

# **彰武县人民政府办公室关于印发《彰武县县级 公立医院支付制度改革按病组付费 实施方案（试行）》的通知**

各乡镇人民政府，县政府各部门，省市直各单位：

《彰武县县级公立医院支付制度改革按病组付费实施方案（试行）》业经十八届政府第四十二次常务会议讨论通过，现印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

彰武县人民政府办公室

2019 年 11 月 22 日

# 彰武县县级公立医院支付制度改革按病组 付费实施方案（试行）

为加快推进医保支付方式改革，有效控制我县医保补偿费用过快增长，提高医保基金使用效率，保障医疗保障事业的健康持续发展，切实减轻参保患者经济负担，根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）精神，经研究决定，在县级公立医院开展按疾病诊断相关分组（以下简称“病组”）付费（DRGs）试点工作，确定彰武县人民医院、彰武县第四人民医院、彰武县中医院作为职工医保支付方式改革按病组付费单位，确定彰武县人民医院、彰武县第四人民医院、彰武县中医院、彰武县妇幼保健院、彰武县第二人民医院做为城乡居民医保（新农合、城镇居民医保）支付方式改革按病组付费单位。根据我县实际，制定本方案。

## 一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，积极推进医保支付方式改革，结合彰武县级公立医院管理水平和服务能力等实际情况，探索建立县级公立医院医保费用自我约束机制，控制费用过快增长，积极为参保患者提供合理医疗服务，提高参保居民受益程度，确保医保基金安全有效使用。

## 二、基本原则

（一）覆盖全部住院病例；

- (二) 覆盖全部住院病种;
- (三) 动态调整付费标准;
- (四) 兼顾多方利益, 强化医疗质量监管。

### **三、主要目标**

- (一) 积极配合县级公立医院改革, 建立有效的运行补偿机制。
- (二) 建立县级公立医院医疗费用的自我约束机制和付费与服务风险共担机制, 有效控制医疗费用不合理增长。
- (三) 规范医疗行为, 确保医疗安全, 进一步提高服务质量和水平。
- (四) 提高参保患者的受益程度和满意度。

### **四、实施内容**

以 ICD-10 编码和 ICD-9-CM-3 手术操作编码为基础, 根据住院患者疾病诊断、手术名称和项目名称, 结合临床工作实际, 对住院患者进行疾病诊断分组, 测算每组各段疾病的付费标准, 经办机构按每组各段疾病规定的付费标准和所占比例与医院结算。病人出院后按实际发生费用和规定补偿比例与医院结算。

#### **(一) 疾病分组**

遵循“大类概括、逐层细化”的归类原则, 依据病案系统基本信息中的手术操作名称, 将疾病分成手术操作治疗类和非手术操作治疗类两个大类, 有儿科的县级公立医疗机构在疾病诊断分组时, 分为手术组、非手术组和儿科组; 在每个大类下, 将临床特征相似、发生频率较高、消耗资源相近的疾病进行合并, 形成若干个疾病组。为引导医院降低剖宫产率, 正常分娩和剖宫产可

合并成组。

## **(二) 分段测算付费标准**

汇总各医院 2018 年住院收据信息，将每组数据进行分段，分段方法为：将每组费用按照由高到低的顺序进行排序，计算出该组住院费用的平均值，将前 10% 的病例作为高费用段，将住院费用在平均值以下的病例作为低费用段，介于高费用段和低费用段之间的病例作为中费用段。每组各段算数平均值等于该段住院费用之和除以该段病例数。每组各段例数构成比等于该段病例数与该组病例数比值。医院按疾病分组付费补偿比等于医院当年垫付医保患者住院费用之和除以医保患者住院总费用。

从疾病组每段中抽取  $m$  份病历，审核医疗和服务项目，如果有  $n$  个病历存在不合理医药费用，共计  $\Sigma$  元，那么  $\Sigma/n$  称为估计平均数。在县医疗保障局组织下，医疗保险经办机构与县级公立医院对估计平均数展开谈判，协商出的数值被确认为误差。算术平均数减去误差等于疾病组每段付费标准。

## **(三) 补偿与结算**

医院按实际发生费用与病人结算。医保经办机构按付费标准与医院结算，根据考核结果拨付结算资金。

### **1. 医院对参保住院病人进行补偿**

参保住院病人补偿金额=实际发生额按照现行报销政策按比例算出的费用。

### **2. 医疗保险经办机构与医院进行结算**

每一住院病人基金付费标准=每一住院病人所属病种分组的付费标准×住院规定补偿比。

(1) 住院规定补偿比按照结算年度实际住院补偿比确定。

(2) 每季预拨 90% 垫付资金。

### 3. 补偿结算说明

(1) 医保经办机构要加强对医院的监管, 杜绝放宽住院标准、挂床住院、推诿病人及不合规转院等情况。密切关注各段构成比变动情况, 如果低费用段比值降低了 5% 以上或高费用段比值升高了 5% 以上, 要重新计算各段构成比值。

(2) 对于医院正在开展的和未来拟开展的新项目, 医院必须到医疗保险经办机构办理备案, 协商支付标准和支付办法。

(3) 住院期间严禁病人到门诊交费、院外购买药品或耗材等手段降低住院费用。

(4) 自费比例超过 10% 的部分医疗保险经办机构不予结算。

(5) 入院后因不同疾病连续在两个科室住院的, 可按两次住院结算。

(6) 因特殊原因住院满 60 天时, 可以申请据实结算。

(7) 各县级公立医院住院人次数不允许超过上年度的 10%, 特殊情况下若超过 10%, 医院应上报县医疗保险经办机构, 视情况医疗保险经办机构与县级公立医院协商解决。

(8) 若补偿年度的医保政策有所调整, 年终与医院结算协商解决。

(9)各医院要严格控制转诊率，转诊率作为各医院考核主要指标，即以上年度为基数，若超出则适当减分，若下降则把下降部分增加疾病所在组的重度组，适当增加其所占比例。

(10)对于特殊病例，即费用低于每床日费用和高于测算年度高值费用 10000 元以上（结算标准 5 倍以上）的，则据实结算。

(11)对于危、重、急抢救及输血抢救和肾透析患者的可申请据实结算。

(12)建立疾病分组付费标准动态调节机制，付费标准每年增长幅度不低于当地 CPI, 不高于医保资金增长幅度县级医疗机构所占比重。

## **五、实施步骤**

### **(一) 准备阶段**

成立支付方式改革组织体系，起草工作方案，收集基线数据，确定付费标准，进行宣传和业务培训。

### **(二) 正式实施阶段**

进入正式实施阶段，县级公立医院全面执行按疾病分组付费方式。自 2019 年 1 月 1 日起实行。

## **六、监督考核办法**

### **(一) 考核主体和对象**

医疗保险经办机构负责对县级公立医院医保支付制度的实施过程和结果进行考核。

### **(二) 考核形式**

以客观资料查阅、复核、随访为主，将日常考核和定期考核有机结合起来。日常考核以医疗保险经办机构平时工作中收集的违规记录为主；定期考核由医疗保险经办机构组织人员按月或季度进行全面考核，稳定后可按半年进行考核。

### **（三）考核内容**

主要分为：业务管理、服务管理、信息管理、政策宣传等重点工作，详见《县级公立医院按疾病分组付费考核标准》，即附件3。

### **（四）考核结果应用**

考核结果与基金拨付挂钩，考核结果95分及以上的，全额拨付，低于95分的，每低一个百分点扣拨付资金的1%。试行期间可不扣款。

## **七、工作要求**

**（一）健全组织，明确分工。**为加强医保支付方式改革工作领导，及时研究解决改革推进中出现的困难和问题，成立由分管县长任组长的彰武县医保支付方式改革领导小组，小组成员及职责分工如下：

县政府办：做好综合协调，负责实施方案的审核和印发。

县医疗保障局：负责医保支付方式改革的总体部署，管理县级公立医院改革相关配套措施的组织实施，加强对县级公立医院的监管。

县财政局：做好医保基金的筹集、划拨、监督工作；落实县

级公立医院财政补偿政策；指导医疗机构财务工作。

县市场监督管理局：加强对县级公立医院价格执行情况的监督检查，依法查处各种价格违法行为。

县卫生健康局：负责县级公立医院医疗服务质量及依法执业行为监管。

县医保经办机构：具体负责医保住院按疾病分组付费方式支付工作的组织实施、宣传培训和指导，对县级公立医院进行监督管理和考核。

**（二）加强考核、监督与激励。**在方案实施半年内要增加监测密度，待县级公立医院已经适应并步入正轨后，可采取常规监测。县医保经办机构要依据《县级公立医院按疾病分组付费考核标准》对县级公立医院进行考核管理，确保改革工作顺利实施。遵循“按月审核，按月（季）拨付，按季考核，按季（年）结算，超支不补，结余归己”的原则。按照签订的服务合同和考核办法，原则上每季度或每半年进行一次绩效考核，并出具考核报告。领导小组办公室根据考核结果对县级公立医院做出奖励、处罚、支付或问责等决定。

**（三）加强培训，营造氛围。**改革是利益的再分配，必然触及一些人的利益。各定点医疗机构要对支付方式改革的政策进行全员培训，使全体干部职工充分认识改革的现实性、必要性、重要性，鼓励大家积极参与、支持改革。同时，要制定合理的绩效考核与分配办法，保障医务人员的合理收入。



附件：1. 彰武县医疗保障支付方式改革领导小组成员名单  
2. 彰武县医疗保障支付方式改革技术领导小组成员名单  
3. 县级公立医院按疾病分组支付方式考核标准

彰武县人民政府

2019 年 11 月 22 日

彰政办发〔2019〕63号附件1

## 彰武县医疗保障支付方式改革领导小组 小组成员名单

组 长：常东旭 县委常委、常务副县长

副组长：刘 勤 县医疗保障局局长

成 员：李 群 县政府办副主任

陈日昕 县医疗保障局副局长

毛俊刚 县医疗保障局副局长

王志军 县财政局副局长

马春革 县卫生健康局副局长

刘 军 县市场监督管理局副局长

领导小组下设办公室，办公室设在县医疗保障局，办公室主任由刘勤同志兼任，副主任由陈日昕同志兼任。

彰政办发〔2019〕63 号附件 2

## 彰武县医疗保障支付方式改革技术领导 小组成员名单

组 长：	毛俊刚	县医疗保障局副局长
副组长：	佟志刚	县人力资源和社会保障事务中心副主任
成 员：	侯海春	原县新型农村合作医疗管理中心副主任
	于平福	原县医疗保险管理中心副主任
	汤艳琴	原县医疗保险管理中心副主任
	李忠民	县人民医院院长
	刘淑志	县中医医院院长
	马宏文	县第四人民医院院长
	张立波	县妇幼保健医院院长
	魏学武	县第二人民医院院长

彰政办发〔2019〕63号附件3

## 县级公立医院按疾病分组支付方式考核标准

项目	考核内容	分值	考核办法	扣分标准
业务管理 (18分)	1、成立支付方式改革领导小组，职责明确，有管理制度和措施。	2	查看成立领导小组以及制定有关制度、措施等文件。	无领导小组不得分；有领导小组，无管理制度扣1分，无管理措施扣2分。
	2、医保管理资料齐全，归档管理规范便于查阅；相关文件有序成册管理。	2	查看有关文件及资料。	医保管理资料不全或未归档管理不得分；相关文件未装订成册扣1分。
	3、加强病案管理工作。	5	查阅病案管理的诊断准确性、分组正确性。	有一处不准确或不正确扣1分，扣完为止。
	4、每季度开展一次医疗费用控制自查自评工作。	2	查阅自查自评记录和存在的问题整改措施落实情况。	每少一次自查自评扣0.5分，有一处对存在的问题未落实整改措施的扣0.5分，扣完为止。
	5、配合医保管理机构开展意外伤害人员相关情况核实工作。	2	查阅相关资料	没配合核实工作或出具虚假证明材料，发现一例扣1分，扣完为止。
	6、支持和配合医保考核工作。	2	查阅考核记录等相关资料	不配合考核工作不得分；提供考核资料不全扣1分。
	7、按时按质按量完成补偿和报表报送工作。	3	查阅补偿资料和报表报送情况。	未进行补偿发现一例扣0.5分，未报送报表或报送不及时一次扣0.5分，扣完为止。
服务规范 (58分)	1、在公共区域悬挂就医补偿流程提示版、医保结算窗口有明显标识。	2	现场实地查看。	无就医补偿流程扣1分；无结算窗口标识的扣1分。
	2、药品、诊疗项目、医疗服务收费明码标价；为患者提供费用清单。	2	现场实地查看，抽查5名患者了解情况。	药品、诊疗项目、医疗收费有一项未明码标价扣0.5分；未给患者提供费用清单发现一例扣0.5分，扣完为止。

3、核对参保人员身份，杜绝冒名住院。	2	现场实地查看。	发现一例参保人员身份不实扣 0.5 分，扣完为止。
4、按照医疗原则收治病人，因病施治，科学补偿。	5	现场查阅 5 份病历资料。	有一例未按入院标准收治病人的扣 1 分；发现一例挂床住院扣 2 分；有一例用药与病情不相符合扣 1 分，扣完为止。
5、住院收费规范。	4	随访、查看医保管理机构举报记录。	有一例住院期间让患者到门诊交费、院外购药或耗材的扣 1 分，扣完为止。
6、诊疗行为规范。	4	查阅医保管理机构登记的举报、投诉资料。	有一例未征得患者同意使用自费药物或诊疗项目的扣 1 分，扣完为止。
7、诊断正确。	8	查阅 5 份病历资料。	有一例诊断与病情不相符的扣 2 分，扣完为止。
8、规范入院前检查项目。	2	询问 5 名病人。	有一例入院前检查超出入院标准的扣 0.5 分，扣完为止。
9、通勤住院。	3	现场查看。	发现一例扣 1 分，扣完为止。
10、服务规范。	2	查阅 5 份病历资料。	有一例未按诊疗常规治疗的扣 0.5 分，扣完为止。
11、县外住院转诊率。	4	查看转院记录。	未按转诊程序转诊的每例扣 0.5 分；县外住院转诊率不超过全省平均水平，每超过 0.5 个百分点扣 0.2 分，扣完为止。
12、分解住院。	4	查阅当月全部住院患者信息统计和补偿记录。	有一例分解住院扣 1 分，扣完为止。
13、30 天内返院率。	4		控制在 5%，每超过 0.5 个百分点扣 1 分，扣完为止。
14、提前出院。	2		有一例小于该病种上一年度住院天数下限的扣 0.5 分，扣完为止。
15、住院率。	2		超过上一年度同期的不得分。
16、实际住院人数。	2		与上一年同期比较，在增加 10%的基础上，在每增加 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。
17、入出院诊断符合率。	2		入出院诊断符合率低于 95%，不得分。

	18、手术前后诊断符合率。	1		手术前后诊断符合率低于 90% ， 不得分。
	19、目录外费用占比。	1		目录外费用占比超过 10%，不得分。
	20、耗材占比。	2		耗材占比达到 12%，每超过 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。
信息管理 (18分)	1、重视信息化建设工作，按要求完成信息化建设任务。	4	现场查看。	医院 HIS 系统不能满足医保系统需求不得分。
	2、按照医保信息化需求更新、升级 HIS 系统，并使 HIS 系统正常运转，确保日常数据提取工作顺利开展。	4	现场查看。	未更新、升级 HIS 系统扣 2 分，未及时排除 HIS 系统故障，影响医保数据提取扣 2 分。
	3、分组正确。	8	查看信息系统记录。	有一处分组错误扣 1 分，扣完为止。
	4、正确使用信息化系统，操作规范，信息数据安全。	2	现场查看信息系统以及操作。	因人为原因造成数据丢失的不得分；有一处操作不规范扣 0.5 分，扣完为止。
政策宣传 (6分)	1、医务人员熟悉医保政策情况。	2	随访 10 名医务人员。	政策知晓率应达到 100%，每降低 5 个百分点扣 0.5 分，低于 80%不得分。
	2、医保政策宣传。	2	现场查看。	无相关宣传不得分。
	3、患者对医疗行为和医疗质量的满意度	2	随机走访 20 名住院患者。	满意度未达到 100%，每降低 5 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。