

福州市人力资源和社会保障局 文件

榕人社保〔2012〕62号

关于印发《福州市医疗保险付费方式改革 实施方案》的通知

各县（市）区劳动和社会保障局：

为深入贯彻落实人社部《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）精神，确保我市医疗保险付费方式改革工作顺利开展，现将我局制定的《福州市医疗保险付费方式改革实施方案》印发给你们，请遵照执行。

福州市人力资源和社会保障局

二〇一二年四月十一日

福州市医疗保险付费方式改革实施方案

一、付费方式改革模式

1、**按人头付费**。在城镇居民医保普通门诊先行开展按人头付费改革试点。按照每人每年 40 元标准，依托医保定点的社区卫生服务中心、乡镇卫生院以及大学医疗机构开展城镇居民基本医疗保险普通门诊统筹。

2、**按病种付费**。对部分发病率较高、有明确诊疗规范和治愈标准、医疗费用支出较大的疾病实施按病种付费。

3、**总额预付**。选择三家二级医院实行医保费用总额预付试点。

二、具体做法

（一）按人头付费做法

1、基金支付范围

我省医保药品目录甲类品种和我省增补的基本药物品种药品费用；门诊一般诊疗费、血常规检查、尿常规检查、大便常规检查、血糖测定、尿糖测定、胸片、常规心电图、黑白 B 超、洗胃、清创缝合、导尿。

2、签约医疗机构确定

根据城镇居民基本医疗保险普通门诊统筹定点医疗机构要依托基层的原则，福州市城镇居民基本医疗保险普通门诊统

筹定点医疗机构确定为福州市医保定点的社区卫生服务中心、乡镇卫生院以及大学医疗机构。

3、按人头付费的风险分担机制

城镇居民基本医疗保险普通门诊统筹医疗费用原则上采取按人头付费的方式，按照 40 元/人. 年的标准，根据选择在该基层医疗机构就诊的参保居民人数核定普通门诊费用，“按季预拨，年终结算”。年终结算时，实际发生费用（扣除违规费用）比核定费用超出 20% 以内的部分由医保中心与基层医疗机构按 4: 6 比例分担，比核定费用超出 20% 以上的部分不予拨补；实际发生费用（扣除违规费用）比核定费用结余 20% 以内的部分由医保中心拨付结余部分的 60% 予以奖励，比核定费用结余 20% 以上的部分不再奖励。

（二）按病种付费做法

1、病种选择的原则：

- a、有相对较多的循证医学依据；
- b、发病机理清楚，诊断明确，治疗方法比较固定；
- c、并发症少，治疗处置差异性小，费用相对稳定；
- d、有比较明确的诊疗规范和治愈标准；
- e、当地发病率较高的病种，社会影响面较大；
- f、医药费用支出较大的病种。容易给当地居民造成较重的经济负担，或者参保人员因为经济负担较重而容易放弃治疗的病种。

2、首批按单病种付费的病种：阑尾炎切除、子宫肌瘤切除、疝修补手术、全髋关节置换术、白内障手术、大隐静脉曲张手术、痔疮手术。

3、按病种付费标准的测算和调整

按病种付费费用测算主要依据：根据历史数据(前3年)测算不同病种的平均费用；参考临床路径测算付费标准；全国、全省和本市同级医疗机构治疗费用。

由于不同级别医疗机构的服务水平不同，相对与低级别医疗机构，高级别医疗机构能提供更好的服务，因此给予高级别的医疗机构较高的费用标准，每相差一个级别费用调整系数浮动5%。

4、特殊情况的病种结算

在按病种付费时，对于并发症程度严重、费用特别高的病例，经医保经办机构审核后予以补偿。

(三) 总额预付做法

1、总额预付试点定点医疗机构的选择

由于总额预付使医疗机构承担的风险较大，易导致医疗机构推诿病人现象的发生，使患者利益受到损害，因此，实施总额预付应稳步推进。首先选择部分市级医保定点医疗机构（福州市第六、七、八医院）实行总额预付试点，今年内推广到各县医院，进而逐步推广到全市定点医疗机构。

2、总额预付标准的测算

根据某定点医疗机构前三年门诊人次、门诊次均费用、住院人次数、次均住院费用、疾病构成等历史数据，参考全国、全省和本市同级医疗机构费用总额及卫生主管部门下达的有关指标等内容，测算每个医疗机构的总额预付标准。

3、总额预付的风险分担机制

为防范风险，做到公平、公正，总额预付下，医疗保险经办机构 and 定点医疗机构按以下办法分担风险：结算时，实际发生费用（扣除违规费用）比核定费用超出 20% 以内的部分由医保中心与定点医疗机构按 4 : 6 比例分担，比核定费用超出 20% 以上的部分不予拨补；实际发生费用（扣除违规费用）比核定费用结余 20% 以内的部分由医保中心拨付结余部分的 60% 予以奖励，比核定费用结余 20% 以上的部分不再奖励。

（四）不同付费方式的监督考核机制

按不同付费方式可能导致医疗机构为了控制成本而治疗不足、推诿病人，为了增加收入而进行诊断升级、收治不该住院的病人或分解住院，诱导患者使用医保目录外医疗费用等现象。为防止以上现象发生，针对不同付费方式，对医疗机构分别设立以下监督考核指标：

1、按人头付费

转诊率（转诊人次数/就诊人次数*100%）

（1）定点医疗机构就诊人次与签约人群的总就诊人次之比。

(2) 签约人群中 65 岁以上人口的比例、签约人群中慢性病人的比率。

(3) 次均门诊费用增长率、人均年门诊费用增长率。

(4) 目录外药品和诊疗项目费用比例、患者自付比率。

(5) 签约人群满意率。

2、按病种付费

(1) 病历书写的规范率（其中书写规范的病历数/随机抽查病历数 × 100%）。规范病历书写是质量监控基础，同时也可以促进医疗机构诊疗规范的建立。

(2) 疾病主要诊断符合率（其中诊断符合的病历数/随机抽查病历数 × 100%）。该指标的目的在于促进疾病诊疗规范的建立，同时考察医疗机构是否存在诊断升级行为。日常考查诊断符合率可采用入、出院诊断的符合率；阶段考核时可抽取病历，采用同行专家评议的方式进行。

(3) 并发症发生率。并发症是指一种疾病在发展过程中引起另一种疾病或症状的发生，如手术患者术后出现感染、出血、压疮、深静脉血栓等。该指标考核医疗服务质量。

(4) 规定时间内重复住院率。该指标不仅是医疗质量的一个重要评价指标，也是监控医疗机构是否可能存在分解住院的一个重要指标，是按病种付费质量监控的重点。具体的“规定时间”可视不同病种而定。

(5) 住院人次与门诊人次之率（住院人次/门诊人次）

该指标间接反映是否存过度住院的问题。

(6) 严重病例的比率 (“实际费用超过病种付费标准但未达到风险分担” 的病例数/总病例数)。该指标反映医疗机构是否存在推诿重病病人的现象。

(7) 次均住院费用增长率。评价住院费用水平的合理性。

(8) 目录外药品和诊疗项目使用金额、患者自付比率这两个指标考核医疗机构是否向患者转嫁费用。

(9) 患者满意率。患者满意度是综合评价医护人员服务质量的一个因素。采用五分法 (很满意、满意、一般、不满意、很不满意), 让患者匿名选择其中一个选项。

3、总额预付

(1) 转院率、转诊率: 反映是否存在推诿病人, 或推诿重病病人的情况。

(2) 住院病种构成、住院病人严重程度构成 (按护理级别): 反映是否存在推诿重病病人的情况。

(3) 病人自付比率、目录外费用占医疗总费用的比率: 反映是否存在转嫁费用的现象。

(4) 病人满意率: 反映患者对医疗机构的综合评价, 包括有否推诿病人。

(5) 次均出院费用增长率、普通门诊次均费用增长率、门诊大病次均费用增长率: 反映医疗服务次均费用的合理性。

(6) 出院人次增长率、普通门诊人次增长率、门诊大病

人次增长率：反映医疗机构服务的工作量。

三、与医疗机构谈判、签订服务协议

以近三年的历史数据为依据，每个医疗机构的总额预付标准、按病种付费下医疗保险经办机构与医疗机构风险分担比例等问题需要通过医疗保险经办机构与医疗机构之间的谈判，来最终确定。医疗保险经办机构应将测算数据明晰告知医疗机构，双方力图对谈判内容形成共识，并形成谈判协议，最终签订服务协议，付诸实施。

四、我市医疗保险付费方式改革工作从 2012 年 1 月 1 日起开始实施。