附件2

关于《深圳市医疗保障定点医药机构

医疗费用支付办法（征求意见稿）》

的修订说明

为适应医疗保障工作新形势新要求，持续优化医保支付方式，建立管用高效的医保支付机制，在分析研究并广泛听取意见的基础上，结合我市支付方式改革实际，修订了《深圳市医疗保障定点医药机构医疗费用支付办法（征求意见稿）》（以下简称《支付办法》），现将有关情况说明如下：

一、修订背景及必要性

**（一）落实上级文件精神需要。**

《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，下称“中发5号文”）提出“建立管用高效的医保支付机制，持续推进医保支付方式改革”对医保支付方式改革主要任务做出了总体规划。我市支付方式改革按照国家规划的路径，结合深圳实际稳步推进，相关政策制度也应随着改革的深入逐步完善。中发5号文印发以来，国家、省相继出台了一系列涉及支付方式改革的重要文件，如（《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》详细规定了DIP的目录策略、病种分值形成、分值付费标准等；国家和省《按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）》明确了DIP付费方式在预算管理、病种确定、审核结算、考核评价、协议谈判等的具体要求；《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，要求2022到2024年，全面完成DRG/DIP付费方式改革任务，推动医保高质量发展），部分原有政策条款已不适用，需要予以调整以符合最新文件精神。

**（二）推进门诊统筹协同改革需要。**

为贯彻落实《广东省人民政府办公厅关于印发广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（粤府办〔2021〕56号）等文件要求，我市于2022年12月1日起落地实施，在现有基本医疗保险一档门诊待遇保持不变的基础上，对参保人发生的普通门诊费用通过统筹基金给予保障。为适应我市门诊统筹政策，需同步开展门诊支付方式改革。

**（三）解决现实问题需要。**

《支付办法》实施2年多以来，也发现存在一些问题，需要修改完善： **一是**年度可分配总额管理与年度基金支出预算脱钩，且缺乏调整机制，未考虑疫情及重大政策调整需要。二**是**原来部分医疗机构开展的C-DRG试点不符合国家医保局改革方向，需要予以统一规范。**三是**预付款管理机制不够完善，存在一定基金风险。**四是**月度结算方式以月预结算费用为基数按一定比例拨付，存在多拨付追款难问题。**五是**经办机构与定点医疗机构之间协商谈判机制和争议处理机制不够完善。因此，有必要通过《支付办法》对部分做法进行优化、明确。

二、主要内容及修改点

《支付办法》（征求意见稿）共分为6章22条，**第一章为总则**，明确目的依据、适用范围、总体原则、支付制度框架、职责划分等内容**。第二章为总额预算管理，**将基金支出预算和年度可分配总额做好衔接。**第三章为总额预算下的支付方式**，明确住院支付、门诊支付、医疗集团总额付费、考核评价等内容。**第四章为费用结算**，明确年初预付、按月结算、年终清算流程及时限等相关经办层面内容。**第五章为协商谈判与争议处理，**明确评议组织、协商谈判、调整机制等内容。**最后一章为附则**，明确管理要求、违规行为监督、突发事件、兜底条款、实施时间等内容。

**（一）完善总额预算管理机制。**

落实国家、省DIP经办规程要求。**一是将基金支出预算与年度可分配总额有效衔接。**年度可分配总额以基金支出预算为依据确定，符合DIP经办规程中年度DIP总额预算以年度住院医保基金预算支出为基础的要求。基金支出预算以上年度基金实际支出为基础，综合考虑基金收入、参保人群变动、医保政策调整、物价水平等因素，避免了之前总额预算考虑因素较为单一的问题。天津、广州、厦门、杭州、南京等地基金支出总额均以上年度（或前三年）实际支出总额（或决算总额）为基础，结合住院就医人数增长、医疗保健消费价格同比增长、医保基金收支预算增幅、重大政策调整等因素确定基金支出增长率。**二是设立调节金。**从年度可分配总额划分出一定比例金额，设立年度住院、门诊不同支付方式的调节金，主要用于年度清算时合理超支分担，充分保障医疗机构因收治重症病人导致费用超标的费用补偿。广州、厦门也按经办规程要求设立了调节金。

**（二）规范住院支付方式。**

**一是**全市统一开展DIP支付方式改革。我市于2019年开始在部分医院开展C-DRG支付方式改革。2019年底，国家医疗保障局印发《疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案》，启动CHS-DRG支付方式改革。C-DRG与国家医保局支付方式改革方向不一致，需要予以统一规范。考虑到目前信息化水平尚不足以支撑我市直接从C-DRG转型为CHS-DRG，而我市从2020年开始成为国家DIP试点城市，相关工作获得国家、省医保局肯定。为与国家医保局支付方式改革方向保持一致，现按照上级有关文件精神，全市统一实行按DIP付费。全市实行同一年度可分配总额下同一套分配工具，更具公平性。**二是**规范住院按病种分值付费适用范围。将康复医疗、医疗护理等长期住院的住院医疗费用按床日付费，打包收费病种等按相应支付标准折算分值，纳入总额管理下按病种分值付费方式结算管理，确保基金支出在总额范围内平稳可控。

**（三）增加门诊支付方式内容。**

**一是**将门诊按人头付费范围从我市二三档参保人扩大至包含一档参保人在内的在基层医疗机构的门诊费用，契合国家、省门诊共济保障政策精神。**二是**增加按门诊病例分组付费（APG）内容。为与我市门诊共济保障政策相衔接，参考国外和部分国内地市成熟做法，探索开展门诊按病例分组（APG）付费。分组原则、医院系数、点数计算方法、极端病例、月结、年终清算、结余留用和超支补偿比例等具体实施细则另行制定。浙江金华于2020年开始在全市推行门诊“APG点数法”付费改革，被列为浙江省级试点。《浙江省全面推进医保支付方式改革三年行动计划》明确2023年底，浙江省全省所有统筹地区全面实施门诊按人头包干结合门诊病例分组支付方式改革。

**（四）优化费用结算方法。**

**一是完善周转金和月结支付方式。**为进一步保障医保基金安全，明确只对开通医保住院服务的定点医疗机构拨付周转金，并取消对定点零售药店预拨资金。月结时将按分值计算的应付费用和实际记账费用取低值支付，改变之前按应付费用支付的做法，避免月结多拨付带来基金损失风险。杭州、金华、南京及苏州等地也采用月预清算费用与实际记账费用限高就低支付的做法。**二是明确周转金、质量保证金拨付比例的依据。**建立绩效考核机制，明确周转金、质量保证金支付比例与绩效考核结果挂钩，具体比例通过协议书约定。**三是删除门诊药品零加成新增诊金、住院药品零加成新增诊查费相关条款**。

**（五）建立协商谈判机制。**

按照国家、省DIP经办管理规程，医保部门应建立协商谈判机制。通过明确年度可分配总额、DIP病种目录库由市医疗保障部门与定点医疗机构协商谈判后确定，使年度可分配总额、DIP病种目录库更加科学合理，符合DIP经办规程中DIP病种目录、分值动态调整等相关标准制定中，逐步建立并完善医保协商谈判机制，促进定点医疗机构集体协商的要求。厦门、杭州等地已建立协商谈判机制，明确医保基金支出增长率、病种目录、分值动态及调整系数由医保部门组织医疗机构及专家进行协商谈判确定。

**（六）增加核心要素调整机制。**

明确相关重大政策调整、重大公共卫生事件、自然灾害等特殊情形发生时，市医疗保障行政部门可以根据实际情况调整年度可分配总额，门诊按人头付费标准、APG点数，住院病种分值、按床日付费标准等指标，通过增加自主权提高改革效率。国家、省DIP经办规程中提出，特殊情形发生需要调整总额预算的，由统筹地区根据实际情况调整。厦门、杭州等地均已按经办规程要求建立总额预算调整机制。

**（七）优化职责分工，明确重要时限。**

**一是优化行政部门与经办机构职责分工。**修订后行政部门负责制定并完善支付相关制度和办法，负责周期性调标，负责审核年度可分配总额。经办机构负责经办管理及运行情况分析；负责与医疗机构协商谈判，拟定基金预算支出总额和年度可分配总额；负责周期内调标。按照国家经办规程要求，将年度可分配总额测算及协商谈判职责下放到经办机构，使基金预算支出总额和年度可分配总额测算工作更加协同。天津、杭州、金华等地的年度可分配总额测算由经办机构完成。**二是明确年终清算时限。**根据审计部门意见，修订稿中增加年终清算完成时限，明确经办机构应当于次年上半年前完成与定点医药机构本年度的年终清算，压实经办机构责任。广州、厦门、杭州及金华均对年终清算时限做了明确要求。