

# 天津市医疗保障局文件 天津市卫生健康委员会

津医保局发〔2021〕115号

---

## 市医疗保障局 市卫生健康委关于全面 推行糖尿病门诊特定疾病按人头 总额付费有关工作的通知

各区医疗保障局、卫生健康委员会，各定点医药机构，有关单位：

为贯彻落实《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）要求，持续推进医保支付方式改革，激发医疗机构开展健康管理、规范诊疗行为和控制医疗成本的内生动力，依据《市医保局市卫生健康委市财政局关于印发天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）的通知》（津医保局发〔2021〕75号）等有关规定，现就全面推行糖尿病门诊特按人头总额付费有关工作通知如下。



## 一、明确工作目标

坚持以人民健康为中心，依托家庭医生签约服务和紧密型医联体建设，全面推行糖尿病门特按人头总额付费，发挥医保基金战略性购买作用，建立糖尿病门特患者健康主管责任制，引导糖尿病门特患者有序就医和医疗资源合理配置，健全以健康管理结果为导向的激励约束机制，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，助推从以治病为中心转变为以人民健康为中心，促进健康中国战略和分级诊疗制度实施，提升糖尿病门特患者健康水平。

## 二、建立健康主管责任制

（一）推行 1+N 就诊模式。发挥医保支付对糖尿病门特患者就诊行为的激励引导作用，依托家庭医生签约服务和医联体建设，推行 1 家健康主管机构首诊和向 N 家协作医疗机构转诊的定点就医管理模式。糖尿病门特患者选定健康主管机构后，健康主管机构及其协作医疗机构应根据糖尿病门特患者病情实际情况，从我市基本医保支付范围内选择适宜医药服务项目，制定糖尿病及并发症的规范化诊疗用药方案，所发生的医疗费用，医保按照糖尿病门特待遇标准予以支付，不受我市糖尿病门特项目支付范围限定。

（二）规范项目支付范围。市医疗保障部门规范糖尿病门特项目支付范围，糖尿病门特患者暂未选定健康主管机构的，可继续在选定的定点就医医疗机构就诊，所发生的糖尿病诊疗用药费用，严格按照我市糖尿病门特项目支付范围报销。



（三）确定主管机构范围。健康主管机构应具备开展糖尿病健康管理和诊疗用药服务的基本条件，并通过参加医联体建设等形式，建立与上下级医疗机构的转诊协作机制，具体范围由定点医疗机构自主申报，经医疗保障部门会同卫生健康部门结合区域内不同级别、类别定点医疗机构的功能定位确定。支持紧密型医联体作为一个管理服务主体，整体申报健康主管机构，发挥医联体内资源共享、信息互通优势，为糖尿病门特患者提供连续性同质化医疗健康管理。本通知实施前参加糖尿病门特按人头付费的医疗机构，直接纳入健康主管机构范围。医保经办机构结合健康主管机构服务能力等情况，设定其主管糖尿病门特患者人数的指导线，健康主管机构主管的糖尿病门特患者人数超过指导线的，应采取向协作医疗机构转诊分流等措施保障医疗健康管理质量。

（四）引导选定主管机构。参加家庭医生签约服务的糖尿病门特患者，在家庭医生团队引导下选定健康主管机构；未参加家庭医生签约服务的糖尿病门特患者，可自行选定健康主管机构。支持基层医疗卫生机构将糖尿病医疗健康管理作为家庭医生签约服务内容，自行作为健康主管机构承担对糖尿病门特患者的健康管理责任。鼓励健康主管机构采取适当措施，引导糖尿病门特患者选定健康主管机构。本通知实施前参加糖尿病门特按人头付费，且与医疗机构关系仍然存续的糖尿病门特患者，直接以其原定的糖尿病门特按人头付费医疗机构作为健康主管机构。其中，办理跨省异地就医结算手续的异地长期居住人员，不纳入健康主



管机构管理服务范围。

（五）完善转诊协作机制。糖尿病门特患者选定健康主管机构后，由健康主管机构负责对糖尿病门特患者的健康管理、病情监测和诊疗用药及转诊服务，推进对糖尿病门特患者的规范化医疗健康管理。通过远程会诊或转诊等方式，在协作医疗机构指导下确定和调整糖尿病门特患者的诊疗用药方案，并优先使用国家基本药物。糖尿病门特患者选定健康主管机构后，未经健康主管机构转诊，自行到其他定点医药机构发生的糖尿病诊疗用药费用，医保不纳入糖尿病门特支付范围。其中，糖尿病门特患者以紧密型医联体为健康主管机构的，可按照紧密型医联体制定的健康管理流程到各成员单位就诊，无需提前办理转诊手续。

（六）支持新型服务模式。鼓励健康主管机构及其协作医疗机构规范开展互联网医疗等新型服务模式，通过远程病情监测、在线复诊续方、电子处方流转、药品配送上门、实时健康宣教等服务模式，为糖尿病门特患者提供便捷可及的健康管理和诊疗用药服务。定点零售药店遵照健康主管机构及其协作医疗机构联网开具的电子外购处方，为糖尿病门特患者提供配送上门或实体店配药服务的，所发生的药品费用，医保报销按照开具处方定点医疗机构的各项待遇标准执行。定点医疗机构或定点零售药店发生的药品配送费用实行市场调节价，不纳入医保基金支付范围。

### 三、推行人头总额付费

（一）确定人头付费范围。医保经办机构以糖尿病门特患者



选定的健康主管机构为付费主体，推行在区域点数法总额预算管理下的糖尿病门特按人头总额付费。自糖尿病门特患者选定健康主管机构的下一个自然月 1 日起，糖尿病门特患者在健康主管机构和经其转诊的协作医疗机构就诊发生的糖尿病诊疗用药费用，以及凭健康主管机构及其协作医疗机构开具的电子外购处方到定点零售药店配药发生的药品费用，全部纳入健康主管机构糖尿病门特按人头总额付费核算范围。糖尿病门特患者此前在其他定点医药机构调剂的糖尿病门特用药仍有余量的，所涉及的药品费用，一并纳入健康主管机构糖尿病门特按人头总额付费核算范围。

（二）合理核定人头总额。医保经办机构以糖尿病门特患者 2019 年度糖尿病门特医疗费用为基数，按照带量入院、托底限高、总体平衡的原则，核定健康主管机构的糖尿病门特按人头总额付费额度，保障按人头总额付费实施前后糖尿病门特患者各项医保待遇标准不受影响。具体为：

1. 根据 2019 年度全市糖尿病门特患者费用分布情况，剔除 5% 费用畸高病例后，分别以第二十、第八十百分位数，作为核定按人头总额付费额度的托底值和限高值。患者 2019 年度糖尿病门特医疗费用基数低于托底值或高于限高值的，分别按照托底值、限高值纳入按人头总额付费额度核定范围；介于托底值和限高值之间的，按照医疗费用基数纳入按人头总额付费额度核定范围。



2. 2019 年度参加糖尿病门特按人头付费的患者，按照其各月实际发生的糖尿病门特医疗费用，考虑其所在人头付费医疗机构当月按人头付费额度结余比例后，逐月累加核定其 2019 年度糖尿病门特医疗费用基数。

3. 按照上述规则核定后，健康主管机构的按人头总额付费额度，较 2019 年度糖尿病门特医疗费用基数总额的增减变动幅度不超过 20%。

4. 2019 年度 1 月 1 日以后新增就诊的糖尿病门特患者，按照 2019 年度 1 月 1 日以后新增糖尿病门特患者首个完整就诊年度的平均费用，纳入健康主管机构按人头总额付费额度核定范围。

（三）统筹使用人头总额。健康主管机构应当加强与协作医疗机构的沟通，统筹使用按人头总额付费额度，根据糖尿病门特患者病情实际和健康状况，规范诊疗用药行为，做好健康管理服务，严禁以入院糖尿病门特患者既往年度实际发生费用作为制定诊疗用药方案的依据。按规定应当纳入健康主管机构糖尿病按人头总额付费核算范围的糖尿病及并发症诊疗用药费用，定点医药机构不得以其他付费方式或支付类别重复申请支付。

（四）建立特殊补偿机制。健康主管机构因部分糖尿病门特患者病情较重等原因，实际发生的糖尿病门特医疗费用总额超出其人头总额付费额度的，医保经办机构年终可按照不高于实际超出金额的标准，调增其按人头总额付费额度。具体为：糖尿病门



特患者实际发生的经审核后的规范糖尿病门特医疗费用，超出核定按人头总额付费额度的限高值的，根据超出金额核定健康主管机构按人头总额付费额度可调增额度；纳入调增额度核算范围的糖尿病门特患者，不超过健康主管机构管理糖尿病门特患者总人数的 5%。

（五）探索分组付费机制。市医疗保障部门会同市卫生健康部门加强对糖尿病门特按人头总额付费运行情况的监测评估，根据糖尿病及并发症诊疗服务特点，以糖尿病门特医疗健康管理大数据为基础，开展糖尿病门特分组付费研究，根据患者病情变化、医疗健康管理和医保预算增长等情况，建立人头总额付费额度调整机制，适时出台糖尿病门特按人头分组付费管理办法，并按规定纳入全市医保总额预算管理。

#### 四、健全激励约束机制

（一）规范健康管理事项。医疗保障部门会同卫生健康部门根据国家权威糖尿病防治指南，明确糖尿病门特患者规范化健康管理事项，包括入组管理、随访管理和年度检查的服务项目及频次等内容，指导推动健康主管机构规范化开展健康管理。

（二）建立健康大数据库。医保经办机构完善医保结算清单的门诊慢性病诊疗信息填报指标，推动健康主管机构及其协作医疗机构规范填报健康管理、病情监测以及制定、调整、执行诊疗用药方案等相关信息，实现对糖尿病门特患者医疗健康管理的全程记录和实时更新，形成糖尿病门特医疗健康管理大数据库，为



开展医疗健康结果评价和实施精细化管理奠定基础。相关信息供健康主管机构及其协作医疗机构、零售药店在医疗健康管理过程中实时调阅，为保障医疗健康管理连续性、互联网在线复诊、处方外配服务提供支撑，避免重复检查用药，提高基金使用效率。

（三）明确健康考核指标。医保经办机构相应制定糖尿病门特按人头总额付费经办细则，在医保服务协议中与健康主管机构明确约定健康管理过程和结果以及患者满意度等考核指标项，以及与质量保证金、结余留用资金拨付相挂钩的经办操作细则。其中，健康管理过程指标主要包括健康管理事项执行、分工协作机制建立、患者基层就诊比例、医保结算清单填报等情况；健康管理结果指标包括糖化血红蛋白、低密度脂蛋白胆固醇、糖尿病相关住院率、并发症发生发展等控制情况；患者满意度指标包括患者个人负担率、健康主管机构变更率等情况。

（四）健全健康考评体系。医保经办机构可根据医保服务协议考核需要，自行或通过购买第三方专业机构服务的方式，对健康主管机构的医疗健康管理过程和结果进行评价。将医疗健康评价相关信息向社会公布，引导糖尿病门特患者选择、变更健康主管机构及协作医疗机构，支持健康主管机构及其协作医疗机构建立以医疗健康管理结果为导向的绩效分配机制和利益共享机制。

（五）完善激励约束机制。健康主管机构及其转诊协作医疗机构，通过开展健康管理和规范诊疗行为、控制医疗成本，按人头总额付费额度产生的结余，月度结算过程中按照 50%比例纳入



月度结算额度，其余结余部分年终在对其医疗健康管理质量进行考核的基础上，由健康主管机构留用，落实以医疗健康管理结果为导向的激励约束机制。其中，对于因使用国家和我市集中采购中选药品降低成本，按人头总额付费额度产生的结余，首个采购周期内，暂不调整按人头总额付费额度，由健康主管机构按规定留用；以后年度，参照同期按项目付费集采结余留用比例，相应调整按人头总额付费额度后，由健康主管机构按规定留用。具体医疗费用结算工作，按照我市有关规定执行。

## 五、完善配套支持措施

（一）实施集中带量采购。推动定点医疗机构采购和使用国家组织药品集中采购中选品种；医疗保障部门选择糖尿病门特患者总体用量较大、费用较高的非国家集采品种，适时组织开展本市药品集中带量采购工作；对于未纳入国家和我市集采范围的糖尿病门特用药品种，鼓励医疗联合体组织各成员单位实施集团采购，进一步降低用药成本。

（二）建立利益共享机制。健康主管机构按照市场化原则与协作医疗机构建立利益共享、责任共担机制，根据协作医疗机构对医疗健康管理过程和结果的贡献度等情况，自行或委托医保经办机构，将一部分按人头总额付费结余留用资金划拨至协作医疗机构，提升协作医疗机构规范诊疗、控制成本、合理收治和转诊患者的积极性。

（三）完善内部激励机制。健康主管机构通过开展健康管理、



规范诊疗行为和控制医疗成本，糖尿病门特按人头总额付费的医疗服务收支产生的结余资金，可在卫生健康等部门指导下，结合糖尿病门特患者医疗健康管理评价结果等情况，按规定用于医务人员薪酬支出和开展医疗健康管理，建立以医疗健康管理结果为导向的绩效分配机制。紧密型医联体整体作为健康主管机构的，可按我市有关规定实行医保统一结算，所产生的按人头总额付费结余留用资金，由紧密型医联体内各成员单位依协议进行绩效考核和分配。

（四）强化信息系统支撑。围绕糖尿病门特按人头总额付费工作，逐步健全医保信息系统、卫生健康信息系统以及医院信息系统，加强信息共享，支撑糖尿病门特按人头总额付费管理和规范化医疗健康管理等工作高效运行。

本通知自 2022 年 6 月 1 日起施行。



2021 年 12 月 28 日

（此件主动公开）

---

天津市医疗保障局办公室

2021 年 12 月 28 日印发

---