无锡市公立医疗机构医疗服务价格

总量调控实施意见

（征求意见稿）

为深化我市医疗服务价格改革，加强医疗服务价格宏观管理，建立更可持续的医疗服务价格总量调控机制，促进医疗服务价格改革规范化、科学化，根据国家医疗保障局等八部门《深化医疗服务价格改革试点方案》（医保发〔2021〕41号）和江苏省医疗保障局《关于深化医疗服务价格改革的实施意见》（苏医保发〔2022〕72号）、《关于进一步做好医疗服务价格重要事项报告和价格动态调整工作的通知》（苏医保发〔2022〕78号）精神，结合我市实际，制定本实施意见。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神，以人民健康为中心、以临床价值为导向、以医疗事业发展规律为遵循，建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格分类管理和动态调整机制。坚持医保、医疗、医药协同发展和治理；坚持公立医疗机构公益属性，控制人民群众医药费用负担；坚持合理补偿机制，调动医务人员积极性；坚持服务创新发展，推动公立医疗机构高质量发展。

二、目标任务

建立医疗服务价格宏观管理机制——根据经济发展水平、医疗技术进步和各方承受能力，对公立医疗机构医疗服务价格调整总量实行宏观管理。

坚持价格调整总量科学统筹使用——合理有效使用价格调整总量，使医疗服务价格结构更加优化、医疗机构参与更加充分、医务人员技术劳务更有价值。

发挥资源调节和系统集成作用——统筹衔接分级诊疗、医疗控费、医院运营等改革，形成综合效应，提升医疗服务价格管理的社会效益。

三、触发机制

（一）评估周期

项目价格动态调整评估周期以年度为单位，每年定期评估，原则上于当年4月30日前完成评估工作，不触发约束条件且符合启动条件的，可以实施调价；触发约束条件或不符合启动条件的，本年度医疗服务价格不实施调价。

（二）评估规则

评估采用条件触发模式，触发以下约束条件之一时，原则上不启动调价：

①上年度医药总费用增长率≥10%

②上年度区域内职工基本医保统筹基金累计结余可支付月数小于6个月，或居民基本医保基金累计结余可支付月数小于3个月

③上年度居民消费价格指数＞上年度居民消费价格指数预期目标

④上年度区域内职工基本医保统筹基金或居民基本医保基金出现当期赤字

⑤上年度发生重大灾害、重大公共卫生事件等情形，且社会影响较为巨大的。

同时达成以下任意两项条件时，原则上可启动调价：

①上年度医药总费用增长率＜10%

②上年度地区生产总值（GDP）增速≥6.5%

③上年度居民人均可支配收入增长率≥8%

④上年度区域内职工基本医保统筹基金累计结余可支付月数＞12个月，且居民基本医保基金累计结余可支付月数＞9个月

⑤连续三年未实施调价

四、总量测算

调价总量指可用于调整当年度全市公立医疗机构医疗服务价格的总金额，即当年调价金额的上限，原则上以二级及以上公立医疗机构为样本，当年实际调价金额未超上限的，不累计到下一年度。调价总量计算公式为：

调价总量Ta=历史基数B×增长系数R

（一）历史基数

常规情况下，以全市二级及以上公立医疗机构上年度医疗服务收入（不含药品、卫生材料收入）为历史基数。特殊情况下，由于政策调整、重大公共事件或疫情影响等原因，导致上年度医疗服务收入明显不合理的，以前三年度医疗服务收入平均值为历史基数。历史基数计算公式为：

历史基数B=医疗收入－药品收入－卫生材料收入

（二）增长系数

综合考虑地区经济发展水平、医药总费用规模和收入结构、居民消费价格水平、医保基金平稳运行、参保群众个人负担、公立医疗机构运营成本等因素确定增长系数。增长系数计算公式为：

增长系数R=（基础指标M+调节指标N）×平衡指标k

**1.基础指标**

基础指标根据地区生产总值、居民消费价格指数、人均可支配收入、医疗机构控费效果、城镇非私营单位就业人员平均工资五个维度作为参数值，并按一定权重确定，基础指标计算权重为：

**基础指标M计算规则表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **基础指标** | **权重** | **计算规则** |
| 1 | 地区生产总值增速 | 20% | 上年度地区生产总值增速×20% |
| 2 | 居民消费价格涨幅 | 20% | 上年度居民消费价格涨幅×20% |
| 3 | 人均可支配收入增速 | 20% | 上年度人均可支配收入增速×20% |
| 4 | 二级及以上公立医疗机构控费效果 | 20% | （二级及以上公立医疗机构医药费用的增速控制目标10%-上年度实际增速）×20% |
| 5 | 城镇非私营单位就业人员平均工资增速 | 20% | 上年度城镇非私营单位就业人员平均工资增速×20% |
|  | 合计 | 100% |  |

基础指标计算公式为：

基础指标M=（地区生产总值增速×20%+居民消费价格涨幅×20%+人均可支配收入增速×20%+二级及以上公立医疗机构控费效果×20%+城镇非私营单位就业人员平均工资增速×20%）

**2.调节指标**

调节指标N主要根据医保筹资、异地就医、医疗服务收入结构、市场调节价项目收入和检查检验收入占比情况确定，调节指标计算规则为：

**调节指标N计算规则表**

| **序号** | **调节指标** | **计算规则** |
| --- | --- | --- |
| 1 | 医保筹资系数 | 上年度本区域医保筹资降幅超过5%的，每个百分点额外扣减0.1%，降幅不超过5%的不扣减；医保筹资增加的，不再额外增加。 |
| 2 | 异地就医增长率系数 | 本区域最近三年患者异地就医比例连续上升，就医次数或金额的年平均增长率超过5%，在基础指标确定后再额外扣减0.5%；最近三年连续下降，就医次数或金额的年平均增长率低于5%，在基础指标确定后再额外增加0.5%。 |
| 3 | 医疗服务收入占比系数 | 上年度二级及以上公立医疗机构医疗服务收入占比（不含检查检验）每增加1%，额外增加1%；每减少1%，额外减少1%。 |
| 4 | 市场调节价项目收入占比系数 | 本区域二级及以上公立医疗机构市场调节价项目收入占全部医疗服务收入（含检查化验收入）的比例超过10%后，每多增加1%，在基础指标确定后再额外扣减1%。 |
| 5 | 检查检验收入占比系数 | 上年度二级及以上公立医院检查检验收入占比每增加1%，额外减少1%；每减少1%，额外增加1%。 |

说明：医保筹资系数、医疗服务收入占比系数、市场调节价项目收入占比系数、检查检验收入占比系数根据实际数值，按上述规则同比例计算。

**3.平衡指标**

平衡指标K根据医保基金承受能力、社会公共重大事件和价格历史矛盾等因素确定，计算公式为：

平衡指标K=医保基金备付月份系数K1×调节系数K2

**（1）医保基金备付月份系数K1**

 K1=（职工医保统筹基金备付月份系数×权重）+（居民医保基金备付月份系数×权重）

 权重根据上年末职工医保统筹基金、居民医保基金结余总额测算。

**职工医保统筹基金备付月份系数分值表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **备付月份** | **分值** |
| 1 | 备付月份≥15个月 | 1.2 |
| 2 | 12个月≤备付月份＜15个月 | 1 |
| 3 | 9个月≤备付月份＜12个月 | 0.8 |
| 4 | 6个月≤备付月份＜9个月 | 0.6 |
| 5 | 3个月≤备付月份＜6个月 | 0.4 |
| 6 | 备付月份＜3个月 | 0.2 |

**居民医保基金备付月份系数分值表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **备付月份** | **分值** |
| 1 | 备付月份≥9个月 | 1.2 |
| 2 | 6个月≤备付月份＜9个月 | 1 |
| 3 | 5个月≤备付月份＜6个月 | 0.8 |
| 4 | 4个月≤备付月份＜5个月 | 0.6 |
| 5 | 3个月≤备付月份＜4个月 | 0.4 |
| 6 | 备付月份＜3个月 | 0.2 |

（2）**调节系数K2**

调节系数K2根据以下情形分别取值确定：

**调节系数K2分值表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **调节系数** | **分值** |
| 1 | 当年度发生重大灾害、重大公共卫生事件等情形。 | 0.1-0.5 |
| 2 | 当年度社会经济发展平稳，未发生特殊重大事件。 | 0.6-1 |

（三）可用总量

年度可用调价总量应当扣除年度二级及以上公立医疗机构新增医疗服务项目金额、省级统一调价金额和专项调价金额。年度公立医疗机构新增医疗服务项目金额可根据前三年新增医疗服务项目平均金额测算。

年度可用调价总量=年度调价总量-前三年二级及以上公立医疗机构新增医疗服务项目平均占用金额-省级统一调价金额（含专项调整）

部分使用调价总量：

①8%≤医药总费用增长率＜10%，调价总量使用不超过60%

②5%≤医药总费用增长率＜8%，调价总量使用不超过80%

③3%≤医药总费用增长率＜5%，调价总量使用不超过90%

④医药总费用增长率＜3%，调价总量使用不超过100%

（四）总量扩展

实施调价时，医疗机构主动提出降低价格的医疗服务项目金额，可叠加计入调价总量。

（五）简易办法

因部分指标数据无法如期获取等不可抗力因素导致调价总量无法计算时，在省医保部门的指导下，可综合考虑宏观经济形势，结合地区实际，选择控制相对平稳的居民消费价格三年平均涨幅作为增长系数计算调价总量，即：

调价总量Ta=历史基数B×居民消费价格三年平均涨幅r

历史基数的测算方法同上。

五、总量使用

调价总量是年度指标、上限标准。调价总量的使用应当按照“动态平衡、价值导向、优化结构”的原则，根据各级各类公立医疗机构功能定位、服务特点遴选当年度调价项目，优先将技术劳务价值占比60%以上的价格项目纳入调价范围。参照省复杂型医疗服务项目价格动态调整管理办法，综合考虑经济性、政策性因素，科学制定调价总量使用方案，逐步理顺医疗服务比价关系。调价方案中技术劳务价值为主的项目和金额原则上占总量60%以上。

（一）平衡好通用型、复杂型和价格专项调整项目的总量使用，在兼顾各方利益的同时，适度向复杂型项目和纳入重点扶持学科的项目倾斜。

（二）总量使用应当重点扶持医疗供给不足、历史价格偏低的薄弱学科项目，支持基层医疗机构和中医医疗服务发展。

（三）总量使用方案应当充分征求相关部门和各级公立医疗机构意见，全面了解价格矛盾及调价诉求，强化同长三角地区其他重点城市医疗服务价格联动和协同。

（四）实际调价需求未将调价总量用尽的，剩余部分不使用；本年度调价总量未使用、未用尽的，不累计到下一年度的调价总量。

六、保障措施

（一）加强组织领导。医疗服务价格总量调控是深化医疗服务价格改革的重要举措，市医保局要精心组织实施医疗服务价格总量调控工作，准确测算调价总量，科学制定使用方案，主动与市卫生健康委等部门加强沟通、协调联动，形成工作合力。

(二）加强内部管理。医疗服务价格总量调控涉及医疗机构切身利益，各级公立医疗机构要强化内部专业化、精细化管理，完善绩效考核管理办法，严格控制医疗费用不合理增长，压缩不必要的药品耗材和检查检验费用，切实规范医务人员诊疗行为和医疗服务收费行为，提高医疗服务质量和水平。

(三）加强数据支撑。加快医疗服务价格信息化建设，全面掌握医保、卫健、财政和人社等部门与医疗服务价格相关的宏观和微观数据，为医疗服务价格调价总量的测算提供数据支撑。

（四）加强政策培训。适时对医疗机构价格管理人员开展专项培训，指导医疗机构正确理解医疗服务价格总量调控政策内涵，准确反映医疗服务项目价格调整诉求，推动医疗服务价格总量调控工作精准有序进行。