

清远市医疗保障局文件

清医保待〔2021〕11号

清远市医疗保障局关于印发《清远市深化 医疗保险结算支付方式和管理制度 改革实施方案》（试行）的通知

清远市社会保险基金管理局，各县（市、区）医疗保障局，全市各定点医疗机构：

为进一步完善我市医疗保障结算支付方式和管理制度，不断提高医疗保障科学化和精细化水平，经市人民政府同意，现将《清远市深化医疗保险结算支付方式和管理制度改革实施方案》（试行）印发给你们，请认真组织实施。实施过程中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。



清远市深化医疗保险结算支付方式和 管理制度改革实施方案（试行）

第一章 总则

第一条 为切实保障医疗保险参保人的基本医疗权益，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长，确保医疗保障基金安全运行和良性发展。根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《国务院办公厅推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）、《清远市人民政府关于印发清远市深化公立医院综合改革行动实施方案的通知》（清府〔2019〕13号）和《清远市人民政府办公室关于印发清远市医疗保险住院费用按病种分值结算实施办法的通知》（清府办〔2018〕2号）等相关规定，结合我市按病种分值结算办法多年运行情况，制定本方案。

第二条 定点医疗机构在按病种分值结算办法的基础上，实行“总额控制、结余留用、合理超支分担”；定点医疗机构住院统筹基金年度付费控制总额在按病种分值结算办法的基础上，实行“年初预算、月度预付、年终决算”。

第二章 付费控制总额预决算

第三条 住院统筹基金当年度付费控制总额对比上年度的可用付费控制总额并按基金实际增长率确定；住院统筹基金年度付费控制总额与医疗保障基金应支付其他各项金额之和，分别不大于全年城镇职工和城乡居民基金总收入的 98%。

第四条 因国家和省重大政策调整、突发事件、自然灾害或其他特殊情形发生需要调整住院统筹基金支出总额或全市年度按病种分值付费调节金支出总额的，由医保经办机构根据实际情况提出调整意见，报市级医疗保障行政部门审定后执行。

第五条 住院统筹基金年度付费控制总额原则上不动用历年滚存基金用于弥补定点医疗机构大于年度付费控制总额统筹记账部分；定点医疗机构年度付费控制决算总额实行结余留用，不再实行其他奖励性结算支付方式。

第六条 全市住院统筹基金年度付费控制总额的确定综合考虑本市医疗保障基金收入水平、参保人就医需求，根据上年度住院统筹基金实际支出情况，按险种合理预决算当年住院统筹基金支出增长率和全市按病种分值付费住院统筹基金控制总额。具体方法如下：

（一）定点医疗机构按病种分值付费住院统筹基金实际记账金额占比=本方案实施上年度定点医疗机构按病种分值付费住院统筹基金实际记账金额（不含处罚性的扣款金额）÷全市上年度按病种分值付费住院统筹基金实际记账金额。

本方案试行期间，定点医疗机构按病种分值付费住院统筹基

金实际记账金额占比原则上不变。

(二) 定点医疗机构按病种分值付费住院统筹基金年度预算付费控制总额=(上年度基金收入总额×98% - 上年度基金应支付其他各项待遇总金额) × 定点医疗机构按病种分值付费住院统筹基金实际记账金额占比。

(三) 定点医疗机构按病种分值付费住院统筹基金年度决算付费控制总额=(当年度基金收入总额×98% - 当年度基金应支付其他各项待遇总金额) × 定点医疗机构按病种分值付费住院统筹基金实际记账金额占比。

第七条 定点医疗机构在按病种分值付费基础上，年度住院统筹基金决算支付金额实行“总额控制、结余留用”；按病种分值付费结算支付的住院统筹基金总额不大于医疗机构统筹基金实际记账总额。

(一) 定点医疗机构执行当年度按病种分值付费年度住院统筹基金实际记账总额低于住院统筹基金付费控制预决算总额70% (含70%) 的，直接按病种分值结算办法应结算总额减去审核扣减金额、其他违规应扣金额和各项预付金额。定点医疗机构当年度按病种分值付费统筹基金实际记账金额低于70%的，次年度按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额重新核定。

次年度按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额重新核定=定点医疗机构上年度按病种分值结算支付总额 - 审核扣减金额和其他违规应扣金额+上年度预决算结余部分×30%。

(二) 定点医疗机构执行当年度按病种分值付费年度住院统筹基金实际记账总额在住院统筹基金付费控制预决算总额 70%以上至 100%的, 按病种分值结算支付总额加上按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额结余部分。

定点医疗机构当年度按病种分值付费年度住院统筹基金支付 = (按病种分值结算支付总额 - 按病种分值结算办法审核扣减金额 - 其他违规应扣金额 - 各项预付金额) + (当年度按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额 - 当年度按病种分值付费统筹基金实际记账总额) × 90%。

(三) 定点医疗机构执行当年度按病种分值付费年度住院统筹基金实际记账总额大于住院统筹基金付费控制预决算总额 100%的, 超出部分由定点医疗机构自行承担。

定点医疗机构当年度按病种分值付费年度住院统筹基金支付 = 当年度按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额 - 按病种分值结算办法审核扣减金额、其他应扣违规金额和各项预付金额。

第八条 定点医疗机构年度按病种分值付费年度统筹基金实际记账总额大于当年度按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额 100%的, 超出部分不纳入计算下年度按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额。

第九条 定点医疗机构扩建、购置设备、医院等级变化、增加床位等, 不作为计算按病种分值付费住院统筹基金付费控制预

决算总额的条件。

第十条 定点医疗机构各险种年度医疗总费用之和大于 400 万元的，按规定参与按病种分值结算办法相关考核；定点医疗机构各险种年度医疗总费用之和小于 400 万元的，其合理增长的按病种分值付费年度统筹基金实际记账总额，按病种分值结算办法应结算总额减去审核扣减金额、其他违规应扣金额和各项预付金额，超出当年度按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额部分，由统筹基金结余金适当调济支付。

第十一条 参保人住院期间符合处方外流规定的药品、检查和服务项目等医疗费用，纳入当年度按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额中核算。

第十二条 定点医疗机构须严格按医疗临床路径和诊疗常规控制住院医疗费用，并严格遵守按病种分值付费各项考核指标，对超考核指标的统筹基金记账金额不纳入计算年度按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额。

第十三条 新增定点医疗机构从新增的次年起两个医保年度内不纳入按病种分值付费住院统筹基金付费控制总额预决算范围，期间按病种分值付费年度统筹基金实际记账总额，按病种分值付费相关规定进行结算；第三个年度起按规定预决算按病种分值付费住院统筹基金付费控制总额；不执行按病种分值付费住院统筹基金付费控制总额预决算期间，每年由医疗保障部门组织医保专家抽取不少于 30%的病案进行评估审核，对违法、违规及不

合理等统筹基金记账金额不纳入按病种分值付费住院统筹基金付费控制总额预决算范围。

第十四条 定点医疗机构暂停或中止医疗保障服务协议超过3个月的，以暂停或中止前12个月符合规定的统筹基金记账金额为基数按规定预决算按病种分值付费住院统筹基金付费控制总额。

第三章 优化和增设考核指标

第十五条 防止定点医疗机构小病大治、过度治疗、虚高住院医疗费用，鼓励定点医疗机构提高医疗服务水平，不再执行住院次均费用考核指标，设置病种分值单价平均费用偏离值。因医疗服务收费项目明显高于单价控费范围等因素造成偏离值超标的，不纳入偏离值计算范围。定点医疗机构住院次均医疗费用与所属集团上年度病种分值单价平均医疗费用对比，其偏离值不得超过25%，超出部分统筹基金不予支付；本方案实施年度起逐年降低偏离值比例10%，直至5%。

（一）定点医疗机构病种分值单价医疗费用=上年度集团单价×定点医疗机构当年度病种分值付费总得分÷当年度住院总人次。

（二）定点医疗机构病种分值单价医疗费用偏离值=当年度住院次均医疗费用÷病种分值单价平均医疗费用×100% - 1。

(三) 定点医疗机构超出偏离值统筹基金不予支付= (偏离值 - 当年度偏离值比例) × 按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额。

第十六条 定点医疗机构执行重复住院率、跨县(市)住院率、大型设备检查阳性率、非常见病种考核率、三大目录外自费率等相关考核指标时, 其各项考核指标扣分折算费用(不含违法违规处罚金额)不大于定点医疗机构按病种分值付费年度统筹基金实际记账总额。

第十七条 优化重复住院率考核指标范围。执行基本药物制度的基层乡镇(街)卫生院(社区服务中心)其重复住院率按 30% 考核。

第十八条 优化非常见病种考核方式和指标。加快医疗保障信息建设和业务对接, 提高“一站式”结算率, 减少零星报销业务; 增强编码水平, 提高编码准确率和上传的时效性, 减少非常见病种, 逐步缩小非常见病种考核指标。当次住院医疗费用除以所在集团上年度病种分数单价后, 低于该医疗机构对应病种分数 40% 的, 当次住院按实际统筹基金应支付金额进行结算, 且不再纳入非常见病种考核范围; 非常见病种考核指标调整为一级医院 1%, 二级医院 2%, 三级医院 3%。

第十九条 不再执行大病单议结算制度。定点医疗机构大病单议统筹基金记账金额(不含审核扣减金额和其他违规应扣金额)纳入按病种分值付费和按病种分值付费住院统筹基金付费控制总

额预决算范围。

第二十条 完善零星报销制度。零星报销不再纳入非常见病种考核范围,定点医疗机构对符合规定的住院医疗费用应实行“一站式”记账结算,因特殊情况未能实现记账结算的,由医疗保险经办机构进行零星报销,其医疗总费用在年终清算时按参保人已支付全额扣回后,再按病种分值办法结算;医疗保险经办机构受理录入零星报销信息后将信息推送给对应就医的定点医疗机构,由定点医疗机构补上传病案首页、编码、费用清单等信息后进行零星报销。

第二十一条 增设药品、医用耗材集团采购率和线上支付率考核指标。自全面实施药品、医用耗材集团采购起,定点医疗机构未按规定参与药品、医用耗材集团采购或采购率、线上支付率未达到规定要求的,每降低一个百分点减少1%按病种分值付费住院统筹基金付费控制预决算总额。

第四章 完善床位管理和床日支付方式

第二十二条 除疫情、突发性疾病流行和自然灾害等因素造成的大范围急、危、重病人抢救住院外,定点医疗机构须按卫生健康部门核准的床位收治病人,医疗保险结算年度实际发生总床日大于年度可用床日的,超出床日的住院医疗费用医疗保障基金不予支付。

(一) 定点医疗机构年度可用床日=卫生健康部门核准床位×医保结算年度天数。

(二) 定点医疗机构超可用床日数=实际发生床日-卫生健康部门核准床位×医保结算年度天数(正数为超床日天数)。

(三) 定点医疗机构超床日不予支付医疗费用=住院医疗总费用÷医保结算年度实际发生床日×超可用床日数×统筹基金综合支付比例。

第二十三条 完善医疗保障信息系统。医疗保险经办部门通过信息化智能手段加强医疗保障经办管理,准确备案各定点医疗机构床位数,每天上传登记的住院人数大于备案床位数,医疗保障信息系统应给予提醒;每一个预付期,按床日结算病种发生床日数大于备案床位总床日数的,超出部分医疗保障基金不予预付。

第二十四条 完善床位和医务人员动态实时备案制度。根据国家医疗保障局关于开展15项医保业务编码的相关要求,定点医疗机构须向医疗保险经办部门动态、实时上传备案卫健部门批准的床位数和医务人员信息;医疗保障部门通过医保智能审核人脸识别系统实时核查医务人员上岗情况。

第二十五条 医疗保险年度中,经卫健部门批准增加床位的,可从批准当月起计算当年度新增的床位数。定点医疗机构床位配置医务人员须符合国家和省相关规定和要求。医疗保障部门建立不定期巡查制度,对核查床位配置医务人员不符合国家和省要求的,医疗保障部门根据实际情况核减结算床日数;在一个医保年

度内累计三次核查不符合规定和要求的，按医疗机构实际配置医务人员进行重新核定当年度医疗保险结算床位数和结算总床日数，同时重新评估医疗保险定点机构资格，并将情况通报卫生健康部门。

第二十六条 未经卫健部门备案登记的其他精神疾病类患者住院费用应按病种分值结算的病种进行对应编码，并按病种分值结算；病案首页编码属床日结算编码的，其产生的住院床日数按对应医院等级床日结算标准的30%进行结算。

第二十七条 医疗保障部门组织成立“精神病住院资质评审专家小组”，对住院时间超过三个月的，由专家小组进行评估，评估为不应再住院治疗的，按规定办理出院手续，评估为重症患者需长期住院治疗的，建立白名单制度。

第二十八条 建立精神病患者备案制度，逐步实现各部门精神病备案、健康等信息与医疗保障结算信息实时对接，充分掌握精神病的发病率、重症率、住院率等情况，确保医疗保障基金安全和有效使用。

第五章 完善其他付费方式

第二十九条 进一步完善我市医疗保障付费方式和支付标准，建立单病种定额、日间手术、基层病种等其他付费方式，定点医疗机构产生统筹基金记账金额纳入按病种分值付费住院统筹

基金付费控制预决算总额；具体支付方式方案由市医疗保障局根据国家、省要求，结合我市实际另行制定。

第三十条 完善定点医疗机构尿毒症门诊指定病种结算方式。指定病种尿毒症（含血透、腹透）的特定门诊医疗费用实行定额包干使用，按月结算；定额包干医疗费用当期结余部分由定点医疗机构自行调节使用，超定额包干部分自行承担，月度定额包干医疗总费用按当月选点就诊结算人数乘以定额包干标准进行核算，具体结算方式如下：

（一）定额包干医疗总费用使用率 < 70% 的，按实际发生的医疗费用进行结算支付。

（二）定额包干医疗总费用使用率 $\geq 70\%$ 的，按定额包干医疗总费进行结算支付。

（三）定点医疗机构尿毒症（含血透、腹透）选点人数定额包干医疗费用实行共济使用原则，定点医疗机构应合理控制医疗费用，视参保患者实际的诊治需求合理选择透析等治疗方式，切实做到合理施治，不得以降低医疗服务质量行为截留定额包干医疗费用。

（四）定点医疗机构应对选点本医疗机构的透析患者入院指征严格把关，因病情需要的可转上级定点医疗机构进行诊治；医疗保障部门将不定期组织省、市医疗保险专家（或第三方专业机构）针对选点透析患者住院病案进行评审，对定点医疗机构挂床住院进行透析的，本次住院医疗费用不予结算，并按相关规定处

理。

第三十一条 规范医养结合定点医疗机构和养老机构的医疗保障管理及医疗费用结算。

（一）支持医养结合事业的发展，加强对医养结合定点医疗机构的监管，厘清医疗服务和养老服务的支付边界，基本医疗保险基金只能用于支付符合基本医疗保险范围的疾病诊治、医疗护理、医疗康复等医疗服务费用，不得用于支付生活照护等养老服务费用。

（二）经行政主管部门批准开设医养结合的定点医疗机构，可按规定纳入我市医疗保险定点医疗机构范围，发生的医疗费用按定点医疗机构的相关规定进行结算。

（三）建立按养老床位考核住院率制度，医养结合的定点医疗机构须建立完善的转诊、转院等管理制度，并与上级定点医疗机构建立转诊、转院合作协议；厘清医和养边界，建立医和养独立核算制度；每个医保年度内医养结合的养老服务机构按实际开展床位设定40%住院率可进入该医养结合定点医疗机构住院（不含转上级定点医疗机构住院人次）。超过部分按统筹应付的平均值剔除计算不予支付。

第六章 加强管理和监管

第三十二条 强化医疗保险监管措施

（一）全面推行住院、门诊就诊人脸识别。住院病人在出入院当天识别 1 次、住院期间每天按规定时间识别 2 次，当次住院人脸识别率四舍五入后低于 90%的，视为挂床住院违规行为，本次住院费用不予结算；重症监护、传染科等非普通病房患者可不纳入人脸识别范围。

人脸识别率=本次住院实际识别次数÷（住院天数×2-2）。

（二）强化药品、医用耗材进销存管理。

定点医疗机构须进入规定平台按要求参与药品、医用耗材集团采购及进销存管理，参保人和非参保人发生的住院、门诊、健康检查等所有医疗费用数据必须进入医疗保障经办信息系统，经审核和核实进销存数量不符的，每宗当月按发生不符金额的 5 倍扣款，涉嫌骗取医疗保险基金的，按规定处理。

（三）推进病案首页和电子病历实时上传。定点医疗机构应按规定及时上传住院病案首页和电子病历，经医疗保障病案信息辅助审核系统上传病案首页等信息，已经审核通过并结算的住院病案首页相关信息（病案编码）不得修改。

（四）实施群众满意度评价考核。为推动定点医疗机构提升服务质量，参保人每次就诊（含门诊和住院）结束后，通过 APP、手机短信、医院前台评价系统或第三方评价方式对本次就诊满意度进行评价。群众满意度每年向社会公布，群众满意度低于所有定点医疗机构评价中位数的，纳入医疗保险重点监管对象，将委托第三方对不满意就诊记录进行回访及核查，作为今后评价定点

医疗机构和付费总控核定的依据和参考值。

满意度=满意评价数量÷当年总评价数。

(五) 建立预警和日常巡查制度，建立智能审核信息系统预警制度，科学设定各项预警指标，及时提醒和处理定点医疗机构预警问题；并建立日常巡查制度，对情况突出的问题加强日常巡查。对违反服务协议管理的定点医疗机构，由医疗保险经办部门按服务协议及相关规定进行处理；对不予结算或扣减涉及的病种分数，按上年度对应集团单价直接折算金额；定点医疗机构应在收到通知书5个工作日内将涉及金额退回医疗保障基金专户；已处理的医疗费用不再纳入年终清算范围。

第七章 附则

第三十三条 实施过程中国家和省另有新规定或根据实际运行和深化医药卫生体制综合改革需要等情况，市医疗保障局可对本方案作适当调整。

第三十四条 市医疗保险经办机构按规则拟定年终清算方案，遇不可预测因素的，在不超过统筹基金付费年度控制预决算总额的基础上，提出解决方案，报市医疗保障局批准后执行。

第三十五条 本实施方案用于医疗保险经办机构与统筹区定点协议服务定点医疗机构的住院医疗费用结算，不涉及或影响参保人享受政策规定的医疗保障相关待遇。

第三十六条 本方案自印发起，试行两个医保年度。原病种分值结算等付费方式与本方案有冲突的，以本方案为准。本方案印发前，仍未完成的年度住院医疗费用年终结算，参照本方案执行。

第三十七条 本方案由清远市医疗保障局负责解释

公开方式：主动公开

抄送：清远市财政局、清远市卫生健康局。

清远市医疗保障局办公室

2021年2月20日印发
