

中卫市基本医疗保险总额控制下按病种分值 结算协议医疗机构住院医疗费用管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步深化医保支付方式改革，科学规范城镇职工和城乡居民基本医疗保险住院医疗费用结算管理，规范医疗机构诊疗行为，提高医疗保险基金使用效益，保障医疗保险基金安全，逐步提高参保人员医疗保障水平，根据国家医保局印发《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（医保局令2号）、《自治区人民政府办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的实施意见》（宁政办发〔2018〕4号）、《自治区深化医药卫生体制改革工作领导小组关于印发〈全区全面开展县（区）域综合医改实施意见〉的通知》（宁医改发〔2020〕3号）、《自治区党委 人民政府印发〈关于深化医疗保障制度改革的实施意见〉的通知》（宁党发〔2021〕13号）等有关规定，制定本办法。

第二条 本办法所指的按病种分值付费指在基本医疗保险统筹基金支付的住院医疗费用的总额预算内，根据各病种次均费用与某固定值（或基准病种）的比例关系，确定相应的病种分值，按照医疗机构服务能力和水平确定协议医疗机构系数，年终医保经办机构根据协议医疗机构得到的总分值和系数，按约定规则进行住院医疗费用结算的付费方式。

住院分娩、精神病患者住院治疗、肾病门诊透析分别实行按人头付费、按床日付费、按服务项目包干付费的结算方式进行结算，不适用本办法。

第三条 本办法遵循“以收定支、收支平衡、略有节余”、“总量控制、预算管理、月预结算、年度决算”的原则。

第四条 本办法适用于全市各级医疗保险经办机构与协议医疗机构住院医疗费用的结算。

第五条 参保人员在协议医疗机构发生的住院医疗费用报销标准，按照自治区基本医疗保险政策规定执行。

参保人员在全区内各协议医疗机构发生的住院医疗费用由城镇职工、城乡居民基本医疗保险及城镇职工大额医疗补助支付，医疗保险经办机构与协议医疗机构结算按本办法规定执行。

第六条 全市各级医疗保险经办机构负责本辖区的城镇职工及城乡居民基本医疗保险住院医疗费用的结算管理。

第二章 年度预算

第七条 协议医疗机构住院统筹基金实行收支预算与年度决算管理，收支预算与年度决算应向社会公布。

协议医疗机构年度住院统筹基金总量，按市基本医疗保险预算方案分配的专项用于按病种分值结算协议医疗机构住院医疗费用的可支付总额确定。城镇职工基本医疗保险住院统筹基金包

括基本医疗保险和大额医疗费用补助项目，城乡居民基本医疗保险住院统筹基金包括个人缴费和各级财政补助项目。

住院统筹基金收支预算方案由市、县（区）医疗保险经办机构负责编制，经所在县（区）医疗保障部门审定，报市医疗保障部门、财政部门审核批复后执行。

第三章 结算方式

第八条 除按人头、按床日和按服务项目包干付费结算方式外，医疗保险经办机构对参保人员在全市各协议医疗机构住院发生的统筹基金支付医疗费用（含城镇职工大额医疗费用补助支付）（以下简称“住院统筹费用”）的结算，采用按病种分值付费的结算方式。

第九条 病种分值的确定。

（一）纳入按病种分值付费病种的分值确定。

1.基准病种及其分值的确定。在协议医疗机构的住院病例中选择一种临床路径明确、并发症与合并症少、诊疗技术成熟、质量可控且费用稳定的病种为基准病种。

基准病种分值按该病种在全市各协议医疗机构近两年的次均住院医疗费用确定。

2.各病种分值确定。

各病种分值 = 各病种的平均住院医疗费用 ÷ 基准病种的平均

住院医疗费用×基准病种分值

各病种住院病例在治疗过程完整、符合出院指征的情况下，以出院临床第一诊断（主要诊断）对照《病种分值表》，确定病种分值。

《病种分值表》经专家认证确定后，由市医疗保障部门公布执行。如因医疗技术发展、新药发明使用等原因，导致部分病种医疗费用明显变化时，由市医疗保险经办机构组织专家论证后提出调整方案，报市医疗保障部门批准后执行。

（二）费用异常病例的病种分值确定。

按照各协议医疗机构接诊参保人员住院发生的医疗费用计算分值倍数，分值倍数小于等于 0.5 的为低异常分值，0.5-1.5（含 1.5）为正常分值，大于 1.5 的为高异常分值。

1. 分值倍数的计算。

分值倍数=[（本次住院总费用÷基准病种的次均住院医疗费用）×基准病种分值]÷（该病种标准分值×该医院等级系数）

2. 各医疗机构正常病种分值计算。

各医疗机构正常病种分值=各病种标准分值×医院等级系数。

3. 低异常病种分值计算。

分值倍数小于等于 0.5 的低异常病种分值计算，分值=分值倍数×该病种标准分值×医院等级系数。

4. 高异常病种分值计算。

(1) 分值倍数大于 1.5、小于等于 2.5 的高异常病种分值计算

分值=[分值倍数-1.5 + 1]×该病种标准分值×医院等级系数。

(2)分值倍数大于 2.5 以上的高异常病种，2.5 以内的部分按分值计算，2.5 以上的统筹费用部分据实结算。2.5 以上部分结算金额=[该病例的住院医疗费用- (2.5×该病种标准分值×医院等级系数÷基准病种分值)×基准病种次均住院医疗费用]×医院对应支付比例。

对各医疗机构逐步实施住院医疗费用总包干制度后，其所在地域内的参保人员因病确需经本院批准转院的，在年终决算时，对其医疗机构总分值进行扣减，具体办法由市医疗保障部门另行制定。

(三) 无病种分值病例的病种分值确定。

未列入《病种分值表》的病种为无病种分值对照病种。当协议医疗机构住院病例无病种分值对照时，根据该病例的病历资料核定合理费用，将核定后的住院医疗费用比照基准病种费用确定该病例的病种分值。

无病种分值对照的病种分值= (该病种合理住院医疗费用÷基准病种的次均住院医疗费用) ×基准病种分值×90%。

无标准分值的病种分值=(该病种合理住院医疗费用÷基准病种的次均住院医疗费用) ×基准病种分值×医院等级系数×90%。

第十条 协议医疗机构等级系数的确定。

协议医疗机构等级系数反映协议医疗机构之间治疗同种疾病所需次均住院医疗费用的比例关系。

各协议医疗机构等级系数由市医疗保障部门组织相关专家评定，作为协议医疗机构病种分值权重系数。原则上，等级系数按三级甲等协议医疗机构、其他三级协议医疗机构、二级协议医疗机构、一级协议医疗机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院）分别确定。

第十一条 协议医疗机构考核系数的确定。

考核系数反映各协议医疗机构在费用控制和质量监管、保障参保人员权益等方面实际运行数据与控制标准之间的比例关系。

具体考核指标项目包括重复住院率、次均住院医疗费用增长率、实际报销比例等指标。其中，重复住院率指标为重复住院率考核标准与该院本年度实际重复入院率之比；次均住院医疗费用增长率指标为次均住院医疗费用增长率考核标准与该院本年度人均住院医疗费用增长率之比；实际报销比例指标为实际报销考核标准与该院本年度实际报销比例之比。肿瘤放化疗住院治疗不纳入计算重复住院率指标的住院次数统计范围。

根据城镇职工、城乡居民基本医疗保险实际运行情况变化，考核指标项目的设定可适时调整。

协议医疗机构年度考核系数为所有考核指标的均值。

原则上，上述考核标准按三级甲等协议医疗机构、其他三级协议医疗机构、二级协议医疗机构、一级协议医疗机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院）分别确定。

第四章 月预结算

第十二条 依据上年度各协议医疗机构月均住院统筹费用实际发生额，确定本年度月预付额度，次月根据病种分值与等级系数对各协议医疗机构上月发生的住院统筹支付进行月预结算。按照三级、二级及以下协议医疗机构分别预留 3%和 5%的月预结算额度作为服务质量保证金。

第十三条 各协议医疗机构月预结算费用按以下公式计算：

各协议医疗机构当月总分值=该协议医疗机构当月病种总分值×该协议医疗机构等级系数+无病种分值对照病种病例分值。

各协议医疗机构月预结算费用 = [市、县（区）协议医疗机构月预结算额度÷市、县（区）协议医疗机构当月总分值]×该协议医疗机构当月总分值×各协议医疗机构核拨比例[核拨比例：三级协议医疗机构为 97%，二级及以下协议医疗机构为 95%，下同]。

第十四条 各协议医疗机构应于当月前 7 个工作日，将上月出院的参保人员（城镇职工、城乡居民）结算资料报所在地医疗保险经办机构，医疗保险经办机构应在 15 个工作日内完成审核并支付月预结算费用。

第五章 年度决算

第十五条 年度末，对各协议医疗机构结算费用进行决算。

本年度决算额度计算公式为：本年度决算额度=上年度住院

统筹费用实际发生额 \times (1+住院人数增长率) \times (1+人均统筹基金增长率)+调整政策待遇水平所需统筹基金支出额。

本年度决算额度小于年初分配给按病种分值付费结算的收入预算时,以本年度决算额度为准;本年度决算额度大于年初分配给按病种分值付费结算的收入预算时,以年终医保基金实际征收分配给按病种分值付费结算为准。遇有协议医疗机构发生的符合规定的实际费用与决算额度异常的情况,可用预留的调剂金予以调剂。

第十六条 本年度决算应结算给各协议医疗机构的住院统筹费用按以下公式计算:

协议医疗机构年度总分值=各协议医疗机构月度总分值之和。

本年度决算支付各协议医疗机构基本医疗保险住院统筹费用=[市、县(区)本年度决算额度 \div 市、县(区)本年度总分值] \times 该协议医疗机构本年度总分值 \times 该协议医疗机构核拨比例-该协议医疗机构本年度按月预结算费用总金额。

年度末,对各协议医疗机构进行年度考核,根据考核结果返还质量保证金。

第十七条 实际报销比例标准的控制。

实际报销比例反映城镇职工、城乡居民基本医疗保险去除起付标准和床位费超标自费部分金额后的政策待遇水平。

实际报销比例=实际报销金额 \div (医疗费用总金额-起付标准-床位费超标自费部分金额)。参保患者因病确需体内置放材料的,其材料不受实际报销比例标准的控制。

实际报销比例按照测算结果确定，由市、县（区）医疗保障部门公布，各参保患者出院结算时，其住院实际报销比例应达到公布的标准。

参保患者住院，实际报销比例未达标准的，差额部分在该协议医疗机构本年度决算总额中扣除。

原则上，报销标准按城镇职工和城乡居民医保三级甲等协议医疗机构、其他三级协议医疗机构、二级协议医疗机构、一级协议医疗机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院）分别确定。

第十八条 医疗机构等级系数和考核系数的动态调整。当协议医疗机构医疗资源发生重大结构性调整或本办法在执行中偏差过大时，可根据当年与前两年运行数据按照等级系数与考核系数计算方法对下年度各协议医疗机构的等级系数与考核系数进行调整。

参保人员住院人均住院医疗费用增长率超出市、县（区）同等级协议医疗机构平均水平的，或者参保人员住院个人实际报销比例低于市、县（区）同等级协议医疗机构平均水平的，该协议医疗机构下一年度的等级系数与考核系数不予调高。

第六章 监督与管理

第十九条 建立病种分值对照诚信机制。

协议医疗机构应规范、准确地向医疗保险信息系统上传出院

临床第一诊断（主要诊断）。

发现“诊断升级”和“高套分值”的，按实际核定的病种确定分值并从中再扣除其“诊断升级”和“高套分值”高出实际分值部分的50%；当年度病种分值高套率超过10%以上的，除按上述计算方法扣除相应病种分值外，年终全额扣除其年度服务质量保证金。

第二十条 协议医疗机构不得分解、转嫁参保人员住院期间的医疗费用。参保人员在同一医疗机构办理入院前因急诊急救24小时内发生的门诊医疗费用，转入住院后，纳入住院医疗费用一并计算。

协议医疗机构未将其纳入住院医疗费用的，参保人员可凭缴费发票和相关证明材料到医疗保险经办机构按住院政策规定报销，报销金额在该协议医疗机构年度决算总额中扣除。

第二十一条 各协议医疗机构应按照医疗保险经办机构要求做好本医疗机构信息系统与医疗保险信息系统对接工作，及时、规范、完整、准确地向医疗保险信息系统上传参保患者的就医信息。医疗保险信息系统信息可作为费用审核、月预结算、年度决算、考核及调整分值、系数的依据。

第二十二条 协议医疗机构应遵循合理检查、合理用药、合理治疗、按规定收费和公开透明的基本医疗服务原则，严格执行现行的出入院指征，不得分解住院、挂床住院或让不符合出院条件的参保患者提前出院。协议医疗机构有义务和责任执行首诊负

责制等有关规定，严格掌握转院指征，不得为协议医疗机构具备诊治能力的参保患者办理转院。

对不符合入院指征住院、分解住院、挂床住院、因医疗机构违反医疗规程提前出院，经查实后，产生的费用统筹基金不予以支付，并按基本医疗保险有关规定进行处理。对以欺诈、伪造材料或者其他手段套取、骗取医保基金支出的，按《中华人民共和国社会保险法》等有关规定处理。

第二十三条 各级医疗保障部门、医疗保险经办机构应当建立事前检查发现、事中查实纠正、事后妥善处理的监督机制，组织专门力量，采取日常审核巡查、专项检查、年度考核等方法，加强按病种分值结算医疗费用管理工作。

第七章 附 则

第二十四条 论证确定病种分值及按病种分值结算时，所产生的分值保留整数，有小数点的四舍五入。

第二十五条 因物价政策调整、医疗保险政策调整及协议医疗机构资源发生重大结构性调整等原因，致使医疗费用大幅度增加，需要动用历年结余和申请风险调剂金时，由市医疗保险经办机构提出具体补偿方案，报市医疗保障部门、财政部门批准后，追加年度决算总额。

第二十六条 基准病种、各病种分值及年度全市各协议医疗

机构等级系数、考核系数等的确定及调整，由市医疗保障部门组织测算，经相关专家评定后公布执行。

第二十七条 住院统筹费用结算时间以出院时间为准，每年1月1日零时至当年12月31日24时为一个年度周期，当月1日零时至当月最后一日24时为一个月度周期。

第二十八条 本办法自2021年5月7日起执行，有效期至2024年5月7日。已出台的基本医疗保险住院医疗费用结算政策与本办法规定不一致的，按本办法规定执行。

第二十九条 本办法执行期间，如遇国家、自治区政策调整从其政策。