

攀枝花市医疗保障局
关于印发《攀枝花市基本医疗保险二类门诊
特殊疾病医疗补助实行按病种结合人头付费
试行办法》的通知

各县（区）医保局，各直属单位，各定点医疗机构：

按照中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）和我市《关于印发进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（攀办发〔2018〕23号）有关要求，为进一步深化医保支付方式改革，提高医保基金使用效率，现将《攀枝花市基本医疗保险二类门诊特殊疾病医疗补助实行按病种结合人头付费试行办法》印发你们，请认真遵照执行。

攀枝花市医疗保障局

2020年12月30日

攀枝花市基本医疗保险二类门诊特殊疾病 医疗补助实行按病种结合人头付费 试行办法

为切实加强医保基金收支预算管理，有效控制我市城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险（以下简称“基本医保”）二类门诊特殊疾病（以下简称“二类门特”）医疗费用的不合理增长，协同推进家庭医生签约服务，经研究，自2021年1月起，对我市基本医保二类门特医疗补助试行按病种结合人头付费。

一、基本原则

我市基本医保二类门特按病种结合人头付费是指医保经办机构根据一定时期内定点医疗机构二类门特服务人数和病种费用，按照二类门特统筹基金预算总控额度确定的每个病种统筹基金支付标准向定点医疗机构支付费用的一种支付方式。

（一）保障基本。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，不断提高医保基金使用绩效，着力保障二类门特参保人员基本医疗需求，控制门特费用不合理增长，促进医疗资源合理利用，筑牢保障底线。

（二）科学合理。坚持基金收支预算管理，合理优化医保基金结构，公开透明、科学合理、公平协商确定二类门特病种结合人头付费统筹基金标准和家庭医生签约服务标准，引导签约医生主动为参保人员提供全过程健康管理服务。

(三)建立机制。建立医保经办机构与医疗机构合理适度的“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制，提高医疗机构自我管理的积极性，促进医疗机构从规模扩张向内涵式发展转变。

二、实施条件

(一)依据我市基本医保二类门特历史费用、就诊人数等，合理确定统筹基金支付总控额度。

(二)参保人员实行定点就医制度，即实施按病种结合人头付费的医疗机构能够有相对固定的定向人群范围和定点人数规模。

(三)定点医疗机构应具备基本的医疗卫生基础设施和技术水平，有接入医保结算系统信息服务能力，并具有满足参保人员就医和实施按病种结合人头付费结算信息系统和统计系统。

三、实施范围

签订了门诊特殊疾病医疗服务协议的定点医疗机构，均纳入基本医保二类门特按病种结合人头付费范围。其中，具有家庭医生服务团队并愿意按“攀枝花市基本医保二类门特患者家庭医生签约医保付费服务包”（见附件，以下简称“服务包”）内容提供服务的，纳入家庭医生签约服务医保定点医疗机构管理。

四、实施办法

(一)病种与人头。

1.病种。我市基本医保规定的二类门特病种，纳入按病种结合人头付费范围。

2.人头。取得基本医保二类门特待遇资格并自愿、就近选择

一家市内定点医疗机构作为今后一年的就医治疗机构和家庭医生签约服务机构的市内参保人员，治疗机构和家庭医生签约服务机构可以是不同医疗机构。

（二）支付范围。

按照“保障基本”的指导思想，明确按病种结合人头付费支付范围，即医疗服务包。支付范围为纳入二类门特目录的基本治疗、基本检查、基本药品、基本医用材料、门诊调增费用和家庭医生签约服务费等。

（三）确定总额。

1.基本医保二类门特统筹基金总控额度从当年基本医保基金支出总预算中提取，具体总控额度根据全市定点医疗机构历史费用、就诊人数等，考虑基金支付能力和社会经济发展水平等情况合理确定。

2.家庭医生签约服务费从当年医保统筹基金支出总控预算中提取，用于按人头支付家庭医生签约团队与取得“医保二类门特”补助资格的参保人员签约并按服务包内容提供签约服务的费用。

3.组建了紧密型县域医共体的，可将我市基本医保二类门特按病种结合服务人头，实行医共体“一个总额”预算管理，由医共体内部自行合理分配和共济调节使用。

（四）费用标准。

1.病种人头标准。

（1）人头标准。根据二类门特预算统筹基金总控额度，以“国

家药品集中采购”前的统筹支付、就诊人数等结算数据为基础，综合考虑各病种统筹支付均费、门诊调增费用、结算人数等因素测算各病种人头标准。

(2) 风险调整。将基本医保二类门特参保人员中年龄 65 岁及以上和罹患一类门特疾病作为风险调整因素实行风险调整。根据运行情况，可将包括但不限于年龄、性别、罹患大病情况以及个人医疗费用与平均医疗费用的差异等逐步纳入风险调整因素。

(3) 支付总额。经风险调整后，重新测算基准病种人头费率，即校正的基准病种人头费率，计算各二类门特定点医疗机构的病种人头付费统筹基金总额。

2.家庭医生签约服务费用标准按年按人头定额付费，2021 年为 100 元/人·年。

(五) 支付结算。

1.医保经办机构与医疗机构的结算。各级医保经办机构与二类门特定点医疗机构按“总额控制、按月预付、年终清算”的方式结算。根据年度总额按月均等划分为月度总额。医保经办机构将二类门特年度病种人头付费总额分配到每个月份，按 95%的比例向医疗机构预付。年中时，医保经办机构可依据定点医疗机构签约数据将家庭医生签约服务费的 50%预付给签约医疗机构。

2.患者与医疗机构的结算。市内参保患者一个自然年度内，发生的符合基本医保支付范围以及最高支付限额内的二类门特医疗费用，在市内定点医疗机构前台按项目付费结算。家庭医生

签约服务团队为二类门特患者按服务包内容提供服务的，患者本人不支付费用。

（六）年终清算。

1.基本医保二类门特年终清算按定点医疗机构实际就诊人头数定额清算。家庭医生签约服务费按年度签约并提供服务总人数和人头标准计算，结合年度考核结果，扣除年中预付费用后将其余部分全部拨付给签约定点医疗机构。

2.全年基本医保二类门特实际发生符合统筹基金支付范围的费用审核后不超过当年度总额控制费用的，结余额中的 80% 划拨给定点医疗机构。

3.全年基本医保二类门特实际发生符合统筹基金支付范围的费用审核后超出全年总额控制费用总额的，超出总额 10% 以内的部分由基金承担 40%，定点医疗机构承担 60%；超出总额 10% 及以上的，由定点医疗机构全部承担。

4.参保人员中途取得补助资格、变更定点医疗机构、变更病种、转换险种等情况的，其年度清算由市医保事务中心在实施细则中予以明确。

（七）监督管理。

1.制定实施细则。为确保基本医保二类门特付费方式改革实施后，参保人员享受到的医疗服务质量不降低，防止医疗机构推诿病人、服务不足、向患者转嫁费用等风险，市医保事务中心要结合实际制定具体实施细则，并组织实施。

2.完善协议管理。进一步完善定点医疗机构及医保医师协议管理，明确将转诊率、就诊人次、个人负担、次均门诊费用增长、患者满意度等指标纳入协议范围重点监管，促进医疗机构加强管理。

3.强化数据分析。建立数据分析长效机制，及时掌握运行情况。可将运行情况定期向定点医疗机构通报，提高医疗机构对改革的认知度、接受度、适应度。

4.建立智审规则。建立符合二类门特按病种结合人头付费智能审核规则，加强对定点医疗机构诊疗行为的引导，提升智能监控能力和监管质效。

五、保障措施

（一）加强领导，明确责任。实施基金预算总额控制下的二类门特按病种结合人头付费改革，是推进医保支付方式分类改革、建立多元复合式医保支付方式的重要内容。各县（区）医保局、各定点医疗机构要高度重视，加强领导、明确分工、落实责任，积极推进改革工作，做好改革政策衔接，发挥政策合力。

（二）抓好落实，注重评估。各县（区）医保局要按照本试行办法精神，明确时间表、路线图，抓好本区域改革组织落实工作。市医保事务中心要结合实际制定具体实施细则，推动改革工作的顺利实施。市医保信息中心要按照二类门特按病种结合人头付费管理要求，做好医保信息系统改造工作，确保按时付费。要及时开展改革效果评估，确保医保基金可承受、参保群众负担总体不增加、医疗机构有激励。要重视二类门特改革对于特殊群体

的影响，妥善做好改革的有效衔接，实现平稳过渡。

（三）加强宣传，正确引导。二类门特按病种结合人头付费改革工作涉及面广、专业性强，是医保一项重大改革措施。各县（区）医保局、市医保事务中心、各医疗机构要加强政策解读和宣传，正确引导舆论，妥善回应社会关切，争取各方理解和支持，确保改革工作顺利推进。要充分调动定点医疗机构主动参与医保二类门特付费改革工作的积极性，督促指导医疗机构健全工作机制，规范医疗服务行为，控制医疗成本，保障工作有序开展。

附件：攀枝花市基本医保二类门特患者家庭医生签约医保
付费服务包

附件

攀枝花市基本医保二类门特患者 家庭医生签约医保付费服务包

服务项目	服务内容	服务频次	服务价格
个人专属健康资讯	1.个人健康档案推送。通过签约对象认可的方式，通过邮箱或门诊将电子化或纸质健康档案送达签约对象。	1次/年	100元/年
	2.线上线下健康咨询。向签约对象公布咨询电话、公众号、电子邮件、APP等，建立签约对象微信群或QQ群，根据居民个体情况，给予针对性的个性化指导，包括饮食、运动、生活习惯等。	按需	
自我健康管理指导	1.综合性连续性健康评估。通过询问签约对象情况，结合既往体检资料评估签约对象健康状况，提出针对性健康检查建议。	按需	
	2.体检报告解读分析。为签约对象解读并分析最新一次体检报告（不区分医院）	1次/年	
	3.健康危险因素评估。针对签约对象存在的健康危险因素进行评估，并提出健康干预和健康途径。	1次/年	
	4.互动健康管理活动。预约式健康小组互动活动，对居民健康行为、运动行为、危险因素和生活方式等给予个性化指导。	4次/年	
	5.中医健康管理。为签约对象提供中医体质辨识，制订中医健康管理方案。	1次/年	
	6.健康管理工具。向首次签约对象赠送健康教育材料、BMI量盘（尺）、控油壶、控盐勺等，并教会使用方法。	按需	
方便快捷就医帮助	1.本机构内服务预约和流程优化。为签约对象提供挂号、检验、检查、接种、治疗、远程诊疗等预约服务	按需	
	2.上级机构服务预约。为签约对象提供医联体内二级及以上医院专家门诊、检验、检查等预约服务	4次/年	
	3.双向转诊服务提供双向转诊绿色通道	按需	
	4.上门巡诊服务。根据需求为签约对象提供上门巡诊服务，并开展家庭医生上门服务。	按需	
康复理疗	1.穴位贴（三伏贴或三九贴）；双肺腧、双膏肓、双脾腧、双肾腧、双足三里、双合谷，共10个穴位。	2次/年	
	2.艾灸：自主选择一个部位	2次/年	
	3.刮痧：自主选择一个部位	2次/年	

	4.火罐：全背（共9罐）	2次/年	
	5.红外线治疗（1小时）	2次年	