

揭法规审〔2017〕15号

关于印发《揭阳市基本医疗保险医疗费用 结算办法（试行）》的通知

揭市人社〔2017〕321号

各县（市、区）人力资源和社会保障（劳动保障）局、卫生和计划生育局、财政局，市直有关单位：

《揭阳市基本医疗保险医疗费用结算办法（试行）》已通过市法制局合法性审查，现印发给你们，请认真贯彻执行。

揭阳市人力资源和社会保障局

揭阳市卫生和计划生育局

揭阳市财政局

2017年12月21日

揭阳市基本医疗保险医疗费用结算办法

(试行)

第一章 总 则

第一条 为建立基本医疗保险医疗费用的控制、激励和约束机制，推动医疗服务的精细化管理，切实保障基本医疗保险参保人的基本医疗权益，提升基本医疗保险保障绩效，根据国家和省相关文件精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市基本医疗保险参保人（下称参保人）在本统筹区内的基本医疗保险协议医疗机构（下称协议医疗机构）发生的基本医疗费用，按照本市医疗保险有关规定，属个人支付范围的由协议医疗机构向参保人收取，属基本医疗保险基金支付范围的由协议医疗机构记账，社会保险经办机构按本办法与协议医疗机构对基本医疗保险医疗费用进行结算。

第三条 建立全市基本医疗保险统筹基金支出总额控制机制，按照以收定支、收支平衡、略有结余和保障参保人基本医疗需求的原则，以年度基本医疗保险基金支出预算为基础，确定全市基本医疗保险统筹基金支出年度总额控制目标。

第四条 建立部门分工、协调推进、齐抓共管的工作机制。市社会保险行政部门负责本市基本医疗保险医疗费用结算的行政管理工作；市财政行政部门牵头确定年度基本医疗保险统筹基金总额预算；市卫生计生行政部门牵头做好协议医疗机构权重系数、病种库及其分值的年度调整工作，协调推进各协议医疗机构病案首页的应用上报工作，加强对协议医

疗机构的监督管理。市社会保险经办机构负责参保人基本医疗费用结算的经办、管理、统计和测算工作。

第二章 病种分值结算

第五条 参保人在协议医疗机构发生的属基本医疗保险统筹基金支付范围的住院基本医疗费用按病种分值或住院床日费用分值结算。按照“总额控制、分值计算、按月预付、年终清算”的办法，将参保人在协议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），根据病种或住院床日费用的分值以及各协议医疗机构权重系数等进行分配结算。

第六条 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） - 风险调剂金（以当年度基本医疗保险统筹基金收入总额的8%计） - 普通门诊统筹费用 - 门诊特定病种及家庭病床费用 - 异地联网即时结算费用 - 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

月预付资金总额按照全市上年度基本医疗保险统筹基金按分值结算实际支付总额的月平均值确定。

第七条 根据协议医疗机构上年度实际医疗费用发生情况筛选出常见病、多发病，剔除省确定的按单病种结算的部分病种后，建立按分值结算的病种库，按国际疾病分类标准 ICD - 10 予以分类，结合治疗方式汇总统计各病种住院次均基本医疗费用、除以固定参数对各病种确定分值。精神病患者在精神专科协议医疗机构（包括综合医院，下同）的住院基本医疗费用按床日确定分值。

第八条 根据各协议医疗机构级别、病种次均基本医疗费用的客观差异及协议医疗机构绩效考核情况，合理确定各协议医疗机构的权重系

数，作为协议医疗机构病种分值权重分配系数。

协议医疗机构权重系数对应的级别，必须与协议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。

第九条 协议医疗机构应按规定使用住院病人病案首页。严格按照国际疾病分类标准 ICD-10 对疾病进行分类编码，并在参保人出院后 10 日内上传准确的疾病编码。

第十条 参保人在协议医疗机构发生的按分值结算的病种，按参保人出院的临床第一诊断（主要诊断）及其诊治方式确定其所对应的分值。

参保人出院后 10 日内因同一疾病，重复在同一协议医疗机构住院的（急性发作或其他特殊原因除外），不重复计算分值。

住院参保人在同一协议医疗机构内部转科继续住院治疗的，按同一次住院结算。

精神病患者在精神专科协议医疗机构住院时间超过 365 天的，以 365 天作为一次住院周期结算。

第十一条 协议医疗机构有分解住院、挂名住院、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 3 倍予以扣减。

参保人在协议医疗机构住院发生的按分值结算的基本医疗费用因协议医疗机构原因未记账的，参保人在社会保险经办机构办理现金报销后，统一纳入该协议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。

第十二条 当月分值单价 = (月预付资金总额 + 全市当月按分值结算参保人住院个人自付总额 + 相应的“一站式”结算及补充保险、大病保险支付额) ÷ 全市当月各协议医疗机构总分值之和

协议医疗机构总分值 = 协议医疗机构分值总数协议医疗机构权重系

数

第十三条 各协议医疗机构住院基本医疗保险费用月预付金额（下称月预付金额）= 当月协议医疗机构总分值当月分值单价 - 当月协议医疗机构按分值结算病种的参保人住院个人自付总额 - 相应的“一站式”结算、补充保险及大病保险支付额

当月统筹基金发生额小于月预付金额时，按统筹基金发生额预付给协议医疗机构；当月统筹基金发生额大于月预付金额的，按月预付金额预付给协议医疗机构。

第十四条 年度结束，如各协议医疗机构住院统筹基金发生额总和未达到年度可分配资金总额的，按统筹基金发生额总额的103%作为年度可分配资金总额，但最高不超过按本办法第六条第一款计算的数额。

第十五条 当年度分值单价 = (年度可分配资金总额 + 全年按分值结算病种的参保人个人自付总额 + 相应的“一站式”结算、补充保险及大病保险支付额) ÷ 当年各协议医疗机构总分值之和

当年度分值单价高于上年度分值单价的110%的，以上年度分值的110%作为当年度分值单价。

第十六条 年度清算时应偿付给各协议医疗机构的住院基本医疗费用（下称年度应偿付总额）= 当年协议医疗机构总分值当年分值单价 - 当年协议医疗机构按分值结算病种的参保人个人自付总额 - 相应的“一站式”结算、补充保险及大病保险支付额

如协议医疗机构住院统筹基金发生额未达到按上述公式计算出的年度应偿付总额的，按实际发生统筹费用的103%作为其年度应偿付总额，但最高不超过按上述公式计算的年度应偿付总额。

年度清算应偿付额 = 年度应偿付总额 - 月预付金额总额

第十七条 社会保险经办机构可向协议医疗机构拨付周转金，用于协议医疗机构为参保人提供医疗服务的资金周转。周转金采取由协议医

疗机构申请、社会保险经办机构核拨的方式办理。最高拨款额度不得超过上年度该医疗机构统筹基金记账住院医疗费用的月平均值的2倍。

周转金的申请、预付、清算、回收等由社会保险经办机构在《揭阳市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》（下称服务协议）中明确。

第十八条 年度可分配资金总额经实际分配后仍有结余的，可根据基金运行、各协议医疗机构医疗服务等情况依程序报批后进行二次分配。

第三章 其他结算方式

第十九条 参保人在协议医疗机构发生的普通门诊、门诊特定病种及家庭病床基本医疗费用，社会保险经办机构按“人均限额”或“医疗服务项目”等方式结算。

第二十条 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协议医疗机构门诊发生的其他医疗费用的结算方式，由社会保险经办机构与协议医疗机构通过签订服务协议明确。

第四章 结算管理

第二十一条 协议医疗机构要遵循合理检查、合理用药、合理治疗服务原则，严格按照有关规定提供基本医疗服务，使用超出基本医疗保险范围的医疗服务及用药，需经患者或其家属同意并签字。

第二十二条 协议医疗机构于每月15日前，向社会保险经办机构申报结算上月记账的基本医疗费用。社会保险经办机构应于上报资料截止日起30个工作日内支付月预付金额，并预留5%作为服务质量保证金。

第二十三条 市社会保险经办机构应在服务协议中约定各协议医疗机构年度自费率及转院率等控制指标，并纳入协议医疗机构续签协议、

服务质量保证金等考核目标进行控制。

第二十四条 各协议医疗机构在规定的时间内申报结算年度基本医疗费用的，社会保险经办机构在每年3月底前完成上年度年度清算工作，并按照服务协议等有关规定结算服务质量保证金。

第二十五条 社会保险经办机构按比例随机抽查协议医疗机构申报病例，经审核属违规的医疗费用，按抽查比例放大后在应拨付的费用中予以扣减。

第五章 监督管理

第二十六条 各协议医疗机构应加强对医务人员诊疗行为的规范和管理，按要求开展病案首页和疾病编码的应用工作，按照病案管理和本办法的要求做好病案首页填报工作。

第二十七条 社会保险经办机构应加大对协议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。对协议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，应及时向同级社会保险行政部门报告。

第二十八条 社会保险行政部门应加强对协议医疗机构遵守基本医疗保险法律、法规及有关规定的监督检查。协议医疗机构违反法律、法规及有关规定的，行为发生地的社会保险行政部门应依法予以查处；属卫计、药监、价格等行政部门职责管理范围的，社会保险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。

第二十九条 卫计行政部门应加强各协议医疗机构病案系统管理及病案管理培训工作，定期对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。加强对协议医疗机构及医务人员执业行为的监督管理，及时查处违法违规执业行为并予以通报。

第三十条 市社会保险行政部门会同市卫计行政部门不定期组织专

家对各协议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

第三十一条 本市按分值结算的病种、住院床日费用及分值、各协议医疗机构权重系数等指标，初次确定工作由市人力资源和社会保障局牵头，会同市卫生和计划生育局、市财政局确定并公布；本办法实施之后，因医疗技术、服务、费用等情况变化需要调整的，由市卫生和计划生育局牵头，会同市人力资源和社会保障局、市财政局共同确定并联合公布。

第三十二条 参保人在协议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协议医疗机构就医发生的基本医疗费用，由参保人垫付后到社会保险经办机构办理报销手续，具体经办流程由市社会保险经办机构另行制定。

第三十三条 本市符合规定纳入基本医疗保险统筹基金支付范围的一次性材料支付标准另文规定。

第三十四条 市社会保险经办机构应拟定协议医疗机构按分值结算的月预付资金总额及年度清算方案，报市财政局、市人力资源和社会保障局核准后实施。

第三十五条 协议医疗机构住院基本医疗费用以每年1月1日至12月31日为一个结算年度。

第六条中的“一次性趸交分摊计入额”按“上年度12月底在保的一次性预缴基本医疗保险费的人数上年度在岗职工人平工资缴费比例”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。

第三十六条 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。

第三十七条 本办法从2018年1月1日起试行，有效期至2019年12月31日止。有效期届满，经评估认为需要继续施行的，根据评估情况重新修订。此前与本办法不一致的，以本办法为准。

本办法施行前已发生但未结算的基本医疗费用，其完整年度的结算工作继续沿用原有的规定办理。

附：1. 《基本医疗保险病种分值确定方法》

2. 病种分值库

3. 协议医疗机构权重系数表

(附2请自行到邮箱：jysyb@163.com，密码：8226547 下载)

附1

基本医疗保险病种分值确定方法

为做好我市基本医疗保险病种分值结算工作，根据《揭阳市基本医疗保险医疗费用结算办法（试行）》的规定，病种分值的确定按本方法执行。

一、病种分值按以下方式确定：

(一) 根据各协议医疗机构上年度出院参保人病历资料，按出院的临床第一诊断（主要诊断）病种发生频率（年发生大于5例）、按国际疾病分类ICD-10编码小数点后1位（亚目）筛选出常见病、多发病病种，剔除省确定单病种结算的部分病种，结合治疗方法分别计算出各病

种的次均住院基本医疗费用（下称次均住院费用）。

不属省确定单病种、且未纳入上述按分值结算的病种视为一个特别病种。

（二）统计已确定病种上年度实际发生的住院基本医疗费用，剔除每一病种费用最高的2.5%及费用最低的2.5%病例后，取剩余病例的次均住院费用作为该病种的次均住院费用基准值，除以固定参数，经四舍五入整取后得出每一病种的初步分值。

病种的初步分值 = 病种的次均住院费用 ÷ 固定参数

（三）将病种的初步分值向各协议医疗机构公布、说明及广泛征求意见，根据各协议医疗机构的修改或认可的分值进行修正，得出病种的修正分值；再对病种的修正分值进行纠偏，得出的分值作为用以结算的病种分值。

二、精神病患者在精神专科协议医疗机构住院医疗费用按床日计算日均基本医疗费用（下称住院床日费用），并按以下公式确定其分值：

住院床日费用分值 = 累计住院基本医疗费用 ÷ 累计住院人次及天数 ÷ 固定参数

三、当次发生的住院基本医疗费用等于或高于该病种上年度住院结算费用2.5倍的病例，按以下公式确定其病种分值：

分值 = [（该病例当次住院基本医疗费用 ÷ 上年度该同一权重系数协议医疗机构该病种的结算费用） - 2.5 + 1] 原该病种分值

当次发生的住院基本医疗费用等于或低于该病种上年度住院结算费用40%的病例，按以下公式确定其病种分值：

分值 = 该病例当次住院基本医疗费用 ÷ 上年度同一权重系数协议医疗机构该病种的结算费用原该病种分值

结算费用 = 病种分值权重系数上年度各月分值单价的平均值

四、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，由协议医疗机构在上一年度清算后1个月内提出申请；市卫生和计划生育局牵头，会同市人力资源和社会保障局、市财政局，组织医疗专家组重新评估后确定下一年度的病种分值。

五、纳入病种分值结算的病种及分值库由市人力资源和社会保障局会同市卫生和计划生育局联合制定并公布。

六、本方法由揭阳市人力资源和社会保障局会同市卫生和计划生育局负责解释。

附3

协议医疗机构权重系数表

协议医疗机构级别	权重系数
三级	1.0
二级	0.9
一级	0.8