

亳医保〔2020〕16号

关于印发亳州市基本医疗保险按病种分组付费实施方案（试行）的通知

各县、区医疗保障局，市医疗保障综合服务管理中心：

现将《亳州市基本医疗保险按病种分组付费实施方案（试行）》印发给你们，并提出如下要求，请一并贯彻执行。

一、市医保局本次确定 281 个病种纳入按病种付费范围（第二批）（见附件），执行时间 2020 年 12 月 1 日。

二、执行按病种付费病种和支付标准的医院为二级及以上医院（不含乡镇二级卫生院）。县三级医院参照二级医院、民营医院参照同级别公立医院按病种付费支付标准及比例执行。按病种付费执行时间以患者入院时间为准。建档立卡贫困人口仍按照省、市健康脱贫综合医疗保障政策执行。

三、各县区要严格执行市统一规定的 331 个（第一批 50 个，第二批 281 个）病种的支付标准，县区原自定的城乡居民医保及全市职工医保按病种付费政策予以废止。各县区现执行的住院按床日付费、日间病房等支付方式在市局没有新规前继续执行。

各地在政策执行过程中，如遇有重大问题应及时向市医保局报告，以便进一步完善政策。

亳州市医疗保障局

2020 年 11 月 11 日

亳州市基本医疗保险按病种分组付费 实施方案（试行）

根据《安徽省人民政府办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的实施意见》（皖政〔2017〕78号）、《安徽省医保局关于印发安徽省基本医疗保险按病种分组付费指导方案（试行）的通知》（皖医保发〔2019〕37号）文件精神，结合我市基本医保按病种分组付费工作实际，制定本方案。

一、基本原则

（一）统一病组编码。在省医保局统一疾病诊断、手术编码基础上，依据不同治疗方式进一步完善病种分组，建立健全全市统一的病种分组名称和代码库。

（二）分级分类管理。各县区分别负责所在辖区内医疗机构按病种分组付费管理工作，按照门诊和住院、城镇职工医保和城乡居民医保进行分类管理。

（三）激励约束兼顾。建立并不断完善按病种分组付费运行机制，引导医疗机构从“要我控费”向“我要控费”转变，激励规范诊疗、节约成本，约束过度医疗、过度需求。

（四）鼓励探索创新。在病种分组基本全覆盖基础上，鼓励开展总额预算管理 with 按病种分值付费相结合、同病同保障、浮动支付标准等创新做法，不断完善具有我市特色的按病种分组付费管理机制。

二、主要目标

全面推行基本医保以按病种分组付费为主的支付方式，探索建立总额控制下按病种分值付费管理模式，建立医疗机构自主控费的激励和约束机制，确保医保基金安全，提高医保基金使用效率，增加参保群众的获得感，促进我市基本医保制度健康可持续发展。

三、具体措施

（一）统一全市病种分组和治疗方式编码库

在国家、省医保局统一疾病诊断、手术编码基础上，逐步建立并统一适合按病种分组付费管理的病种分组和治疗方式库。医疗机构开展联网直接结算，同时上传国家医保局统一的疾病诊断、手术编码以及我市病种分组、治疗方式编码等信息。

（二）分级开展病种组支付标准谈判和动态调整

市医保局负责全市医疗机构按病种付费医保支付标准和支付比例的统一设定。病种组及医保支付标准原则上依据医疗机构近年病种平均次均费用和临床路径等因素，结合省级医疗机构及周边地市标准，在征求相关医疗机构意见，经专家论证后公布。

统筹考虑经济发展、物价上涨、新技术应用、基金承受能力等因素，对病种组医保支付标准实行动态调整。

（三）实行以“单定额”为主的按病种分组付费算法

从适度保障、引导分级诊疗等方面综合考虑，结合按项目付费的待遇标准，科学确定医保基金与患者支付比例。在病种组医保支付标准、医保基金与患者支付比例确定后，原则上医保基金

按照医保支付标准与医保基金支付比例来确定医保支付定额；患者按照实际发生的费用与个人自付比例来确定个人负担费用；医保基金支付定额与个人负担费用之和与当次实际费用之间差额部分由医疗机构承担。为引导合理有序就医，将按省医保局要求，适时将起付线标准纳入计算范围，起付标准以下的费用，由个人自付。

纳入按病种分组付费结算的病种组不实行保底报销。选择乡镇卫生院“50+N”常见疾病在二级及以下定点医疗机构开展“同病同保障”试点，即基金实行定额支付和患者实行最高限额支付。具体办法另行制定。

（四）规范按病种分组付费进入与退出管理

凡是符合按病种分组付费结算的，必须执行按病种分组结算。因自动出院、转院、死亡等各种原因中途退出治疗或住院费用低于病种定额标准60%的病例，须退出按病种付费，仍按原住院报销政策结算。转入ICU病房治疗住院日 ≥ 5 日的重症患者，退出按病种分组付费管理，执行按项目付费等既定待遇方案。对于当次住院医药费用超过定额标准2倍以上的部分，医保基金支付50%。

（五）遵循疾病治疗临床路径管理

各医疗机构要严格按照各病种组的临床诊疗规范或临床指南，合理收治，规范诊疗，保证医疗质量和安全；对接诊患者实行首诊负责制，不得因病种标准、并发症等原因推诿拒收危重患者、年老患者；不得降低服务标准，故意缩短住院时间；不得分

解住院；不得超标准收费；不得将入院后的检查检验等费用转为门诊收费或让患者外购药品等变相增加患者费用。各医疗机构可将按病种分组付费执行情况与其医疗机构内部绩效奖惩挂钩。

（六）开展按病种分组付费工作考核管理

各级医保经办机构分别针对管理层级的医疗机构进行按病种分组付费的考核管理，将政策范围内费用占比、实际报销比、按病种分组付费结算率、违反诊疗规范规避按病种分组付费管理的发生率等指标纳入考核范围。考核结果与紧密型医联体或医共体的结余资金考核或合理超支分担机制、动态调整按病种分组付费定额标准、医疗机构总额预算指标等挂钩。

对符合但未按病种分组付费结算的，对有串换诊断、分解费用、明显违反诊疗规范、故意延长 ICU 病房住院时间而规避按病种分组付费等违规行为的，以及无故不实行即时结报的，扣除所涉及病例当次医保基金实际支付费用。

（七）开展总额控制下的按病种分值付费

随着按病种分组付费病种覆盖范围的不断扩大，各县区可结合当地实际，按照统一、规范、可比较的原则，探索基于传统按病种分组付费向总额控制下的按病种分值付费模式转变。条件成熟时要全面执行全省统一病种分组。

四、工作要求

（一）高度重视。市医保局成立医保支付方式改革专家小组，承担全市病种组的定额谈判、分析研究等工作。各县、区医保局要精心组织，医疗机构培训、指导、实施，专人负责，确保按病

种分组付费工作稳步推进，确保年度目标顺利实现。

（二）完善系统。市医保局信息中心要做好医保信息系统维护。各县区医保经办机构要通知所辖医疗机构同步维护 HIS 信息系统，执行按病种分组付费结算规则。

（三）广泛宣传。各县、区医保局及医疗机构要通过多种方式，广泛宣传、告知、解释按病种分组付费政策，提高按病种分组付费知晓率。

（四）加强监管。各县区医保局和各医共体牵头单位要加强监管，利用现场检查、病历审核、信息系统数据统计分析等进行综合监管。发现问题，将按照相关文件规定严肃处理。

附：《亳州市基本医疗保险按病种分组付费病种及医保支付标准（第二批）》

抄送：安徽省医疗保障局，亳州市委改革办、亳州市卫生健康委。

亳州市医疗保障局办公室

2020年11月11日印发
