



重庆市人民政府办公厅 关于印发重庆市进一步深化基本医疗保险支付 方式改革实施方案的通知

渝府办发〔2018〕114号

各区县（自治县）人民政府，市政府有关部门，有关单位：

《重庆市进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

重庆市人民政府办公厅

2018年8月16日

（此件公开发布）



重庆市进一步深化基本医疗保险支付方式改革 实施方案

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）精神，进一步做好我市深化基本医疗保险支付方式改革工作，特制定本方案。

一、总体要求

（一）指导思想。

全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中全会精神，坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实习近平总书记视察重庆重要讲话和参加重庆代表团审议时重要讲话精神，按照党中央、国务院决策部署，落实全国卫生与健康大会精神，紧紧围绕深化医药卫生体制改革目标，正确处理政府与市场关系，全面建立并不断完善符合我市市情和医疗服务特点的医保支付体系。健全医保支付机制和利益调控机制，实行精细化管理，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，支持建立分级诊疗模式，促进基层医疗卫生机构健康发展，切实保障广大参保人员基本医疗权益和医保制度长期可持续发展。

（二）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。建立健全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. 创新方式。充分考虑我市医保基金支付能力、医保管理服务能力、医疗服务特点、疾病谱分布等因素，积极探索创新，实行符合我市实际的医保支付方式。

4. 统筹推进。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。

（三）主要目标。

2018年起，进一步加强医保基金预算管理，全面推行总额预算管理下以总额控制和按病种付费为主的多元复合式医保支付方式；贯彻落实100个单病种付费，加强单病种临床路径管理，合理制定并动态调整单病种医保支付标准；探索将日间手术、恶性肿瘤放化疗日间病房等纳入医保支付范围；选择部分医疗机构开展按疾病诊断相关分组（DRGs）付费试点；完善按人头、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，全市范围内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、改革的主要内容

（一）实行多元复合式医保支付方式。针对不同医疗服务特点，推进医保支付方式分类改革。对住院医疗服务，主要实施总额预算管理下的总额控制付费和按病种、按疾病诊断相关分组付费，长期、慢性病住院医疗服务按床日付费；对基层医疗服务按人头付费，积极探索按人头付费与慢性病管理相结合；对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用，可按项目付费。探索符合中医药服务特点的支付方式，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。（市人力社保局牵头，市财政局、市卫生计生委、市物价局按照职责分工负责）

（二）重点推行按病种付费。原则上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实行按病种付费。逐步将日间手术以及符合开展条件的医疗机构纳入医保基金病种付费范围。贯彻落实 100 个单病种付费，引导医疗机构因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗；建立健全谈判协商机制，以既往费用数据和医保基金支付能力为基础，在保证疗效的基础上科学合理确定中西医病种付费标准，引导适宜技术使用，节约医疗费



用。做好按病种收费、付费政策衔接，合理确定并动态调整收费、付费标准，由医保基金和个人共同分担。

贯彻落实全国统一的医疗服务项目技术规范，逐步统一疾病分类编码（ICD—10）、手术与操作编码系统，明确病历及病案首页书写规范，落实符合基本医疗需求的行业技术规范，为有序推行按病种付费打下良好基础。（市人力社保局、市财政局、市卫生计生委、市物价局按照职责分工负责）

（三）开展按疾病诊断相关分组付费试点。根据国家统一安排，探索建立按疾病诊断相关分组付费体系。按疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平等进行病种分组，坚持分组公开、分组逻辑公开、基础费率公开，结合实际确定和调整完善各组之间的相对比价关系。以疾病诊断相关分组技术为支撑进行医疗机构诊疗成本与疗效测量评价，加强不同医疗机构同一病种组间的横向比较，利用评价结果完善医保付费机制，促进医疗机构提升绩效、控制费用。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。（市人力社保局、市财政局、市卫生计生委按照职责分工负责）

（四）完善按人头付费、按床日付费等支付方式。支持分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设，依托基层医疗卫生机构



推行门诊统筹按人头付费，促进基层医疗卫生机构提供优质医疗服务。探索完善居民医保门诊统筹制度，进一步引导参保人员到基层医疗卫生机构就医。逐步从糖尿病、高血压、慢性肾功能衰竭等治疗方案标准、评估指标明确的慢性病入手，开展特殊慢性病按人头付费，鼓励医疗机构做好健康管理。对于精神病、安宁疗护、医疗康复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，同时加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的考核评估。（市人力社保局牵头，市财政局、市卫生计生委按照职责分工负责）

（五）强化医保对医疗行为的监管。完善细化医保服务协议管理，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。根据全市各级各类医疗机构的功能定位和服务特点，建立透明量化的考核评价机制，分类完善科学合理的考核评价体系，将考核结果与医保基金支付挂钩。中医医疗机构考核指标应包括中医药服务提供比例。

完善医保经办机构向医疗机构预付部分医保资金措施，强化效能评估，缓解医疗机构资金运行压力。全面推开医保智能监控工作，加强医保智能审核技术应用，利用信息化手段对门诊、住院诊疗行为及费用开展全程监控和智能审核。不断完善医保信息系统，确保信息安全。通过政府购买服务方式，探索引入第三方强化医保基金监管。建立健全医保医师制度，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。加大对骗保欺诈等医保违法行为的打击惩戒力度。(市人力社保局牵头,市卫生计生委按照职责分工负责)

三、配套改革措施

(一)加强医保基金预算管理。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,全力推进医保基金收支预决算公开,接受社会监督。

继续结合医保基金预算管理完善总额控制办法,提高总额控制指标的科学性、合理性。完善与总额控制相适应的考核评价体系和动态调整机制,对超总额控制指标的医疗机构合理增加的工作量,根据全市医保基金预算执行情况和监管考核情况,按合理超支分担的原则,根据协议约定给予补偿。健全医保经办机构与医疗机构之间的协商机制,促进医疗机构集体协商。总额控制指标应向基层医疗卫生机构、儿童医疗机构等适当倾斜,制定过程按规定向医疗机构、有关部门和社会公开。

应用点数法完善医保基金总额控制。在医保预算执行中,积极探索将点数法与医保总额控制付费管理以及按病种付费相结合,逐步使用区域(或一定范围内)医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。探索采取点数法确定我市医保基金总额控制指标后,不再细化明确各定点医疗机构的总额控制指标,将项目、



病种、床日等各种医疗服务的价值以一定点数体现，根据各医疗机构所提供服务的总点数以及医保基金支出预算指标，得出每个点的实际价值，按照各医疗机构实际点数付费，促进医疗机构之间分工协作、有序竞争和资源合理配置。（市人力社保局牵头，市财政局、市卫生计生委按照职责分工负责）

（二）完善医保支付政策措施。严格规范基本医保责任边界，基本医保重点保障符合“临床必需、安全有效、价格合理”原则的药品、医疗服务和基本服务设施相关费用。公共卫生费用、与疾病治疗无直接关系的体育健身或养生保健消费等，不得纳入医保支付范围。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。科学合理确定药品和医疗服务项目的医保支付标准。

结合分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设，引导参保人员优先到基层首诊，对符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线，将符合规定的家庭医生签约服务费纳入医保支付范围。探索对各区县（自治县，以下简称区县）行政区域内纵向合作的医疗联合体实行医保基金总额控制，合理引导双向转诊，发挥家庭医生在医保控费方面的“守门人”作用。继续完善门诊特病管理制度，在强化监管同时，为参保人员提供精准、便捷服务。（市人力社保局牵头，市财政局、市卫生计生委按照职责分工负责）



（三）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，在确保医疗安全前提下，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，为参保人就医选择提供参考。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。（市人力社保局、市卫生计生委、市财政局按照职责分工负责）

四、组织实施

（一）加强组织领导。各区县政府、市政府有关部门和单位要深刻认识深化医保支付方式改革的重要性，立足长远，统筹兼顾，加强领导，落实责任，协调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。

（二）明确部门职责。全市各级人力社保、卫生计生、财政、物价等部门要根据各自职能，协同推进医保支付方式改革，明确时间表、路线图，做好规划和组织落实工作。人力社保部门要充分发挥牵头作用，加强组织协调，深入调查研究，不断完善支付方式改革政策；卫生计生部门要强化行业监管，加强医疗服务精



细化管理，督促医疗机构建立健全医疗费用控制机制；财政部门要对医保基金的收支、管理实施监督；物价等有关部门要按职责做好相关工作。

（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，各区县政府、市政府有关部门和单位要加强政策解读和宣传引导，回应社会关切，争取各方支持，促进定点医疗机构规范行为，提高基本医疗保险基金使用效率。

（四）做好总结评估。各区县政府、市政府有关部门和单位要做好医保支付方式改革的效果评估，重点对改革前后医疗费用、医疗服务数量和质量、医保待遇水平、参保人员健康水平等进行纵向评估，为进一步完善政策提供支持。