



百 色 市

人力资源和社会保障局文件

百人社发〔2017〕57号

百色市人力资源和社会保障局 关于印发《百色市基本医疗保险按病种付费 实施办法（试行）》的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局，市社会保险事业局，
各定点医疗机构：

根据《关于印发广西基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（桂政办发〔2017〕138号）、《关于印发我区公立医疗机构实施按病种收费工作方案的通知》（桂价医〔2017〕24号）、《关于印发2017年度设区市绩效考核指标考核实施方案的通知》（桂人社办发〔2017〕59号）和《关于百色市开展按病种收付费工作的通知》（百价格〔2017〕30号）等文件精神，结合我市实际，经市人社局同意，现将《百色市基本医疗保险按病种付费实施办法（试行）》印发你们，请认真贯彻执行。



百色市人力资源和社会保障局

2017年12月20日

百色市基本医疗保险按病种付费实施办法（试行）

第一条 为深化我市基本医疗保险支付方式改革，探索建立多元化复合式医疗保险基金支付体系，合理控制医疗费过快增长，规范医疗服务行为，保障参保人员基本医疗保险权益。根据国家、自治区深化医药卫生体制改革的要求和广西壮族自治区人民政府办公厅《关于印发广西基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（桂政办发〔2017〕138号）及百色市物价局、市卫生和计划生育委员、市人力资源和社会保障局三部门《关于百色市开展按病种收付费工作的通知》（百价格〔2017〕30号）精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险和职工大额医疗费统筹制度。适用范围包括本市所有二级及以上基本医疗保险定点医疗机构。

第三条 本办法所称基本医疗保险按病种付费，是指在确保医疗质量和安全的前提下，以某病种一次完整住院诊治过程为基础，以物价部门核定的按病种收付费项目及价格为依据，确定基本医疗保险支付标准并向定点医疗机构支付医疗费用的结算方式。

第四条 确定按标准付费的病种，优先选择临床路径明确、并发症与合并症少、诊疗技术成熟、质量可控且费用稳定的常见病、多发病。按照《百色市物价局 卫生和计划生育委员会 人

力资源和社会保障局关于百色市开展按病种收付费工作的通知》（百价格〔2017〕30号）的规定，我市基本医疗保险实行按病种付费的病种定为133种，其中职工医保125种（含生育保险2种），居民医保133种。属于工伤保险和生育保险支付的病种，医疗机构按照物价部门核定的标准收费后，由工伤保险基金和生育保险基金按规定支付。

第五条 市社保经办机构根据医保基金总体支付能力和现行医保支付政策，结合本市基本医疗保险近年支付数据，以物价部门核定的收付费标准为依据，采取科学测算、专家论证、与医疗机构谈判的方式，确定基本医疗保险按病种付费标准，在全市范围内统一实施。物价部门核定的相关标准发生变化，或基本医疗保险政策发生影响待遇支付比例的变化的，基本医疗保险按病种付费标准应同步进行相应调整。

第六条 物价部门核定的收付费标准包括基本医疗保险基金支付部分和个人自付部分。实行按病种收付费的定点医疗机构，在参保人员出院时，住院费用按照病种付费标准进行直接结算，参保人员只缴纳个人自付部分，基本医疗保险基金支付部分由定点医疗机构垫付后，向社保经办机构申报支付。超出物价部门核定的收付费标准的费用，由定点医疗机构自行承担；实际住院费用未达到物价部门核定的收付费标准的，出院时，参保人先按项目付费方式结算，支付个人自付部分，基本医疗保险基金支付部分由定点医疗机构向社保经办机构申报，按核

定的支付标准进行结算支付。

第七条 参保人员住院治疗过程中发生转科或转院治疗的，不纳入按病种付费范围。

第八条 参保人员主动要求入住优质优价病房，超出基本医疗保险基金支付标准的床位费和与本次住院疾病无关的诊疗费用，由参保人员个人负担。

第九条 按病种付费的住院医疗费用，包含参保人员从确诊入院，按临床路径规定最终达到临床疗效标准出院，整个治疗过程发生的各类诊治费用，包括检查、化验、治疗、手术、麻醉、床位、护理、用药、医疗材料等。参保人员的生活费用、与诊疗无关的费用，以及国家规定的免疫、防疫等其他费用，不计算在按病种付费标准范围之内。参保人员住院期间的自付费用，医生必须告知其本人或亲属，并签订知情同意书。

除本办法第八条规定的医疗费用外，定点医疗机构不得以任何形式向参保人员收取其他医疗费用。

第十条 按病种付费结算的病例，定点医疗机构可根据参保人员病情和临床治疗需要，采取相应的诊治手段，不受基本医疗保险药品、诊疗项目和服务设施等目录及标准的限制。

第十一条 社保经办机构将病种付费纳入定点医疗机构协议管理，加强对医疗服务行为的监管。定点医疗机构按月或按季向社保经办机构报送病种费用发生明细，社保经办机构审核病种类型和费用发生情况，按照规定标准确定医保基金支付额

并按程序拨付定点医疗机构。具体结算办法遵照《关于贯彻落实〈广西基本医疗保险费用结算暂行办法〉有关事项的通知》(百社保发〔2017〕13号)实行。

第十二条 按病种付费方式结算的参保人员，视同已收取一次住院起付标准。参保人员再次住院的，按照基本医疗保险住院起付标准有关规定执行。

第十三条 职工医疗保险参保人员同次住院费用超出基本医疗保险支付限额的，超出部分进入大额医疗费统筹基金结算。

第十四条 定点医疗机构有下列行为之一的，医保基金不予支付，责成限期整改，并视情节给予警告、全市通报批评、暂停或取消定点医疗机构资格等处理；对违反规定的当事人可视情节给予警告、暂停或取消医保医师资格等处罚，情节严重的，由人社部门通报有关部门，依法依规给予党纪政纪处分，构成犯罪的移交司法部门处理。

(一) 对符合按病种付费标准的病例无合理依据不执行按病种付费管理路径的；

(二) 串换主要诊断与次要诊断位置，不执行按病种付费管理路径的；

(三) 将定额范围内的费用以门诊购药、门诊检查或外院检查等方式排除在定额范围外，变相增加患者自付费用的；

(四) 诱导或以病床不够等方式强迫病人“未愈出院”的；

(五) 拒收、推诿重症病人或分解住院的；

（六）通过降低入院标准、放宽手术指征等方式，将范围外病种纳入范围内，损害病人利益增加医保基金负担的；

（七）随意减少标准化诊疗方案内的服务项目内容，致患者因同病种两周内返院，损害患者利益的；

（八）擅自变更疾病名称，伪造病历，随意放宽住院标准，套取医保基金的；

（九）治疗过程中违背医学科学规律，管理不严，操作不规范、服务不到位，发生医疗事故的；

（十）其他违反按病种付费管理规定的。

第十五条 本办法自 2017 年 12 月 20 日起试行。

公开方式：依申请公开

抄报：广西壮族自治区人力资源和社会保障厅

百色市人力资源和社会保障局办公室

2017 年 12 月 20 日印
