

濉政办秘〔2021〕7号

**濉溪县人民政府办公室
关于印发濉溪县城城乡居民基本医疗保险
门诊特殊疾病保障创新试点工作
实施方案（试行）的通知**

各镇人民政府，县政府有关部门，各有关单位：

《濉溪县城城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病保障创新试点工作实施方案（试行）》已经县政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2021年2月10日

濉溪县城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病保障创新试点工作实施方案（试行）

为健全城乡居民基本医保门诊特殊疾病保障制度，提高医保基金保障绩效，根据中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）和国务院办公厅《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，按照安徽省医保局《关于开展待遇保障创新试点工作的通知》（皖医保秘〔2020〕94号）要求，结合我县实际，制定本方案。

一、总体要求

（一）指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，树牢以人民为中心的发展思想，紧紧围绕深化医疗保障体制改革目标，按照省医保局部署和要求，积极推进城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病保障创新试点工作，健全基本医保门诊特殊疾病保障制度，加强门诊特殊疾病精细化管理，兼顾门诊与住院治疗需求，降低参保患者住院率，提高医保基金保障绩效。

（二）基本原则

1.创新机制，协同发展。健全城乡居民基本医疗保险对门诊特殊疾病医疗行为的激励约束机制以及对医疗费用的控制机制。建立健全医保经办机构与医疗机构间公开平等的谈判协商机制、

“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制，促进门诊特殊疾病医疗保障和医药服务高质量协同发展。

2.因地制宜，统筹推进。从实际出发，充分考虑城乡居民基本医疗保险基金支付能力、医保管理服务能力、门诊特殊疾病区域分布、医疗服务和费用支出等因素，积极探索创新，实行符合我县实际的门诊特殊疾病医保支付方式。统筹推进“三医联动”改革，将门诊特殊疾病保障创新试点与家庭医生签约服务、建立分级诊疗制度等有机结合起来，发挥部门合力，多措并举，实现政策叠加效应。

（三）试点目标

通过试点，建立与完善门诊特殊疾病定额支付管理机制和激励约束机制，切实提高门诊特殊疾病精细化管理水平，提高基层医疗机构综合服务能力，实现“城乡居民门诊特殊疾病门诊就诊率提升，群众对门诊特殊疾病医疗保障和医疗服务满意率提升，门诊特殊疾病总体住院率同比下降，门诊特殊疾病医保基金支出水平同比下降”（“两升两降”）的试点工作目标。

二、试点范围

（一）试点机构。县医院、县中医院医共体及医共体内镇村医疗机构。

（二）试点人群。门诊特殊疾病保障创新试点针对“两病”和常见慢性病人（不包括当年新增“两病”和常见慢性病人员）。“两病”人群是指依据淮北市医保局、财政局、卫健委、市场局《关于印发<淮北市完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制实

施细则>的通知》（淮医保〔2019〕32号）要求，经县医保、卫健部门确认的高血压、糖尿病人群。常见慢性病人群是指患有《淮北市人民政府办公室关于印发淮北市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险制度实施办法（试行）的通知》（淮政办〔2019〕11号）规定的常见慢性病并办理慢性病证的人群。

（三）试点病种。兼顾患者的门诊与住院治疗需求，将城乡居民医保30组常见慢性病病种全部纳入试点。待条件成熟时，将特殊慢性病纳入试点范围。

三、试点内容

（一）改革门诊特殊疾病基本医保支付方式。在医共体按人头总额预付的基础上，实行城乡居民常见特殊疾病医保支付费用由乡镇卫生院按人头包干使用，结余留用，合理超支分担。**一是门诊费用包干。**根据近两年我县城乡居民医保门诊统筹、常见慢性病门诊、大额门诊以及签约服务基金实际人均支出水平，结合次均门诊费用、支付比例等因素，确定2021年两病人员门诊定额标准为：签约人头基金定额为340元/人，其中，门诊240元/人，家庭医生签约100元/人；没有签约的人头基金定额为240元/人；常见慢性病人头基金定额标准为：签约1000元/人，其中，门诊900元/人，家庭医生签约100元/人；没有签约人头基金定额为900元/人。**二是住院费用包干。**根据近两年城乡居民医保常见慢性病人员人均住院基金支出费用，确定常见慢性病住院人头基金定额标准，2021年常见慢性病患者住院人头基金定额标准7500元/年。

（二）完善门诊特殊疾病待遇保障政策。认真落实城乡居民医保市级统筹政策，执行《淮北市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险制度实施细则（试行）》（淮医保〔2019〕12号）有关门诊特殊疾病保障待遇。完善试点工作相关待遇保障政策，取消门诊统筹和常见慢性病报销门槛费。常见慢性病医药费用必须是《安徽省基本医疗保险药品目录》《安徽省基本医疗保险慢性病门诊用药目录（试行）》《淮北市基本医疗保险医疗服务价格目录（2019版）》规定的纳入报销范围的与常见慢性病有关的医药费用。

（三）完善门诊特殊疾病医保信息系统。加快城乡居民基本医疗保险信息系统升级改造，强化门诊特殊疾病数据治理能力建设，建立门诊特殊疾病数据库并动态维护，做好有关接口改造工作，加强与医院HIS系统数据对接，实现门诊特殊疾病诊疗信息电子化，为参保患者就医提供便捷服务。加快推进门诊特殊疾病智能监控系统上线运行，充分利用医保智能审核技术手段，加强对门诊和住院治疗药品使用量及价格等信息监测、统计分析和监督管理，严厉打击欺诈骗保行为。

（四）做好门诊特殊疾病基金拨付和结算工作。按照《2020年濉溪县县域医共体城乡居民医保基金按人头总额包干及支付办法》（濉卫健〔2020〕79号）和《濉溪县医共体医保基金共管账户监督管理办法》（濉医保秘〔2020〕12号）等有关要求，对医疗机构门诊特殊疾病包干费用进行拨付。门诊特殊疾病患者在定点医院就诊实行即时结算，经转诊在县外即时结算医院就诊的

在即时结算医院结算，非即时结算医院在参保地的乡镇卫生院结算。年终按《濉溪县城乡居民医保门诊特殊疾病保障创新试点工作绩效考核分配方案（试行）》进行清算。

（五）强化门诊特殊疾病准入和就医管理。城乡居民门诊特殊疾病病种待遇认定，严格按照省、市医保局有关规定办理。制定《濉溪县城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病准入标准（暂行）》。切实加强对享受门诊特殊疾病待遇参保人员管理，严格执行省、市医疗保障局取消门诊特殊疾病享受资格有关规定。城乡居民门诊特殊疾病原则上在县内就诊，实行定点管理，县内医院无法治疗的门诊特殊疾病由牵头医院转往县外二级以上医疗机构治疗。长期住在外地的，向县医保经办机构备案后，可以就近选择一家二级以上医疗机构为定点医院。

（六）完善门诊特殊疾病家庭医生签约服务。坚持试点工作与推进分级诊疗制度相结合，与完善家庭医生签约服务相结合。通过签约服务，加强门诊特殊疾病患者的健康管理，强化基层首诊、规范转诊，引导患者在基层进行治疗和康复，实现门诊特殊疾病基层就诊率、县域内就诊率逐步提升，住院率和致残率逐步降低的目标。签约服务支出的城乡居民医保费用继续按照《濉溪县家庭医生签约服务工作实施方案（试行）》（濉医改办〔2016〕1号）执行，结算按照《濉溪县公共卫生专业机构融入紧密型医共体建设的实施方案》（濉医改〔2020〕1号）要求执行。

四、实施步骤

（一）动员部署阶段（2020年11月—2020年12月）。组织

开展门诊特殊疾病数据分析，借鉴外地经验，结合本地实际，制定试点工作方案。召开试点工作动员会，进行部署安排。

（二）全面实施阶段（2021 年 1 月—2021 年 12 月）。按照试点方案的要求，细化任务举措，落实工作责任，确保试点工作有亮点、出成效。在此期间，定期向省、市医保局汇报工作进展情况。

（三）总结评估阶段（2022 年 1 月—2021 年 3 月）。认真总结试点工作做法和成效，形成可借鉴、可复制的门诊特殊疾病创新管理模式。迎接省医保局专家组的综合评估。

五、保障措施

（一）加强组织领导。城乡居民医保门诊特殊疾病保障创新试点工作专业性强，是一项导向非常明确，涉及医保、医疗、医药三医联动的改革。为加强对试点工作的领导，成立门诊特殊疾病保障创新试点工作领导小组。有关单位要高度重视，加强领导，成立相应组织，具体负责试点工作落实。

（二）强化跟踪问效。县医保局、县卫健委要加强对试点工作的跟踪督导，切实做好试点工作质量控制和绩效评估，引导医疗机构严格执行基本医疗保险政策，遵循门诊特殊疾病用药规范和诊疗标准，合理用药，因病施治，认真履行医保服务协议，为参保人员提供优质医疗服务。

（三）加强舆论宣传。有关单位要充分利用有效的宣传方式，加大对开展试点工作政策措施的宣传力度，充分调动医务人员参与的积极性和主动性，全力争取广大群众和社会各界的

理解和支持，为试点工作营造良好的氛围。

附件：1.濉溪县城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病保障
试

点绩效考核分配方案（试行）

2.濉溪县门诊特殊疾病定额支付考核细则（试行）

附件 1

濉溪县城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病保障创新试点工作绩效考核分配方案 (试行)

为确保濉溪县城乡居民医保门诊特殊疾病保障创新试点工作开展,按照门诊特殊疾病精细化管理,兼顾门诊与住院治疗的要求,制定本方案。

一、评估考核

依据《濉溪县紧密型医共体综合绩效考核实施方案》(濉医改办〔2020〕1号)和《濉溪县家庭医生签约服务考核结算办法》(濉卫生计生〔2016〕122号),对试点人群主要考核签约率、签约服务数量和质量、两病人员的规范管理率,常见慢性病患者用药保障、规范诊疗、规范转诊以及住院率等指标。在推进试点工作过程中,根据实际工作需要,在广泛征求意见基础上,可对相关考核细则适时调整。

二、结算方式

试点人群的门诊总额费用按照“总额控制、结余留用、合理超支分担”的原则进行结算。

(一) 分类控制。

1. 签约试点人群门诊结算总额:

(1) “两病”人员签约试点人群门诊结算总额 = 签约试点人

群数（“两病”人员实际“两病”门诊就诊人数）×签约门诊人头定额标准；非签约试点人群门诊结算总额 = 非签约试点人群服务人数（“两病”人员实际“两病”门诊就诊人数）×门诊人头基金定额标准。

（2）常见慢性病人员签约试点人群门诊结算总额 = 签约试点人群数（常见慢性病患者门诊实际就诊人数）×签约门诊人头定额标准；非签约试点人群门诊结算总额 = 非签约试点人群服务人数（常见慢性病患者门诊实际就诊人数）×门诊人头基金定额标准。

2.常见慢性病住院人员结算总额：常见慢性病核定住院人数（核定住院人数为医保部门根据上一年度试点人群发生的住院对象确定的人数）×常见慢性病住院人头基金定额标准。

（二）预拨支付。

按照《濉溪县城城乡居民基本医疗保险按人头总额付费实施方案》规定的方式进行费用预拨。

（三）年终决算。

按照《濉溪县城城乡居民基本医疗保险按人头总额付费实施方案》的规定先行结算。

1.门诊年度结余资金 = 年度门诊结算总额 - 试点人群门诊实际基金支出费用（包括门诊统筹、“两病”门诊、常见慢性病门诊、大额门诊费用支出） - 签约基金支付费用 - 违规扣款。

2.住院年度结余资金 = 年度住院结算总额 - 试点人群住院实际基金支出费用 - 违规扣款。

年度结余总额为门诊年度结余资金+住院年度结余资金，大于0时，按照“结余留用”规则计算。结余部分从医共体包干经费总量中扣除，按照村、镇、县3:5:2的份额分配。

三、结余分配

（一）医共体牵头医院。按年度结余总额的20%分配。县级牵头医院考核后所得资金 = 考核实际得分比 × 20% × 医共体辖区试点人群人均结余额 × 辖区试点人群数。其扣减部分回归医共体包干基金。

（二）医共体镇卫生院。按年度结余总额的50%分配。某镇卫生院考核后所得资金 = 考核实际得分比 × 50% × 医共体辖区试点人群人均结余额 × 本镇试点人群数。其扣减部分回归医共体包干基金。

（三）医共体村卫生室。按年度结余总额的30%分配。某村卫生室考核后所得资金 = 考核实际得分比 × 30% × 医共体辖区试点人群人均结余额 × 本村试点人群数。其扣减部分回归医共体包干基金。

四、合理超支分担

年度结余总额小于0时，根据综合考核情况，试点工作初期超支部分由医共体包干基金承担。

附件 2

濉溪县门诊特殊疾病定额支付考核细则

序号	一级指标	二级指标	考核标准	分值	数据来源
1	签约率	两病人员签约占比	80-95%; 得分=达标率×分值, 超过 95%得满分	5	签约信息系统
		慢性病人员签约占比	80-95%; 得分=达标率×分值, 超过 95%得满分	5	签约信息系统
2	签约服务数量和质量	签约包完成率,	90-95%; 得分=达标率×分值, 超过 95%得满分	5	签约信息系统
		服务包项目完成率	95%-100%; 得分=达标率×分值	5	签约信息系统
3	高血压	规范管理率	60-70%; 得分=达标率×分值, 超过 70%得满分	2	公共卫生信息系统
		血压管理达标率	0-60%; 得分=达标率×分值, 超过 60%得满分	3	公共卫生信息系统
4	糖尿病	规范管理率	60-70%, 得分=达标率×分值, 超过 70%得满分	2	公共卫生信息系统
		血糖管理达标率	0-60%, 得分=达标率×分值, 超过 60%得满分	3	公共卫生信息系统
5	用药保障	县、镇、村慢性病用药保障到位	严格执行慢性病用药目录, 保障慢性病用药。出现 1 例合理投诉扣 0.5 分。	5	投诉和检查记录
6	规范诊疗	规范诊疗率	严格执行诊疗规范, 慢性病病历、处方不合格 1 例扣 0.5 分。	5	检查记录
7	规范转诊	规范转诊率	不按规定转诊每例扣 0.5 分。	5	转诊记录
8	规范报销	规范报销率	不按规定报销每例扣 0.5 分。	5	检查记录
9	门诊就诊率	两病人员就诊率	门诊就诊率 (“两病”人员实际门诊人数/“两病”人员人数) 达到 70%得满分, 低于 70%得分: 实际门诊就诊率/70%×分值	10	医保信息系统
10	住院率	两病人员总住院率;	同比降低得满分; 同比增加, 得分=去年住院率/本期住院率×分值	10	医保信息系统
		慢性病人员总住院率	同比降低得满分, 同比增加, 得分=去年住院率/本期住院率×分值	10	医保信息系统
		两病人员在县域内乡镇卫生院住院率	同比增加得满分, 同比减少, 得分=本期住院率/去年住院率×分值	10	医保信息系统
		慢性病人员在县域内乡镇卫生院住院率	同比增加得满分, 同比减少, 得分=本期住院率/去年住院率×分值	10	医保信息系统

抄送：县委各部门，人大常委会办公室，县政协办公室，县监察委，
县法院、检察院，县人武部。