附件3

汕头市基本医疗保险医疗费用结算办法

（征求意见稿）的拟订说明

1. 文件修订的必要性

2017年我市实施“总额控制下按病种分值结算”方式，由医保经办机构与定点医疗机构结算参保人住院医疗费用，实施5年来，我市自2017年在全省率先实施“总额控制下的按病种分值结算”的支付方式改革，围绕“如何在看好病的前提下尽量少花钱”进行了一系列尝试，经过几年来的不断探索和完善，目前已经建立起一套以“结余留用、合理超支分担”为原则的利益调节机制，有效控制了医疗费用的不合理增长。随着改革的推进，部分规定已不适合改革的需要，需要对原结算办法进行修订后重新公布，具体原因如下：一是2020年底被国家确定为DIP试点城市后，我市按照国家技术规范，调整完善我市的病种分值库和结算规则，并于2021年12月起开始实施新版病种分值库及结算规则，原结算办法的部分规定已不适应，需要调整完善。二是国家和省部署的支付方式改革要求，需将部分结算管理规则增加纳入结算办法中。

二、文件制定依据

1.《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》（医保办法﹝2020﹞45号）

2.《关于印发国家医疗保障按病种分值付费（DIP技术规范和DIP病种目录库（1.0版）的通知》（医保办法﹝2020﹞50号）

3.《广东省医疗保障局关于转发国家医疗保障局DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（粤医保发﹝2021﹞54号）

4.广东省医疗保障局关于印发《广东省按病种分值付费DIP医疗保障经办管理规程（试行）》的通知（粤医保规﹝2023﹞1号）

三、文件调整的主要内容

1.部门职责修改。按照《广东省按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）》（以下简称《规程》）规定，将原结算办法中规定的医疗保障、财政、卫生健康行政部门负责的部分职责明确由市医保经办机构负担。病种分值库明确为由市医保经办机构提出调整建议。（第四条）

2.完善总额预算计算公式。

（1）将公式计算的“年度可分配资金总额”计算公式中的部分表述根据实际情况予以归并调整。明确药品耗材集中采购结余留用资金等项目支出作为基金其他支出。（第七条）

调整理由：将风险调剂金的比例由8%调整为5%，主要是考虑近一两年，按照国家和省的要求，我市逐步提高参保人门诊医疗费用待遇，统筹基金支出比例有所上升，同时按要求提高参保人异地就医报销比例，需要将风险调剂金比例降低，释放更多基金，以保障待遇的支出。

1. 明确调剂金设置比例及使用情形。年度风险调剂金以当年度基本医疗保险统筹基金收入的5%，用于年度可分配资金不足时调剂使用。（第八条）

3.设置年度实际可分配基金总额控制目标，上限为年度统筹基金发生额的103%，下限为年度统筹基金发生额的97%。明确总额控制目标不同情形的处理方式。年度清算时，按第七条计算的年度可分配资金总额高于下限、低于上限的，以计算的数额作为年度实际可分配资金总额。计算的数额高于上限的，以年度统筹基金发生额的103为年度实际可分配资金总额。计算的数额低于下限的，以年度实际可分配资金总额为统筹基金发生额的97%。使用当年度提取的风险调剂金将年度实际可分配资金总额提高至下限。年度因相关重大政策调整等特殊情形影响，使用当年度调剂金后仍不足的，市医疗保障行政部门拟订方案报市政府同意，使用历年结余资金将年度实际可分配资金总额提高至下限。（第九条）

4.按国家技术规范完善本地分值库。明确病种分值库中病种的形成及病种分值库构成，明确增加中医优势病种目录（第十条）。明确本地病种分值库中病种分值的确定办法。（第十一条）

5.建立特殊项目分值加成机制。参照广州、深圳市建立特殊项目加成机制，对定点医疗机构应用创新技术或临床治疗必须且对DIP病种分值有较大影响的项目，采取经评议组织评议通过后，确定为特殊项目，对特殊项目费用单独计算加成分值，如单列支付的谈判药品等通过特殊项目单独计算加成分值。（第十三条）

6.建立重症监护病房辅助目录分型机制。按照参保人在重症监护病房的住院天数且该次住院费用超过该病种全市同级别平均住院总费用1.5倍以上的病例，按照15天以下、15-30天、30天以上分别计算辅助目录病种调节系数后予以加成。（第十四条）

7.建立特例单议评议机制。明确可申请特例单议病例的条件及申请病例占出院结算病例数的比例等。（第十五条）

8.按照DIP结算完善医疗机构上传出院病例的入组规则和分值计算方法。（第十七、十八条）

9.完善院前费用的结算及处理方式。参保人住院前急诊抢救或办理预住院后在同一定点医疗机构发生的与当次住院相关的检查治疗费用纳入当次住院医疗费用，按照相应的分值结算。（第十九条）

10.明确月预结算及特殊情况的处理方式。（第十八条、第十九条）明确月预结算按统筹基金发生额的80%预付给定点医疗机构，对于长时间住院未出院的病人，明确医疗机构可每90天结算一次。（第二十一条）

11.完善年度清算结余留用合理超支分担激励分担机制。对年度结算结余的医疗机构，除保留原有按统筹基金发生3%结余留用规定外，对于结余留用较多的医疗机构，结余在统筹基金发生额3%以上、10%以下的部分，再按50%（或60%）的比例留用，激励医疗机构持续做好不合理费用的控制。对于结算超支的医疗机构，原结算办法未明确合理超支分担规定，具体是在年度清算后的二次分配中，对医疗机构结算超支的部分按80%-100%进行分担，由于没有明确的分担规则，需要每年做方案并报市政府。本次拟在结算办法中明确超支分担规则：即结算超支部分在统筹基金发生额90%-100%之间的，由医保统筹基金按50%（或60%）比例分担，低于90%部分不予分担。并设置不予超支分担在3个年度内过渡到位。本通知实施第1年低于80%部分不予超支分担，实施第2年低于85%部分不予超支分担，第3年起低于90%部分不予超支分担

对结余留用及超支分担比例设置正向激励指标（高水平医院、国家重点专科建设、60岁以上老年患者或6岁以下儿童住院结算人次占比、省医药服务评价等5个方面）和负面清单（CMI值、便民化应用，医药服务）。激励、负面清单指标增加、扣减比例最高不超过10个百分点。年度被终止协议的，不予结余留用或超额分担。（第二十五、二十六条）

12.《结算办法》扣罚的规定。将原《结算办法》规定的定点医疗机构有分解住院、挂床住院、高套分值等违规行为的，进行“扣一罚三”调整为“扣一罚一”。（第三十二条）

13.增加自费率、中医治疗率的控制指标，并要求经办机构通过协议约定管理。（第三十三条）

14.附件中明确了病种分值库中病种及分值调整的条件。

四、征求意见情况

8月28日《结算办法（征求意见稿）》向各医疗机构征求意见，截至9月19日，共收到12家医疗机构反馈意见，其中无修改意见4家，另外8家意见及采纳情况如下：

1. 关于第十九条表述，有6家医疗机构提出意见。对于急诊抢救后转住院，政府文件已明确要与住院费用一起享受住院待遇。至于院前48小时的检查费用纳入住院一起结算，时间是否延长可以再讨论，听听医院的意见。
2. 关于第十四条表述，有4家医院提出意见，中心医院、汕大附一医院对设置条件没有异议，建议提高比例，市中医院和澄海人民医院对第2个条件提出意见，建议将10倍调整为4-5倍或5-7倍。中医院建议将住院时间延长到超过60天、将重症监护病房的天数修改为30天。
3. 关于第二十五条表述，有3家医院提出意见。其中中医医院建议设置过渡期，市妇幼保健院建议扩大超支分担范围，由统筹基金发生额的90%，调整为75%。