



揭阳市人民政府公报

JIEYANGSHI RENMINZHENGFU GONGBAO

2023

第 8 期

揭阳市人民政府公报

2023年第8期

揭阳市人民政府主办

2023年5月22日出版

目 录

【规范性文件】

揭阳市医疗保障局 揭阳市财政局 揭阳市卫生健康局关于印发揭阳市基本医疗保险医疗费用结算办法的通知（揭市医保规（2023）2号）	1
揭阳市科学技术局关于印发揭阳市工程技术研究中心管理办法的通知 （揭市科规（2023）1号）	21

揭阳市医疗保障局 揭阳市财政局 揭阳市 卫生健康局关于印发揭阳市基本医疗保险 医疗费用结算办法的通知

揭市医保规〔2023〕2号

各县（市、区）人民政府，市直有关单位：

《揭阳市基本医疗保险医疗费用结算办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到问题，请径向市医疗保障局反映。

揭阳市医疗保障局

揭阳市财政局

揭阳市卫生健康局

2023年4月21日

揭阳市基本医疗保险医疗费用结算办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善本市基本医疗保险支付制度，建立医疗费用控制、激励和约束机制，推动医疗服务精细化管理，切实维护参保人员基本医疗权益，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）《广东省医疗保障局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）《国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范 and DIP病种目录库（1.0版）的通知》（医保办发〔2020〕50号）《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）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本市定点医疗机构与基本医疗保险参保人发生的医疗费用，由定点医疗机构与医保经办机构结算，适用本办法。城镇职工基本医疗保险（含生育保险）和城乡居民基本医疗保险医疗费用结算实行分开列账、独立核算。

第三条 基本医疗保险基金坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，实行严格预算管理，不断提高医保基金使用效率，着力保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生资源合理利用，筑牢保障底线。坚持协调推进医疗、医保、医

药联动，通过深化医保支付方式改革，充分发挥医保在医改中的基础性作用，更好地保障参保人员权益，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。基本医疗保险基金结算实行“总额预付、结余留用、合理超支分担”的激励约束机制。坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，推动中医药事业高质量发展。协调推进医共体、医联体、卫生强基、高水平医院等方面建设，有效落实分级诊疗制度。

第四条 建立揭阳市基本医疗保险统筹基金结算联席会议制度，联席会议负责对年度总额控制预决算、相关重大政策调整等事项进行审核。联席会议由市医疗保障部门牵头，市财政部门、市卫生健康部门、市医保经办机构参与。

市医疗保障部门负责牵头医保支付方式改革，健全付费标准动态调整机制和谈判协商机制，建立医保基金使用效率评价制度。卫生健康部门负责指导各级各类医疗卫生机构开展临床路径管理工作，规范病案首页管理，监控医疗费用不合理增长等。财政等部门根据各自职能，协同推进医保支付方式改革。市医保经办机构负责根据本办法做好基本医疗保险医疗费用结算经办管理工作。

第五条 本市基本医疗保险医疗费用结算实行市级统筹、属地管理。医保经办机构须通过国家医保信息平台，按照统一的结算经办规程进行医疗费用结算。省另有规定的，从其规定。

第六条 参保人在定点医疗机构发生的医疗费用医保报

销，按规定实行联网结算。属个人承担部分，由个人与定点医疗机构结算。属统筹基金支付部分，由医疗机构记账，医保经办机构按本办法与定点医疗机构进行结算。

第七条 对省级紧密型县域医共体医保支付方式综合改革试点县（市、区），在DIP政策框架范围内，按照省医保局部署做好医保支付方式综合改革试点。

第二章 按病种分值付费（DIP）结算

第八条 病种分值是依据每一个病种组合的资源消耗程度所赋予的权值，反映的是疾病的严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度。

第九条 参保人在本市定点医疗机构发生的住院医疗总费用按病种分值结算或住院床日费用分值结算。按照“预算管理、总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的办法，将参保人在定点医疗机构住院基本医疗费用的年度可分配资金总额（下称年度可分配资金总额），根据病种分值或住院床日费用分值以及各定点医疗机构权重系数等进行分配结算。

参保人在符合规定的日间手术医院发生的日间手术医疗费用（包括术前必要的检查治疗的医疗费用，术前检查时间最长不超过14天）视同一次住院按照相应病种、治疗方式的分值结算。精神类等住院时间较长的病例可按住院床日费用分值结算。

第一节 年度可分配资金

第十条 年度可分配资金总额=当年度基本医疗保险统筹基金收入总额（包括城镇职工基本医疗保险统筹基金和城乡居民基本医疗保险统筹基金，剔除一次性趸交收入后加上一次性趸交分摊计入额）-区域调节金-生育津贴和产前检查费用-普通门诊统筹费用-门诊特定病种费用-异地就医结算费用-现金报销费用（不含已纳入医院按分值结算的部分）-其他支出

前款中“一次性趸交分摊计入额”按“上年度12月底前在保的一次性预缴基本医疗保险费的人数*上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资*缴费比例”计算；“费用”系指按规定应由基本医疗保险统筹基金支付的费用；“其他支出”系指按规定应由基本医疗保险统筹基金支付但未在公式中明确列出的费用支出。

第十一条 设立全市年度按病种分值付费调节金（以下简称区域调节金）。区域调节金以当年度基本医疗保险统筹基金收入总额的4%计提，主要用于年度清算时合理超支费用分担。当年度未使用的区域调节金，滚存计入下一年度区域调节金合并使用。

第十二条 当年度因相关重大政策调整、重大公共卫生事件、自然灾害等特殊情况需要动用历年基金结余或者调整DIP医保基金预算支出、区域调节金的，由联席会议研究确定，报市政府批准后执行。

第十三条 全市各定点医疗机构住院记账费用总额未达到年度可分配资金总额，按住院记账费用总额的110%作为年度可分配资金总额，但最高不超过按本办法第十条计算的数额。

第二节 病种分值库

第十四条 建立本地病种目录库。根据《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》，以国家DIP病种目录库为基础，确定病种及病种分值，形成本地DIP病种目录库，明确核心病种、综合病种以及对应的病种基础分值。

第十五条 病种的确定。将本市统筹区域内一定时期出院病例，以国家统一医保版编码为基础，通过疾病主要诊断及治疗方式进行聚类后确定核心病种、综合病种、基层病种、中医优势病种。

（一）核心病种：以结算年度前3年的病案数据，以医保版疾病诊断编码（ICD-10）和手术操作编码（ICD9-CM-3）为参数进行统计分组，病例数达到10例及以上者定为核心病种。

（二）综合病种：对低于10例的病种组合按病种属性进一步组合聚类，形成综合病种。

（三）基层病种：适合具备诊治能力的基层医疗卫生机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心）诊治的病种为基层病种，定点医疗机构诊治该病种实现相同的分值付费。基层病种实行动态调整。

（四）中医优势病种：参照国家技术规范成组标准，充分考虑中医操作与诊断的关系，探索以中医操作为主要手术操作的病例进行组合，聚类形成中医优势病种。

第十六条 计算病种的分值和点值。将本市统筹区域内平均住院医疗总费用（简称全病种次均住院医疗总费用）作为基准，计算各病种的分值。在总额预算下，根据年度医保支出、医保支付比例及各定点医疗机构病例的总分值，计算点值。

第十七条 病种分值的确定。将全病种次均住院医疗总费用分值设为1000分。各病种基础分值=（各病种次均住院医疗总费用/全病种次均住院医疗总费用）*1000。床日费用分值=（床日日均住院医疗总费用/全病种次均住院医疗总费用）*1000。

病种分值一经确定，一个年度内不再改变。如因医疗技术发展、新药发明等原因，导致部分病种医疗费用明显增长时，由专家组重新评估后确定下一年度的病种分值。

第十八条 建立辅助目录分值调整机制。在主目录的基础上，基于年龄、合并症、并发症等因素对病种细化分型，逐步建立辅助目录分值调整机制，确定各辅助分型调整系数，在病种分值的基础上予以调整校正。

第十九条 建立偏差病例校准机制。对与实际住院医疗费用严重偏离的病种分值进行校准，使其符合实际。病例住院医疗总费用与该病种上一年度同级别定点医疗机构次均住院医疗总费用偏差超出一定比例的，视为偏差病例，需重新计算分值。

第二十条 建立特殊病例评议机制。对于住院天数明显高于平均水平、费用偏离度较大、ICU住院天数较长或运用新医疗技术等特殊病例，定点医疗机构可提出按特殊病例结算的申请，积累到一定例数后赋予分值。经协商谈判后医保统筹基金可予以支付。

第三节 定点医疗机构系数

第二十一条 建立定点医疗机构系数动态调整机制。综合考虑定点医疗机构级别、功能定位、医疗水平、专科特色、病种结构等因素，合理确定各定点医疗机构的权重系数，区分不同级别、不同管理服务水平的定点医疗机构分值并按年度动态调整。

第二十二条 定点医疗机构系数。定点医疗机构系数由基本权重系数和考核权重系数组成。定点医疗机构系数=基本权重系数+考核权重系数。

（一）基本权重系数

基本权重系数根据各定点医疗机构级别、等级、医疗机构类型等确定，分别为：三级甲等为1、三级乙等及专科医院为0.96、三级其他为0.94，二级甲等为0.92、二级乙等及专科医院为0.85，二级其他为0.80；一级甲等为0.80，一级专科医院为0.75，一级其他为0.70。

（二）考核权重系数

1. 加成权重系数

（1）CMI加成系数

CMI为定点医疗机构病例组合指数，计算公式为：某定点医院CMI值=该院所有出院病例总分值÷该院出院总例数÷1000。

CMI≥1时，加成1个百分点；CMI每增加0.1，依次多加成1个百分点，最高加成10个百分点。计算CMI时以核心病种计算，不含综合病种。

（2）老年患者比例加成系数

定点医院老年患者（60周岁以上）住院结算人次占比大于全市平均水平时，加成1个百分点；平均水平上每增加0.1，依次多加成1个百分点。最高加成5个百分点。康复医院、眼科医院不计算老年患者比例加成系数。老年病例总病例数未达全市1%的不进行加成；定点医疗机构老年患者住院结算人次占本院总住院人次比例高于50%的不进行加成。

（3）儿科患者比例加成系数

定点医疗机构6周岁以下儿童住院人次占比大于全市平均水平时，加成1个百分点；平均水平上每增加0.1，依次多加成1个百分点。最高加成5个百分点。康复医院、眼科医院不计算儿科患者比例加成系数。儿童病例总病例数未达全市1%的不进行加成。

（4）广东省高水平医院加成系数

属于广东省高水平医院的定点医疗机构加成1个百分点。

（5）重点专科加成系数

具有国家、省或市重点专科的，分别加成1、0.6、

0.1个百分点。重点专科定量计算，同一专科只取最高认定的级别进行加成。只加成评定认证的具体医疗机构，医联体内其他医疗机构，分院区医疗机构等不加成。最高加成2个百分点。

2. 扣减权重系数。

(1) 年度内医保结算清单诊断和手术编码准确率。[考核方法：准确率=（医疗机构年度住院总病例数-编码错误病例数）/病例数*100%]。结果运用：准确率95%以上的为达标，95%以下的每降低1%，权重系数扣减0.5个百分点，最高扣减权重系数2个百分点。

(2) 年度内执行收费政策准确率。[考核方法：准确率=（医疗机构年度住院医疗总费用-收费违规金额）/医疗机构年度住院医疗总费用*100%]。结果运用：准确率95%以上的为达标，95%以下的每降低1%，扣减权重系数0.5个百分点，最高扣减权重系数2个百分点。

(3) 诊疗规范情况。根据专项检查或日常经办审核等认定医疗机构存在提供不必要的医药服务（包括分解住院、挂床住院、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药等情形）年度病例数占医疗机构年度内住院病例数的比例考核，占比低于0.5%的为达标；超过0.5%的，每超过0.5%，扣减权重系数0.5个百分点，最高扣减权重系数2个百分点。

(4) 当年度内未按医保部门规定，完成药品集中带量采购和按规定线上采购的，扣减权重系数1个百分点。

(5) 当年度内未按医保部门规定，完成耗材集中带量采购和按规定线上采购的，扣减权重系数1个百分点。

(6) 除上述情况以外，存在未按规定配合医保部门工作、执行医保政策不到位、未按规定退回医保预付资金、违反协议其他规定等问题，或出现被其他行业主管部门处罚的重大问题，扣减权重系数3个百分点。

第二十三条 定点医疗机构权重系数对应的级别，必须与定点医疗机构执行的收费标准、参保人住院起付标准及报销比例所对应的级别相一致。权重系数一经确定，一个年度内不予调整。下一年度需调整的，由定点医疗机构在本年度结束前3个月向辖区医保经办机构提出申请，各县（市、区）医保经办机构汇总上报市医保经办机构，市医保经办机构根据数据和相关材料提出调整意见，经市医保局审核确定后公布。

第二十四条 新增定点医疗机构当年度权重系数取相应级别基本权重系数，不进行加成。定点医疗机构收治本市基层病种目录内病种的，不受医疗机构等级、权重系数影响，医保经办机构按相应的分值结算。

2023年定点医疗机构系数按2022年定点医疗机构系数执行，因医院等级变化需调整的，按上述流程提出申请，按本办法第二十二条基本权重系数确定。

第四节 月预结算

第二十五条 建立周转金和药品耗材集采预付款制度。

每年1月初，市医保经办机构对两年内未违反医疗保险有关管理规定的市内公立定点医疗机构预拨周转资金和集采预付款，分别用于公立定点医疗机构为参保人提供医疗服务和开展药品、医用耗材集中带量采购专项预付的资金周转。

（一）周转金。额度为该医疗机构上年度统筹基金记账住院医疗费用的月平均值的2倍，拨付时四舍五入到万元。

（二）集采预付款。额度为该医疗机构上年度药品和医用耗材集中采购约定采购金额的30%，拨付时四舍五入到千元。

已预拨的周转金和集采预付款应在次年1月收回后重新拨付或对冲后多退少补。年度内新增的定点医疗机构不划拨周转金和采购预付款。

第二十六条 月预结算。以各定点医疗机构当月申报的出院结算病例统筹基金住院记账费用为基数，由市医保经办机构按照90%比例预拨给各定点医疗机构。定点医疗机构月度预结算费用=住院记账费用*90%-扣（罚）款费用。暂未拨付的费用纳入年度清算处理。

月预结算时，参保人在定点医疗机构发生的一站式结算、补充保险和大病保险的记账金额同时支付。

第五节 年度清算

第二十七条 病种分值的计算。按照病种库对应的疾病诊断编码和手术操作编码取得病种基础分值。

辅助分型病种分值计算方法：辅助分型病种分值=病种

基础分值*（1+辅助目录调整系数）

已按辅助分型调整的病例不再纳入费用偏差病例计算。

第二十八条 费用偏差较大病例分值计算。计算每个病例的住院总费用与同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院医疗总费用的偏差率，当偏差率较大时，按以下方法计算分值：

费用偏差率=该病例的住院总费用/同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院医疗总费用。

如上年度同等级定点医疗机构无该病种时，取当前年度同等级定点医疗机构该病种次均住院医疗总费用。

当偏差率 ≤ 0.4 时，该病例分值=病种基础分值*偏差率；

当偏差率 ≥ 2.5 时，该病例分值=病种基础分值*（偏差率-2.5+1）；

当偏差率 ≥ 3 时，该病例纳入年终专家评审范畴，由专家组评议后校正有关病例的分值。

第二十九条 特殊条件的病例计算。年度清算时，定点医疗机构可向市医保经办机构申请按特殊病例计算分值，特殊病例申请比例不得超过本医疗机构按分值付费病例的5/1000。该类病例由市医保经办机构组织专家评议，评审通过的病例可按照以下公式重新计算分值：（该病例住院医疗总费用/当年度全病种次均住院医疗总费用）*1000；评审不通过的病例仍按上述常规方法计算分值。特殊病例至少应满足以下一个条件：

（一）住院总费用与同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院医疗总费用的偏差率大于3的病例；

（二）住院天数是本医疗机构当年度平均住院天数5倍以上的病例；

（三）住院总费用超出该病种基准分值与上年度结算点值的乘积，且超出金额为本医疗机构当前年度前10位病种的病例；

（四）监护病房床位使用天数占住院床位使用总天数的60%及以上的病例；

（五）运用创新医疗技术（是指3年内获得国家、省自然科学奖、技术发明奖、科学技术进步奖的医疗技术或治疗手段）的病例；

（六）运用经市卫生健康行政部门评审认定、公布的临床高新技术、临床重大技术和临床特色技术的病例。

第三十条 确定定点医疗机构总分值。

定点医疗机构总分值 = 定点医疗机构非基层病种分值总数 * 定点医疗机构权重系数 + 定点医疗机构基层病种分值总数 + 床日分值总数。

定点医疗机构核定总分值 = 定点医疗机构总分值 - 定点医疗机构被扣减的分值。

第三十一条 确定当年度结算点值。

当年度结算点值 = (年度可分配资金总额 + 全年按分值结算病种的参保人个人支付总额 + 相应的“一站式”结算、补充保险及大病保险支付额) / 当年各定点医疗机构核定总分

值之和。

第三十二条 确定年度应偿付总额。

年度清算时，应偿付给各定点医疗机构的住院基本医疗费用（下称年度应偿付总额）=当年定点医疗机构核定总分值*当年结算点值-当年定点医疗机构按分值结算病种的参保人个人支付总额-相应的“一站式”结算、补充保险及大病保险支付额。

第三十三条 依据清算比例确定各定点医疗机构按病种分值付费年度统筹基金决算支付费用（下称年度决算费用）。

清算比例=各定点医疗机构住院记账费用总额/年度应偿付总额*100%。

清算比例低于100%（含）的，将定点医疗机构住院记账费用总额的105%作为年度决算费用，最高不超过各定点医疗机构年度应偿付总额。

清算比例在100%以上的，对超支费用，115%（含）以内部分，由区域调节金按照比例予以分担（下称应分担金额），其中三级医疗机构分担75%、二级医疗机构分担70%、一级医疗机构分担65%；超出115%部分，区域调节金不再分担。

区域调节金不足以分担超支部分时，以区域调节金与所有定点医疗机构应分担金额总和的比值作为调整系数，各定点医疗机构实际分担金额=各定点医疗机构应分担金额*调整系数。

年度清算统筹基金应偿付额=年度决算费用-月预付金额总额。

第三章 其他结算方式

第三十四条 参保人发生的符合基本医疗保险规定的普通门（急）诊统筹记账医疗费用实行按项目付费的结算模式，条件具备时，普通门诊医疗费用逐步实行按人头付费的结算模式。

第三十五条 参保人在定点医疗机构发生的门诊特定病种及家庭病床基本医疗费用，医保经办机构按“病种限额”或“医疗服务项目”等方式结算。

第三十六条 参保人发生的不纳入分值结算的住院基本医疗费用以及在定点医疗机构门诊发生的其他医疗费用的结算方式，由医保经办机构与定点医疗机构通过签订服务协议明确。

第四章 结算管理

第三十七条 定点医疗机构应严格执行《医疗保障基金结算清单填写规范》的有关要求，按医保版疾病诊断编码（ICD-10）或《中医病症分类与代码》对疾病进行分类编码，准确填报《医疗保障基金结算清单》，在参保人出院结算后10日内上传参保人出院结算有关信息。

第三十八条 参保人出院后10日内因同一疾病，重复在同一定点医疗机构住院的（急性发作或其他特殊原因除外），不重复计算分值。

住院参保人在同一定点医疗机构内部转科继续住院治疗的，按同一次住院结算。

第三十九条 定点医疗机构有分解住院、挂床住院、诊断升级、高套分值及降低服务质量等违规行为的，当次住院的分值不予计算，并按该分值的2倍予以扣减。

市内定点医疗机构应当为参保人就医办理联网直接结算。参保人在定点医疗机构住院发生的按分值结算的基本医疗费用因定点医疗机构原因未记账的，参保人在医保经办机构办理现金报销后，统一纳入该定点医疗机构的分值结算，参保人已支付的当次住院全部基本医疗费用计入该医疗机构参保人支付费用总额。

第四十条 定点医疗机构于每月15日前，向医保经办机构申报结算上月记账的基本医疗费用。医保经办机构应于上报资料截止日起30个工作日内支付月预结算金额，并预留5%作为服务质量保证金。

第四十一条 定点医疗机构在规定的时间内申报结算年度基本医疗费用的，医保经办机构原则上在每年4月底前完成上年度年度清算工作。

第四十二条 医保经办机构按比例随机抽查定点医疗机构申报病例，经审核属违规的医疗费用，按照服务协议的有关规定予以扣减。

第五章 监督管理

第四十三条 定点医疗机构应加强对医务人员诊疗行为

的规范和管理，按要求开展医保结算清单、病案首页和疾病编码的应用工作，按照《医疗保障基金结算清单填写规范》、病案管理和本办法的要求做好医保结算清单填写和病案首页填报工作。

第四十四条 定点医疗机构须规范医疗服务行为，做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，严格控制医疗费用不合理的增长。对出现推诿参保人或者不按照诊疗常规给予参保人合理治疗的，各级医保经办机构负责按服务协议规定处理。定点医疗机构严格按照基本医疗保险保基本、保大病原则使用医保基金，避免医保基金违规承担养老、护理保险等方面责任。

第四十五条 预拨的周转金和集采预付款专项专用，任何机构和个人不得挤占、挪用和借用。公立定点医疗机构承担药品和耗材采购结算主体责任，应按采购合同与供货商及时结算相应货款，结清时间不得超过交货验收合格后次月底。

第四十六条 医保经办机构应加大对定点医疗机构执行服务协议情况的检查和基本医疗保险统筹基金支出的稽核。对定点医疗机构违反服务协议约定的，应当追究违约责任；涉嫌违法的，应及时将案件移交行为发生地的医疗保障行政部门。

第四十七条 医疗保障行政部门应加强对定点医疗机构遵守基本医疗保险法律、法规及有关规定情况的监督检查。定点医疗机构违反法律、法规及有关规定的，行为发生地的

医疗保障行政部门应依法予以查处；属卫生健康等行政部门职责管理范围的，医疗保障行政部门应及时移交相关部门处置；涉嫌犯罪的，应移送司法机关追究刑事责任。

第四十八条 卫生健康行政部门应加强各定点医疗机构病案系统管理及病案管理培训工作的，定期对疾病诊断规范和疾病编码工作进行指导和检查。加强对本地区医疗费用增长率等情况的监测。加强对定点医疗机构及医务人员执业行为的监督管理。

第四十九条 医疗保障行政部门会同医保经办机构、卫生健康行政部门建立医疗卫生专家库，不定期组织专家对各定点医疗机构提供医疗服务和执行医疗保险政策规定等情况进行监督检查，加强对基本医疗保险费用支出的监管。

第六章 附 则

第五十条 本办法所称“基本医疗费用”是指：符合基本医疗保险药品、诊疗项目、医用耗材目录范围和支付标准的医疗费用，包括统筹基金起付标准部分的费用和超过统筹基金起付标准、未超过统筹基金年度最高支付限额由统筹基金与个人按规定比例共同支付的费用；不包括乙类药品、统筹基金支付部分费用的诊疗项目等费用中先由参保人按规定比例自付部分，以及超过统筹基金年度最高支付限额的费用。

本办法所称“住院记账费用总额”是指：属基本医疗保险基金支付范围由定点医疗机构记账的费用总和，不包括大

病保险及补充医疗保险、医疗救助等不属于基本医疗保险基金支付范围的费用。

第五十一条 参保人在定点医疗机构住院发生的基本医疗费用因特殊情况未能记账或者参保人符合规定在非定点医疗机构就医发生的基本医疗费用，由参保人垫付后到医保经办机构办理报销手续。

第五十二条 纳入DIP分值结算的病种及分值库由市医疗保障部门制定并公布。

第五十三条 定点医疗机构住院基本医疗费用以自然年度作为一个结算年度，即每年1月1日至12月31日。

第五十四条 本办法从2023年6月1日起施行，有效期至2027年12月31日止。2023年1月1日后至本办法施行之日前一天的基本医疗保险医疗费用结算工作参照本办法执行。此前与本办法不一致的，以本办法为准。今后国家和省有新的规定，按新规定执行。

第五十五条 医保经办机构应当按本办法规定完善医疗保险服务协议，并与续签服务协议、服务质量保证金、月预付金相挂钩。

第五十六条 本办法由市医疗保障局会同市财政局、市卫生健康局负责解释。

（《揭阳市基本医疗保险医疗费用结算办法》政策解读略，详情请登录揭阳市人民政府门户网站 www.jieyang.gov.cn 政务公开-市人民政府公报栏目查阅）

揭阳市科学技术局关于印发揭阳市工程技术研究中心管理办法的通知

揭市科规〔2023〕1号

各县（市、区）科技局（经促局），市直有关单位：

为进一步规范揭阳市工程技术研究中心的建设与运行管理，充分发挥其在产业技术创新、工程化研究开发和科技成果转化等方面的作用，现将《揭阳市工程技术研究中心管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

揭阳市科学技术局

2023年4月25日

揭阳市工程技术研究中心管理办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实创新驱动发展战略，加快推进企业研发机构建设，加强对揭阳市工程技术研究中心（以下简称“市工程中心”）的认定与运行管理，充分发挥其在产业技术研究开发，科技成果转化方面的作用，参照《广东省工程技术研究中心管理办法》（粤科规范字〔2022〕12号），结合我市实际，制定本管理办法。

第二条 市工程中心是依托具有较强科技创新能力的法人单位（以下简称“依托单位”）建设的科研实体；是强化企业创新主体地位，促进各类创新要素向企业集聚，形成以企业为主体、市场为导向、产学研用深度融合的技术创新体系的重要载体；是聚集和培养高水平工程技术人才、开展产业共性技术研发、产学研协同推动科技成果转移转化、服务产业高质量发展的重要平台。

第三条 市工程中心建设与管理坚持“聚焦产业、择优认定、定期评估、动态调整”的原则。鼓励企业与高校、科研院所共建市工程中心，实现创新资源与产业需求的有效对接，提高承接国家及省市重大科技项目的能力，促进科技与经济的紧密结合。

第二章 管理职责

第四条 揭阳市科学技术局（以下简称“市科技局”）

是市工程中心的管理部门，负责指导市工程中心的建设和发展，组织开展市工程中心的申报认定、评估考核和监督管理。

第五条 各县（市、区）科技行政管理部门（或市直有关单位）是市工程中心的主管单位，负责组织本地区（本部门）市工程中心的培育、申报推荐和管理等工作；制订本地区（本部门）市工程中心的配套支持政策，配合市科技局做好市工程中心评估考核，协调解决发展中的重大问题，促进其健康发展。

第六条 依托单位应履行市工程中心建设和运行管理的法人主体责任，保障经费投入、引进和培养工程化的人才，建立健全管理制度。

第三章 申报认定

第七条 市工程中心申报单位须为揭阳市内注册登记的企业、高校、科研机构、医院等法人单位，主要科研场所设在揭阳市内。

第八条 市工程中心申报单位原则上具有自主科研创新能力、已建有自主科研平台，科研管理体制和运行机制比较完善，同时具备下列条件：

（一）具有一定的资产规模和相对稳定的资金来源，有持续的研发投入。其中，申报单位为企业的，上一年度主营业务收入原则上不低于1000万元，上一年度研发经费不低于主营业务收入的3%（研发经费超过100万元的，不受该比例

限制)；申报单位为高校、科研院所的，近3年内在本领域的研发经费总额不低于1500万元，且上一年度研发经费不低于500万元。

(二)建有专门的研发机构，研究方向和技术领域明确，具备科技成果转化能力，在本领域拥有的自主知识产权不少于2项；

(三)有相对集中的工程试验用房和场地，具备开展工程化研发、设计和试验的综合能力，研发设备原值原则上不低于100万元；

(四)拥有高水平的技术带头人和结构合理的工程技术队伍，具有培养高技能专业人才的能力。其中，工程技术队伍中的专职科研人员数不少于10人；

(五)未因严重违法失信行为被司法、行政机关依法列入联合惩戒对象名单；

(六)近三年未发生重大环保、安全等责任事故；

(七)符合国家、省和市其他相关规定。

具体申报要求按照市科技局发布的申报通知执行。

第九条 申报单位按申报通知要求开展申报，主管单位负责对申报单位提交的申报材料真实性和合法性进行初步审核，审核通过后择优推荐至市科技局。市科技局对审核推荐的申报材料进行形式审查。形式审查通过后，组织专家进行网上评审。市科技局根据网评结果及专家现场考察论证情况，研究确定拟认定的市工程中心名单并进行公示。

第十条 拟认定的市工程中心名单经公示有异议的，由

市科技局对有关问题进行核实；经核实没有问题的，与公示无异议的由市科技局发文认定，授予市工程中心资格。

第四章 运行管理

第十一条 市工程中心实行依托单位领导下的主任负责制，人员、经费、资产的管理相对独立。

第十二条 市工程中心主任应由依托单位具有较高影响力和较强组织管理能力的全职科技人员担任。

第十三条 市工程中心设立技术委员会，由同行业工程技术专家组成，其中依托单位成员不能超过二分之一。其主要职责是提供规划、技术、管理方面的咨询。

第十四条 市工程中心人员由固定人员和流动人员构成，其中固定人员所占比例应高于流动人员比例或基本相当。鼓励高校、科研机构的科研人员到市工程中心兼职，提高企业研发能力；支持有条件的市工程中心设立科研助理岗位，壮大与科研实体相适应的专业化人才队伍。

第十五条 市工程中心应重视科研诚信建设，积极营造求真务实、鼓励创新、宽容失败的科研氛围。依托单位应当落实申报时所承诺的建设经费投入，建立健全内部运行机制，确保其市工程中心的建设顺利进行。

第十六条 市工程中心依托单位发生更名、所属地变更或进行重大调整、重组的，依托单位须报变更后所在地科技主管单位审核，报市科技局备案。市工程中心名称发生变更，须按程序撤销原市工程中心后重新申报认定。

第十七条 鼓励各主管单位出台相关支持政策，在科研项目、资金、人才等方面给予支持，促进市工程中心成为推进技术创新和成果转化的重要平台。

第五章 评估考核

第十八条 市工程中心实施动态评估管理。由市科技局制定动态评估考核工作方案，每5年为一个评估周期，分批次对已认定的市工程中心根据其运行情况和建设绩效进行一次评估考核，重点评估周期内运行情况、研发条件、科研能力、建设成效等。

第十九条 动态评估结果分为优秀、合格、基本合格和不合格4个等级。优秀、合格等级的市工程中心，保留市工程中心资格，鼓励各地科技主管部门结合本地区实际对取得较好建设成效的市工程中心给予支持。基本合格等级的市工程中心，限期1年进行整改，对整改后仍不符合要求的，撤销其市工程中心资格。不合格等级的市工程中心，直接撤销其市工程中心资格。

第二十条 有下列情况之一的，直接撤销市工程中心资格：

- （一）逾期未参加动态评估的；
- （二）动态评估结果为不合格的；
- （三）被评估为基本合格等级后不参与整改评估或整改不合格的；
- （四）在运行管理或动态评估等过程中发现存在严重科

研诚信问题的；

（五）依托单位发生重大变故或其他因素致使市工程中心无法继续运行的；

（六）依托单位发生重大安全、环保责任事故的；

（七）依托单位自行要求撤销的；

（八）存在其他应予以撤销情形的。

第六章 扶持政策

第二十一条 对获认定为市工程中心的，享受我市科技创新平台建设经费补助；对具备省工程中心条件的市工程中心，择优推荐申报省工程中心。

第七章 附 则

第二十二条 本管理办法由市科技局负责解释。

第二十三条 本管理办法自2023年4月28日起施行，有效期至2028年4月28日止。

（《揭阳市工程技术研究中心管理办法》政策解读略，详情请登录揭阳市人民政府门户网站www.jieyang.gov.cn政务公开-市人民政府公报栏目查阅）

揭阳市人民政府公报

揭阳市人民政府公报

揭阳市人民政府公报

主管主办：揭阳市人民政府

编辑出版：揭阳市人民政府办公室

编辑部地址：揭阳市榕城区临江北路555号

联系电话：（0663）8234386

邮政编码：522000

传真号码：（0663）8213851

公报电子版查阅方式：登录揭阳市人民政府门户网站（<http://www.jieyang.gov.cn>）市人民政府公报栏目，通过微信公众号“揭阳市政府网”市政府公报栏目查阅。