关于市六届人大二次会议第 152 号代表建议
办理情况的函

孙良业代表:

您提出的《关于我市医保转诊问题的建议》收悉。现将办理情况答复如下:

一、医保基金在促进分级诊疗中作用及成效

市医保局立足部门职能，坚持多措并举，综合施策，充分发挥医保基金支付杠杆和引领作用，引导参保群众合理有序就医，提高医保基金使用效能，促进分级诊疗制度政策落实。**一是**实施差别化的医保报销政策。根据基金收支情况，按照“以收定支、收支平衡”的原则，实行差别化支付政策，在门槛费和报销比例上向基层医疗机构倾斜，拉大市内外就医医保报销差距，如乡镇和省外就医实际报销相差40%左右，通过基金差异化支付杠杆，引导参保群众就地就医，使医保基金更多流向市内医疗机构，支持公立医院高质量发展。**二是**持续推进医保支付方式改革。推进总额预付下的按床日、同病同保障、日间病床、按疾病诊断相关分组（DRG）付费，支持基层医疗机构发展，促进分级诊疗，保障参保人员基本医疗权益。规范医疗机构合理诊疗、合理检查、合理用药，主动控本降费。基层医疗机构日间病床省级试点项目在金寨、

霍山两县扎实推进，节约医保基金 700 多万元，实现患者、医疗机构、医保“三方共赢”；在推出 20 个病种的基础上，逐步扩大病种范围，参保人员在市内各级医疗机构住院，实行统一的医保支付价，引导病源下沉，解决基层医疗机构动力不足和高等级医疗机构虹吸矛盾，促进医共体、医联体成员单位资源均衡，协同发展。**三是**加强医保基金监管。医保部门深入贯彻习近平总书记关于基金监管的重要讲话和指示精神，持续巩固打击欺诈骗保高压态势，加强医保基金预算管理和执行，坚持“基金运行到哪里，监督管理就跟进到哪里，医保服务就保障到哪里”的原则，进一步强化监管职责，常态化开展医保基金运行分析监测，针对我市异地就医人次高、基金占比高的情况，重点对异地就医的就诊病种、就医地、就诊医院、就诊类型等多维度进行分析，提出改进措施和建议，促使医共体合理使用医保基金。

通过综合施策，持续发力，医保基金主要运行指标得到进一步优化。我市参保人员在县域内住院实际报销比由 2019 年 73.77%提高至 2021 年的 76.43%，提高 2.66 个百分点；市外省内由 55.92%下降至 51%，下降 4.92 个百分点；省外由 49.19%下降至 42.19%，下降 7 个百分点，市外基金使用占比有所下降，医保基金流向市外比例由 2019 年 38.17%降至 2021 年 35.5%，下降 2.67 个百分点，进一步引导参保人员合理诊疗，医保经济杠杆作用初见成效。

二、进一步规范转诊的制度安排

市医保局联合卫健等部门，开展市外无序转诊就医专项整治，进一步规范就医秩序，推进分级诊疗制度实施，提高医保基金使用效率。

（一）统一规范市外转诊流程。市、县区分别建立外转病种负面清单，实行“一县一库”，市级统一建库，分层级实施转诊管理。锁定市级负面清单以外病种医疗机构外转权限，7月份在全市二级及以上医疗机构全面部署智能转诊系统，重点解决县级及以下医疗机构直接把病人转诊市外的问题。

（二）建立市级医疗机构外请专家会诊费用分担机制。根据市级医疗机构诊疗水平，确定恶性肿瘤手术等 10 个左右病种目录，支持目录内病种外请专家开展手术和引进先进诊疗方式，外请专家会诊费用由医疗机构、患者和医保基金按一定比例进行分担，其中医保基金分担部分通过项目管理方式，在年度结算时拨付至医疗机构，促进市内医疗服务能力快速提升，从源头上保障患者优先选择在市内就诊。鼓励县区参照市做法建立外请专家会诊费用分担机制。

（三）优化市外就医保障政策。严格落实差别化医保报销政策，强化政策待遇引导，积极争取省医保局支持，继续执行市外自行就医增加个人基本医保自付部分不纳入城乡居民大病保险报销范围。

（四）切实提高监管审核能力。统筹资金支持我市 DRG 工作提质扩面，确保 2023 年底全市基本实现符合条件的医疗机构、 病种、医保基金全覆盖。

（五）压实转诊管理各方责任。提请市政府建议推广金寨县做法，将转诊管理目标任务纳入对县区政府目标管理，加强对医共体牵头医院和定点医疗机构的管理，压实县区、乡镇和医共体牵头医院对分级诊疗的引导和管理责任。

感谢您对医疗保险工作的关心和支持，欢迎今后对我们的工作多提宝贵意见和建议。

办复类别：A

联系单位：六安市医疗保障局

联系电话：0564-3376076

六安市医疗保障局

2023年6月26日