

江门市人力资源和社会保障局  
江门市财政局文件  
江门市卫生和计划生育局

江人社发〔2016〕440号

---

**关于印发江门市基本医疗保险付费方式改革  
试行方案的通知**

各市、区人民政府，市有关单位：

《江门市人力资源和社会保障局 江门市财政局 江门市卫生和计划生育局关于江门市基本医疗保险付费方式改革试行方案》业经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

江门市人力资源和社会保障局

江门市财政局

江门市卫生和计划生育局

2016年10月24日

# 江门市人力资源和社会保障局 江门市财政局 江门市卫生和计划生育局关于江门市基本 医疗保险付费方式改革试行方案

根据《中华人民共和国社会保险法》（主席令第三十五号）和人力资源和社会保障部《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》（人社部发〔2011〕63号）规定，为加强基本医疗保险基金支付管理，结合我市实际，经市人民政府同意，制定本试行方案。

## 一、指导思想

改革基本医疗保险付费方式，是深化医药卫生体制改革的一项重要内容，也是当前我市基本医疗保险的一项紧迫性工作。严格按照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，提高基本医疗保险基金（以下简称医保基金）使用效率，加强医保基金支付管理。通过建立健全评价考核制度，引导和激励各类资金、各级政府加大对基层医疗卫生机构的投入，加快完善基本医疗保障体系建设，切实提高基层医疗的服务能力，落实分级诊疗制度，确保医保控费及合理诊疗取得实效。

## 二、工作目标

通过全面推进基本医疗保险付费方式改革，建立健全基金管理的激励和约束机制，强化基金预算及安全监管制度，促进分级诊疗政策体系不断完善，确保基金安全可持续运行，从而实现基金“收支平衡，略有结余”的目标。

### 三、基本原则

**(一) 收支平衡。**坚持基金以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

**(二) 保障基本。**坚持保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生资源合理利用，控制医疗费用过快增长的原则。

**(三) 考核调控。**坚持“结余留用、超支分担”，鼓励各市、区政府培育和发展基层医疗卫生机构，开展家庭医生式服务（含家庭医生诊所开展的家庭医生服务，下同），鼓励三级甲等医院服务基层社区及居民，引导定点医疗机构控制成本、提高服务质量、规范医疗行为的原则。

### 四、改革的内容和措施

#### **(一) 加强基金预算管理。**

**1.合理科学编制预算。**各级社保经办机构、人力资源社会保障行政部门、财政部门应严格根据社会保险基金预算要求，按照“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则，合理科学编制职工基本医疗保险（以下简称职工医保，含公务员基本医疗保险和公务员医疗补助，下同）和城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡医保）基金收支预算（以下简称基金预算）。（各级财政部门、人力资源社会保障部门（含社会事务局，下同）、社保经办机构分别负责。注明“分别负责”的由各部门按职责分别牵头，其余无特别说明的改革内容工作任务，由排第一位的部门牵头，下同）

**2.强化预算执行管理。**各市、区政府严格执行社保基金预算管理制度，按照各级人大基金全口径预算的要求，将职工医保和

城乡医保基金收支预算纳入本级全口径预算编制,强化预算执行管理,加强执行情况分析,确保医保基金预算管理制度刚性要求落实。社会保险基金预算调整严格按照规定程序办理。(各市、区政府、市财政局、市人力资源社会保障局、市社保局分别负责)

## **(二) 制定总额控制指标。**

**1.确定基金总额控制指标。**以年度医保基金预算为基础,在扣除参保单位和个人一次性预缴保费(保留当年支出分配额)、统筹区域外就医(含社保经办机构零星报销)、大病保险资金支出、特定病种门诊补助支出、普通门诊统筹支出、个人账户资金支出等费用,以及用于调整控制支出总额的预留控制指标(按不超过预算总额的15%预留,主要用于定点医疗机构出现年度结算超支情况下的补偿,和用于考核各市、区促进基层定点医疗机构优化结构、加强医疗保险基金监管、控制医保费用不合理增长、提高医保服务水平等方面工作)后,并在综合考虑各类支出风险的情况下,统筹考虑物价水平、参保人员医疗消费水平等因素,分别确定职工医保和城乡医保基金向定点医疗机构医疗费用支付的年度总额控制目标。职工医保和城乡医保基金(剔除省级风险调剂金和市级风险储备金)当期结余率原则上控制在10%左右。(各级社保经办机构、市人力资源社会保障局、市财政局、市卫生计生局分别负责)

**2.确定各定点医疗机构的年度结算额。**根据各定点医疗机构近三年服务提供住院医疗费用的情况(年份由远至近分别按10%、20%、70%的权重计算)和新一年度待遇支付费用总额测

算情况，按照定点医疗机构不同级别、类别、定点服务范围、有效服务量以及承担的首诊、转诊任务、重点专科、新技术、新设备投入以及高额费用（含药品、材料、检查和手术等）等因素，将年度总额控制指标分解落实到各定点医疗机构。在年度总额控制指标分解时，应确保基层定点医疗机构有合理比重。各定点医疗机构总额控制指标分解按照基数和调整系数进行计算确定，调整系数应综合考虑定点医疗机构的级别、类别、服务范围、服务特色、有效服务量、承担的首诊转诊任务、次均费用等因素后确定。市直定点医疗机构由其所在行政区域内的社保经办机构签订服务协议，并进行医保管理和费用结算。（行政区域内的社保经办机构牵头负责，异地医疗机构实时结算和协议管理工作由市社保局负责）

**3.总额控制指标的调整。**发生以下情形时，可对定点医疗机构年度总额控制指标作适当调整，或在年终结算时予以考虑。

- （1）定点医疗机构经卫生计生等部门同意扩大规模；
  - （2）发生重大政策调整、影响范围较大的突发事件、市场价格大幅变动等；
  - （3）定点医疗机构因内部大修停止部分医疗服务等；
  - （4）定点医疗机构被暂停或终止服务协议；
  - （5）其他确需调整总额控制指标的情况。
- （各级社保经办机构分别负责）

**4.总额控制指标确定、分解和调整的程序。**总额控制指标确定、调整由各级社保经办机构提出，经当地基本医疗保险基金监

管部门联席会议讨论确定。总额指标分解由定点医疗机构提出年度总额申请,各级社保经办机构结合定点医疗机构年度总额申请和总额控制指标进行分解,经市社保局综合平衡初步确定总额指标分解方案,送江门市基本医疗保险基金监管部门联席会议讨论确定。上述工作的具体经办办法由市社保局拟定,报江门市基本医疗保险基金监管部门联席会议讨论确定后组织实施,其中市直定点医疗机构总额控制指标的确定、分解和调整由市社保局和蓬江、江海两区社保局共同参与谈判确定。(各级社保经办机构、市人力资源社会保障局、市财政局、市卫生计生局分别负责)

### **(三) 完善费用结算管理。**

**1.住院医疗费用结算方式的确定。**各市、区可根据当地定点医疗机构实际情况,对住院医疗费用实施平均定额付费、按病种付费、按人头付费、按日限额付费等方式进行结算,并报江门市基本医疗保险基金监管部门联席会议审核同意后实施,各市、区住院医疗费用结算方式一经确定,至少实施2年,第3年后可根据实施情况进行调整。特定人群疾病住院治疗费用按周期性标准结算方式进行结算,特定病种门诊补助、普通门诊统筹结算方式仍按《关于印发江门市基本医疗保险定点医疗机构医疗费用结算暂行办法的通知》(江人社发〔2010〕729号)规定执行。(各市、区政府、市人力资源社会保障局、市财政局、市卫生计生局、市社保局负责)

**2.试点实施按病种付费。**市发展改革局会同市卫生计生局根据国家 and 省开展按病种收费方式改革的相关规定,按照“有约束、

有激励”的原则，制定我市的收费标准。收费标准要以补偿医疗服务合理成本为基础，体现医疗技术和医务人员劳务价值。按病种核算服务成本，应包括患者从诊断入院到按治疗标准出院所发生的各项费用支出，原则上不得在病种费用外另行收费。（市发展改革局、市卫生计生局、市社保局负责）

我市基本医疗保险按病种付费可从单一病种起步，优先选择临床路径明确、并发症与合并症少、诊疗技术成熟、质量可控且费用稳定的常见病、多发病。同时，兼顾儿童白血病、先天性心脏病等当前有重大社会影响的疾病。在公立医院实施临床路径管理基础上，同步扩大按病种付费的病种数和住院患者按病种付费的覆盖面。到 2017 年，试点城市实施临床路径管理的病例数要达到公立医院出院病例数的 50%。根据临床路径的推进情况，同步扩大按病种付费的病种数和住院患者按病种付费的覆盖面，稳步推进按病种付费工作，实行按病种付费的病种逐步达到 100 个以上。按病种付费的病种由市社保局会同市人力资源社会保障局和市卫生计生局在定点医疗机构中确定，并纳入定点医疗机构服务协议。（市社保局、市人力资源社会保障局、市卫生计生局负责）

**3.实行定点医疗机构月度预付制度。**参保人实际发生符合基本医疗保险规定的住院、特定病种门诊补助和普通门诊统筹医疗费用，属基金支付部分，按规定标准实行实时结算。社保经办机构于每年初按定点医疗机构年度总额控制指标的 8% 预拨周转金给定点医疗机构（新年度总额控制指标确定前可按上年度结算的

月平均额预支 1 至 2 个月，下同)，再按月进行月度结算；对上两个年度自觉遵守医疗保险有关管理规定的定点医疗机构，在次年的 3 月底前按该定点医疗机构年度总额控制指标 8% 的标准加拨一次性预拨付周转金，年底由社保经办机构按年度总额控制指标和有关规定进行年终清算。责任保证金按定点医疗机构全年基金应支付总额 5% 计算，月度结算时不预留。责任保证金的扣除与每年定点医疗机构分级评审结果挂钩，并按我市定点医疗机构分级评审办法规定，由各级社保经办机构在定点医疗机构分级评审结果确定后次月从结算额中扣除。（各级社保经办机构、财政部门分别负责）

**4.建立“年度清算、结余留用、超支分担”的机制。**各级社保经办机构根据定点医疗机构年度实际费用情况分别计算年终清算总额和医疗机构全年基金应支付总额，结合上年制定的年度总额控制指标和当地医保基金收支情况进行清算，建立“结余留用、超支分担”的机制，促进定点医疗机构提高医疗质量，规范医疗服务行为，有效控制医疗费用不合理增长。各级清算方案应经当地基本医疗保险基金监管部门联席会议讨论确定，各市、区清算方案报市社保局核准后执行。（各级社保经办机构分别负责）

**（四）建立考核评价指标体系。**将人次人头比、推诿病人情况、老年病区住院医治的人次数、家庭病床建床人次数等指标纳入考核指标，根据定点医疗机构考核指标情况扣减结算金额，扣减金额在年度清算时一并扣减。将住院率、抗生素使用率、次均费用、人次人头比、参保人负担水平、转诊转院情况等纳入定点

服务协议和分级管理评审指标体系,进一步完善分级管理评审制度。基本医疗保险考核指标由市人力资源社会保障局根据医保基金支出情况,结合实际进行设置,逐步完善指标体系。(各级人力资源社会保障部门、社保经办机构分别负责)

**(五) 建立检查通报机制。**各级社保经办机构要加强医保基金管理,组织开展医保基金的稽核检查。各级社保经办机构定期要组织相关人员到各定点医疗机构抽查住院病历,重点抽查分解住院,重复检查,重复收费,检查医嘱和用药、治疗的吻合性,出院超量开药等问题,并予以通报,对抽查查实的违规费用,应根据协议规定按抽查比例放大后予以拒付,并将违规处理结果及负主要责任的医师名单上报人力资源社会保障部门,作为定点医疗机构分级评审和建立医师诚信管理系统的依据。(各级社保经办机构分别负责)

各级社保经办机构根据定点医疗机构上报的报表数据,将参保人住院人次、平均住院天数、人次均住院费用、人次均住院自费率、抗生素使用率、重复住院率、10日内返院比、自费项目费用比例、药品比例等数据情况,进行季度通报并向社会公布,接受参保人员监督。(各级社保经办机构分别负责)

**(六) 完善服务协议管理。**各级社保经办机构应按规定规范定点医疗机构的医疗保险服务行为。按《转发人社部办公厅关于印发基本医疗保险付费总额控制经办规程的通知》(粤社保函〔2013〕272号)和《关于印发基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议范本(试行)的通知》(人社险中心函〔2014〕112号)

的规定，制订我市医疗保险定点医疗机构结算规程，调整完善服务协议内容，进一步完善和细化基本医疗保险医疗服务协议管理内容，要将总额控制管理内容纳入定点服务协议。围绕总额控制的目标，将次均费用、复诊率、住院率、人次人头比、参保人员负担水平、转诊转院率、手术率、择期手术率、重症病人比例等指标以及第四季度的就诊人次不得超出或低于前三季度均数的15%，纳入定点服务协议管理，并与年终清算挂钩。各级社保经办机构应根据管理服务的需要，与定点医疗机构签署协议，购买合理、必要的医疗服务。（市社保局、市卫生计生局、各市、区政府分别负责）

**（七）完善财政补偿机制。**对公立医疗卫生机构的运行成本，通过服务收费和财政补助给予补偿。着力体现医务人员技术劳务价值，合理确定医务人员收入水平，并建立动态调整机制，逐步提高人员支出占医院支出的比例。医疗卫生机构提供的医疗服务价格，按扣除政府补助后的成本制定。实行药品零差率销售后，药品收入不再作为医疗卫生机构经费的补偿渠道，不得接受药品折扣。（市卫生计生局、市财政局、各市、区政府分别负责）

将基本医疗保险信息系统升级改造费用纳入财政预算，确保信息系统正常运行。全市基本医疗保险信息系统升级改造由市社保局负责统一招标，各市、区社保端信息系统升级改造经费由各市、区政府负责，各市、区社保经办机构测定报当地财政部门安排；市直社保端信息系统升级改造经费由市社保局根据信息化建设的有关规定，按照程序报经信部门和财政部门审批，把经费纳

入部门预算 ;医疗机构信息系统升级改造工作及经费由医疗机构负责。(市社保局、市经济和信息化局、市财政局、市人力资源社会保障局、市卫生计生局、各市、区政府分别负责)

#### **(八) 完善分级诊疗政策体系。**

**1.建立市内住院转诊制度。**在新会、台山、开平、鹤山、恩平五市(区)建立到市内三级定点医疗机构(不含开平市中心医院,下同)住院转诊制度,促进县(市、区)级公立医院综合能力全面提升,提高县(市、区)域内参保人就诊率,基本实现大病不出县(市、区)。(市卫生计生局、市人力资源社会保障局、市社保局、新会区、台山市、开平市、鹤山市、恩平市五市(区)政府分别负责)

**2.扩大家庭医生式服务试点范围。**在蓬江、江海、新会三区扩大家庭医生式服务试点范围,培育和发展包括家庭医生诊所在内的公益性基层医疗服务,通过建立市内三级定点医疗机构普通门诊统筹转诊考核制度、加大基层医疗卫生机构人员经费投入力度等方式,为落实参保人在基层首诊和双向转诊机制创造条件。家庭医生式服务试点期间由蓬江、江海、新会三区人社局分别组织属地财政局、卫生计生局和社保局建立当地医保基金分配谈判制度,对市内三级定点医疗机构基金偿付实施总额控制,推进蓬江、江海、新会三区落实基层首诊、双向转诊。(蓬江区、江海区、新会区三区政府分别负责)

**3.建立三级定点医疗机构普通门诊统筹转诊考核制度。**根据《广东省人民政府办公厅关于印发广东省全面深化县级公立医

院综合改革若干意见的通知》（粤办函〔2015〕529号）和《广东省人民政府办公厅关于印发广东省城市公立医院综合改革实施意见的通知》（粤办函〔2015〕530号）的要求，在卫生计生部门制定不同级别和类别医疗机构的疾病诊疗范围、常见病种出入院标准、双向转诊程序和标准，实行相适应的转诊办法的基础上，制定我市相应的三级定点医疗机构普通门诊统筹转诊考核制度。（市卫生计生局、市人力资源社会保障局、市社保局分别负责）

**4.加大基层医疗卫生的投入。**加快推进公立医院综合改革，破除以药补医机制，挤压药品耗材虚高价格，统筹推进价格机制、补偿机制、医保支付等机制改革。推动建立分级诊疗制度，引导各级公立医院与基层医疗卫生机构建立目标明确、权责清晰的分工协作机制。通过鼓励辖区政府增加对基层医疗卫生机构人员经费的投入，引导基层医疗卫生机构优化结构、提高服务水平、控制基金支出。年终清算时，依据各市区增加基层医疗卫生机构人员经费投入的情况，对考核预留指标进行分配。市卫生计生局会同市人力资源社会保障局制定基层医疗卫生机构人员经费增加投入考核细则，并会同市社保局制定考核预留指标分配的实施办法。基层医疗卫生机构建设情况的考核预留指标有结余时可滚动到下一年合并执行，在编制下一年度基金支出预算时统筹考虑安排，但连续两年未能兑现支出的指标，应予以取消。若当年基层医疗卫生机构建设情况的考核预留指标不足的，在研究编制下一年度基金预算时，可适当增大预留比例，以弥补当年缺口，并确保

下年正常支出和基金收支平衡。(市卫生计生局、市人力资源社会保障局、市社保局、各市、区政府分别负责)

**5.鼓励城市三级医院医师通过医师多点执业等方式到基层医疗卫生机构多点执业。**鼓励城市三级医院医师通过医师多点执业等方式到基层医疗卫生机构多点执业,建立家庭医生团队,通过开展签约服务、预约服务、上门服务、双向转诊等方式,逐步建立起家庭医生与城乡居民之间稳定良好的服务关系,为实施分级诊疗就医制度改革奠定基础。(市卫生计生局、市人力资源社会保障局、市社保局负责。)

## 五、加强组织保障

**(一)明确部门职责分工。**总额控制是深化医疗保险制度改革的一项重要任务,同时对深入推进公立医疗机构改革有重要促进作用,各地要高度重视,加强组织领导,将此项工作作为医疗保险的一项重点工作抓紧、抓实、抓好。加强部门协调,明确部门职责,形成工作合力。

**1.市人力资源社会保障局会同市发展改革局、市公安局、市财政局、市社保局、市卫生计生局、市审计局和市食品药品监督管理局建立江门市基本医疗保险基金监管部门联席会议,**负责基本医疗保险付费方式改革工作,协调确定医保基金收支预算和总额控制指标等相关重大事项。会同市卫生计生局、市社保局进一步完善我市定点医疗机构医疗费用结算办法,将住院率、抗生素使用率、次均费用、人次人头比、参保人负担水平等纳入分级管理评审指标体系,进一步完善分级管理评审制度。组织和联合卫生计

生、财政、公安、发展改革、审计、社保等部门加强定点医疗机构监督管理工作，建立健全医保欺诈、骗保案件协作查处、情报沟通和信息共享机制，畅通案件移送受理渠道，加大医保违法违规行为的打击力度。

**2.市发展改革局会同市卫生计生局负责制定我市按病种收费目录和收费标准，加强对医疗机构执行价格规定的监管。**

**3.各市、区政府对医保基金负总责，牵头统筹协调各部门加强基金征收、支出预算和监督管理，将城乡医保财政补助资金和基金赤字兜底补贴纳入财政预算安排，并参照市直做法，建立完善相关工作机制，并报江门市基本医疗保险基金监管部门联席会议办公室备案。**

**4.各级财政部门按照社会保险基金预算编制要求会同人力资源社会保障部门（社保经办机构）、税务部门负责对医保基金预算编制，加强对医保基金预算执行监督。**

**5.各级卫生计生部门要加强对医疗机构和医务人员行为的监管，以医疗保险付费方式改革为契机，探索公立医疗机构改革的有效途径。要根据区域卫生规划和医疗机构设置规划，严格控制医疗机构数量和规模，严禁公立医疗机构举债建设。要顺应形势加强医疗服务的精细化管理，推进医疗机构全成本核算和规范化诊疗工作。要采取多种措施控制医疗成本，引导医务人员增强成本控制意识，规范诊疗服务行为。**

市卫生计生局按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的诊疗模式，制定分级诊疗方案，推进全科医生签约服务，

落实基层首诊，基层医疗卫生机构提供基本医疗和转诊服务。完善通过家庭医生式服务落实首诊和转诊的具体目标、完成步骤和服务考核指标，逐步推广至全市，并组织各市、区开展检查验收工作，进一步推动基层医疗卫生机构和分级诊疗政策体系建设。会同市发展改革局、市人力资源社会保障局、市财政局、市社保局，根据我市医疗费用水平、签约人群结构以及医保基金和基本公共卫生服务经费承受能力等因素，共同确定由医保基金、基本公共卫生服务项目经费和签约居民个人共同负担的家庭医生式服务费标准。会同市社保局收集各医疗机构按病种统计业务数据，并做好按病种收费费用测算工作。负责制定蓬江、江海、新会三区通过家庭医生式服务落实首诊和转诊的具体目标及完成步骤，设置服务考核指标，组织开展检查验收工作，推动基层医疗卫生机构和分级诊疗政策体系建设。

**6.各级社保经办机构做好对基金预算执行、日常运行的综合管理分析，加强对定点医疗机构的日常管理，建立健全基金运行风险预警管理机制。**

市社保局负责做好基本医疗保险信息系统开发改造资金测算和改造工作，组织各市、区社保局做好基金收支预算管理准备工作，进一步完善定点医疗机构服务协议，将住院率、抗生素使用率、次均费用、人次人头比、参保人负担水平等纳入定点服务协议。

## **（二）工作进度安排。**

1.2016年10月1日至2016年12月31日为第一阶段。该阶段建立江门市基本医疗保险基金监管部门联席会议,进一步完善我市基本医疗保险结算办法。

各级财政部门根据社保经办机构提出的基本医疗保险信息系统经费(包括信息系统升级改造费用)投入需求纳入财政预算安排。

各级社保经办机构做好实施总额控制的数据收集,为推行总额控制做好准备。

各定点医疗机构应按本方案要求向属地社保经办机构每月报送本方案的指标数据,升级和改造医院信息系统。

2.2017年1月1日至12月31日为第二阶段。该阶段全面实施按本方案规定的基金收支预算、总额控制和改革结算方式等主要改革内容。

3.2018年1月1日至12月31日为第三阶段。在试行一年基础上,逐步完善医疗保险付费办法。

**公开方式：主动公开**