期的主动健康管理，充分发挥基层医务人员“健康和基金”的双守门人作用。

四、**实施步骤**

（一）基础工作准备阶段（2019年3-6月）

市本级和各医保统筹区做好基础调研，形成工作方案，建立组织机构，开展宣传动员，督促各医疗机构加强病案质量管理，启动系统接口改造，完成前期基础性工作；明确纳入住院按DRGs付费改革的医疗机构，结合医共体建设明确门诊按人头付费改革的试点机构、参保对象和病种等。

（二）系统部署落地阶段（2019年6-12月）

完成市分组器平台架构，完成历史数据采集、清洗。开展各项数据映射对照、数据分析、与医院开展多轮沟通反馈，各统筹区确认疾病分组结果。完成市级权重计算，各统筹区做好总额预算，计算病组点值，出台按DRGs付费操作细则和按人头付费办法，实现DRGs系统上线试运行。

（三）开展模拟运行阶段（2020年1-6月）

全市住院按DRGs付费上线模拟运行。医共体门诊按人头付费办法，开展模拟运行督导检查，组织开展模拟运行评估。针对评估结果，查找问题，督促改进，树立典型，总结阶段性经验。

（四）启动实际付费阶段（2020年7-12月）

具备条件的统筹区或医共体可以启动住院按DRGs付费、门诊按人头付费等复合支付方式付费。做好宣传工作，搭建上下联动、相互交流的工作平台，培养本地化专家队伍，建立常态化工作机制，不断完善温州特色的医保支付体系。

五、保障措施

(一）提高思想认识。推行多元复合式医保支付方式是深化医改的关键环节，也是一项专业性强、涉及利益面广的复杂工程，各地各部门要充分认识深化医保支付方式改革的重要性和艰巨性。各县（市、区）要注重改革的系统性、整体性、协调性，坚持医疗、医保、医药联动改革，建立符合本地实际的医保支付体系，妥善处理支付方式改革衔接工作，实现改革平稳过渡和政策叠加效应。各有关部门、单位要明确职责、协同推进、形成合力，高水平高效率推进医保支付方式改革工作。

（二）加强组织领导。成立市医保支付方式改革工作协调小组，由市政府领导任组长。协调小组下设办公室，办公室设在市医疗保障局，具体负责医保支付方式改革的实施指导、统筹协调，督促改革任务按时、有序、有效推进。各县（市、区）要建立相应的工作机制。

（三）加强技术支撑。聘请第三方学术团队为本市医保支付方式改革开展学术指导和阶段性评估，提高改革工作的专业性、实用性和权威性。各县（市、区）也要组建专家组，吸纳医院管理、临床专家、病案管理、信息技术、财务管理等专家，承担工作方案咨询、协商、规则调整等工作；同时，要培养一支业务能力强、管理水平高的经办队伍和掌握DRGs技术路径、熟悉医保政策及医保管理目标的专业队伍。各医疗机构要加强学习，积极参与专项培训，加强编码员等专业人才队伍建设，加大病案质量管理力度，为项目实施提供智力支持和信息支撑。

（四）加强督查考核。多元复合式医保支付方式工作列入市对县（市、区）年度考核内容。各县（市、区）要结合支付改革不断完善统筹区内的医保服务协议管理，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，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，不断提高医保基金使用效率。

|  |
| --- |
| 抄送：温州医科大学 |
| 温州市医疗保障局办公室 2019年5月 20日印发  |