

# 新郑市人力资源和社会保障局文件

新人社〔2013〕9号

---

## 新郑市城镇基本医疗保险付费方式 改革实施方案

为保障参保人员权益，规范医疗服务行为，控制医疗费用过快增长，促进医疗机构健康发展，根据《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）、《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》（豫人社医疗〔2011〕16号）和《关于印发郑州市城镇职工基本医疗保险付费方式改革实施办法（试行）的通知》（郑人社医疗〔2013〕1号），结合我市实际，制定本方案。

### 一、总体目标、原则

付费方式改革的总体目标是结合医疗保险基金收支预算管理，加强统筹基金支出总额控制，实行以总额预付为主的复合付费方式，逐步形成与基本医疗保险制度发展相适应、激励与约束并重的医疗保险支付制度。

付费方式改革遵循保障基本、收支平衡、风险共担、谈判协商的原则。

## 二、实施范围、时间

城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险（以下简称城镇基本医疗保险）统筹基金支出部分，全部纳入以总额控制为核心的付费方式改革范围。

自 2013 年 3 月 26 日起实施。

## 三、改革内容

（一）付费方式。定点医疗机构住院医疗费用结算在总额控制的基础上，实行以总额预付为主，以按项目、病种、床日、次均住院费用限额付费为辅的复合付费方式。针对不同的医疗机构及服务内容，实行不同的付费方式。

1、对在基准年度以前已经定点的医疗机构实行总额预付为主复合付费方式。

基准年度是指结算年度的上年度，如结算年度为 2013 年，则基准年度为 2012 年。

2、重症慢性病医疗费用，原则上实行按病种限额付费。

3、非定点医疗机构的住院医疗费用（含本市非定点住院、转往外地住院、外地急诊住院、异地安置退休人员住院），实行按项目付费。

4、在基准年度和结算年度新增定点医疗机构，实行按项目付费。

5、对于医疗服务范围和种类比较独特的医疗机构，规模较

小的定点医疗机构、有特殊情况的定点医疗机构，市医疗保险经办机构可以与其通过谈判协商确定付费方式，并报市人力资源和社会保障局备案。

（二）付费额度确定。遵循“以收定支、收支平衡”的原则，根据结算年度统筹基金收入情况，对结算年度统筹基金支出实行总额控制。将所有定点医疗机构住院费用、非定点医疗机构住院费用、重症慢性病医疗费用等统筹基金支出纳入总额控制范围。

预分总额度，定点医疗机构年度计划预分额度、年度实际预分额度、月份实际预分额度确定的原则参照《关于印发郑州市城镇职工基本医疗保险付费方式改革实施办法（试行）的通知》（郑人社医疗[2013]1号）执行。

（三）奖励与风险分担。定点医疗机构年度合理统筹费用（指年度内统筹费用发生额减去年度内统筹费用扣除额）低于或超出实际预分额度部分，在对该医疗机构履行医疗服务协议情况进行考核的基础上，根据统筹基金收支情况，按照结余奖励及超支分担的原则，对年度合理统筹费用低于实际预分额度的给予奖励，对年度合理统筹费用超出实际预分额度的进行分担。

奖励与风险分担的标准按照市医疗经办机构与定点医疗单位签订协议执行。

（四）费用结算程序。市医疗保险经办机构年初将实行总额预付的定点医疗机构年度实际预分额度和各月实际预分额度报

人力资源和社会保障局备案后下达。

1、统筹基金预拨。市医疗保险经办机构每季度对实行总额预付的定点医疗机构预拨一定数额的统筹基金；第一、二、第三季度的预拨数额为各定点医疗机构当年本季度内三个月的统筹基金实际预分额度；第四季度的预拨数额为各定点医疗机构当年十月份的统筹基金实际预分额度。

2、费用审核。实行总额预付的定点医疗机构当月审核上一月医疗费用，根据审核结果进行基金支出会计核算，次年汇算并结清上年度住院费用。

定点医疗机构每月10日前（节假日顺延）将上月报表报送市医疗保险经办机构。市医疗保险经办机构根据审核结果扣除不合理的统筹费用，并预留10%的医疗服务质量保证金。

实行总额预付的定点医疗机构统筹基金月应拨付额和实际拨付额按以下办法计算：

1、定点医疗机构统筹费用月发生额扣除不合理统筹费用后，未超出月实际预分额度的：

统筹基金月应拨付额=定点医疗机构统筹费用月发生额-审核扣除的不合理费用

统筹基金月实际拨付额=统筹基金月应拨付额×90%

月实际预分额度结余部分，定点医疗机构可在年度内调剂使用，年度汇算后再按照协议结算。

2、定点医疗机构统筹费用月发生额扣除不合理统筹费用后，超出月实际预分额度的：

统筹基金月应拨付额=定点医疗机构月实际预分额度

统筹基金月实际拨付额=统筹基金月应拨付额×90%

超出月实际预分额度的部分，年度汇算后再按照协议结算。

医疗服务质量保证金扣除比例根据日常考核、分级管理等级按照规定增减。

#### **四、监督管理**

市人力资源和社会保障部门要加强对定点医疗机构的监督检查，完善考核办法，规范定点医疗机构的医疗服务行为。对实行总额预付的，重点防范医疗服务提供不足、转嫁费用、推诿患者尤其是重症患者等现象发生；对实行按项目付费的，重点防范过度医疗等行为；对实行按次均限额付费的，重点防范降低服务质量、分解住院等现象发生；对实行按病种付费的，重点防范诊断升级、分解住院等现象发生；对实行按人头付费的，重点防范减少服务内容、降低服务标准等行为。

定点医疗机构应认真执行城镇医疗保险政策及管理规定，切实加强内部管理，严格执行入出院标准，因病施治，合理检查，合理治疗，合理用药。定点医疗机构推诿患者、降低服务质量和转嫁费用的，市医疗保险经办机构可采取调整付费方式或预分额度、暂停医保服务、解除服务协议等措施；情节严重的，由市人力资源和社会保障行政部门取消定点资格。

新郑市人力资源和社会保障局

2013年3月14日