

安庆市医疗保障局文件

安庆市卫生健康委员会

宜医保秘〔2023〕22号

安庆市医疗保障局 安庆市卫生健康委员会 关于印发《安庆市慢性病医保基金按人头 总额付费管理改革试点实施 方案》的通知

各县（市）医疗保障局、卫生健康委员会：

现将《安庆市慢性病医保基金按人头总额付费管理改革试点实施方案》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



安庆市医疗保障局



安庆市卫生健康委员会

2023年4月24日

抄送：省医疗保障局，省卫生健康委员会。

安庆市慢性病医保基金按人头总额付费管理改革试点实施方案

根据《中共安徽省委 安徽省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（皖发〔2020〕27号）有关精神，为进一步推进慢性病医保基金按人头总额付费管理改革试点（以下简称“慢性病按人头付费试点”）工作，持续推进医保支付方式改革，经研究，决定在总结怀宁县试点经验基础上，结合安庆实际，在全市范围内实施慢性病按人头付费试点工作，特制定本实施方案。

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，认真贯彻党的二十大报告关于医疗保障工作的重大决策部署，坚持人民至上，把保障人民健康放在优先发展的战略位置。深化医药卫生体制改革，促进“三医”协同发展和治理。坚持预防为主，加强常见慢性病健康管理，提高基层防病治病和健康管理能力。

二、主要任务

在保持医疗保障制度健康发展和公平享有的基础上，探索城乡居民参保人员常见慢性病预防、治疗、保障办法。优先选择发病率高、基层医疗机构可收治的病种，开展慢性病按人头付费试点。充分发挥医保基金“撬动”作用，建立激励、约束机制，引

导基层医疗机构做好慢性病健康管理，逐步实现“居民少生病、医生增收入、基金稳支出”的目标。

三、基金管理原则

慢性病按人头付费试点资金从紧密型县域医共体(以下简称“医共体”)总额预算资金中列支，实行预算管理、年度考核、年度决算。

四、试点范围

(一) **试点病种**。兼顾参保人员医疗需求和基层医疗机构的服务能力，筛选高血压(M03900、M03904)、糖尿病(M01600、M01601)、慢性阻塞性肺疾病(M05300)、慢性乙型肝炎(M00201)、类风湿性关节炎(M06900)5个病种纳入全市试点范围，后期根据试点运行情况适时调整。

(二) **试点单位**。各县(市)医共体牵头医院及医共体内乡镇卫生院(社区卫生服务中心)和村级医疗机构(含社区卫生服务站)。

(三) **试点人群**。县域内参加城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民基本医保”)且经鉴定符合以上试点病种的人员纳入慢性病按人头付费试点范围。试点人群范围由各县自行确定，有条件的可在县域内全部乡镇试点；确有困难的，可先在部分乡镇试点，但试点乡镇不得少于2个。

五、试点人群医保待遇

试点人群在定点医药机构发生的医保政策范围内医药费用，

按我市医保起付标准、报销比例和支付限额予以报销，不受本试点方案付费管理政策影响。

六、试点资金管理办法

(一) 预算管理。试点人群一个年度内门诊、住院发生的所有医药费用，由居民基本医保基金支付的部分纳入预算管理，其中，个人年度累计医药费用超过 10 万元以上的居民基本医保基金支付部分不纳入预算管理。本年度试点病种按人头付费预算标准根据前两个年度试点病种人群基本医保基金结算数据及本年度人均基金筹集增长情况进行测算，年终可根据医保政策等因素变化情况进行适当调整。本年度试点病种按人头付费预算总额根据本年度试点病种按人头付费预算标准、本年度试点病种总人数、实际报销比例变化情况进行测算。试点病种总人数以本年度 12 月 31 日医保系统累计数为准。

本年度试点病种按人头付费预算标准=前两个年度试点病种人群人均基本医保基金支出结算数据平均值×(1+本年度人均基金筹集增长率)

本年度试点病种按人头付费预算总额 = 本年度试点病种按人头付费预算标准×本年度试点病种总人数×[1+(本年度试点人群实际报销比例-上年度试点人群实际报销比例)]

(二) 资金预拨。试点启动后，各医共体牵头医院应及时按村为单位预拨一定资金给试点单位进行周转，试点乡镇可根据试点工作进度实时预拨，预拨资金额度由各县医保、卫生健

康部门同医共体牵头单位结合实际共同商定。

（三）决算考核。试点人群一个年度内门诊、住院发生的所有医药费用，由居民基本医保支付的部分纳入决算管理，其中，个人年度累计医药费用超过 10 万元以上的居民基本医保支付部分不纳入决算管理。各县医保、卫生健康部门于次年第一季度对试点单位进行考核，考核结果与决算挂钩，考核指标见附件，总分值 100 分，具体单项分值由各县医保、卫生健康部门确定。

以乡镇为单位，若本年度试点人群居民基本医保支付部分小于本年度试点病种按人头付费预算总额，则为决算结余。若本年度试点人群居民基本医保支付部分大于本年度试点病种按人头付费预算总额，则为决算超支。

决算结余（超支）金额=本年度试点病种按人头付费预算总额-本年度试点人群居民基本医保支付部分

决算结余（超支）率设置最高限制比例，由各县医保、卫生健康部门会同牵头医院根据试点范围和试点资金情况进行确定。实际决算结余（超支）率超过最高限制比例的部分纳入所属医共体决算；未超过最高限制比例的部分，根据考核结果由试点单位和医共体合理分担。

（四）结余留用。当试点单位年度决算有结余时，考核分值在 80 分（含 80 分）以上的，由试点单位留用全部结余；考核分值在 70 分（含 70 分）以上 80 分以下的，由试点单位留用 80% 结余，剩余部分纳入所属医共体决算；考核分值在 60 分（含 60

分)以上 70 分以下的,由试点单位留用 60%结余,剩余部分纳入所属医共体决算;考核分值低于 60 分的,由试点单位留用 30%结余,剩余部分纳入所属医共体决算。

(五)超支分担。当试点单位年度决算超支时,考核分值在 80 分(含 80 分)以上的,超支部分全部纳入所属医共体决算;考核分值在 70 分(含 70 分)以上 80 分以下的,由试点单位承担 10%超支,剩余部分纳入所属医共体决算;考核分值在 60 分(含 60 分)以上 70 分以下的,由试点单位承担 30%超支,剩余部分纳入所属医共体决算;考核分值低于 60 分的,由试点单位承担 60%超支,剩余部分纳入所属医共体决算。

(六)改革协同。将慢性病按人头付费试点与 DIP 付费改革协同,试点乡镇决算结余(超支)金额按照试点乡镇所在医共体 DIP 平均结算率执行。

七、试点单位职责

(一)医共体牵头医院负责指导和监督乡村基层医务人员做好公共卫生和疾病防控工作,做实健康促进、慢性病防治和健康管理,使参保居民少得病、早发现,降低参保人员的总发病率和就医总成本,从根本上减轻群众疾病经济负担。积极探索与慢性病按人头付费相适应的医院管理新模式,建立慢性病患者诊疗绿色通道,制定慢性病按人头付费结余留用(超支分担)“体内”分配方案,结余资金分配要向乡、村两级医疗机构倾斜,其中乡级不得低于 30%,村级不得低于 40%,具体分配方案报县(市)

医保部门备案。

（二）乡级医疗机构要在慢性病按人头付费工作中充分发挥中枢纽带作用，负责组织乡村医务人员做好试点病种筛查、监测、用药指导和数据统计、核实、上报工作，负责组织医疗专家做好慢性病知识宣教、患者健康评估等工作，负责落实好分级诊疗、签约服务等其他工作。

（三）村级医疗机构负责辖区内城乡居民试点病种筛查、监测、治疗及跟踪服务工作，并完整、真实填写各项数据及治疗情况；在上级医院指导下，开展健康教育和健康促进、早诊早治、疾病规范化管理；指导协助慢性病患者申请慢性病门诊待遇资格；严格落实家庭医生签约、履约服务，做到应签尽签，服务周到；严格执行分级诊疗制度，引导常见病首先在基层医疗机构就诊。

（四）试点单位须严格按照临床诊疗规范或者临床指南，合理诊疗，保证医疗质量和安全；建立健全激励约束机制，对诊疗规范、费用控制较好、患者满意度较高的试点单位及医务人员，可将结余资金予以奖励。

八、组织保障

（一）**高度重视，广泛宣传。**慢性病按人头付费是医保支付方式改革之一，是建立基层医疗机构医保基金激励约束机制的有效方法，是提高医保基金使用效率、促进医防融合的有效做法。各县（市）医保、卫生健康部门要高度重视，广泛宣传，引导广

大群众健康生活，合理就医，确保试点工作稳步推进。各县（市）医保、卫生健康部门要将慢性病按人头付费工作向当地党委、政府汇报，争取将此项工作纳入对乡镇年度综合目标管理绩效考核范围。

（二）精心组织，部门联动。各县（市）医保、卫生健康部门要牵头成立慢性病按人头付费领导小组，组建医疗专家组、统计分析组、监督检查组等，具体承担慢性病按人头付费实施细则制定及落实工作，明确县、乡（镇）、村三级医疗机构在慢性病按人头付费改革工作中的职责分工。各县（市）实施细则应于5月30日前出台。

（三）政策叠加，形成合力。各县（市）卫生健康部门要将慢性病按人头付费工作和公共卫生服务工作有效衔接，将慢性病按人头付费结果与国家基本公共卫生服务项目中的慢性病健康管理补助资金分配相挂钩，具体细则由市卫生健康委另行制定，通过发挥部门合力，实现政策叠加效应。

本方案由安庆市医疗保障局、安庆市卫生健康委员会负责解释，自通知印发之日起实施。政策执行过程中遇到问题，应及时向市医疗保障局、市卫生健康委员会反馈。

附件：慢性病按人头付费工作考核评价指标

附件：

慢性病按人头付费工作考核评价指标

一级指标	二级指标	指标说明	标准值	评分标准	分值	评分依据
试点病种防治情况	知晓率(筛查率)	18周岁以上参保人群年度内筛查率=已筛查人数/18周岁以上参保人数×100%	≥80%	满分：≥80% 其他：满分×(实际值/80%)		由县级卫生健康部门通过查看公共卫生系统、查阅筛查监测记录及抽查结果进行评分
	规范管理率	试点人群监测每月不少于1次，有阳性指标或症状的患者每月不少于2次。监测到位率=按月监测到位人数/试点人群数×100%	≥80%	满分：≥80% 其他：满分×(实际值/80%)		
	治疗率	试点人群治疗率=监测表用药记录人数/试点人群数×100%	≥80%	满分：≥80% 其他：满分×(实际值/80%)		
	控制率	试点人群控制率=试点人群规范用药后无阳性指标或症状的人数/试点人群数×100%	≥50%-70% (具体由各县确定)	满分：达到标准值 其他：满分×(实际值/标准值)		
	签约率	试点人群家庭医生服务签约率	≥55%-100% (具体由各县确定)	满分：达到标准值 其他：满分×(实际值/标准值)		
	履约率	试点人群家庭医生服务履约率	100%	满分：100% 其他：满分×实际值		
	大病防控	与上年度相比，试点病种参保患者本年度住院总费用有所下降或持平，变化增幅=(试点病种参保患者本年度住院总费用/试点病种参保患者上年度住院总费用-1)×100%	≤0	满分：≤0 其他：满分×(1-实际值/6%) 零分：≥6%		由县级医保部门统计评分

一级指标	二级指标	指标说明	标准值	评分标准	分值	评分依据
试点病种防治情况	用药保障	医共体中心药房药品保障到位情况。药品配送到县中心药房不及时除外。	无缺药情况	满分：未发现缺药情况 其他：发现1例不到位，村级医疗机构缺药扣0.1分，乡镇医疗机构缺药扣0.2分，县级医疗机构缺药扣0.5分，扣完为止。		由县级医保部门根据投诉和检查记录进行评分
	县内住院率	与上年度相比，试点人群县内住院率有所提高。试点人群县内住院率提高幅度=（本年度试点人群县内住院人次/本年度试点人群总住院人次×100%）-（上年度试点人群县内住院人次/上年度试点人群总住院人次×100%）	≥N%，具体由各县确定	满分：≥N% 其他：满分×实际值/N% 零分：≤0		由县级医保部门统计评分
居民参保人员就医负担减轻程度	医药费用	与上年度相比，所有参保患者医药总费用增幅控制在1%以内，增幅=（所有参保患者本年度医药总费用/所有参保患者上年度医药总费用-1）×100%	≤1%	满分：≤1% 其他：满分-实际值×100 零分：≥6%		由县级医保部门统计评分
	住院率	与上年度相比，所有参保患者本年度住院率有所下降或持平，变化幅度=（所有参保患者本年度住院人次/本年度所有参保人员-所有参保患者上年度住院人次/上年度所有参保人员）×100%	≤0	满分：≤0 其他：满分×（1-实际值）×100 零分：≥1%		
	县内住院率	与上年度相比，所有参保患者县内住院率有所提高。所有参保患者县内住院率提高幅度=（本年度所有参保患者县内住院人次/本年度所有参保患者总住院人次×100%）-（上年度所有参保患者县内住院人次/上年度所有参保患者总住院人次×100%）	≥N%，具体由各县确定	满分：≥N% 其他：满分×实际值/N% 零分：≤0		
		县内住院率低于一定比例不得分	≥N%，具体由各县确定	满分：≥N% 零分：<N%		

一级指标	二级指标	指标说明	标准值	评分标准	分值	评分依据
居民参保人就医负担减轻程度	实际报销比例	与上年度相比,所有参保患者门诊、住院实际报销比例没有下降,变化幅度=本年度所有参保患者门诊、住院医保支付金额/本年度总费用×100%-上年度所有参保患者门诊、住院医保支付金额/上年度总费用×100%。	≥0	满分: ≥0 其他: 满分-(0-实际值)×100×0.5, 扣完为止		
	违规行为	辖区定点医疗机构医保违规情况。	无违规行为	满分: 无协议处理或医保行政处罚 其他: 按照《定点医疗机构医疗服务协议》第73条至77条进行处理的,对应扣分为0.5、1、1.5、2、2.5分,扣完为止。经媒体曝光造成恶劣影响的此项不得分。		由县级医保部门根据查阅审核检查记录进行评分
试点管理情况	宣教、培训	乡镇组织试点病种宣教每村每季度不少于1次;组织县级专家到乡镇宣教、指导,每季度每乡镇不少于1次;年度内县、乡镇组织村医培训各不少于1次。	完成宣教、培训任务	满分: 完成宣教、培训任务 其他: 每少一次扣1分,扣完为止。		由县级医保根据培训、宣教图片等资料进行评分
	监督检查	乡镇组织回访(电话或现场)试点人群每村每季度不少于10人,并规范填写回访表。	完成回访任务	满分: 完成回访任务 其他: 每少1人扣0.5分,扣完为止。		由县级医保、卫生健康部门根据报表材料、回访记录以及通过电话回访或入户调查等进行评分
	报表报送	按要求规范报送报表	报表报送及时、规范	满分: 报表报送及时、规范 其他: 报表报送不规范、不及时的每次扣0.5分,扣完为止。		
	居民满意度	随机抽取试点人群和其他就诊报销患者各10人,了解参保患者对医疗机构服务的满意度。满意度=抽取人群中表示满意的人数/20	≥90%	满分: ≥90% 其他: 满分-(90%-实际值)×100×0.2,扣完为止		