

信医保办〔2023〕27号 签发人：师 磊

办理结果：A

关于对市政协六届一次会议

第61307号提案办理情况的答复

邹颖委员：

 您提出的“关于合理调控和科学管控医保基金的提案”的提案收悉。经市医疗保障局研究办理，现答复如下：

一、关于医保基金分配方面

国家基本医疗保险制度建立以来，初期支付方式主要实行按项目付费。按项目付费因其简便直接，适应制度初建时期特点，但因其管理较为粗放，极易影响医保基金使用绩效。医保局成立以来。在国家医保局和有关部门的合力推动下，医保支付方式改革一步步走向纵深。2020年，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，进一步明确提出“建立管用高效的医保支付机制”的改革任务。2022年，在省局的主导下，信阳市开始实施区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP），并于当年10月份进入实际付费阶段。

一是医保基金的分配拨付。信阳市医保基金从2021年5月开始实行市级统筹，市级统筹后，全市城镇职工医保基金按照预决算管理，每年年初制定收支预算，年终根据支出情况进行清算；全市城乡居民医保基金根据“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，按照当年城乡居民参保人数测算当年基金收入，在各预留5%的风险调剂金和质量保证金，扣除大病保险、市外异地就医费用后形成支出目标，每月按照支出目标预拨付给各县（区），各县（区）再打包支付给医共体。2022年度，全市城乡居民收入目标为53.13亿元，支出目标为33.87亿元，其中罗山县收入目标为57146.64万元（参保人数乘以930元），扣除大病保险（75元/人）4608.60万元、5%风险调基金和5%质量保证金合计5714.66万元、预扣全年异地就医费用10354.95万元，市内支出目标为36468.43万元。经过年终清算，全市城乡居民医保实际收入52.94亿元，支出目标调整为33.72亿元，实际支出为33.81亿元，其中罗山县实际收入为56966.13万元，支出目标调整为36320.52万元，实际支出为36177.65万元，返还质量保证金后结余2991.18万元。我局已向市财政局打报告，结余资金应于近期到账。

二是异地就医费用结算。按照国家相关政策,市域外异地就医费用每年由省医保异地就医直接结算平台在下达的中央和省财政补贴中直接预扣，年终省局再对各地市按照参保人员实际发生的医保报销费用清算，市局对各县（区）也按照实际发生额扣除。2022年度全市城乡居民异地就医费用为9.65亿元，其中罗山县9696.30万元，这些费用均由省级直接扣除，对于异地就医费用的监管，我局多次向省局建议将省内异地就医费用纳入DIP管理，今年的工作报告中省局已提出将全省异地就医费用纳入DIP/DRG管理。对于省外异地就医，我局也通过多种渠道向国家局反应，将异地就医费用纳入就医地支付方式改革。

三是市直七家医疗机构费用。县区参保人员在市直七家医疗机构发生的门慢、门特费用按照实际发生额结算，2022年度罗山县城乡居民医保参保人员在市直七家医疗机构的212.74万元；县区参保人员在市直七家医疗机构的住院费用按照“区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）”结算，2022年度全市37家（不含固始）二级以上医疗机构住院费用实行DIP付费，37家二级以上医院DIP总额预算费用为210567.75万元（其中居民医保177148.68万元，职工医保33419.06万元），依据DIP支付方式规则，由37家医疗机构按照治疗病种分值和分值点值形成支付标准。

各县（区）城乡居民医保基金支出目标，与各县（区）城乡居民参保人员的人数和异地就医费用支出关联较大。一方面我局加大城乡居民的参保扩面工作。通过加大宣传和征缴力度、延长集中征缴期等方式来提高城乡居民参保人数，按照国家局、省局相关政策，我局将2023年城乡居民医保征缴延长至6月31日，截至目前，全市参保人数为693.53万人，其中罗山县参保人数为60.00万人；另一方面我局积极控制异地就医费用的增加。在市域外进一步规范异地就医备案，在市域内实施DIP支付方式改革，让市域内所有的医疗机构在同一平台下公平竞争，以促进定点医疗机构提高业务水平降低医疗成本。

二、患者转诊转院管控方面

随着经济社会发展和人民收入水平的不断提高，医保待遇的逐年提高，人民群众健康理念的普及和健康意识的增强，更加重视生命质量和健康安全，多层次、多样化的健康需求不断得到释放。其次随着异地就医直接结算工作的深入开展，极大方便了广大参保患者异地就医手续办理和费用结算，只有在基层医疗机构与大医院之间医疗质量差异较小的情况下，才可以通过医保差异化支付政策有效引导患者就近就医，实现基层首诊；在现有不同等级的医疗机构医疗质量相差巨大情况下，患者仍然会优先选择去优质资源集中的大医院就医。

根据2020年市政府办公室印发《信阳市人民政府办公室关于进一步规范市域内转诊转院手续方便群众就医的通知》（信政办〔2020〕35号）文件要求：各县区内参保人员到市域内现有定点医疗机构就医，无须办理转诊备案手续，可凭社会保障卡、身份证等直接就医。参保人员出院时，在定点医疗机构即时结算，按照医疗机构的级别实行差异化报销政策。保障社会办医疗机构和公立医疗机构一视同仁，执行相同的报销政策。

根据2021年市政府办公室印发《关于印发信阳市全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案的通知》（信政办〔2021〕9号）文件要求：执行统一的参保人员市内就诊程序、转市外就医登记备案和异地长期居住备案手续。

根据《2022年信阳市基本医疗保险定点医疗机构服务协议》中第十四条、十七条、十八条中明确由乙方制定转诊转院标准、核实是否符合转诊转院条件及核实身份信息等。

 省政府办公厅《关于加快推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》（豫政办〔2020〕9号）指出，医共体建成后，县域就诊率达到90%、 县域内基层就诊率达到65%左右。下一步，我局将会同有关部门加强医共体管理，加快推进分级诊疗，使更多的参保人员在基层就诊，使更多的医保基金留在基层。

目前实施的DIP(按病种分值付费)支付方式改革给分级诊疗制度内外驱动力。内驱动：按病种分值付费下，将病种分为基层病种、综合病种以及核心病种，而基层病种的分值在区域内所有医疗机构都是同样的分值，这意味着医院在看基层疾病的时候，所有的医院结算到医保的是同样价格，且不受医疗机构系数影响。而三级医院人力成本以及运营成本相较于基层医疗机构都比较高，所以三级医院更愿意接受综合病种以及核心病种病源。外驱动：总体来说三级医院的人力成本及运营成本较高，转嫁至基层病种病人身上的价格较高，且三级医疗机构的医疗服务价格定价本就高于基层医疗机构，经济杠杆作用下，促使基层病种病源趋向基层医疗机构。相信DIP支付方式改革的实施能够解决三级医院虹吸现象，使得分级诊疗逐步实现。

衷心感谢您对我市医疗保障事业的关心支持，欢迎您继续对我们的工作给予监督和指导。

主办单位：信阳市医疗保障局 联系人：田 平 电话：6886506

信阳市医疗保障局

2023年6月25日

信阳市医疗保障局办公室 2023年6月25日印发