

湖北省卫生和计划生育委员会
湖北省发展和改革委员会
湖北省财政厅文件
湖北省人力资源和社会保障厅
湖北省物价局

鄂卫生计生发〔2016〕18号

关于印发湖北省控制公立医院医疗费用
不合理增长的实施意见的通知

各市、州、直管市、神农架林区卫生计生委，发展改革委，财政局，人力资源和社会保障局，物价局：

根据国家卫生计生委、国家发展改革委、财政部、人力资源

社会保障部和国家中医药管理局《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》(国卫体改发〔2015〕89号),结合《关于开展过度医疗专项整治活动的通知》(鄂卫生计生办通〔2015〕187号)及我省实际,制定了《湖北省控制公立医院医疗费用不合理增长的实施意见》,现印发你们,请各地认真贯彻落实。



湖北省卫生计生委



湖北省发展和改革委员会



湖北省财政厅



湖北省人力资源和社会保障厅



湖北省物价局
2016年8月5日

湖北省卫生和计划生育委员会办公室

2016年8月5日印发

湖北省控制公立医院医疗费用 不合理增长的实施意见

根据国家卫生计生委、国家发展改革委、财政部、人力资源社会保障部和国家中医药管理局《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》(国卫体改发〔2015〕89号),为有效控制公立医院医疗费用不合理增长,切实减轻群众医药费用负担,进一步增强改革综合成效,现提出如下实施意见。

一、总体要求

将控制公立医院医疗费用不合理增长作为深化医改的重要目标和任务,统筹谋划,综合施策,强化规范医疗、完善医保、改革医药等政策联动,推动实现医疗费用增长与经济社会发展、医保基金运行和群众承受能力相协调,切实维护人民群众健康权益,促进医药卫生事业健康发展。坚持总量控制、结构调整,控制医疗费用总量增长速度,合理调整医疗服务价格,降低药品和耗材费用占比,优化公立医院收支结构,实现良性运行。坚持内外兼治、强化监管,加强公立医院内部管理和外部监督,建立健全医疗费用监控和公开机制,改革医保支付方式,规范和引导医疗服务行为。坚持系统治理、防治结合,优化医疗资源配置,逐步建立完善分级诊疗制度,加强疾病防控和健康管理,提高医疗服务体系整体运行效率。坚持立足实际、分层分类,从区域和医

疗机构两个层面强化费用调控，根据不同地区医疗费用水平和增长幅度以及医院的功能定位，分类确定控费要求进行动态调整。

到 2016 年底，各地结合实际合理确定并量化区域医疗费用增长幅度，定期公示主要监测指标，初步建立公立医院医疗费用监测体系，医疗费用不合理增长的势头得到初步遏制，门诊病人次均医药费用、住院病人人均医药费用、药占比、检查和化验收入占医疗收入比重、卫生材料收入占医疗收入比重、平均住院日、管理费用率等指标逐步降低。到 2017 年底，公立医院医疗费用控制监测和考核机制逐步健全，参保患者医疗费用中个人支出占比逐步降低，居民看病就医负担进一步减轻。

二、采取医疗费用控制综合措施

(一) 规范医务人员诊疗行为

推行临床路径管理，采取处方负面清单管理，落实处方点评、抗生素使用、辅助用药、耗材使用管理等制度。加强中药饮片合理应用监管，建立中药饮片处方专项点评制度，促进合理用药。建立对辅助用药、医院超常使用的药品和高值医用耗材等的跟踪监控制度，明确需要重点监控的药品品规数，建立健全以基本药物为重点的临床用药综合评价体系。严格执行医疗机构明码标价和医药费用明细清单制度。建立符合医疗卫生行业特点的人事制度和薪酬制度。严禁给医务人员设定创收指标，医务人员个人薪酬不得与医院的药品、耗材、大型医用设备检查治疗等业务收入挂钩。

(二) 大力开展过度医疗专项整治活动

自 2016—2018 年，利用 3 年时间，省卫生计生委在全省范围内开展过度医疗专项整治活动，全面加强行业作风建设，着力纠正医疗服务领域存在的过度检查、过度用药、过度治疗等突出问题，切实维护人民群众健康权益，推进医疗机构合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务，促进医疗卫生计生事业可持续发展。

(三) 建立医疗费用指标公示制度

从 2016 年 6 月开始，卫生计生行政部门选取十项医疗费用指标实施社会公示制度，加强社会监督力度。各市（州）卫生计生委以市（州）为单位，每半年定期向社会公示本辖区二级以上公立医院医疗费用指标，并将公示结果报送省卫生计生委。省卫生计生委负责公示部省属医院指标信息。公立医疗机构要落实医疗服务价格、药品价格和费用公示制度。

(四) 强化医疗机构内控制度

加强预算约束，卫生计生行政部门要根据行业发展规划和医疗费用控制目标，对医院预算进行审核。强化公立医院成本核算，探索建立医疗机构成本信息库。加强信息技术手段的运用，提高公立医院病案、临床路径、药品、耗材、费用审核、财务和预算等方面的精细化管理水平，控制不必要的费用支出。积极推进全面预算管理。力争到 2017 年试点城市公立医院百元医疗收入（不含药品收入）中消耗的卫生材料降到 20 元以下。

(五) 严格控制公立医院规模。

按照《国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）的通知》（国办发〔2015〕14号）要求以及省级卫生资源配置标准和医疗机构设置规划，合理把控公立医院床位规模，严禁擅自增设床位。严格实施大型医用设备配置规划，加强使用评价和监督管理。严禁公立医院举债建设，严格控制建设标准。

（六）降低药品耗材虚高价格

贯彻落实《国务院办公厅关于完善公立医院药品集中采购工作的指导意见》（国办发〔2015〕7号），实行药品分类采购。对临床用量大、采购金额高、多家企业生产的基本药物和非专利药品，发挥省级集中批量采购优势，由省级药品采购机构采取双信封制公开招标采购。对部分专利药品、独家生产药品，建立公开透明、多方参与的价格谈判机制。加强对药品价格执行情况的监督检查。实施高值医用耗材阳光采购，在保证质量的前提下鼓励采购国产高值医用耗材。严厉查处药品耗材购销领域商业贿赂行为。

（七）推进医保支付方式改革

逐步对统筹区域内所有定点医疗机构及其所有病种全面实行支付方式改革。强化医保基金收支预算，建立以按病种付费为主，按人头、按服务单元等复合型付费方式，逐步减少按项目付费。鼓励推行按疾病诊断相关组（DRGs）付费方式。完善并落实医保经办机构与医疗机构的谈判机制，动态调整支付标准，强化质量监管。充分发挥各类医疗保险对医疗服务行为和费用的调控

引导与监督制约作用。在规范日间手术和中医非药物诊疗技术的基础上，逐步扩大纳入医保支付的日间手术和医疗机构中药制剂、针灸、治疗性推拿等中医非药物诊疗技术范围。对高额药品和耗材进入医保目录库进行严格的经济学评价及审查。综合考虑医疗服务质量安全、基本医疗需求等因素制定临床路径，加快推进临床路径管理。到 2017 年底，城市公立医院综合改革试点地区医保支付方式改革要覆盖区域内所有公立医院，实施临床路径管理的病例数达到公立医院出院病例数的 30%，实行按病种付费的病种不少于 100 个。

（八）转变公立医院补偿机制

破除以药补医机制，理顺医疗服务价格，降低大型医用设备检查治疗价格，合理调整提升体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格。建立以成本和收入结构变化为基础的价格动态调整机制。坚持“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，通过降低药品耗材费用和加强成本控制，留出空间用于调整医疗服务价格。切实落实政府对公立医疗机构各项投入政策，保证医保基金按规定及时足额结算，促进医疗费用结构合理化。公立医院药品收入占医疗收入比重逐年下降，力争到 2017 年试点城市公立医院药占比（不含中药饮片）总体下降到 30% 左右。

（九）构建分级诊疗体系

优化医疗资源结构和布局，促进优质医疗资源下沉，提高基层服务能力，合理确定各级各类医疗机构功能定位，完善分工协作机制。以患者为中心制定分级诊疗规范，综合运用行政、医

保、价格等多种措施，推动建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式，引导患者合理就医，提高医疗资源利用效率和整体效益。在统一质量标准前提下，实行同级医疗机构医学检查检验结果互认。三级公立医院要逐步减少和下沉普通门诊服务，实现普通门诊占比逐年降低。基层中医药服务能力不足及薄弱地区的中医医院应区别对待。

(十) 实施全民健康促进和健康管理

加强慢性疾病的预防控制工作，提高基本公共卫生服务和重大公共卫生服务项目绩效，实施全民健康促进战略，从源头上控制患病率和医疗费用增长。

三、建立医疗费用控制考核问责机制

(一) 加强医疗费用监测

各级卫生计生行政部门要以区域和机构医疗费用增长情况、医疗资源利用效率、医疗收入结构、医疗服务效率等为核心，以本实施意见 24 项监测指标为基础，建立医疗费用监测体系。各地要综合考虑医疗费用的历史情况、医疗服务需求、各级各类医疗机构功能定位及诊疗特点、物价变化、经济社会发展水平等因素，科学测算，合理确定各级各类公立医院医疗费用控制的年度和阶段性目标。各地医疗费用监测体系要以信息化为基础，建立本地区信息化监管平台，确保信息真实、准确、全面。

(二) 加强医疗费用排序和公开

各级卫生计生行政部门根据费用指标监测情况，对监测指标按地区、按医疗机构进行排序，每年定期按规定向社会公示十项

公示指标，加强信息公开和社会监督。公立医疗机构要落实医疗服务价格、药品价格和费用公示制度。

(三) 严格实施考核问责

将控费目标实现情况与公立医院基建投入、设备购置投入、重点学(专)科建设投入、财政拨款预算安排等挂钩。对于控费目标排名靠前的医院予以优先考虑，对于达不到控费目标的医院，各级卫生计生行政部门会同发展改革、财政等部门根据情况核减或取消资金补助。

将医疗费用控制作为公立医院等级评审准入、新增床位审批和大型医用设备配置等的重要依据。对未达到控费目标要求的公立医院，暂停上述资格，经整改符合要求后再予启动评审及审批新增床位、大型医用设备配置等。

将医疗费用控制工作纳入对所属公立医院目标管理、院长年度绩效考核和院长任期考核范围，提高控费指标所占的考核权重，对未按照目标完成费用控制要求的院长，追究其相应的管理责任。

公立医疗机构要将合理诊疗行为作为对医务人员绩效考核评价的重要内容。探索建立医疗服务信息化监管体系，把合理检查、合理用药的执行情况与医务人员的评优、评先、晋升、聘用、绩效工资分配等挂钩，并纳入医疗服务信息化监管体系统一监管。

四、强化组织实施

(一) 加强统筹协调

各级政府相关部门要进一步提高对控制医疗费用不合理增长重要性的认识，落实政府的领导责任、保障责任、管理责任、监督责任，明确工作部署，精心组织实施。各级卫生计生行政部门会同发展改革、财政、人力资源社会保障、物价等部门依据本意见，结合实际情况，研究制订本地区的具体实施方案，确定具体的控费目标以及监督考核办法，积极稳妥推进。

（二）强化部门协作

各级政府相关部门要加强协同配合，统筹推进医疗保障、医疗服务、药品供应、公共卫生、监管体制等综合改革，形成控制医疗费用不合理增长的长效机制。加大公立医院综合改革力度，敢于突破原有体制机制，建立起维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制，规范医疗行为，实现合理控费目标。各级发展改革、财政、人力资源社会保障、物价等部门要按照职责分工，充分发挥在理顺医疗服务价格、落实财政投入和医保引导调控等方面的作用，注重政策衔接，形成工作合力。

附件 1:

医疗费用控制公示指标

	医疗费用控制指标	指标要求
1	门诊病人次均医药费用	逐步降低
2	住院病人人均医药费用	逐步降低
3	药占比(不含中药饮片)	逐步降低
4	检查和化验收入占医疗收入比重	逐步降低
5	卫生材料收入占医疗收入比重	逐步降低
6	百元医疗收入消耗的卫生材料费用	逐步降低
7	平均住院日	逐步降低
8	管理费用率	逐步降低
9	参保患者个人支出比例	逐步降低
10	医保目录外费用比例	逐步降低

- 注：1、省卫生计生委公示：同济医院、协和医院、梨园医院、省人民医院、中南医院、省口腔医院、省第三人民医院、省中西医结合医院、省中医院、省妇幼保健院、省肿瘤医院、武科大附属天佑医院、省荣军医院、省直机关医院。
- 2、各市(州)公示本辖区二级以上公立医院医疗费用指标。
- 3、“参保患者个人支出比例、医保目录外费用比例”两项以人社部门考评意见为准。

附件 2:

医院医疗费用控制主要监测指标及说明

一、主要监测指标

	医疗费用相关指标	指标要求
1	区域医疗费用增长	实现各地确定的区域医疗费用控制目标
2	门诊病人次均医药费用	逐步降低
3	住院病人人均医药费用	逐步降低
4	门诊病人次均医药费用增幅	逐步降低
5	住院病人人均医药费用增幅	逐步降低
6	10 种典型单病种例均费用	监测比较
7	参保患者个人支出比例	逐步降低
8	医保目录外费用比例	逐步降低
9	城市三级综合医院普通门诊就诊人次占比	逐步降低
10	住院的人次人头比	监测比较
11	手术类型构成比	监测比较
12	门诊收入占医疗收入的比重	监测比较
13	住院收入占医疗收入的比重	监测比较
14	药占比(不含中药饮片)	≤35%，且逐步降低
15	门诊患者抗菌药物使用率	≤20%，且逐步降低
16	住院患者抗菌药物使用率	≤60%，且逐步降低
17	I 类切口(手术时间≤2h)预防性抗菌药物使用率	≤30%，且逐步降低
18	检查和化验收入占医疗收入比重	逐步降低
19	卫生材料收入占医疗收入比重	逐步降低

	医疗费用相关指标	指标要求
20	挂号、诊察、床位、治疗、手术和护理收入总和占医疗收入比重	逐步提高
21	百元医疗收入消耗的卫生材料费用	逐步降低
22	平均住院日	逐步降低
23	管理费用率	逐步降低
24	资产负债率	逐步降低

二、指标说明

(一) 区域医疗费用增长即区域医疗机构医疗总收入增幅 = $[(\text{区域内医疗机构本年度住院收入} + \text{本年度门诊收入}) - (\text{区域内医疗机构上年度住院收入} + \text{上年度门诊收入})] / (\text{区域内医疗机构上年度住院收入} + \text{上年度门诊收入}) \times 100\%$ ，用于反映区域医疗费用年度总体增长情况。

(二) 门诊病人次均医药费用 = $\text{门诊收入} / \text{总诊疗人次数}$ ，用于反映医院门诊病人费用负担水平。

(三) 住院病人人均医药费用 = $\text{住院收入} / \text{出院人数}$ ，用于反映医院住院病人费用负担水平。

(四) 门诊病人次均医药费用增幅 = $(\text{本年度门诊病人次均医药费用} - \text{上年度门诊病人次均医药费用}) / \text{上年度门诊病人次均医药费用} \times 100\%$ ，用于反映医院门诊病人费用负担增长水平。

(五) 住院病人人均医药费用增幅 = $(\text{本年度住院病人人均医药费用} - \text{上年度住院病人人均医药费用}) / \text{上年度住院病人人均医药费用} \times 100\%$ ，用于反映医院住院病人费用负担增长水平。

(六) 10种典型单病种例均费用，并对各医院各病种收治病例的平均医药费用进行统计，用于反映各医院相同或类似病种平均诊治费用的差异。(10种典型单病种：阑尾切除术(不含腹腔镜下)、腹腔镜下胆囊切除术、甲状腺次全切除术、单侧乳腺改良根治术(不含腹腔镜下)、子宫肌瘤切除术(不含腹腔镜下)、全子宫切除术(不含腹腔镜下)、剖宫产术、单胎顺产、50岁以下肺炎(不含儿科)、肺炎(儿科))

(七) 参保患者个人支出比例 = 参保患者个人支付医疗费用 / 参保患者就医医疗费用 × 100%，用于反映患者看病就医负担水平。

(八) 医保目录外费用比例 = 参保患者就医医保报销目录外医疗费用 / 参保患者就医医疗费用 × 100%，用于反映患者看病就医负担及医院诊疗和用药合理性。

(九) 城市三级综合医院普通门诊就诊人次占比 = 城市三级综合医院普通门诊就诊人次 / 本医院诊疗人次，普通门诊是指副高职称以下医师提供的门诊服务，反映病人就医流向。

(十) 住院的人次人头比 = 期内住院人次 / 期内住院人头数，用于反映在使用均次指标评价情况下，医院分解住院情况。

(十一) 手术类型构成比 = N类手术台数 / 手术总台数 (N = I, II, III, IV)，用于评价医院住院患者的手术疑难程度，便于对不同医院人均住院费用和平均住院日等指标的差异化考核。

(十二) 门诊收入占医疗收入的比重 = 医院门诊收入 / 医疗收入 × 100%，用于反映医院合理诊疗情况。

(十三) 住院收入占医疗收入的比重 = 医院住院收入 / 医疗收入 × 100%，用于反映医院合理诊疗情况。

(十四) 药占比 (不含中药饮片) = 医院药品收入 / 医疗收入 × 100%，不含中药饮片，用于反映医院药品费用水平和收入结构。

(十五) 门诊患者抗菌药物使用率 = 门诊使用抗菌药物处方数 / (当日门诊总西药处方数 + 当日门诊总中成药处方数)。

(十六) 住院患者抗菌药物使用率 = 出院患者使用抗菌药物总例数 / 同期总出院人数。

(十七) I类切口手术患者预防使用抗菌药物使用率 = I类切口手术预防使用抗菌药物例数 / 同期 I类切口手术总例数。

(十八) 检查和化验收入占医疗收入比重 = (医院检查收入 + 化验收入) / 医疗收入 × 100%，用于反映医院收入结构。

(十九) 卫生材料收入占医疗收入比重 = 医院卫生材料收入 / 医疗收入 × 100%，用于反映医院收入结构。

(二十) 挂号、诊察、床位、治疗、手术和护理收入总和占医疗收入比重 = (医院挂号收入 + 诊察收入 + 床位收入 + 治疗收入 + 手术收入 + 护理收入) / 医疗收入 × 100%，用于反映医院收入结构。

(二十一) 百元医疗收入消耗的卫生材料费用 = (卫生材料支出 / 医疗收入) × 100，用于反映医院卫生材料消耗程度和管理水平。

(二十二) 平均住院日 = 出院者占用总床日数 / 出院人数，用于反映医院对住院患者的服务效率。

(二十三) 管理费用率 = 管理费用 / 业务支出 × 100%，用于反映医院管理效率和管理成本控制情况。

(二十四) 资产负债率 = 负债总额 / 资产总额 × 100%，用于反映医院的资产中借债筹资的和债务风险。