


楚雄州医疗保障局  
楚雄州财政局  
楚雄州卫生健康委员会  
楚雄州人力资源和社会保障局



文件

楚医保〔2022〕3号

---

楚雄州医疗保障局 楚雄州财政局 楚雄州卫生健康委员会 楚雄州人力资源和社会保障局关于  
印发楚雄州推进医保支付方式改革实施方案的  
通知

各县市医疗保障局、财政局、卫生健康局、人力资源和社会保障局：

为推进楚雄州医保支付方式改革工作，结合我州实际，印发《楚雄州推进医保支付方式改革实施方案》，请认真落实。



楚雄州医疗保障局



楚雄州财政局



楚雄州卫生健康委员会



楚雄州人力资源和社会保障局

2022年3月2日

(主动公开)

# 楚雄州推进医保支付方式改革实施方案

为深入贯彻落实《中共楚雄州委 楚雄州人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施方案》，加快建立管用高效的医保支付机制，推进新时代医疗保障高质量发展，根据《云南省医疗保障局 云南省财政厅 云南省卫生康委员会 云南省人力资源和社会保障厅关于印发云南省推进医保支付方式改革实施方案的通知》（云医保〔2021〕87号）要求，结合推广三明医改经验和我州实际，制定本实施方案。

## 一、总体要求

### （一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的十九大和十九届历次全会精神，深入贯彻习近平总书记考察云南重要讲话精神，坚持以人民健康为中心，以加快建立管用高效的医保支付机制为目标，提高医保基金使用效率，完善总额预算管理，提高医保规范化、信息化、精细化管理服务水平，逐步建立符合楚雄特色的医保付费体系，实现医、保、患三方共赢，切实增强人民群众的获得感、幸福感。

### （二）基本原则

**保障基本。**加强医保基金收支预算管理，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”。合理控制医疗费用增长速度，促进医疗卫生资源合理利用，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，筑牢保障底线。

**健全机制。**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、医保基金支撑能力相适应的宏观调控机制；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；完善医保经办机构与医疗机构间公开透明的协商谈判机制；建立相关改革的协同推进机制；提高医疗机构自我管理的主动性，促进医疗机构高质量发展。

**强化管理。**建立健全以保证质量、控制成本、规范诊疗为核心的医疗服务评价与监管体系，加强对医疗服务行为和费用的调控引导与监督制约，逐步将医保对医疗机构的监管延伸到医务人员的医疗服务行为。

**统筹推进。**统筹推进医疗、医保、医药联动改革，注重改革的系统性、整体性、协调性，加强协同配合，医保、财政、卫生健康、人力资源和社会保障等部门合力，多措并举，实现政策叠加效应。

### （三）改革目标

全面深化医保支付方式改革。推进以按疾病诊断相关分组付费 DRG 为主的多元复合式医保支付方式改革，逐步形成适应不同人群、不同疾病及医疗服务特点的付费方式格局，按项目付费占比明显下降，将支付方式改革覆盖所有医疗机构和医疗服务。到 2025 底，DRG 支付方式覆盖所有符合条件的开展住院业务的医疗机构。到 2022 年底，全州范围内建成县域紧密型医共体的

县市开展医保资金打包付费改革。完善工作机制，加强基础设施建设，协同推进医疗机构配套改革，全面完成以 DRG 为主的支付方式改革任务。

## 二、工作任务

(一)完善总额预算管理。科学编制医保基金收支预算并严格执行，加快推进医保基金收支预、决算公开，接受社会监督。完善总额预算管理办法，提高总额控制指标的科学性、合理性，体现向基层医疗机构和重点学科、重特大疾病等支持。完善与总额控制相适应的考核评价体系和动态调整机制，保证医疗机构正常运行。明确医疗机构拨付时限，完善拨付申报制度，确保及时拨付。

(二)持续推进按疾病诊断相关分组付费方式改革。按照国家 CHS-DRG 付费技术标准和云南省 DRG 付费改革工作实施方案，结合我州实际，做好按疾病诊断相关分组 DRG 本地模式与国家和省改革要求相衔接，稳步推进 DRG 付费方式改革，实现医疗机构、病种分组、医保基金三个全覆盖，推动 DRG 支付方式改革向精细化全面发展。按国家、省医保局 2022 年、2023 年、2024 年三年进度安排，实现符合条件开展住院服务的医疗机构全覆盖，每年进度分别不低于 40%、30%、30%；实现 DRG 付费医疗机构病种全覆盖（原则上达到 90%），每年进度分别不低于 70%、80%、90%，鼓励入组率达到 90%以上；实现医保基金全覆盖，DRG 付费医保基金支出占住院统筹医保基金支出达到



70%，每年进度分别不低于 30%、50%、70%。规范全州 DRG 付费医保数据质量管理，按全省统一的 DRG 细分组方案，建立数据采集、分组、运行监管、考核分析工作机制，探索 DRG 付费异地结算工作，强化改革的精准、协同、高效。

（三）有序开展临床管理路径下的按病种付费改革。对诊疗规范、合并症与并发症相对少、诊疗技术成熟、医疗质量可控、医疗安全有保障的疾病实行按病种付费；完善病种结算标准形成机制，以历史数据和医保基金承受能力为基础，结合临床路径，通过协商谈判确定病种结算标准；建立病种申报机制，允许医疗机构根据自身优势、学科建设需求主动申报病种项目，逐步增加病种数量和医疗机构覆盖面；推进日间手术医保付费改革，鼓励具备条件的医疗机构积极开展日间手术付费，将符合条件的三级医疗机构设置的日间病房、日间治（医）疗中心，国家卫生健康行政部门制定的日间手术（病种）目录遴选适宜手术（病种）纳入基本医疗保险基金支付范围，按照日间手术医疗费用基本医疗保险支付管理有关规定为患者提供医疗保障服务。

（四）加快推进紧密型医共体建设和县域内医保资金打包付费改革。推进紧密型县域医共体建设，完善县域医共体建设支持引导政策。对基金支付面临风险的县市，积极建设紧密型医共体并开展医保资金打包付费改革，其他县结合紧密型医共体建设同步开展医保资金打包付费，制定县域医共体医保资金打包付费实施方案。分析历年医保资金收支情况、医疗费用增长幅度、基本

医疗保障水平以及医疗机构不同付费方式等综合因素，精细测算，确定包干标准，打包范围各县结合实际确定。已开展打包付费的县市要优化调整打包付费实施方案，实行县域内一个医共体打包；建立部门与医共体风险联防机制，制定措施，加强基金预算、拨付、结算、清算、质量评价、绩效评价等各个环节风险防控。完善全州打包付费监督考核办法和指标体系，进一步加强医保对医疗服务行为事前、事中监管，控制医疗费用不合理增长；落实“医共体自评，县市初评，州级终评”的联动考核机制。

统筹好不同付费方式与打包付费改革的有效衔接，充分发挥医保支付杠杆作用，确保医保支付方式叠加效应最大化，促进医疗机构主动控费，规范医疗行为，提高医疗机构服务质量，提升基层医疗服务能力，促进分级诊疗。

（五）完善与门诊共济保障相适应的医保付费方式。积极探索将人头付费与慢病管理相结合，推广多学科诊疗、日间手术等服务模式，优化预约诊疗；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费；严格执行医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。建立完善长期处方机制和配套的医保结算政策。

（六）探索符合中（彝）医特点的医保支付政策。将医疗机构中医非药物诊疗项目及通过疗效和安全性评价的中（彝）医适宜技术、中（彝）医医疗服务项目和中药饮片、民族药、医疗机构制剂按规定纳入医保支付范围；适当提高中（彝）医药诊疗项

目的报销比例；探索遴选中医优势明显、诊疗路径清晰、费用明确的病种实行按病种付费；对参加基本医疗保险的患者在定点医疗机构住院所发生合理的中医诊疗费用和服务项目数占住院总费用及诊疗项目数的比例不做限制。

（七）推进“互联网+”医疗服务医保支付。完善“互联网+”医疗服务医保支付政策，落实《云南省医疗保障局关于转发<国家医疗保障局关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见>的通知》（云医保〔2021〕121号）要求，制定我州“互联网+”医疗服务医保支付管理办法，做好“互联网+”医疗服务医保协议管理，优化医保经办服务，拓展医保在线支付功能，强化监管措施，保障互联网医疗服务规范有序；推进互联网医院建设，按照省级以上卫生健康、中医药管理部门相关规定框架下，2022年在州内至少建成1家互联网医院或依托实体医院开展“互联网+”医疗服务，并逐年扩大范围；全面提升医保信息化管理水平，实现我州互联网医疗机构处方与定点零售药店线上流转，建立药品“多通道”保障机制。

（八）严格落实药品耗材医保支付政策。推进集中采购药品医保支付标准与采购价协同，指导督促两定医药机构按有关规定执行集中采购和医保支付政策，并真实记录“进、销、存”等情况；落实定点医疗机构优先使用集中采购中选药品、医用耗材，医保支付的药品、医用耗材按规定在省药品集中采购平台上采购；鼓励定点零售药店在省药品集中采购平台上采购；探索医保基金与



医药企业直接结算药品费用。

### 三、工作要求

(一)统一思想认识，加强组织领导。深化医保支付方式改革是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键环节，是深化医疗保障改革、推动医保高质量发展的必然要求。各级各部门要进一步提高认识，统一思想，充分把握医保支付方式改革的必要性、紧迫性，加强组织领导，完善工作机制，积极稳妥地推进支付方式改革工作。

(二)压实工作责任，加强协调配合。各级医保部门要学习掌握医保付费改革工作基本原理、业务流程、标准规范，确保思想到位、措施到位、行动到位。主要负责同志要加强对医保支付方式改革工作的领导，要亲力亲为抓改革、扑下身子抓落实，确保各项改革任务全面推进；分管负责同志要靠前指挥，亲自调度医保支付方式改革全覆盖工作；要加强与规划信息、筹资待遇、价格招采、基金监管等工作的协调配合，加强与财政、卫生健康、人社等部门的沟通协调，明确目标任务、路径方法和各自责任，形成工作合力。

(三)加强基金监管，严格绩效考核。强化医保服务协议管理，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，根据各医疗机构的功能定位、服务方式和支付方式特点，加强服务协议管理，充分利用信息化手段开展数据监控和智能审核，确保基金合理规范使用。严厉打击在支付方式改革过程中发

生的各类违法违规使用医保基金行为；着眼于各项改革内容，建立完善绩效考核机制，强化医疗机构考核，加强考核结果运用，将考核结果与绩效分配、医保总额挂钩，充分调动各相关单位和医务人员参与改革的积极性。

（四）加大落实力度，确保改革见效。按照国家和省关于医保支付方式改革工作要求，各级医保经办机构要充分发挥在支付方式改革落地中的重要作用，要切实落实责任，按照省医保局统一要求，细化制定本地支付方式经办管理规程和定点医疗机构支付方式经办管理规程，规范流程、统一标准，推进支付方式改革取得实效。

（五）加强宣传引导，营造良好环境。支付方式改革涉及多方利益，社会关注度高，必须加强宣传解读和舆论引导，形成广泛的社会共识，为改革创造良好、宽松的工作环境。要加强效果评估，讲好改革故事，用事实讲道理，用数据讲效果，及时宣传支付方式改革的进展和成效，争取社会各方的理解和支持。要充分展现改革惠及人民群众、引导医疗机构加强管理以及促进医保基金提质增效的重要意义。

附件：楚雄州推进医保支付方式改革工作任务分工方案

# 楚雄州推进医保支付方式改革工作任务分工方案

序号	工作任务		责任单位	完成时限
	主要内容	重点工作		
1	加强医保基金预算管理	科学编制医保基金收支预算并严格执行，加快推进医保基金收支预、决算公开，接受社会监督	州医疗保障局 州财政局	持续推进
2		制定完善总额预算管理办法，提高总额控制指标的科学性、合理性，体现向区域医疗中心、基层医疗机构和重点学科、重大疾病等支持	州医疗保障局 州财政局	持续推进
3		完善与总额控制相适应的考核评价体系和动态调整机制，保证医疗机构正常运行	州医疗保障局 州财政局	持续推进
4		明确医保基金拨付时限，建立拨付报告制度，确保及时准确拨付	州医疗保障局	2022 年底
5	持续推进按 DRG 为主要的多元复合式医保支付方式改革	加快推进以按疾病诊断相关分组付费（DRG）为主的多元复合式医保支付方式改革，逐步形成适应不同人群、不同疾病及医疗服务特点的付费方式格局，按项目付费占比明显下降，将支付方式改革覆盖所有医疗机构	州医疗保障局 州财政局 州卫生健康委	持续推进
6		做好按疾病诊断相关分组 DRG 本地模式与国家和省改革要求相衔接，稳步推进 DRG 付费方式改革，规范全州 DRG 付费医保数据质量管理	州医疗保障局	2022 年底
7		按全省统一的 DRG 细分组方案，建立数据采集、分组、运行监管、考核分析工作机制	州医疗保障局	2023 年底

8		探索 DRG 付费异地结算工作	州医疗保障局	2023 年底
9		推进日间手术医保付费改革	州医疗保障局 州卫生健康委	2022 年底
10	推进紧密型县域医共体建设，完善县域医共体建设支持引导政策 优化县域医疗卫生资源配置，加强以医疗服务能力建设，提高县域内医疗卫生服务效能和疾病防治水平 促进优质医疗资源下沉和有序就医格局形成 对基金支付面临风险的县市，积极建设紧密型医共体并开展医保资金打包付费改革，其他县结合紧密型医共体建设同步开展医共体医保资金打包付费，制定县域医共体医保资金打包付费实施方案。 完善全州打包付费监督考核办法和指标体系，进一步加强医保对医疗服务行为事前、事中、事后控制医疗费用不合理增长。 建立健全风险防控机制，对基金预算、拨付、结算、清算、绩效评价等各个环节进行风险防控，维护基金安全 落实“医共体自评，县市初评，州级终评”的联动考核机制	推进紧密型县域医共体建设，完善县域医共体建设支持引导政策	州卫生健康委	持续推进
11		优化县域医疗卫生资源配置，加强以医疗服务能力建设，提高县域内医疗卫生服务效能和疾病防治水平	州卫生健康委	持续推进
12		促进优质医疗资源下沉和有序就医格局形成	州卫生健康委 州医疗保障局	持续推进
13		对基金支付面临风险的县市，积极建设紧密型医共体并开展医保资金打包付费改革，其他县结合紧密型医共体建设同步开展医共体医保资金打包付费，制定县域医共体医保资金打包付费实施方案。	州医疗保障局 州财政局 州卫生健康委 州人力资源和社会保障 局 (督促县市完成)	持续推进
14		完善全州打包付费监督考核办法和指标体系，进一步加强医保对医疗服务行为事前、事中、事后控制医疗费用不合理增长。	州医疗保障局 州财政局 州卫生健康委 州人力资源和社会保障 局 (指导试点县市完成)	持续推进
15		建立健全风险防控机制，对基金预算、拨付、结算、清算、绩效评价等各个环节进行风险防控，维护基金安全	州医疗保障局 州财政局 州卫生健康委 州人力资源和社会保障 局 (指导试点县市完成)	持续推进
16		落实“医共体自评，县市初评，州级终评”的联动考核机制	州医疗保障局 州财政局 州卫生健康委 州人力资源和社会保障 局 (州、县市共同完成)	持续推进
17	完善与门诊共济保障相适应的付费方式	积极探索将人头付费与慢病管理相结合。	州医疗保障局 州卫生健康委 (指导县市完成)	2023 年底

		推广多学科诊疗、日间手术等服务模式，优化预约诊疗	州卫生健康委	2022 年底
	完善与门诊共济保障相适应的付费方式	对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按疾病诊断相关分组或按病种付费	州医疗保障局 州卫生健康委	持续推进
		严格执行医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品	州医疗保障局 州卫生健康委 (指导县市完成)	持续推进
		建立完善长期处方机制	州卫生健康委	持续推进
18		制定配套的医保结算政策	州医疗保障局	持续推进
19		完善符合中医药特点的医保支付政策，将医疗机构中医非药物诊疗项目及通过疗效和安全性评价的中（彝）医适宜技术、中（彝）医医疗服务项目和中药饮片、民族药、医疗机构制剂按规定纳入医保支付范围	州医疗保障局	持续推进
20	探索推进“互联网+”医疗服务医保支付	确定中医优势病种	州卫生健康委	2022 年底
21		适当提高中（彝）医药诊疗项目的报销比例	州医疗保障局	持续推进
22		探索遴选中医优势明显、诊疗路径清晰、费用明确的病种实行按病种付费	州医疗保障局	持续推进
23		对参加基本医疗保险的患者在定点医疗机构住院所发生合理的中医诊疗费用和服务项目数占住院总费用及诊疗项目数的比例不做限制	州医疗保障局	持续推进
24		完善“互联网+”医疗服务医保支付政策，制定楚雄州“互联网+”医疗服务医保支付管理办法	州医疗保障局	2022 年 6 月以前



25	探索推进	推进州内互联网医院建设，2022年在州内至少建成1家互联网医院或依托实体医院开展“互联网+”医疗服务。	州卫生健康委	2022年底
26	“互联网+”医疗服务	做好“互联网+”医疗服务医保协议管理，优化医保经办服务，拓展医保在线支付功能，强化监管措施	州医疗保障局	持续推进
27	支付	提升医保信息化管理水平，实现我州互联网医疗机构处方与定点零售药店线上流转，保障支付方式改革工作。	州医疗保障局	持续推进
28		制定医疗机构处方与药品零售药店信息共享措施，建立医保药品“多通道”保障机制	州医疗保障局	持续推进
29		推进集中采购药品医保支付标准与采购价协同	州医疗保障局	持续推进
30		指导督促两定机构按有关规定执行集中采购和医保支付政策	州医疗保障局 县市医疗保障局	持续推进
31	严格落实药品耗材采购和医保支付政策	落实定点医疗机构优先使用集中采购中选的药品和医用耗材，医保支付的药品和医用耗材按规定在云南省药品集中采购平台采购。	州医疗保障局 县市医疗保障局	持续推进
32		鼓励定点零售药店在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品	州医疗保障局 县市医疗保障局	持续推进
33		探索推进医保基金与医药企业直接结算	州医疗保障局 县市医疗保障局	持续推进