

内蒙古自治区人民政府办公厅关于 印发进一步深化基本医疗保险支付方式 改革实施方案的通知

内政办发〔2021〕92号

各盟行政公署、市人民政府，自治区各委、办、厅、局，各大企业、事业单位：

经自治区人民政府同意，现将《内蒙古自治区进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案》印发给你们，请认真组织实施。

2021年12月30日

(此件公开发布)

内蒙古自治区进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案

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）、《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，为深入推进基本医疗保险支付方式改革，增强医保对医药服务领域的激励约束作用，保障参保人员权益、规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长，结合自治区实际，制定本方案。

一、总体要求

（一）基本原则。

保障基本。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，不断提高医保基金使用效率，着力保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生资源合理利用，筑牢保障底线。

建立机制。发挥医保第三方优势，健全医保对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，提高医疗机构自我管理的积极性，促进医疗机构从规模扩张向内涵式发展转变。

因地制宜。坚持从实际出发，充分考虑医保基金支付能力、医保管理服务能力、医疗服务特点、疾病谱分布等因素，积极探索创新，实行符合本地区实际的医保支付方式。

统筹协调。统筹推进医疗、医保、医药各项改革，注重改革的系统性、整体性、协调性，发挥部门合力，多措并举，实现政策叠加效应。

(二) 主要目标。进一步加强医保基金预算管理，在总额预算的基础上，以住院支付方式改革为重点，全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。2022年，住院按疾病诊断相关分组（DRG）和按病种分值（DIP）付费覆盖所有统筹区二级及以上公立医院。到2025年，DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。推进门诊支付方式改革，鼓励各地区探索开展按人头、按诊疗组合、按病种、按项目等多种门诊付费方式。到2025年，门诊支付方式改革覆盖所有医疗机构，普遍实施与门诊统筹相适应的，符合自治区实际的多元复合式门诊支付机制。

二、支付方式改革主要内容和实施步骤

(一) 实行总额预算管理。按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，将基金预算管理与费用结算管理相结合，在年度总额控制目标的基础上，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，根据当年度基本医疗保险统筹基金总收入，将次均费用增长率、就诊人数增长率、医疗保健消费价格指数增长率以及统筹基金收入增长率等作为重要参考因素，科学合理确定门诊、住院支出预算总额。完善与总额控制相适应的考核评价体系 and 动态调整机制，保证医疗机构正常运行。健全医保经办机构 and 医疗卫生机构之间的协商谈判机制 and 激励约束机制，促进医

疗机构集体协商，医疗机构实际发生费用低于约定支付标准的，结余部分由医疗机构留用；实际费用超过约定支付标准的，超出部分由医疗机构承担；对于合理超支部分，可在协商谈判基础上，由医疗机构和医疗保险基金分担。

（二）推进住院支付方式改革。在总额预算的基础上，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，按疾病诊断相关分组付费及区域点数法总额预算和按病种分值付费覆盖自治区所有统筹区。深入推进乌海市疾病诊断相关分组（DRG）付费试点，建立以保证质量、控制成本、规范诊疗、提高医务人员积极性为核心的 DRG 付费和绩效管理体系，发挥医保支付的激励约束作用。落实 DRG 付费国家试点“五个一”（制定一组标准、完善一系列政策、建立一套规程、培养一支队伍、打造一批样板）的目标要求。落实呼伦贝尔市、赤峰市、鄂尔多斯市区域点数法总额预算和按病种分值（DIP）付费国家试点任务，同步在其他盟市全面推开，自治区建立统一的病种目录库，对于精神类、康复类及安宁疗护等住院时间较长的病例可继续实施床日付费，并确定床日分值，探索中医（蒙医）医疗服务按病种分值付费改革，逐步实现住院病例全覆盖。提升数据治理能力，开展医保结算清单、医保费用明细表等的质量控制，完善配套监管措施，对 DRG 及 DIP 付费实现基于大数据的监测监管。加强专业技术能力建设，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付费和绩效管理体系。

（三）开展门诊支付方式改革。结合自治区实际，完善门诊

支付方式，鼓励各地区完善按人头、按诊疗组合、按病种、按项目等多种门诊付费方式。在基层医疗机构推行普通门诊按人头付费，根据基层医疗机构所提供的门诊服务总人数和各类人群补偿标准，按照“人头付费、结余留用、合理超支分担”形式结算参保人基层医疗机构门诊费用。在二级以上医疗机构普通门诊探索按诊疗组合付费，以患者当日门诊诊疗使用的全部药品、耗材、诊疗项目为打包对象，将门诊就诊具体分为手术操作、内科诊疗和辅助服务 3 类，形成相应病种组合予以支付。全区统一门诊慢性病病种范围，参保人在具备治疗资格的定点医疗机构门诊就医，属于指定慢性病相应的门诊专科药品费用及相关的一般检查治疗费，由基金按规定比例支付。探索日间病房、日间手术实行按病种付费。住院开展 DRG、DIP 付费的二级以上医疗机构，对于可以在日间病房或通过日间手术治疗的诊断清晰、治疗方法确定的病例实行按 DRG、DIP 付费，参保人参照住院待遇进行管理。

（四）探索紧密型医疗联合体付费机制。鼓励各地区适应紧密型医疗联合体等医疗服务模式发展创新，完善医保管理措施，发挥医保经济杠杆的调节作用，通过差别化的医保支付比例和起付标准，引导群众到基层医疗机构首诊。探索对县域医共体等紧密型医疗联合体实行打包付费，医保对医联体内各医疗机构年度总额控制指标进行合并计算，以上一年度实际发生数为基数，综合考虑区域医疗服务数量、质量及合理增长等因素，由医保与紧密型医联体谈判确定当年医保总额控制指标。医疗联合体内医保资金统一使用，结余留用，合理超支分担，促进医疗集团形成主

动控费机制。合理拉开紧密型医联体内不同层级医疗机构之间就诊报销比例差异。

(五) 支持“互联网+医疗”等新服务模式发展。规范“互联网+医疗”服务，实行公平的线上、线下医药服务价格政策及医保支付政策，发挥互联网在促进医疗服务降本增效、改善患者就医体验、重构医疗市场竞争关系等方面的积极作用。对在自治区卫生健康、中医药管理部门相关规定框架下，开展“互联网+”医疗服务的医疗机构，经评估纳入“互联网+”医疗服务范围，并签订补充协议。根据地方医保政策和提供“互联网+”医疗服务的定点医疗机构的服务内容确定支付范围。参保人在本统筹地区“互联网+”医疗服务定点医疗机构复诊并开具处方发生的诊察费和药品费，可按照统筹地区医保规定支付，其中个人负担的费用，可按规定由职工医保个人账户支付。探索定点医疗机构外购处方信息与定点零售药店互联互通，有条件的地区可依托全国统一医保信息平台，加快推进外购处方流转相关功能模块应用，便于“互联网+”医疗服务复诊处方流转。探索开展统筹地区间外购处方流转相关功能模块互认，实现“信息和处方多跑路，患者少跑腿”。

(六) 鼓励使用中医药（蒙医药）服务。将符合条件的中医（蒙医）医疗机构纳入医保协议管理范围。将符合规定的蒙成药、医院制剂、饮片和中医（蒙医）特殊诊疗技术纳入基本医疗保险支付范围。鼓励使用中医药（蒙医药）服务，引导运用成本相对较低、疗效较好的中医（蒙医）诊疗项目，将中医（蒙医）非药

物疗法纳入门诊统筹范围。改革完善中医药（蒙医药）支付政策和中医（蒙医）医疗服务价格形成机制，积极探索按病种、按服务单元定价，引导医疗机构和医务人员发挥中医药（蒙医药）特色优势。

三、保障措施

（一）完善医保支付政策措施。

1. 明确医保基金支付范围。建立健全医疗保障待遇清单制度，落实基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范。按照“基本保障、公平享有”的原则，在基本医保支付范围内实施支付方式改革，公共卫生、体育健身、养生保健、健康体检等费用不得纳入医保支付范围。

2. 发挥医保基金调控作用。支持建立完善分级诊疗制度，通过调整医保支付政策向基层倾斜，引导参保人员优先到基层首诊，对符合规定的转诊住院患者可连续计算起付线，合理引导双向转诊。支持医疗联合体建设，引导医联体内部初步形成较为科学的分工协作机制和较为顺畅的转诊机制。推进建立药品“双通道”机制，鼓励协议管理零售药店做好国家谈判药品及慢性病用药供应保障，患者可凭处方自由选择协议管理医疗机构或协议管理零售药店购药。

（二）强化医保对医疗行为的监管。

1. 加强协议管理。各地区要完善医保服务协议管理，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗质量双控制。根据不同

支付方式特点和各级各类医疗机构的功能定位和服务内容，针对重点环节，完善细化评价指标、考核办法以及监督管理措施，建立支付方式评价体系，制定相应的约束和激励措施，将考核结果与医保基金支付挂钩。中医（蒙医）医疗机构考核指标应包括中医药（蒙医药）服务提供比例。

2. 全面实施医保智能监控。实现医保费用结算从部分审核向全面审核转变，从事后纠正向事前提示、事中监督转变，从单纯管制向监督、管理、服务相结合转变。不断完善医保信息系统，确保信息安全。积极探索将医保监管延伸到医务人员医疗服务行为的有效方式，探索将监管考核结果向社会公布，促进医疗机构强化医务人员管理。

（三）协同推进医药卫生体制相关改革。 建立区域内医疗卫生资源总量、医疗费用总量与经济发展水平、医保基金支付能力相适应的宏观调控机制，控制医疗费用过快增长。推行临床路径管理，提高诊疗行为透明度。推进同级医疗机构医学检查检验结果互认，减少重复检查。建立医疗机构效率和费用信息公开机制，将费用、患者负担水平等指标定期公开，接受社会监督，并为参保人就医选择提供参考。探索建立对诊疗行为科学合理性与行业合规性的专家评价和纠错机制，加强外部监督。完善公立医疗机构内部绩效考核和收入分配机制，引导医疗机构建立以合理诊疗为核心的绩效考核评价体系，体现多劳多得、优劳优酬。规范和推动医务人员多点执业。

四、组织实施

(一) 加强组织领导。各地区要高度认识深化医保支付方式改革的重要性，协调组织有关部门共同推进医保支付方式及相关领域改革，妥善做好政策衔接，发挥政策合力。各级医疗保障部门要做好支付方式改革的方案设计、费用测算和组织实施工作，同时做好医疗服务收费标准的制定，加强收付费政策的衔接和对医疗机构执行价格情况的监督检查；卫生健康部门要加强临床路径管理，规范医疗机构诊疗行为，进一步提高基层医疗卫生机构服务能力，做实紧密型医疗共同体；财政部门要加强基金预算管理，做好医保基金收支测算；中医药部门要做好中医（蒙医）诊疗服务与支付方式改革政策的衔接；各协议管理医药机构要加强内部监管，按照政策规定严格规范诊疗服务行为。

(二) 广泛开展政策宣传。各地区要广泛宣传支付方式改革政策，提高相关部门、医保经办机构、协议管理医疗机构和广大医务人员对推进支付方式改革重要性、必要性和迫切性的认识，认真做好相关人员政策培训，提高管理能力和水平，保证支付方式改革工作顺利实施。

(三) 完善信息系统建设。落实国家医疗保障业务标准和技术标准，建设“标准规范统一、数据自治区集中、平台自治区部署、网络全面覆盖”的医疗保障信息平台，实现公共信息资源互联互通。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。

(四) 做好总结评估。自治区制定评估方案，适时对各地区支付方式改革推进情况进行评估，及时总结推广好的经验做法。各地区要组织开展改革效果评估，对改革前后医疗费用、医疗服务数量和质量、医保待遇水平、参保人员健康水平等进行评估，通过评估为完善政策提供支持。

本通知印发后，原《内蒙古自治区人民政府办公厅关于印发〈内蒙古自治区进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案〉的通知》（内政办发〔2017〕164号）同时废止。

抄送：自治区党委各部门，内蒙古军区，武警内蒙古总队。
自治区人大常委会办公厅、政协办公厅，自治区监委，自治区高级人民法院，检察院。
各人民团体，新闻单位。

内蒙古自治区人民政府办公厅文电处

2021年12月31日印发
