

郑州市人力资源和社会保障局
郑州市发展和改革委员会
郑州市财政局
郑州市卫生局
郑州市审计局

文件

郑人社医疗〔2013〕1号

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

郑州市城镇基本医疗保险各定点医疗机构：

根据《河南省人民政府办公厅关于印发河南省医药卫生体制五项重点改革 2011 年度实施方案的通知》（豫政办〔2011〕26 号）和省人力资源和社会保障厅、发展和改革委员会、财政厅、卫生

厅《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)精神,结合我市实际,市人力资源和社会保障局、发展和改革委员会、财政局、卫生局、审计局制定了《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)》,经市政府同意,现印发给你们,请遵照执行。

郑州市人力资源和社会保障局

郑州市发展和改革委员会

郑州市财政局

郑州市卫生局

郑州市审计局

二〇一三年一月二十三日

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）

第一章 总 则

第一条 为了促进我市城镇职工基本医疗保险事业健康发展，提高医疗保险基金使用效益，引导定点医疗机构加强自我管理和费用控制，提高医疗服务质量，根据《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》（国发〔2012〕11号）和省人社厅、发改委、财政厅、卫生厅《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），结合我市实际，制定本办法。

第二条 郑州市城镇职工基本医疗保险付费方式改革（以下简称“付费方式改革”）遵循保障基本，以收定支、收支平衡，风险共担，谈判协商的原则。

第三条 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。

第四条 城镇职工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。

第五条 付费方式改革后，参保人员个人应负担的医疗费用、公务员医疗补助、商业补充医疗保险赔付继续实行按项目付费。

第六条 为加强对我市城镇职工基本医疗保险付费方式改革工作的协调指导，建立由市人力资源和社会保障局牵头、市发展和改革委员会、市财政局、市卫生局、市审计局等为成员单位的城镇职工基本医疗保险付费方式改革工作协调小组。市人社局负责全市付费方式改革的组织实施工作；市发改委负责将付费方式改革纳入医药卫生体制改革总体规划；市财政局负责医疗保险基金的财务监督；市卫生局负责医疗机构的卫生行政监管；市审计局负责医疗保险基金的审计监督；市医疗保险经办机构负责付费方式改革的具体承办。

第七条 本办法适用于市本级城镇职工基本医疗保险。金水区、二七区、中原区、管城回族区、惠济区、上街区可参照本办法执行；各县（市）结合本地实际制定付费方式改革实施办法。

第二章 付费方式

第八条 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。

第九条 针对不同的医疗机构及服务内容，实行不同的付费

方式。

（一）在基准年度以前已经定点的医疗机构实行总额预付为主的复合付费方式。

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

（二）门诊规定病种医疗费用，原则上实行按病种限额付费（恶性肿瘤门诊放化疗按项目付费）。

（三）家庭病床医疗费用，实行按床日付费。

（四）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等），实行按项目付费。

（五）在定点医疗机构不能持卡就医人员（主要是指未领到社会保障卡的参保人员、身份发生变化造成社会保障卡不能使用的参保人员等）的住院医疗费用，实行按项目付费。

（六）农民工医疗保险生育补贴，实行按定额付费。

（七）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。

（八）对于医疗服务范围和种类比较特殊的定点医疗机构、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。

第三章 付费额度确定

第十条 总额控制范围。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、门诊规定病种医疗费用、家庭病床费用、农民工医疗保险生育补贴等统筹基金支出纳入总额控制范围。

第十一条 预分总额度的确定。对于实行总额预付的定点医疗机构，预分总额度为结算年度统筹基金预计收入扣除以下项目：

- （一）支付给门诊规定病种患者门诊治疗的统筹基金；
- （二）支付给办理家庭病床患者的统筹基金；
- （三）支付给在非定点医疗机构住院人员的统筹基金；
- （四）支付给在定点医疗机构不能持卡就医人员的统筹基金。参保人员应持卡住院结算而未持卡结算的，其住院医疗费用和统筹基金支出计入该定点医疗机构的实际医疗费用发生额；
- （五）支付给农民工医疗保险参保人员的生育补贴；
- （六）支付给在基准年度和结算年度新增定点医疗机构的统筹基金；
- （七）支付给医疗服务范围和种类比较特殊（即实行总额预付以外的其它付费方式）的定点医疗机构的统筹基金；
- （八）风险准备金。风险准备金为结算年度统筹基金预计收入的 10%，主要用于定点医疗机构合理的统筹基金发生额超过实际预分额度后的风险分担；

(九) 其它统筹基金支出。

第十二条 年度计划预分额度的确定

实行总额预付的定点医疗机构，年度计划预分额度=（该医院基准年度统筹基金发生额÷实行总额预付的所有医院基准年度统筹基金发生额之和）×预分总额度

第十三条 年度实际预分额度的确定

实行总额预付的定点医疗机构，年度实际预分额度=该医院年度计划预分额度×（1-调整系数 A-调整系数 B-调整系数 C）。

（一）调整系数 A

若该院次均住院费用等于或低于同类医院次均住院费用 105%，则调整系数 A 为零。

若该院次均住院费用大于同类医院次均住院费用 105%，则调整系数 A=（该医院次均住院费用-同类医院次均住院费用×105%）×该医院出院人次÷该医院住院总费用×K1

综合医疗机构、中医医疗机构、社区卫生服务中心 K1 为 50%；
专科医疗机构 K1 为 10%。

（二）调整系数 B

若该院出院人次人头比等于或低于同类医院平均出院人次人头比，则调整系数 B 为零。

若该院出院人次人头比大于同类医院平均出院人次人头比，则调整系数 B=（该医院出院人次人头比-同类医院平均出院人次人头比）×该医院出院人头数×该医院次均住院费用÷该医院住院

总费用×K2

综合医疗机构 K2 为 25%；专科医疗机构：三类、二类、一类 K2 分别为 2%、5%、10%；中医医疗机构：三类、二类、一类 K2 分别为 5%、5%、20%；社区卫生服务中心 K2 为 25%。

（三）调整系数 C

若该院住院门诊人次比（出院人次÷门诊人次）等于或低于同类医院平均住院门诊人次比 150%，则调整系数 C 为零。

若该院住院门诊人次比大于同类医院平均住院门诊人次比 150%，则调整系数 C=（该医院住院门诊人次比-同类医院平均住院门诊人次比×150%）×该医院门诊人次×该医院次均住院费用÷该医院住院总费用×K3

综合医疗机构：三类、二类、一类 K3 分别为 2%、5%、10%；专科医疗机构：三类、二类、一类 K3 分别为 1%、2%、5%；中医医疗机构：三类、二类、一类 K3 分别为 2%、5%、10%；社区卫生服务中心 K3 为 10%。

调整系数的计算以基准年度数据为依据。

第十四条 调整系数的完善

市人力资源和社会保障部门可根据付费方式具体实施情况、城镇职工基本医疗保险统筹基金收支情况、医疗技术更新等因素对调整系数进行适当调整，并报市政府备案。

第十五条 月份实际预分额度的确定

某定点医疗机构月份实际预分额度=实行总额预付的所有定

点医疗机构基准年度相应月份统筹基金发生额 ÷ 实行总额预付的所有定点医疗机构基准年度全年统筹基金发生额 × 该定点医疗机构年度实际预分额度。

第十六条 对于医疗服务范围和种类比较特殊的定点医疗机构、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统筹基金支付数额。

第十七条 定点医疗机构发生下列情形时，根据实际情况，调整实际预分额度或付费方式：

- （一）医疗机构发生重组、兼并、破产、歇业的；
- （二）医疗机构被暂停服务或解除服务协议；
- （三）医疗机构被取消定点资格的；
- （四）其他需要调整预分额度或付费方式的事项出现的。

第四章 激励与风险分担

第十八条 定点医疗机构年度合理统筹费用（指年度内住院统筹费用发生额减去年度内住院统筹费用扣除额）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。

第十九条 定点医疗机构年度合理统筹费用低于年度实际

预分额度的，差额部分按以下比例由统筹基金给予拨付：

（一）年度合理统筹费用达到年度实际预分额度 80%-100% 的，差额部分按 60% 拨付；

（二）年度合理统筹费用达到年度实际预分额度 70%-80%（含 80%）的，差额部分按 50% 拨付；

（三）年度合理统筹费用达到年度实际预分额度 60%-70%（含 70%）的，差额部分按 40% 拨付；

（四）年度合理统筹费用未达到年度实际预分额度 60%（含 60%）的，据实支付。

第二十条 定点医疗机构年度合理统筹费用超过年度实际预分额度的，超出部分按以下比例由统筹基金给予支付：

（一）年度合理统筹费用超过年度实际预分额度 5%（含 5%）以内的部分，按 50% 支付；

（二）年度合理统筹费用超过年度实际预分额度 5%-10%（含 10%）的部分，按 30% 支付；

（三）年度合理统筹费用超过年度实际预分额度 10%-20%（含 20%）的部分，按 20% 支付；

（四）年度合理统筹费用超过年度实际预分额度 20% 以上的部分，原则上不予支付。

市人力资源和社会保障部门可根据医疗保险基金收支及风险准备金的使用情况，对上述比例进行调整，并报市政府备案。

第五章 住院费用结算程序

第二十一条 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市人力资源和社会保障局、财政局备案后下达。

第二十二条 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。

第二十三条 实行总额预付的定点医疗机构住院费用每两个月审核一次，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。定点医疗机构统筹基金的实际预分额度使用进度应与时间进度相对应。

第二十四条 参保人员在定点医疗机构住院应由统筹基金和个人帐户支付的医疗费用由定点医疗机构记账，市医疗保险经办机构与定点医疗机构按时结算；应由个人支付的医疗费用由定点医疗机构与个人在出院时结清。

第二十五条 定点医疗机构每月5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对住院医疗费用进行审核，扣除不合理的统筹费用，并预留5%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-审核扣除的不合理统筹费用

统筹基金月实际拨付额=统筹基金月应拨付额×95%

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，年度汇算后再按第十九条、第二十条的规定结算。

2. 定点医疗机构月统筹费用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×95%

超出月实际预分额度的部分，年度汇算后再按第二十条的规定结算。

第二十六条 参保人员住院使用的个人帐户基金由市医疗保险经办机构按实际发生额与定点医疗机构结算，不扣除质量保证金。

第二十七条 门诊费用、门诊规定病种费用、非定点医疗机构住院费用、家庭病床费用等的结算程序不变。从门诊费用个人帐户基金中扣除的质量保证金比例由 10%调整为 5%。门诊规定病种费用、家庭病床费用中的统筹基金和个人帐户基金不扣除质量保证金。

第二十八条 质量保证金的返还按有关规定执行。

第二十九条 付费方式改革后，医疗费用结算不再预留 5% 的风险金。

第三十条 定点医疗机构发生重大违规行为的，暂停统筹基金或个人帐户基金支付，调整付费方式或付费额度。

第三十一条 实行总额预付的定点医疗机构发生重组、兼并、破产、歇业等情形时，应当自发生之日起 15 日内书面报告市人力资源和社会保障行政部门，并将未使用完的预拨额度返还市医疗保险经办机构。市人力资源和社会保障行政部门收到书面报告后应及时通知市医疗保险经办机构停止预拨统筹基金。

第六章 监督管理

第三十二条 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行为；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、分解住院等行为；对实行按病种付费的，重点防范诊断升级、分解住院等行为；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。

第三十三条 定点医疗机构应认真执行城镇职工基本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。

第七章 附 则

第三十四条 《郑州市人民政府办公厅关于印发郑州市城镇职工基本医疗保险暂行规定实施细则等 12 个医疗保险制度改革文件的通知》（郑政办文〔2000〕152 号）中《郑州市城镇职工基本医疗保险费用结算管理暂行办法》与本办法不一致的，按本办法执行。

第三十五条 经市政府批准后，市人力资源和社会保障部门可根据本办法具体实施情况和城镇职工基本医疗保险统筹基金收支情况，对我市城镇职工基本医疗保险付费方式进行调整和完善。

第三十六条 本办法自 2013 年 1 月 1 日起实施。

郑州市人力资源和社会保障局办公室 2013 年 1 月 25 日印发
