

杭 州 市 医 疗 保 障 局  
杭 州 市 卫 生 健 康 委 员 会  
杭 州 市 财 政 局  
杭 州 市 人 力 资 源 和 社 会 保 障 局  
杭 州 市 市 场 监 督 管 理 局

文件

杭医保〔2019〕30 号

---

杭州市医疗保障局 杭州市卫生健康委员会  
杭州市财政局 杭州市人力资源和社会保障局  
杭州市市场监督管理局关于印发《杭州市县域  
医共体医保支付方式改革实施细则》的通知

各区、县(市)医疗保障局(分局)、卫生健康局、财政局、人力社保局、市场监管局,有关单位:

现将《杭州市县域医共体医保支付方式改革实施细则》印发

给你们,请认真组织实施。



杭 州 市 医 疗 保 障 局



杭 州 市 卫 生 健 康 委 员 会



杭 州 市 财 政 局



杭 州 市 人 力 资 源 和 社 会 保 障 局



杭 州 市 市 场 监 督 管 理 局

2019 年 9 月 27 日

# 杭州市县域医共体医保支付方式改革 实施细则

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,结合我市实际,制定本实施细则。

## 一、主要目标

按照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。

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。根据统筹区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,由定点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,医保总额预算指标可给予合理调整。

## (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,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探索。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,根据各定点医药机构的医疗费决算情况、同级同类定点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、门诊、定点药店购药预算额度。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,住院医疗费以统筹区所有定点医疗机构作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定点医疗机构。

(3)医保经办机构可根据定点医药机构前后两年的实际变化情况,经核实后对该定点医药机构年初下达的预算额度进行调整。

(4)进一步完善对定点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定点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,避免不同定点医药机构间的不平衡。

(5) 确保合理有效的医疗服务。年度内定点医药机构服务量应在合理范围内,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,对于定点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,无效人头予以剔除。

(6) 医保经办机构要加强拨付额度控制管理,对费用异常增长的,可予以暂缓拨付费用。总额预算年度清算结束后,定点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,可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定点医药机构,其实际发生费用未超过决算指标的,不予增加决算额。已解除医保服务协议的定点医药机构,按规定提前清算医疗费用,其中因违规被解除医保服务协议的,每月未拨付的 5% 部分不予支付。

## 2. 重点推行 DRGs 点数法付费

根据省统一部署,全市统一协调推进住院医疗费 DRGs 点数法付费。市级统一建设 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。在完成试点定点医疗机构疾病分组目录、病组点数测算以及模拟运行评估后,按 DRGs 点数法付费。

(1) 执行省级制定的 DRGs 标准。以开放性、参与性、本地化为遵循,执行全省统一的疾病分类、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。

(2) 市级计算 DRGs 点数。以治疗产生的全部费用为依据,计算全市入组疾病的基准点数、各病组点数。

(3) 统筹区确定 DRGs 点值。根据区域内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,并以各定点医疗机构的服务总点值为支付依据,清算年度医保基金。

(4) 定点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) 定点医疗机构要严格规范医疗服务行为,保证医疗安全 and 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、推诿重症患者、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;逐步探索对未签约的参保人员按区域包干医疗费,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,原则上应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。选取若干定点医疗机构作为试点,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。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。合理拉开不同等级定点医疗机构(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,自行到统筹区域外定点医疗机构就诊的,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,起付线按较高等级定点医疗机构标准确定。

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。进一步完善医共体医疗服务价格改革考核办法。



3. 探索定点医药机构评价体系。依托信息化技术,探索建立定点医药机构医疗服务质量评价体系,包含定点医药机构信息管理、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,加强对定点医药机构服务质量的评价管理。完善定点医药机构考核办法,合理确定考核项目和评分标准,客观、公正、真实反映定点医药机构的医疗保障服务工作。

4. 健全定点医药机构管理机制。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。加强对异地就医医保基金支出管理。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。建立定点医药机构费用指标定期排序管理机制,督促定点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,定期公布定点医药机构各类违规情况等信息,接受社会监督。

5. 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。不断提升医保经办管理水平,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。建立健全由医保部门牵头组成的基本医疗保险费用结算管理联席会议制度,对医疗费结算管理过程中的重大问题进行研究决定。

(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。市场监管部门负责药品质量监督管理,督促企业落实药品质量安全主体责任;推动零售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,完善基于DRGs的财务管理、成本管理、质量管理;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。各地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,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、单位及定点医药机构,要进行情况通报、约谈负责人、追究责任。

#### **四、其他**

未参与医共体建设的其他定点医药机构的医保支付方式改革,参照本实施细则执行。



---

抄送：省医保局、省卫健委、省财政厅、省人社厅、省药品监督管理局

---

杭州市医疗保障局办公室

2019 年 9 月 27 日印发

---