附件1

内蒙古自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费工作方案

为落实《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）及《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发〔2020〕45号）精神，持续推进医保支付方式改革，全面开展区域点数法总额预算和按病种分值付费工作，探索建立适合内蒙古自治区的医保支付方式，提高医疗服务透明度，提升医保基金使用效率，制定本方案。

一、总体要求

（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，全面贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，按照党中央、国务院决策部署和自治区党委、政府工作要求，坚持以人民为中心，发挥医保基金战略性购买作用，更好地依托定点医疗机构为参保人员提供医疗服务，提高医保基金使用绩效，提升医保精细化管理服务水平，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展。

（二）基本原则

坚持以人民为中心，把点数法和区域总额预算结合，促进医疗资源有效利用，着力保障参保人员基本医疗需求。坚持透明高效，以客观数据为支撑，充分反映医疗服务产出，调动医务人员积极性。坚持尊重医学规律，建立病种组合及分值目录库动态调整机制，实现住院医疗费用全覆盖。坚持以收定支，收支平衡，略有节余，统筹推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革。

（三）工作目标

用1-2年的时间，将统筹地区医保总额预算与点数法相结合，全面实行住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式。建立起现代化的数据治理机制，形成数据采集、存储、使用的规范和标准。逐步建立以病种为基本单元，以结果为导向的医疗服务付费体系，完善医保与医疗机构的沟通谈判机制。加强基于病种的量化评估，使医疗行为可量化、可比较。

二、工作范围

乌海市继续开展DRG国家试点。除鄂尔多斯市、赤峰市、呼伦贝尔市3个区域点数法总额预算和按病种分值付费国家试点城市，按照国家统一安排推进工作外，其余统筹地区在自治区指导下同步开展区域点数法总额预算和按病种分值付费改革。

三、组织管理

自治区医疗保障局负责指导试点及其他统筹地区开展区域点数法总额预算和按病种分值付费工作、制定工作方案、组建专家指导组、编制自治区病种目录库、建设信息平台，组织培训及考核等工作。各统筹地区医疗保障局负责本统筹地区区域点数法总额预算和按病种分值付费工作的具体实施，结合本地实际筛选病种范围、确定病种分值、医院系数、总额预算指标、完善协议管理、付费结算等。

各级财政部门加强对基本医疗保险基金的监督和管理，保证基金及时拨付。

各级卫生健康委负责协调推进按病种分值付费工作，加强对医疗机构和医务人员的行为监管，指导各级各类医疗机构全面开展临床路径管理工作，指导加强医疗机构信息化建设，强化病案管理，规范病案首页填写。

四、改革内容

（一）实行区域总额预算管理

统筹地区要按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，将基金预算管理和费用结算管理相结合，统筹考虑物价水平、参保人医疗消费行为、总额增长率等因素，以当年度基本医疗保险统筹基金总收入，适当预留部分基金，在扣除急诊、普通门诊统筹、门诊特慢病、门诊特殊用药、统筹区域外就医、医保直接结算的药品及耗材费用、大病保险、职工生育保险等支出费用后，确定区域内所有定点医疗机构住院可分配的基金总额。

（二）实现住院病例全覆盖

自治区建立统一的病种目录库，各统筹地区根据本地数据，按照国家医疗保障按病种分值付费技术规范确定的分组规则，在自治区病种目录库基础上，形成本地病种分值目录核心病种与综合病种库。各统筹地区按照本地前3年数据进行全样本数据病例平均医疗费用测算，确定核心病种的分值。对于综合病种、异常高值的病例，可通过病例单议、专家评审等方式确定病种分值。对于异常低值的病例，按实际费用确定病种分值。对于精神类、康复类及安宁疗护等住院时间较长的病例使用床日付费，并确定分值。引入分值系数，综合考虑医院级别、病种结构、医院功能定位等因素，确定医院等级系数及权重系数。建立分值浮动机制，根据运行监测情况，对病种、分值等进行动态调整。对适合基层医疗机构诊治且基层具备诊治能力的病种，自治区统一制定全区基层病种库，各统筹地区针对基层病种制定的病种分值标准在不同等级医疗机构应保持一致。探索蒙中医医疗服务按病种分值付费改革。

（三）制定配套的结算方式

自治区按照“总额控制、按月预付、月预结算、年度清算”的原则，研究制定统一的结算办法。各统筹地区医保经办机构按照本年度基金预算支出总量，扣除保证金后按月进行预拨付。各地根据上年度统筹基金实际支付医疗机构住院费用总额的月平均值的一定比例，确定月度预结算总额（考虑疫情等因素影响，原则上2021年预结算总额按照2019年数据计算），每月根据预结算总额及当月病种分数总和，与医疗机构按约定的规则进行月预结算。年底根据各医疗机构所提供服务的总点数及地区医保基金支出预算指标，得出每个点的实际价值，按照各医疗机构实际点数付费。

（四）提升数据治理能力

加强数据治理能力建设，制定数据填写、采集、传输、储存、使用等有关管理办法。开展医保结算清单、医保费用明细表等的质量控制工作。开展医保信息系统数据库动态维护、编码映射和有关接口改造等工作，为医保支付方式改革和医保精细化管理打下基础。

（五）完善配套监管措施

自治区针对病种分值付费医疗服务的特点，完善智能监控系统，制定监管指标，加强基于病种的量化评估，建立医疗保险费用质量监控标准体系，对区域点数法总额预算和按病种分值付费实现基于大数据的监测监管。各统筹地区细化监控指标，将重复住院率、病种费用增长率、疾病编码准确率、大型设备阳性率、“三大目录”外费用比例、合理用药情况、转诊率等，纳入费用控制和质量监管，探索将各医院基本医疗保险指标与同级别医院管理指标平均水平对比，促进地区医疗服务透明化，避免高套编码、冲点数等不合理行为。

（六）强化协议管理

自治区制定统一的区域点数法总额预算和按病种分值付费协议文本，完善按病种分值付费相关内容，对总额预算、数据报送、分组、结算等予以具体规定，强化医疗行为、服务效率等内容。明确医疗机构、经办机构等权责关系，落实有关标准、制度。各统筹地区结合实际细化本地协议。

（七）加强专业技术能力建设

自治区成立区域点数法总额预算和按病种分值付费管理委员会，并设置专家指导组，指导各地开展按病种分值付费工作。统筹地区要成立包括医保经办机构，医院临床、医务、病案、医保、统计信息以及大学、科研机构的专家队伍。形成以保证质量、控制成本、规范诊疗、提高医务人员积极性为核心的按病种分值付费和绩效管理体系。探索将门诊按人头、按项目，紧密型医共体总额付费转化为点数，与住院服务点数形成可比关系，实现统筹地区全区域点数法总额预算。

五、实施步骤

（一）准备阶段

**1.培训学习。**2020年12月底前，开展改革动员及国家试点技术规范等政策及业务培训，指导各统筹地区掌握病种组合、分值付费的基本原理和方法。组织相关人员赴先进地区调研学习、实地培训。

**2.政策制定。**2021年1月底前，各统筹地区在自治区工作方案的基础上，结合本地实际，制定工作方案，并上报自治区医疗保障局。同时，细化结算办法、协议文本等配套文件。

**3.建立病种库。**2020年11月底前，3个试点城市报送历史数据，由国家医疗保障局统一组织使用试点城市数据形成本地化的病种分组，2021年1月底前完成预分组。2021年1月底前，自治区集中组织所有统筹地区报送历史数据，形成自治区病种分组库。2021年2月底前，非试点地区完成预分组。

**4.确定病种分值。**2021年1月底前，试点城市按照地区前3年数据进行全样本数据病例平均医疗费用测算，确定病种分值。2021年2月底前，非试点地区确定病种分值。

**5.完成接口改造。**2021年3月底前，所有统筹地区完成与医疗机构的信息接口改造，能够实时采集所需数据。

（二）付费阶段

2021年3月起，根据各统筹地区技术准备和配套政策制订情况，具备条件的地区备案后可以启动实际付费。2021年年底前，全部统筹地区进入实际付费阶段。

六、试点保障机制

（一）组织领导机制

各地要高度重视此项工作，医保、财政、卫健等相关部门组成地区管理委员会，指定专人负责区域点数法总额预算和按病种分值付费工作。各地要强化部门及医疗机构间的沟通协商机制，协调解决重点难点问题，确保改革任务顺利推进。

（二）定期报告机制

各统筹地区医保部门要定期总结工作进展及成效，形成阶段性报告，按月上报自治区医疗保障局。主要包括地方病种组合目录动态维护和分值付费标准测算等基础准备工作进展，以及具体的组织实施情况、开展效果等。

（三）监测评估机制

国家和自治区医疗保障局将组织专家开展跟踪评价，对各地按病种分值付费工作进展、医保基金运行情况进行监测，对医保精细化管理能力和服务水平提升、医疗机构运行机制转变、参保人受益等付费实施效果进行阶段评估。

（四）学习交流机制

加强试点地区间、试点与其他统筹地区间交流学习，及时总结经验做法，形成典型案例，对先进地区主要做法、阶段性成果、配套政策规定等进行宣传推广，带动全区区域点数法总额预算和按病种分值付费工作整体推进。

（五）宣传引导机制

加强宣传工作，确保各统筹地区行政部门、医疗机构、参保群众充分理解支付方式改革在提高医疗资源的使用效率、改善医疗服务可及性、提高医务人员积极性方面的重要作用，为改革工作营造良好舆论氛围。