

关于印发推进基本医疗保险按病种付费 工作方案（试行）的通知

（征求意见稿）

各县（市、区）人力资源和社会保障（劳动保障）局、卫生和计划生育局，市社会保险基金管理局：

现将广东省人力资源和社会保障厅、广东省卫生和计划生育委员会《关于印发推进基本医疗保险按病种付费工作方案（试行）的通知》（粤人社发【2015】219号）转发给你们，并结合我市实际提出如下意见，请一并贯彻执行。

一、病种确定

全市各级医保经办机构要在本地定点医疗机构开展临床路径管理的基础上，按省下发的病种开展按病种付费管理工作。以《广东省基本医疗保险诊疗常规》作为诊断标准，根据疾病诊断名称及主手术操作名称确定按病种付费对应的病种。

二、付费标准

按病种付费定额标准全市统一，具体定额标准见附表。

三、付费方法

（一）按病种付费定额标准：指参保人住院全部医疗费用总额，包括：自费费用、先行自费费用、住院起付标准、

起付标准以上按政策规定须个人自付费用，统筹基金支付费用，超大病医疗费用。

（二）参保人在定点医疗机构进行对应病种住院治疗发生的医疗费用，按医保政策结算，应由个人负担的全部医疗费用由定点医疗机构代扣代收。

（三）医保经办机构按月与定点医疗机构进行清算。清算公式为：定额标准-（减去）个人负担的全部医疗费用-（减去）大病保险支付的医疗费用。

（四）病种付费实行“结余留用，超支不补”，付费标准每年根据我市实际进行调整。

四、执行时间：本通知自 2016 年 5 月 1 日起执行。

2016 年 3 月 日

汕尾市基本医疗保险病种医疗总费用定额标准

序号	病种	术式	定额标准（元）
1	结节性甲状腺肿	甲状腺全切术	8500
2	结节性甲状腺肿	甲状腺次全切除术	8000
3	结节性甲状腺肿	甲状腺部分切除术	7000
4	腹股沟疝	单侧腹股沟疝修补术	4000
5	腹股沟疝	经腹腔镜单侧腹股沟疝修补术	5000
6	急性单纯性阑尾	阑尾切除术	5500
7	急性单纯性阑尾	经腹腔镜阑尾切除术	8000
8	下肢静脉曲张	大隐静脉高位结扎+剥脱术	6500
9	乳腺癌	乳腺肿物切除术	9000
10	乳腺癌	乳腺癌改良根治术	16000
11	胃癌	根治性远端胃大部切除术	34000
12	结肠癌	根治性结肠癌切除术	30000
13	腰椎间盘突出症	腰椎间盘突出髓核切除术	10000
14	腰椎间盘突出症	经椎间盘髓核摘除术（MED）	11500
15	单侧精索静脉曲张	精索静脉曲张高位结扎术	4000
16	单侧精索静脉曲张	经腹腔镜精索静脉曲张高位结扎术	6000
17	良性前列腺增生	经尿道膀胱镜前列腺电切术	13000
18	肾结石	经皮肾镜超声碎石取石术	15000
19	肾结石	肾切开取石术	10000
20	垂体腺瘤	显微镜下经蝶入路垂体瘤切除术	24000
21	卵巢良性肿瘤	经腹单侧卵巢囊肿剥除术	7500
22	卵巢良性肿瘤	经腹腔镜单侧卵巢囊肿剥除术	9000
23	子宫平滑肌瘤	经腹全子宫切除术	7500
24	子宫平滑肌瘤	经宫腔镜黏膜下肌瘤切除术	5500
25	宫颈癌	经腹广泛性子宫切除术	22000
26	自然临产阴道分娩	单胎顺产接生	2000
27	计划性剖宫产	子宫下段剖宫产术	5000
28	慢性扁桃体炎	扁桃体切除术	4000
29	腭裂	腭裂修复术	6500
30	胆总管结石	经电子内镜胆管机械碎石取石术	5500

广东省人力资源和社会保障厅 文件

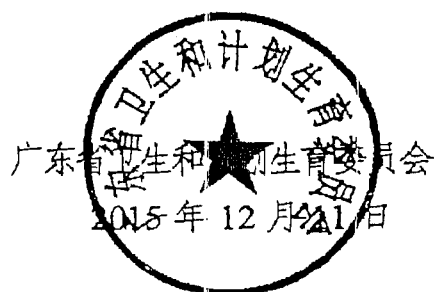
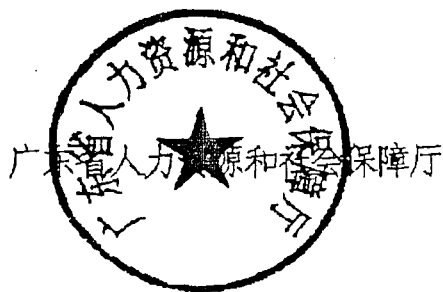
广东省卫生和计划生育委员会

粤人社发〔2015〕219号

关于印发推进基本医疗保险按病种付费工作方案 (试行)的通知

各地级以上市及顺德区人力资源和社会保障（社会保障、民政和人力资源社会保障）局、卫生计生局（委）：

现将《推进基本医疗保险按病种付费工作方案（试行）》印发给你们，请结合本地工作实际，认真贯彻执行。各市按病种付费实施方案请于2016年4月底前报省人力资源和社会保障厅。在工作推进中遇到的重大情况和问题，请及时反映。



推进基本医疗保险按病种付费工作方案

(试行)

为深化基本医疗保险支付方式改革,更好地发挥医保支付对医疗服务行为的引导和医疗费用的规范制约作用,提高医保基金保障绩效,维护参保人医保权益,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)、人力资源社会保障部、财政部、卫生部《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》(人社部发〔2012〕70号)、《广东省人民政府办公厅关于印发广东省深化医药卫生体制改革近期工作要点的通知》(粤府办〔2015〕45号)、《广东省人民政府办公厅关于印发广东省全面深化县级公立医院综合改革若干意见的通知》(粤办函〔2015〕529号)、《广东省人民政府办公厅关于印发广东省城市公立医院综合改革实施意见的通知》(粤办函〔2015〕530号)的要求,现制订以下工作方案。

一、工作目标

建立完善按病种付费制度,对临床诊疗路径规范、并发症与合并症少、诊疗技术成熟、疗效明确、费用相对稳定的多发病、常见病以及部分重特大疾病实施按病种付费,增强定点医疗卫生机构规范医疗行为的主动性和积极性,控制医疗费用不合理增长,实现参保人医保待遇水平和医疗机构医疗服务质量“双提高”。

二、基本原则

(一) **坚持总额控制。**根据基金收支预算管理，合理确定总额控制指标，保障参保人员的基本医疗需求，合理利用医疗卫生资源，控制医疗费用过快增长，维护基金平稳运行。

(二) **坚持科学合理。**以本地区定点医疗卫生机构历史医疗费用和医保基金预算为基础，充分考虑医疗服务和医疗成本变化、价格改革、基金收支、分级诊疗、医疗卫生机构发展、医疗技术进步以及群众健康需求提高等因素。

(三) **坚持统筹兼顾。**结合本地区经济和医疗技术发展水平以及疾病谱等具体情况，住院、门诊特定病种积极开展按病种付费，按照目标任务，明确阶段工作，分步实施。

(四) **坚持协同推进。**健全社保经办机构与定点医疗卫生机构的谈判协商机制，强化医保基金激励约束机制，完善监督考核办法和推进医保智能监控，紧密结合定点医疗机构分级管理、医保基金预拨付等工作，协同相关部门共同推进，促进医疗卫生机构提升服务质量和水平。

三、工作要求

(一) 合理确定病种。

在本地区定点医疗卫生机构开展临床路径管理的基础上，参考省下发的病种（附件1）选择部分病种开展按病种付费，有条件的地区可结合本地实际进一步扩大病种范围。

(二) 科学确定病种付费标准。

省按区域统一测算有关病种医疗总费用参考值(附件1),包括患者从诊断入院到按规定指征出院的治疗全过程所发生的所有医疗费用支出。各市可参考省测算的病种医疗总费用,结合本地区医疗消费水平、服务成本和各病种以往规范治疗费用情况,合理确定各病种医疗总费用值。具体标准可在省参考值上下浮动,但原则上不超过15%。

社保经办机构应以所确定的医疗总费用值为基础,按照《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)要求,根据本地区医保报销政策,综合考量医疗卫生机构类型、级别、功能定位等因素,与定点医疗卫生机构进行协商谈判,确定本地区病种付费标准。病种付费标准要注重向二级及以下医疗卫生机构倾斜。

(三) 切实保障参保人员待遇水平。

各市要结合本地区的经济发展情况和参保群众承受能力,合理确定保障水平,原则上将参保人员自费费用控制在医疗总费用的10%以内,有条件的地区可进一步设定职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险相关病种实际报销标准,切实减轻参保人员医疗费用负担。

(四) 开展住院前门诊检查费用纳入住院结算试点。

各市在本地区选择1-2家医疗技术水平先进、出入院管理及诊疗规范、床位周转率高的三级医疗机构,实施住院前门诊检查

费用纳入住院结算试点，有条件的地区可以适当增加试点医疗机构数。实施按病种付费的病种，积极探索需住院施行手术的参保患者住院前在该医疗机构门诊发生的必需检查、检验费用，纳入住院费用一并报销，并列入当次按病种付费结算范围。试点成熟后可逐步扩大到县（区）域内的综合性龙头医疗机构。

（五）加强费用结算管理。

单病种付费实行“结余留用，超支不补”。各市应将按病种付费与定点医疗卫生机构分级管理、医保基金预拨付等工作紧密结合，加快协同推进。

（六）强化监管考核。

社保经办机构应将病种变异率、重复住院率、参保人自费率、外购药品情况、门诊检查情况以及患者满意度调查等纳入定点服务协议考核指标体系，防止出现分解住院、诊断升级、推诿重症患者、减少医疗服务以及转嫁医疗费用等行为，保障实施按病种付费的病种医疗服务质量不降低，切实维护参保人医疗保险权益。同时建立完善部门联动工作机制，联合有关部门，既总结经验，激励先进，也加大对违约、违规医疗行为的查处力度。

四、保障措施

（一）加强组织领导。按病种付费是深化医药卫生体制改革、促进定点医疗卫生机构健康发展、维护群众医保权益的一项重要工作，各地要高度重视，指定专人负责，制定工作推进步骤，积极开展工作。

(二) **加强协调配合。**各市人力资源社会保障部门要牵头制订本地区具体实施方案，确保于2016年3月底前出台，并同步开展付费标准测算和谈判协商工作。卫生计生部门要加强各级医疗卫生机构能力建设，督促指导各级各类医疗卫生机构执行相关病种临床路径管理，加大对医疗服务行为的监管。

- 附件：1. 病种医疗总费用参考标准
2. 相关名词解释

附件 1

病种医疗总费用参考标准

序号	病种	术式	广深地区	其他珠三角地区	粤东西北地区
1	结节性甲状腺肿	甲状腺全切术	13300	9600	8900
2	结节性甲状腺肿	甲状腺次全切除术	12400	9500	8000
3	结节性甲状腺肿	甲状腺部分切除术	11000	8400	7100
4	腹股沟疝	单侧腹股沟疝修补术	5600	4300	3600
5	腹股沟疝	经腹腔镜单侧腹股沟疝修补术	7400	5700	5000
6	急性单纯性阑尾	阑尾切除术	8100	6300	5600
7	急性单纯性阑尾	经腹腔镜阑尾切除术	11500	9000	8100
8	下肢静脉曲张	大隐静脉高位结扎+剥脱术	10200	8100	6800
9	乳腺癌	乳腺肿物切除术	15200	9400	9000
10	乳腺癌	乳腺癌改良根治术	23700	18900	16400
11	胃癌	根治性远端胃大部切除术	67000	44100	34500
12	结肠癌	根治性结肠癌切除术	51200	39600	29400
13	腰椎间盘突出症	腰椎间盘髓核切除术	15800	11700	10300
14	腰椎间盘突出症	经椎间盘髓核摘除术(MED)	17700	13600	11900
15	单侧精索静脉曲张	精索静脉曲张高位结扎术	6200	4600	4000
16	单侧精索静脉曲张	经腹腔镜精索静脉曲张高位结扎术	8900	6900	6000

序号	病种	术式	广深地区	其他珠三角地区	粤东西北地区
17	良性前列腺增生	经尿道膀胱镜前列腺电切术	18300	14300	12900
18	肾结石	经皮肾镜超声碎石取石术	22000	17700	15100
19	肾结石	肾切开取石术	18300	13500	10700
20	垂体腺瘤	显微镜下经蝶入路垂体瘤切除术	39500	29700	24000
21	卵巢良性肿瘤	经腹单侧卵巢囊肿剥除术	12000	8900	7700
22	卵巢良性肿瘤	经腹腔镜单侧卵巢囊肿剥除术	13300	10200	9000
23	子宫平滑肌瘤	经腹全子宫切除术	12100	8800	7500
24	子宫平滑肌瘤	经腹腔镜黏膜下肌瘤切除术	8100	6200	5500
25	宫颈癌	经腹广泛性子官切除术	29000	24200	22200
26	自然临产阴道分娩	单胎顺产接生	3100	2300	1900
27	计划性剖宫产	子宫下段剖宫产术	7800	5800	5000
28	慢性扁桃腺炎	扁桃体切除术	6800	5200	4400
29	撕裂	撕裂修复术	10200	7400	6600
30	胆总管结石	经电子内镜胆管机械碎石取石术	8100	6700	5700

注：1、各病种医疗总费用参考标准是指参保患者从诊断入院到按规定指征出院的治疗全过程所发生的各项医疗费用支出。

2、单侧腹腔镜为疝修补术、经腹腔镜单侧腹股沟疝修补术均不包括无张力（补片）修补术。

3、广深地区是指广州、深圳市。

4、其他珠三角地区是指珠海、佛山、江门、惠州、中山、东莞、肇庆等7市。

5、粤东西北地区是指汕头、韶关、河源、梅州、汕尾、阳江、湛江、茂名、清远、潮州、揭阳、云浮等12市。

附件 2

相 关 名 词 解 释

一、参保人自费率

自费费用是指在参保人实际发生的医疗费用中，按照规定不属于基本医疗保险基金支付范围的费用。

参保人自费率是指参保人自费费用占医疗总费用的比率。

参保人自费率=参保人自费的医疗费用/总医疗费用×100%

二、病种变异率

病种变异率是指第一诊断符合确定病种而因各种原因未纳入或未完成按病种付费管理的病例数与第一诊断符合单病种付费病例总数的比率。

病种变异率=第一诊断符合确定病种而因各种原因未纳入或未完成按病种付费管理的病例数/第一诊断符合单病种付费病例总数×100%

三、重复住院率

重复住院率是指在一定时期内，参保人员在同一定点医疗机构接受两次及两次以上住院治疗的人次占住院总人次的比率。

重复住院率=两次及两次以上住院治疗的人次/出院总人次×100%