

兰州市深化医药卫生体制改革领导小组办公室  
兰州市卫生和计划生育委员会  
兰州市人力资源和社会保障局  
兰州市财政局

文件

兰医改办发〔2017〕16号

关于印发《兰州市城乡居民基本医疗保险支付方式改革实施意见（试行）》的通知

各区县医改办、卫生计生局、人社局、财政局：

为贯彻落实省政府《关于印发甘肃省整合城乡居民基本医疗保险制度实施意见的通知》（甘政发〔2016〕92号）、省医改办、省卫计委、省人社厅、省财政厅《关于印发甘肃省城乡居民基本医疗保险支付方式改革实施意见（试行）的通知》（甘医改办发〔2017〕6号）、市政府《关于印发兰州市整合城乡居民基本医疗保险制度实施方案的通知》（兰政发〔2017〕9号），建

立全市统一、城乡一体的城乡居民基本医疗保险制度，统筹推进医疗、医保、医药“三医联动”，市医改办会同卫生计生、人力资源和社会保障、财政等部门制定了《兰州市城乡居民基本医疗保险支付方式改革实施意见（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。

本实施意见自 2018 年 1 月 1 日起实施。



兰州市深化医药卫生体制改革  
领导小组办公室



兰州市卫生和计划生育委员会



兰州市人力资源和社会保障局



兰州市财政局

2017 年 11 月 8 日

---

公开属性: 主动公开

---

兰州市深化医药卫生体制改革领导小组办公室 2017 年 11 月 8 日印发

# 兰州市城乡居民基本医疗保险支付方式改革实施意见（试行）

为贯彻落实省政府《关于印发甘肃省整合城乡居民基本医疗保险制度实施意见的通知》（甘政发〔2016〕92号）、省医改办等四部门《关于印发甘肃省城乡居民基本医疗保险支付方式改革指导意见（试行）的通知》（甘医改办发〔2017〕6号）及市政府《关于印发兰州市整合城乡居民基本医疗保险制度实施方案的通知》（兰政发〔2017〕9号），全面实施统一的城乡居民基本医疗保险制度，统筹推进医疗、医保、医药“三医联动”，现就我市城乡居民基本医疗保险支付方式改革工作提出以下实施意见。

## 一、指导思想

通过实施不同级别医疗机构医保差异化支付政策，建立完善医保激励约束和风险共担机制，促进“两个秩序”，即医疗机构行医秩序和患者就医秩序的规范建立，全面推进医药卫生体制改革向纵深发展。

## 二、基本原则

（一）全面预算管理与分类支付相结合。城乡居民基本医疗保险基金管理坚持“全面预算，以收定支，收支平衡，略有结余”的原则。我市根据实际情况合理确定门诊、住院基金预算总额及相应的支付政策。



(二) 市级统筹与分级管理相结合。围绕统一待遇政策、基金管理、信息系统和就医结算等重点，实行城乡居民医保基金市级统筹。根据我市市域内各县（区）的医疗服务水平和患者就医率等情况，强化分级管理，加强县级政府及经办机构基金、机构管理的积极性和主动性。

(三) 全面覆盖与健康扶贫相结合。巩固提升城乡居民基本医疗保险个人参保和待遇保障覆盖面。进一步增强城乡居民基本医疗保险对贫困人口的医疗保障能力，加强与大病保险、医疗救助等制度的衔接，发挥保障合力，有效防止家庭灾难性医疗支出。

(四) 依法监管与协议管理相结合。市、县两级卫生计生部门要对医疗机构及医务人员执业行为进行监督，对违法行为依法查处。卫生计生、人力资源和社会保障部门，要通过与医疗机构签订服务协议，规范医疗服务行为，对医疗机构及其医护人员违规行为依法依规进行处理。

### 三、基金支付政策

城乡居民基本医疗保险支付主要采取门诊按人头总额预付和住院按病种总额预付的方式。门诊按人头总额预付用于支付县（区）、乡（社区卫生服务中心）、村（社区卫生服务站）级各定点医疗机构提供的一般性疾病门诊服务和慢特病门诊服务报销；住院按病种总额预付是依据卫生计生与医疗机构签订的诊疗服务病种、数量和费用标准，依据确定的报销政策结合上年度住院人次，计算本年度预算总额，预先拨付医疗机构部分基金，实行“总额包干、结余留用、超支分担”的原则，激励医疗机构提高

服务效率和质量。结合推进家庭医生签约服务和分级诊疗制度建设，完善参保人员在不同层级医疗机构就医的差别化支付政策，充分发挥基本医疗保险支付政策的引导约束作用，促进患者有序流动。

对定点医疗机构医疗费用实行事前提醒、事中监控、事后审核的全程实时监控。重点对药品、高值医用耗材使用情况、大型医用设备检查、各级医疗机构的不合规医疗费用(违规诊疗病种、目录外药品和诊疗项目使用)、自付费用比例等医疗行为进行跟踪监测评估，及时发现违规行为，并依据《社会保险法》、《执业医师法》、《医疗机构管理条例》等法律法规和《甘肃省城乡居民基本医疗保险定点医疗机构违约行为基金扣减办法》、《兰州市城乡居民基本医疗保险定点医药机构协议管理实施细则》对相关医疗机构及医务人员做出相应处罚，促进诊疗行为规范，防止发生不合理医疗费用支出。充分发挥基本医疗保险激励约束和控制医疗费用不合理增长作用，促进医疗机构和医务人员主动控制成本和费用，提高医疗资源和基金使用效率，从源头上减轻参保人员医疗费用负担。适应不同支付方式的特点，完善考核办法，重点将药品(耗材)占比、医疗费用增长率(县级8%，省市级10%)、不合规医疗费用(控制在10%以内)、县外转诊率等作为重点考核指标，并将考核结果与基金支付挂钩，避免医疗机构为控制成本推诿病人、减少必要服务或降低服务质量。

#### (一) 门诊统筹支付。

1. 普通门诊付费。普通门诊就诊范围主要在县级公立定点医



疗机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心和符合条件的村卫生所、社区卫生服务站，门诊病人在县（区）、乡（社区卫生服务中心）、村（社区卫生服务站）就诊比例应分别为 10%、40%、50%左右，引导病人就近就医。普通门诊医药费报销比例原则上应控制在政策规定范围内的 60%左右。

2. 门诊慢特病支付。是指对门诊慢性特殊疾病实行分病种确定额度、按比例报销、年度累计的支付方式。具体按照《兰州市城乡居民基本医疗保险门诊慢性特殊疾病长期门诊就医管理实施意见》相关规定执行。

## （二）住院统筹支付。

1. 单病种定额支付。实行单病种定额支付，是指在确保医疗质量和医疗安全的前提下，按照疾病临床路径，对某一病种从确诊入院、检查治疗到治愈出院实行定额付费的管理模式。我市参照全省现行的省级医疗机构诊治的 50+n 种疑难重大疾病、市级医疗机构 150+n 种常见大病、县级医疗机构 250+n 种常见多发病、乡级医疗机构 50+n 种普通常见病分级诊疗病种，按属地化管理的原则，经所在地卫生计生行政部门组织的专家委员会评定各定点医疗机构服务能力，与各级医疗机构签订服务病种协议，各级医疗机构签约病种数量不得少于实际收治病种数量的 90%，上不封顶，并实行动态管理，逐年增加分级诊疗病种数量。费用标准（中西医同价）参考省上的定额标准并结合我市实际确定，原则上费用超出部分由医保经办和医疗机构共同承担，结余留用。具体按照兰州市城镇职工基本医疗保险政策执行。报销流程依次为

“基本医保、大病保险、医疗救助”。

2. 床日付费。精神及康复类疾病按床日付费。

3. 在总额控制下的复合型付费方式。其余未明确付费方式的实际收治病种可按照总额预付制、按人头支付、按比例付费、按疾病诊断相关分组支付等方式付费，具体由医保经办机构按“控制医药费用”的原则统一确定。

### （三）落实相关惠民政策。

医保支付要紧紧围绕国家医改有关惠民政策统筹推进，强化与分级诊疗、医保医药联动、医生多点执业、家庭医生签约服务、大病保险、民政救助、卫生健康扶贫等相关政策的有效衔接。

## 四、基金支付方式

### （一）总额预付制度。

门诊总额预付要求各县（区）城乡居民基本医疗保险经办机构要按计划及时将门诊统筹预付基金下拨到县、乡、村级各定点医疗机构；住院总额预付要求各级城乡居民基本医疗保险经办机构依据各级医改办制定的相关政策和定点协议，测算确定病种费用定额标准并结合上年度实际发生金额后，列入预算。按预算额度下拨各定点医疗机构部分预付基金，原则上总额预付（门诊、住院）比例为60%，其余的40%作为考核基金，综合考虑定点医疗机构开展医疗服务的数量、质量以及与医保相关的诊疗行为考核结果进行拨付，基金实行按月预付，次月结算，年底决算。具体可根据我市实际情况适时调整总额预付的比例及结算周期。

### （二）“先诊疗、后付费”和“一站式”即时结报。



参保患者在县、乡、村级医疗机构门诊诊疗和省、市、县、乡级医疗机构住院诊疗所发生的合规医疗费用实行“先诊疗、后付费”和“一站式”即时结报。参保患者入院免收押金，出院时仅负担个人自付部分医疗费用。各级定点医疗机构逐步实现在出院结算发票上注明住院总费用、城乡居民基本医疗保险报销费用、大病保险报销费用、医疗救助费用及其他各类项目救助等报销明细。各项保障措施叠加后，参保患者获得的报销总金额不得高于住院医疗总费用。

各定点医疗机构应定期将门诊和住院患者相关报销资料按照月报送所在地县（区）城乡居民基本医疗保险经办机构进行初审，初审结果汇总后上报同级医改办，同级医改办结合卫生计生部门上报的与医保相关的诊疗行为考核结果统一进行复审后，交由城乡居民基本医疗保险经办机构向定点医疗机构拨付结算费用。

### （三）省内异地和跨省异地就医结报。

1. 省内异地就医。参保患者在相应级别医疗机构省内异地就医，按照分级诊疗病种费用标准实行即时结报。按照甘肃省人民政府办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》（甘政办发〔2016〕49号）及《兰州市推进分级诊疗制度建设实施方案》（兰政办发〔2016〕276号）规定，符合分级诊疗病种诊断的患者（特殊人群除外），未按规定办理转诊转院手续的，可按相关规定处理。



2. 跨省异地就医。参保患者经参保地转诊审批后方可到签约省市相应级别定点医疗机构就医，具体按照省、市跨省异地就医联网结报政策和《兰州市城镇基本医疗保险异地就医管理》（兰人社发〔2015〕115号）执行。

## 五、城乡居民基本医疗保险统筹报销有关规定

（一）结算方式。城乡居民医保基金划分为住院统筹基金、门诊统筹基金两部分。城乡居民基本医疗保险统筹基金当年结余控制在15%以内。随着门诊和住院人次的增减，住院统筹基金和门诊统筹基金可相互转划使用，但总基金不得透支。

继续坚持以大病统筹为主的原则，采取门诊统筹和住院统筹相结合的报销模式。原则上按30%设立门诊统筹基金（含普通门诊和慢特病种门诊报销基金），70%设立住院统筹基金（含普通住院、正常分娩、单病种定额付费、重特大疾病报销基金）。

### （二）报销范围。

城乡居民基本医疗保险基金只能用于城乡居民医疗费用的报销，对于国家和省上有关政策规定的专项补偿项目，应先执行专项补偿，剩余部分再按城乡居民基本医疗保险报销比例规定给予报销。对纳入免费治疗的项目，不再纳入城乡居民基本医疗保险基金报销范围。

城乡居民基本医疗保险经办机构和各级各类协议医疗机构要按照《甘肃省城乡居民基本医疗保险药品目录》（2017年版）和《甘肃省城乡居民基本医疗保险诊疗项目》（2017年版），规范使用药品和诊疗项目，加强审核报销费用，对使用目录外药品

和诊疗项目和超标准收费、分解收费、自立项目收费等不合规费用，基本医疗保险和大病保险一律不予支付。

### （三）报销标准。

#### 1. 住院报销。

（1）报销比例。各级各类医院住院的城乡居民医保病人实行按病种付费的比例要占全院城乡居民的90%，逐年提高按病种付费比例。其他普（特）病城乡居民医保病人结算起付线及报销比例具体按照《兰州市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》相关规定执行。

（2）跨年度住院报销。跨年度住院的参保人员入、出院年度连续参保的，住院医疗费全部参与计算，按照出院时所在年度报销标准计算报销费用；跨年度住院的参保人员参保缴费未连续，只计算参保年度所发生的住院医疗费用，并按参保年度报销标准计算报销费用，未参保年度所发生费用城乡居民基本医疗保险基金不予报销。

（3）中医药报销。县（区）、乡（社区卫生服务中心）、村（社区卫生服务站）定点医疗机构开展针灸、刮痧、推拿、拔火罐等中医适宜技术和县、乡、村定点医疗机构使用地产中药材所发生的合规费用，实行全额报销。

#### （4）特殊人群报销。

①特困供养人员，低保一类、二类保障对象，持有一级、二级残疾证的残疾人等三类人员，住院报销实行零起付线，报销比例在统一报销标准基础上提高10个百分点。



②妇女宫颈癌、乳腺癌患者的住院费用报销比例提高 5 个百分点。新生儿（0-6 个月）首次住院施行零起付线。

③9 项国家基本医疗保障康复项目及新增部分医疗康复项目，按照《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》（卫农卫发〔2010〕80 号）和《关于转发〈人力资源和社会保障部、卫生和计划生育委员会、民政部、财政部和中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保险支付范围的通知〉的通知》（甘人力资源和社会保障通〔2016〕200 号）执行。

## 2. 门诊报销。

### （1）普通门诊报销。

普通门诊应当在县（区）级医院、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、符合条件的村卫生室（社区卫生服务站）就诊，按照门诊支付标准即时结报。

县（区）、乡（社区卫生服务中心）、村（社区卫生服务站）定点医疗机构政策范围内报销，起付标准为每人每次 10 元，统筹报销比例为 60%，每人每年度统筹报销累计报销额不超过 100 元。

### （2）慢特病门诊报销。

具体按照《兰州市城乡居民基本医疗保险门诊慢性特殊疾病长期门诊就医管理实施意见》相关规定执行。

## 3. 卫生精准扶贫报销。

贫困人口在各级医疗机构就医费用报销比例在现行基础上提高 5 个百分点。

## 六、工作要求

### （一）加强组织领导。

市、县两级医改办、卫生计生委、人力资源和社会保障、财政等部门要按照职责分工，密切配合，对本实施意见在执行过程中出现的问题要及时汇总，及时研究解决，适时修订符合我市实际的医保支付方式改革政策措施。

### （二）加大政策宣传。

市、县两级各有关部门要加强各级城乡医保管理经办人员和医院管理者的政策培训，强化政策解读，着力提升各级干部和医院管理人员的政策水平和执行力。要深入细致做好医务人员的宣传动员，引导广大医务人员充分认识支付方式改革的重要意义，优化服务流程，提高管理水平。充分利用新媒体配合传统媒体开展宣传，提高群众对城乡居民基本医疗保险政策的知晓率，引导群众合理就医。

### （三）统筹协同联动。

要支付方式改革与分级诊疗、医保医药联动、多点执业、家庭医生签约服务、大病保险等相关惠民政策有效衔接，构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式，引导优质医疗资源下沉，形成科学合理的就医秩序。

### （四）强化考核评估。

市、县两级医改办要会同各相关部门建立定期督导与随机抽查相结合的考核问责机制，制定完善考核办法，加强监督考核。严格按照省财政厅、省人力资源和社会保障厅、省卫生计生委《关



于加强基本医疗保险基金预算管理发挥医疗保险基金控费作用的意见》，强化医保支付对医疗行为的激励约束作用。同时，要引入和建立第三方评估制度，加强支付方式改革效果分析评估。

