关于印发辽宁省职工医保门诊支付方式改革
三年（2026-2028年）行动计划的通知

（征求意见稿）

各市医疗保障局：

为持续深化全省医保支付方式改革，加快建立我省职工医保门诊支付方式，根据《关于建立健全省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（辽政办发〔2021〕39号）等文件精神，省医保局制定了《辽宁省职工医保门诊支付方式改革三年（2026-2028年）行动计划》，现印发给你们，请结合本地实际贯彻落实。

辽宁省医疗保障局

2025年6月17日

抄送：辽宁省医疗保障事务服务中心

（信息公开形式：主动公开）

辽宁省职工医保门诊支付方式改革三年（2026-2028年）行动计划

按照《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）、《关于建立健全省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（辽政办发〔2021〕39号）等文件精神，结合我省实际，制定本行动计划。

1. 总体要求

（一）工作目标。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心，以建立完善与门诊共济保障改革相适应的医保支付机制为目标，利用2026-2028年3年时间，全省从职工医保开始审慎推进在总额预算下的多元复合式门诊付费改革工作，通过推进“总额控制、单元付费、系统管理、完善机制”等一系列有效措施，不断提高我省医保基金使用效率，提升门诊服务质量，规范门诊诊治行为，促进医疗、医保和医药协同发展治理。

（二）总体安排。按照“选定方式、模拟测试、实际付费、扩大范围”的路径启动改革。自2026年下半年开始，各市要认真开展数据测算并组织专家论证，选择符合实际的职工门诊支付方式在小范围开展试点。要优先选择信息化程度较高、管理水平较好、配合支持力度大的二级以上综合性医疗机构开展试点。在沈阳和大连先行先试的基础上，其他城市在2026年底前要完成启动改革所需的前期调查研究、基金运行分析、支付方式选择、信息系统建设等各项工作；2027年底前，各市要完成门诊医保支付方式改革方案的制定和信息系统的开发上线；2028年底前，各市要启动职工医保的模拟付费运行，条件成熟的市可开始实际付费，逐步形成符合辽宁实际且广泛认可的门诊支付方式，稳步扩大实施范围。

1. 工作任务

（一）科学编制门诊预算。各市要严格落实预算管理规定要求，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，合理编制基本医疗保险门诊总额预算指标。鼓励各市根据医疗机构服务特点、区域规划等分级分类制定基金预算，着重做好季度以及医疗机构的基金总控，并确定普通门诊统筹风险调节金预留比例（5%-10%之间），用于门诊特例单议等费用的清算工作，可视基金整体运行情况合理调整比例。年度门诊医保基金预算确定后，及时向定点医疗机构公布。

（二）提升门诊数据质量。定点医疗机构要按照《国家卫生健康委办公厅关于印发门（急）诊诊疗信息页质量管理规定（试行）的通知》（国卫办医政发〔2024〕16号）要求，加强病案质控，不断提高门诊病历的诊断完整性和准确性。有条件的地市可以采用ICPC门诊诊疗字典库，持续推进门诊电子病历的标准化和规范化。各市医保经办机构要指导定点医疗机构规范使用并上传医保信息业务编码，准确填报门诊病历信息，为开展门诊支付方式改革奠定基础。

（三）合理设置付费要素。各市要在门诊总额预算下，根据医疗资源消耗、临床诊疗特点等，采用适宜方法测算费用，合理确定医保门诊付费单元。持续完善门诊总额控制办法，可将门诊项目、病种、床日等付费单元，转换为一定的权重或者点数，细分到每个定点医疗机构进行总额控制管理。试点初期应充分考虑各医疗机构间门诊患者疾病严重程度差异、医疗技术水平、医疗资源消耗等因素，科学设定不同医疗机构的费率、系数，数量要能够满足付费需要。可按照不同等级医疗机构、分组（治疗方式）等服务单元开展固定费率的门诊结算。原则上应将药品和医疗服务项目统一进行打包付费，除门诊诊查费、高值药品和血液制品外其他药物（包括中药饮片）不再单独付费。对门诊手术或其他治疗性操作，优先采取预付费模式下的固定权重费率，不可简单化或“一刀切”将所有门诊病例全部纳入浮动费率法或点数法支付范围。付费要素的设置要向疑难重症和新药新技术倾斜，引导医疗机构合理使用医疗资源，保障重症的收治。

（四）健全门诊支付管理制度。逐步建立完善以病种（组）、权重（分值）、费率（点值）、系数等指标体系为重点的门诊付费管理系统以及动态调整机制。建立“结余留用、合理超支分担”机制，通过医保正向激励，引导定点医疗机构杜绝浪费、降低成本，减轻参保人员医疗费用负担。制定合理的结算清算办法及高低倍率病例认定标准，将职工门诊年度合规医疗费用总体支付率控制在120%以内，适当向地方政府鼓励支持发展的医疗机构或重点科室倾斜。各市可根据需要建立门诊预付金制度，对积极支持配合门诊支付方式改革的医疗机构预付1个月左右的预付金，同步推进同级医疗机构医学检查检验结果互认，减少重复检查化验。

（五）强化门诊监督管理。各市要建立健全医保基金使用动态监测机制，定期分析评价基金运行情况和使用效率，结合门诊付费改革进程适时调整，确保基金运行安全。持续优化完善门诊费用监管信息系统、医保服务协议、门诊付费审核流程、考核办法，加强对推诿患者、转嫁费用、分解诊疗、多次诊疗合并结算等行为的监管。

1. 配套机制

（一）探索门诊特例单议。鼓励有条件的地市根据实际择机建立门诊特例单议机制，对于超出普通门诊医保支付标准一定倍数以上的病例予以单独支付。可参考住院特例单议做法和经验，由各定点医疗机构自愿申报符合条件的病例，包括三级医疗机构门急诊收治的医疗费用相对较高病例。各市医保经办机构应组织专家按季度或年度进行审核，对于符合医保规定的病例费用据实结算（按项目付费）。同一参保人在一个治疗周期（3至7天）内能够合并至一个支付标准相对最高病种（病组）的，可不纳入高倍率费用结算。特例单议数量原则上控制在年度结算病例的1%-5%之间。

（二）开展门诊协商谈判。通过协商谈判，完善门诊预算总额、权重、分值、系数等支付要素的设置，解决不同等级和不同类型医疗机构收治患者客观存在的医疗费用差异问题。实施门诊慢特病（高血压和糖尿病）按人头付费改革的，可以基层医疗机构和县域医共体为主体，通过协商谈判确定支付标准。对儿科、中医门诊优势病种等科室（病种），以及手术操作等适宜在门诊开展且能有效减少患者住院的病种（病种），可谈判协商确定具体付费办法。

四、相关要求

（一）加强组织实施。各市要充分认识门诊医保支付方式改革的重要性，积极发挥“三医”协同工作机制作用，形成部门合力。各市医保部门要成立改革试点工作组，设置改革专班和具体工作人员，由主要领导负责统筹安排和组织实施。各市应按照本通知要求并结合本地实际做好三年行动计划的推进时间安排及具体工作，在10月底前报省医保局备案。有困难的地市可先对糖尿病、高血压等门诊慢特病开展按人头付费改革。按照全国统一的医保信息平台技术标准规范要求，尽快做好门诊付费前医保信息系统的各项准备工作。加强专业能力建设，定期开展交流培训，做好对医疗机构的业务指导。

（二）抓好改革协同。各市要充分调动定点医疗机构的积极性，主动邀请临床医学、医保管理、统计分析、药学等方面的专家参与改革并提供技术支撑，加强对定点医疗机构的业务培训和指导，提升医疗机构、医务人员在支付方式改革工作中的参与度。定点医药机构要严格执行医保政策规定，规范临床诊疗行为，做到因病施治，合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，及时准确上传医保信息系统数据。各市要建立面向医疗机构、医务人员的意见收集和反馈机制，积极沟通协商，推进门诊和住院支付的协同，不断提升医保支付方式改革成效。