宿迁市区域点数法总额预算和按病种分值付费暂行办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实中央和省关于深化医药卫生体制改革精神，进一步深化医保支付方式改革，提高医疗服务透明度，提升医保基金使用效率。根据《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》（医保办发〔2020〕45 号）要求以及《宿迁市基本医疗保险办法》（宿政规发〔2020〕4号）有关规定，制定本办法。

第二条 医疗保险经办机构（以下简称经办机构）与定点医疗机构、定点零售药店（以下简称定点医药机构）结算基本医疗 保险费用（以下简称医保费用），适用本办法。

第三条 经办机构与定点医疗机构结算住院医保费用，实行总额预算控制下的按病种分值付费。

门诊医保费用结算暂按项目付费，逐步开展门诊按人头付费并探索将按项目和按人头转化为分值，与住院服务分值形成可比关系，实现全区域分值总额预算经办机构与定点医药机构结算个人账户以及职工大额医疗补助、大病保险、医疗救助等其他医疗保障费用按有关规定支付。

第四条 本办法所称按病种分值付费，是指统筹区确定医保总额预算指标后，将项目、病种、床日等付费单位转换成分值，年底根据各定点医疗机构所提供服务的总分值以及统筹区总额预算指标，得出每个分值的实际价值，按照各定点医疗机构实际分值付费。

第五条 医疗保障行政部门负责本办法组织实施，按规定制定相关配套政策，监督指导支付方式改革推进工作。卫生健康部门负责加强医疗机构服务能力建设，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为。财政部门负责加强医保基金账户管理，提供资金保障。

第六条 市经办机构负责全市医保费用的结算经办管理，统筹组织医保费用清算等工作。

各县区经办机构负责结算属地内医药机构医保费用。市各开发区、新区、园区区域内医药机构医保费用的结算，市医疗保障行政部门可确定由市经办机构直接负责或提请市政府确定由其他经办机构负责。

第七条 异地就医联网以及零星报销等业务由各级经办机构按照原规定办理，探索“一城通办”经办服务模式。各级经办机构按照“谁管理、谁负责，谁经办、谁负责”的原则，做好医保费用受理、审核、拨付等经办工作。

第八条 经办机构结算医保费用实行全市预算管理、总额控制、病种赋值、年初预拨、月预结算、年度清算。

第九条 参保人员在定点医药机构、经办机构结算报销医疗 费用的方式和享受的医保待遇，不受本办法影响。

第二章 预算管理

第十条 市经办机构按照“以收定支、收支平衡”的原则，分别编制全市职工医保和城乡居民医保基金年度总额预算方案。总额预算包括全市参保人员在本地和异地发生的医保统筹基金支出金额。

全市上年度医保基金收支平衡的，按照上年度医保基金决算总额和医保基金支出增长率确定医保基金年度总额预算。年度总额预算=统筹区上年度医保基金决算总额×（1+医保基金支出增 长率）。

医保基金支出增长率由市经办机构组织县区经办机构根据CPI指数、参保人医疗消费行为、总额增长率等因素与定点医疗机构进行谈判确定，原则上不超过10%。

全市上年度医保基金收不抵支的，以当年医保基金收入作为医保基金年度总额预算。原则上医保基金年度总额预算不低于上年度总额预算水平。

第十一条 医保基金年度总额预算由风险调节金、大病保险 费用、异地就医基金、本地门诊基金、本地住院基金预算等构成。

风险调节金用于年终清算时对异地就医基金、本地门诊基金、本地住院基金等预算基金的调剂。根据年度总额预算实际情况制定，原则按当年医保总额预算的10%提取。

异地就医基金、本地门诊基金一般按照上年相应板块医保基金实际发生额的120%预算。年终清算时结余的，结转到风险调节金。年终清算时不足的，由风险调节金调剂。风险调节金不足调剂的，由本地住院基金补足。

第十二条 本地住院基金年度预算=年度总额预算-异地就医基金-本地门诊基金-大病保险费用-风险调节金。

第十三条 年度总额预算方案经报市医疗保障行政部门会同财政、卫生健康等部门会商确定后执行。对于确因推动谈判药品、两病保障、新冠疫苗等政策落地以及其他政策变化、疾病暴发等客观因素，导致医保基金支出发生重大变动的，年度总额预算按照规定程序进行调整。

第十四条 试点1-2年内，建立一级医院住院基金年度预算保底机制。年底预清算时，当本地一级医院住院基金支出占本地住院基金支出之比小于上年度时，按照本地住院基金年度预算和上年度一级医院住院基金支出占比的乘积确定一级医院预算总额，在本地住院基金年度预算下，与其他医院分别按照本办法清算。

第十五条 经办机构根据上年度定点医疗机构基金月平均支出水平，可以对定点医疗机构预拨1个月的预付金。定点医疗机构预付金预付水平可与各定点医疗机构信用等级挂钩。

第三章 病种分组及分值管理

第十六条 按照国家按病种分值付费技术规范，采集统筹区最近三年全样本病例数据，通过“疾病诊断”与“治疗方式”组合进行分组。入组病例数15例以上的确定为核心病种，不足15例的确定为综合病种。核心病种与综合病种形成病种主目录。主目录一般在国家病种目录库范围内调整，如确需增加部分病种，可经报国家备案后进行扩展。

第十七条 基于历史合理数据，核心与综合病种分值为该病种平均住院费用与全部病例平均住院费用之比。按照下列公式计算：

RWi=mi /M×100 。其中 RWi为该病种分值，mi 为该病种平均住院费用，M 为全部病例平均住院费用。

精神类、康复类以及安宁疗护类病种床日分值 RWr=mr /M×100，其中 mr为该病种床日平均住院费用。

第十八条 按照国家规范，根据诊断、治疗、行为规范等特异性特征建立辅助目录，因合并症并发症指数（CCI）、疾病严重程度分型、肿瘤严重程度分型、次要诊断病种、年龄特征病种等原因造成组内差异CV值大于0.7且病例数大于5例的，病种分值进行疾病严重程度辅助目录系数校正。

疾病严重程度辅助目录系数个体校正=mj / mi。其中 mj 是指病种组合下第 j 类分型病例的平均住院费用。

第十九条 定点医疗机构上传的病例，无对应分值病种、转出、不完全治疗的，按照 RW=（m / M）×0.8×100折算病种分值。其中经评审属于罕见病等病例，按照RW=m /M×100换算病种分值。跨年结转的病例按照RW=m /M×100换算病种分值。

第二十条 当年实际发生超过15例的新技术、新项目且无对应分值病种，经专家评审等程序纳入病种分组，按照 RWi=mi /M×100 确定病种分值。

第四章 费用结算

第二十一条 定点医疗机构应在规定时间内完成所有门诊及住院数据审核工作，并及时按照规定向经办机构上传数据，作为医保费用结算依据。

第二十二条 经办机构与定点医疗机构结算门诊费用实行年度总额控制，协议期内谈判药品、合规的两病保障用药、新冠疫苗等费用支出不受年度控制指标限制。年度控制指标原则上为上年度门诊实际结算的统筹费用的110%。医疗机构门诊发生的统筹费用低于年度控制指标的，按实支付。高于年度控制指标的，控制指标以内部分按实支付，高出部分医保基金和医疗机构按照3：7的比例分担。

新建医疗机构诊统筹费用年度控制指标参照上年度同类同级同期的医疗机构平均门诊统筹结算费用确定。

第二十三条 经办机构按照下列公式按月预算定点医疗机构住院医保费用，并以当月申报的纳入按病种分值付费结算范围病例发生的统筹基金按项目计算金额为基数，原则上按照90%的比例预拨付给各定点医疗机构。

各定点医疗机构月预算住院医保费用=Σ（该院月度病种支付标准×相应病例数）-个人自付费用-其他医疗保障费用-违规扣除费用。

病种支付标准=病种分值×分值单价

第二十四条 同一病种在不同等级医疗机构的病种分值通过等级系数进行调节，根据不同等级定点医疗机构病种次均费用，合理确定定点医疗机构等级系数。对适合基层定点医疗机构诊治且基层具备诊治能力的病种，不同收费等级定点医疗机构实行相同的等级系数。发生在专科医院的专科核心病种分值调节系数为1.01。

第二十五条 医疗机构发生的精神类、康复类以及安宁疗护类病例，住院天数低于病组平均住院天数80%的，床日分值调节系数为1.1；住院天数高于病组平均住院天数的，超过病组平均住院天数100%-120%部分床日分值调节系数为0.9，120%之上部分床日分值调节系数为0.8。

第二十六条 医疗机构发生的病例，费用低于病种支付标准50%的超低病例和高于病种支付标准2倍以上的超高病例作为费用异常病例，按照下列公式对病种支付标准进行调校。其中高于5倍以上的超高病例，医疗机构可以申请特例单议，RW=（m-评审扣款）/M×100 确定病种分值。

超低病例调校系数=该病例医疗总费用/上一年度同级别定点医疗机构该病种次均医疗总费用

超高病例调校系数=（该病例医疗总费用/上一年度同级别定点医疗机构该病种次均医疗总费用-2）+1

病种支付标准费用异常病例=费用异常病例调校系数×等级系数×病种分值×分值单价

第二十七条 支持医疗机构重点科室建设，医疗机构省级重点专科发生的专科病种病例，分值调节系数为1.01。

第二十八条 分值单价分为预算单价和结算单价，并可采用优质区间模型计算的方式确定。

预算单价=优质区间的前三年加权平均年度住院总费用/病种年度总分值

结算单价=（本地住院基金年度预算费用+年度个人自付费 用+年度其他医疗保障费用）/病种年度总分值

第二十九条 按照国家规范，建立病案质量、医疗质量与医保费用结算挂钩机制。病案质量、医疗质量未达到规定要求的，按照下列公式在月预结算和年终清算时扣除有关费用。

病案质量管理扣除金额=定点医疗机构结算金额×(1-病案质量指数) ×5%。其中病案质量指数包括合规性指数、编码套高指数、 编码套低指数。

医疗质量管理扣除金额=Σ(符合二次入院、低标入院、超长住院、死亡风险等辅助目录评分×定点医疗机构结算金额×3%）。

第三十条 市经办机构组织做好月度结算和年度清算，各级经办机构按规定结算异地就医联网结算、零星费用报销以及定 点医药机构发生的医保费用。次月底前预结算上月定点医药机构医保费用，12月预结算与年度清算同步进行。

第三十一条 试点初期，年终清算时实际发生的病种组例数少于上年度病种组例数的60%的，该病种分值按照实际发生病组平均费用/M×100重新确定分值进行清算。

第三十二条 经办机构按照下列公式清算定点医疗机构年度住院医保费用。

各定点医疗机构年度住院医保费用=Σ（该院年度病种支付标准×相应病例数）-个人自付费用-其他医疗保障费用-违规扣除费用-月度预付费用。

第三十三条 年终清算时，医疗机构发生的病例，个人自付费用与其他医疗保障费用之和高于该病种支付标准的，高出部分费用在月预结算与年终清算时予以扣除。

第三十四条 规范医疗机构住院管理，对定点医疗机构结算总分值的5%部分进行考核调节：

考核调节系数=（人次人头比增长率指标+人均病组结算费用增长率指标）/2

（一）人次人头比增长率指标=同类别医疗机构平均的人次人头比增长率/该院实际人次人头比增长率

同类别医疗机构平均的人次人头比增长率=Σ（各医疗机构人次人头比增长率×出院人数）/同类别医疗机构出院总人数

该院实际人次人头比增长率=（本年度出院人员人次人头比率/上年度出院人员人次人头比率）×100%

（二）人次均病组医疗总费用增长率指标=同类别医疗机构平均的人次均病组医疗总费用增长率/该院人次均病组医疗总费用增长率

同类别医疗机构平均的人次均病组医疗总费用增长率=Σ（各医疗机构人次均病组医疗总费用增长率×病组人数）/同类别医疗机构病组总人次数

该院人次均病组医疗总费用增长率=（本年度人次均病组医疗总费用/上年度人次均病组医疗总费用）×100%

该院人次均病组医疗总费用=该院病组医疗总费用/该院病组结算总人次数

第三十五条 建立“超支分担、结余留用”的责任共担机制。经办机构年度清算结算定点医疗机构住院费用时，按项目计算费用总额小于分值计算费用总额85%的，按照按项目计算费用总额去除违规费用后支付；在分值计算费用总额85%~100%之间的，按分值计算费用总额去除违规费用后支付；大于分值计算费用总额100%的，在100%以内部分按分值计算费用总额去除违规费用后支付，在100%~110%之间的由风险调节金按不高于70%比例进行补偿，超出110%部分不予支付。

定点医疗机构年度内受到暂停相关责任部门医保服务协议、解除服务协议、责令退回医保基金损失、罚款等处理以及绩效考核不合格的，结余留用以及超支分担部分不予支付。

第五章 监督管理

第三十六条 定点医疗机构应加强病案质量管理，严格按照医疗保障基金结算清单填写规范上传疾病名称、手术操作名称等信息。

第三十七条 定点医疗机构应坚持因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。病人住院期间发生的医疗费用明细，必须按规定及时上传到经办机构。合理控制住院病人自费的药物、材料和诊疗项目费用，自费费用比例控制在8%以内。

第三十八条  定点医疗机构应当按要求如实向经办机构报送药品、耗材的采购价格和数量。经办机构应通过谈判的方式确定医疗机构诊疗项目、医用耗材以及药品医保支付标准，提高基金使用效率，参保人员发生超过诊疗项目、医用耗材以及药品医保支付标准的费用由个人自付。

第三十九条 经办机构应建立病例专家评审机制。组织专家 对费用高于病种均价5倍以上的病例按照100%、费用异常病例、无对应病种分值病例按照不低于30%、其他病例不低于1%的比例进行评审。试点初期，病例评审比例不低于30%。

第四十条 经办机构对查实定点医疗机构存在“高套点数”、“分解住院”、“降低住院标准”、“诱导住院”、 “挂床住院”、“体检住院”、“推诿病人”以及将住院医疗费用分解至门诊、零售药店或让病人单独自费结算等行为，不予结算相关病例分值，并按该分值的3倍予以扣减。对于评审确认的其他情形不合理费用，按照不合理费用的3倍后通过预算单价换算成分值，在月预结算和年度清算中予以扣减。

第四十一条 医保部门应完善包括组织管理和制度建设、基线调查、病案质量、医疗服务能力、医疗行为、医疗质量、资源效率、费用控制和患者满意度等指标在内的绩效考核制度体系。年底对定点医疗机构开展绩效考核，按照协议约定将绩效考核与信用等级评定、年终清算等挂钩，保障支付方式改革良性运行和持续运转。

第六章 附 则

第四十二条 市经办机构牵头成立由经办机构、定点医疗机构组成的病种分值评审委员会，每1-2年对病种分组、分值确认、系数参数、考核指标调整等提出意见，报市医疗保障行政部门审核发布。

第四十三条 本办法自2021年4月1日起与原办法并行运行，并根据国家统一部署实际付费。实际付费前医保费用按照近三年同期平均比例分割为两部分，分别用于实际付费实施前、后医保费用结算。