天津市医疗保障局

天津市医疗保障局关于对天津市区域点数法

医疗保障总额预算管理办法

公开征求意见的公告

根据《天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）》（津医保局发〔2021〕75号）实施两年以来的实际运行情况，为进一步加强日常运行管理，健全考核激励机制，优化完善区域点数法总额预算管理政策，我们起草了《天津市区域点数法医疗保障总额预算管理办法（征求意见稿）》（以下简称《办法》），现面向全市各定点医疗机构公开征求意见。

请于2024年3月28日前，将修改意见反馈至电子邮箱：sybjdybzc@tj.gov.cn。

附件：天津市区域点数法医疗保障总额预算管理办法（征求意见稿）

 2024年3月 日

 （此件主动公开）

天津市区域点数法医疗保障总额预算管理办法

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为贯彻落实《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），持续推进区域点数法总额预算管理下的多元复合式医保支付方式，发挥医保基金战略性购买作用和市场在资源配置中的决定性作用，建立区域医疗费用总额增长与医保基金收入增长相适应的调控机制，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，更好地平衡医疗事业发展需要和各方承受能力，更好地适应患者就医流动和医药价格变动，更好地保障参保人员权益，依据《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发〔2020〕45号）等文件，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称区域点数法医保总额预算管理是指，将病种（病组）、床日、项目等各种付费单元以点数形式体现相对比价关系，以各定点医疗机构所提供服务的总点数作为分配权重，将统筹区域内医保基金和参保人员向全市定点医疗机构购买服务的年度总额预算，按照分类管理原则分配至各定点医疗机构的管理方式。

第三条 本办法适用于医保经办机构使用医保基金向定点医疗机构购买其为参保人员提供医药服务的相关费用结算及管理工作。

第四条 实施区域点数法医保总额预算管理，应遵循以下原则：

（一）保障基本。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，不断提高医保基金使用效率，促进医疗机构间有序竞争和医疗卫生资源合理利用，着力保障参保人员基本医疗需求，筑牢保障底线。

（二）公平合理。通过集体协商合理确定年度全市总额预算，将点数法与各种付费方式相结合，推进医疗服务与药品分开支付，支持医药分开、处方流转服务模式，建立“钱随人走”的总额分配机制和“量价挂钩”的医保购买机制。

（三）激励约束。根据不同级别类别医疗机构功能定位，推行多元复合式医保支付方式，健全完善激励约束机制，激发医疗机构规范诊疗行为、控制医疗成本和做好健康管理的内生动力，助推分级诊疗制度建设，促进健康中国战略实施。

（四）加强管理。根据点数法总额预算和各种付费方式特点，完善多部门协作、跨区域交叉的联合监管机制，推进基于标准化大数据的监测评价指标体系建设，强化审核、监管和考核工作。

（五）统筹推进。坚持系统集成、协同高效，统筹协调相关部门、定点医疗机构和社会力量共同参与，构建共建共治共享的医保治理新格局，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。

第五条 市医保局负责全市区域点数法医保总额预算管理工作，会同市卫生健康委和市财政局建立协调工作机制，研究解决有关重大问题，统筹推进多元复合式医保支付方式。市卫生健康委负责医疗机构和医务人员医疗服务行为的监督和管理，督促医疗机构建立健全医疗质量和医疗成本控制机制。市财政局会同市医保局做好全面实行医保基金预算管理有关工作，加强对医保经办机构执行预算的监督。

第六条 受市医保局委托的市医保监督检查所，负责全市定点医药机构医保基金使用的行政监管工作；各区医保局负责辖区定点医药机构医保基金使用的监督管理工作。医保经办机构负责全市区域点数法医保总额预算管理和多元复合式医保支付方式的具体实施工作，以及与之相关的协议管理、审核管理工作。

第二章　购买总额

第七条 医保经办机构以往年医保基金和参保人员向全市定点医疗机构购买服务所支付的医疗费用总额为基础，综合考虑医保基金收支预算增幅、参保人数增长预期及医疗保健消费价格指数增长等因素，拟订医保基金和参保人员向全市定点医疗机构购买服务的年度总额预算（以下简称“全市购买总额”）。

第八条 医保经办机构以全市购买总额为基础，根据往年基本医保统筹基金支付在医保基金和参保人员所支付医疗费用总额中所占比例，综合考虑基本医保待遇标准调整等因素，按照职工医保和居民医保两个险种，分别拟订基本医保统筹基金向全市定点医疗机构购买服务的年度总额预算（以下简称“全市统筹基金购买总额”）。

第九条 医保经办机构拟订的全市购买总额，应按照支付类别、机构类别、费用类别细分。

（一）支付类别。分住院和门诊两个类别。为支持定点医疗机构将癌症放、化疗治疗从住院调整至门诊开展，将癌症放、化疗和镇痛治疗（以下简称“癌症放化疗”）门诊特定疾病（以下简称“门特”）纳入住院购买总额核算范围；其他门特病种和普通门（急）诊（以下简称“普通门诊”）纳入门诊购买总额核算范围。

（二）机构类别。门诊购买总额按照三级医疗机构、二级医疗机构、中医医疗机构、家庭医生签约基层医疗机构以及其他基层医疗机构类别划分。其中，将三级、二级医疗机构中的中医（含中西医结合）医疗机构划归为中医医疗机构，将开展家庭医生签约的二级医疗机构划归为家庭医生签约基层医疗机构。

（三）费用类别。各机构类别门诊购买总额，结合药品耗材销售加成政策，将用于购买西药、中成药和医用耗材的购买总额单列，其余购买总额用于购买中药饮片和医疗服务等医药项目。

医联体内或定点医药机构间处方流转发生的药品费用，可追溯至开具处方的定点医疗机构纳入各细分购买总额核定范围；也可按本办法第七条规定纳入全市购买总额核定范围，并作为门诊药品耗材购买总额，年初暂不分配至各机构类别，实际结算过程中按规定统筹调剂使用。

第十条 医保经办机构在全市购买总额及其细分总额和全市统筹基金购买总额的核定及调整方案拟订过程中，应加强与定点医疗机构的沟通协商，并可根据沟通协商情况，对本办法第九条所列支付类别、机构类别、费用类别的划分标准进行调整。沟通与协商应集体进行，并向定点医疗机构公开年度基本医保基金收支预算等情况，保证过程的公开透明。参加沟通与协商的定点医疗机构应具有代表性，反映不同区域、类别定点医疗机构情况。

第十一条 医保经办机构于医保协议年度开始前，将拟订的全市购买总额及其细分总额和全市医保统筹基金购买总额，连同相关基础测算数据，一并报送市医保局审核。经市医保局会同市卫生健康委、市财政局共同研究后，由市医保局于医保协议年度开始前批复医保经办机构和定点医疗机构执行。

第十二条　实际执行过程中，医保经办机构可根据定点医疗机构级别变更情况，相应对各细分购买总额进行结构性调整。因医疗保障制度改革、医药卫生体制改革、影响范围较大的突发事件等因素，需对全市购买总额或其细分总额进行调整的，由医保经办机构按程序拟订调整方案，连同相关基础测算数据，一并报市医保局审核。经市医保局会同市卫生健康委、市财政局共同研究后，由市医保局批复医保经办机构和定点医疗机构执行。

第三章　付费点数

第十三条 医保经办机构大力推进大数据应用，根据不同医疗服务特点，推行按病种定额付费、按人头总额付费和按项目付费相结合的多元复合式医保支付方式，逐步降低按项目付费占比。

（一）按病种定额付费。按照疾病治疗过程相似、医疗资源消耗相近原则划分付费单元，并对每个付费单元制定付费标准的付费方式。按病种定额付费单元的划分标准及管理办法，按照我市有关规定执行。

1．住院。主要包括按疾病诊断相关分组（DRG）付费、按病种分值付费（DIP）、慢性精神疾病等长期住院按床日付费等。其中，三级定点医疗机构和住院例数较多的二级定点医疗机构主要推行DRG付费，其他一、二级定点医疗机构主要推行DIP。

2．门诊。主要包括腹膜透析、丙型肝炎等门诊慢特病种按人头付费，逐步扩大门诊慢特病种实施范围。

（二）按人头总额付费。根据定点医疗机构或紧密型医联体签约管理的参保人员及病种（或支付类别）范围，按照其往年医疗费用数据核定按人头付费总额的付费方式。主要包括对糖尿病门特等患者个体医疗资源消耗差异较大的门诊慢特病种按人头总额付费，结合家庭医生签约服务对紧密型医联体实行全部或部分支付类别的按人头总额付费等。按人头总额付费不适用于按照疾病治疗过程划分付费单元，定点医药机构提供的应纳入人头总额付费核算范围的医药服务，按照项目付费或病种定额付费单元申报付费点数。

第十四条 定点医药机构按规定使用国家统一的医保信息业务编码，规范报送医药服务项目使用数量、收费价格和付费点数等明细信息。其中，对于国家和我市组织集中采购的中选药品，市医保局可在中选价格基础上，结合集采降价空间（集采前同一通用名下药品的平均采购价格与中选价格差额）和医保激励机制（我市规定的集采药品按项目付费结余留用比例）确定中选药品付费点数，定点医药机构可按规定的付费点数申报中选药品；其他医药服务项目，除我市另有规定以外，均以定点医药机构实际收费价格为基础，按照1：1比价关系转化为付费点数。

第十五条 定点医药机构按月向医保经办机构申请医保基金支付过程中，按照相应门诊购买总额费用类别，分别申报门诊（含门特和普通门诊）项目付费、病种定额付费单元的付费点数。

（一）项目付费。按照所报送医药服务项目明细中的西药、中成药和医用耗材付费点数之和，申报药品耗材付费点数；其他医药服务项目的付费点数之和，申报为中药饮片和医疗服务等付费点数。定点医药机构提供的按规定应纳入其他定点医疗机构按病种定额付费核算范围的医药服务，由提供服务的定点医药机构按项目付费申报付费点数。

（二）病种定额付费。以医保经办机构与定点医疗机构约定的按病种定额付费标准为基础，按照1：1比价关系转化为付费点数，并按规定核减由其他定点医药机构提供并按项目付费单元申报的付费点数后，申报按病种定额付费单元的付费点数。其中，药品耗材付费点数，按照所报送医药服务项目明细中的西药、中成药和医用耗材付费点数之和申报；剩余差额部分，按照中药饮片和医疗服务付费点数申报。

第十六条 医保经办机构完善门诊按项目付费下的中药饮片付费点数核定方法，建立对异常中药饮片费用的控制机制。对于各机构类别医疗机构普遍开展服务的普通门（急）诊、糖尿病门特和癌症放、化疗和镇痛治疗门特等支付类别，某机构类别的平均每剂中药饮片付费点数，明显高于其他各机构类别的，可按照其他各机构类别平均每剂中药饮片付费点数的总体均值，作为核定该机构类别各定点医疗机构平均每剂中药饮片付费点数的最高医保付费标准。

第十七条 定点医疗机构按月向医保经办机构申请医保基金支付过程中，按照我市有关规定申报住院DRG、DIP付费单元的付费点数；DRG、DIP以外的其他住院付费单元（含DRG、DIP未入组或入组异常等转按项目付费的住院病例），按以下规则统一转化为与DRG付费可比的付费点数申报。医保经办机构应及时将有关转化指标数据向定点医疗机构公开或告知。

（一）项目付费。以定点医疗机构所报送医药服务项目明细的付费点数之和为基础，除以测算DRG组权重时所使用的往年全市次均住院医疗费用，并考虑医疗保健消费价格指数逐年增长因素后，再乘以每个DRG权重的基础费率后，转化为与DRG付费可比的付费点数。

（二）病种定额付费。对于DRG、DIP以外的其他住院按病种定额付费单元，医保经办机构与定点医疗机构以元为计价单位约定的按病种定额付费标准，参照按项目付费方法转化为与DRG付费可比的付费点数，但不考虑医疗保健消费价格指数逐年增长因素；医保经办机构也可参照DRG、DIP付费点数测算方法，直接与定点医疗机构约定为与DRG付费可比的付费点数。

第十八条 医保经办机构根据区域点数法总额预算管理需要，经组织同机构类别定点医疗机构集体协商形成多数意见，可结合定点医疗机构的专科特色、服务能力、服务数量、医疗费用等情况，按照“量价挂钩”原则完善门诊医保购买机制，提高医保基金使用效率，严控单家医疗机构的异常增长对某机构类别整体付费点值造成的不良影响。

（一）商定指标阈值。以同机构类别定点医疗机构医师日均费用（可对照门诊购买总额的费用类别细分）等指标的往年实际运行数据为基础，经集体协商确定“量价挂钩”的医保购买指标阈值。其中，定点医疗机构专科特色优势明显、可比医疗机构数量较少的，可按该定点医疗机构往年实际运行数据确定其调节指标阈值。

（二）确定调节系数。定点医疗机构申报的门诊付费点数，超出其医保购买指标阈值的，超出部分所对应的门诊付费点数，医保经办机构按约定比例系数下调后，核定有效付费点数。其中，调节系数可根据超出幅度分档设定，具体由同机构类别定点医疗机构集体协商确定，并与医保经办机构在医保服务协议中约定。

（三）确定费用范围。鼓励定点医疗机构积极参加集中带量采购和支付方式改革，对于定点医疗机构按规定申报的集中采购中选药品耗材付费点数，以及执行医保付费标准的中药饮片和按病种定额付费点数，不纳入“量价挂钩”医保购买机制核算范围。

第四章　总额分配

第十九条 医保经办机构根据往年各月医疗费用运行规律，将年度各细分购买总额分解至各月。并根据医保支付方式改革进展情况，将月度各细分购买总额进一步细分。

（一）人头总额付费。根据当月纳入人头总额付费核算的参保人员及病种（或支付类别）范围，按照其往年由医保基金和参保人员所支付医疗费用在各支付类别、机构类别、费用类别中的占比，测算月度各细分购买总额应分配至人头总额付费的额度。

（二）住院购买总额。按照西医、中医两个医疗机构类别，根据其往年由医保基金和参保人员所支付的住院及癌症放化疗门特医疗费用（不含当月纳入人头总额付费核算的参保人员及病种（或支付类别）的往年医疗费用）占比情况，将人头总额付费以外的月度住院购买总额进一步细分。

（三）门诊购买总额。人头总额付费以外的月度门诊细分购买总额，不再根据医疗机构参加付费方式改革情况细分。

第二十条 按照本办法第十九条核定的人头总额付费以外的月度各细分购买总额，逐月累加后确定月度累计各细分购买总额，按下列规定分配至各定点医疗机构作为其月度累计结算额度。

（一）门诊购买总额临时调剂。因定点医药机构间处方流转，导致某机构类别月度累计门诊药品耗材付费点数超出门诊药品耗材购买总额的，超支部分可从年初暂未分配至各机构类别的门诊药品耗材购买总额中临时调剂使用，并按时间进度核定月度累计可调剂使用的最高限额。调剂后的月度累计门诊各细分购买总额，按照本条第（三）款进行分配。

（二）癌症放化疗额度分配。各定点医疗机构申报的癌症放化疗门特付费点数，不纳入门诊各细分购买总额分配范围，参照其所在机构类别相应费用类别的月度累计结算点值，从其所在机构类别的月度住院购买总额中，分配其月度结算额度。医保经办机构也可从月度住院购买总额中优先分配癌症放化疗额度，其余住院购买总额再依规定按西医、中医医疗机构类别细分。癌症放化疗额度之外的各类别住院购买总额，按照本条第（三）款分配。

（三）月度细分购买总额分配。以本条前两款核定的月度累计各细分购买总额为基础，按照各细分类别下月度累计有效付费总点数，分别核定各细分类别的月度累计结算点值，再根据各细分类别下各定点医疗机构的月度累计有效付费点数，测算各定点医疗机构的月度累计结算额度。其中，按项目付费的月度累计结算点值超出标准结算点值（即转化为点数前的价格）的，按照标准结算点值核定月度累计结算额度；按病种定额付费医疗机构所分配医保购买总额高于其实际发生医疗费用的，结余部分可依协议约定按照不高于50%比例纳入医疗机构月度累计结算额度。

第二十一条 按照本办法第十九条核定的人头总额付费以外的月度各细分购买总额，逐月累加后作为人头总额付费以外的年度各细分购买总额，参照本办法第二十条月度累计各细分购买总额的分配方法，分配至各定点医疗机构作为其年度结算额度。其中，涉及对年度各细分购买总额调剂事项，按照下列规定执行。

（一）全市药品耗材购买总额统筹调剂。各机构类别门诊西药、中成药和医用耗材付费点数原则上实行固定点值法，每个点年度结算点值为1元。在此基础上，各机构类别的年度门诊药品耗材购买总额，以及年初暂未分配至各机构类别的门诊药品耗材购买总额，年终根据参保人员用药流向变化情况，在全市范围内统筹调剂使用，并优先调剂至家庭医生签约基层医疗机构。

（二）探索中药饮片购买总额统筹调剂。医保经办机构可按照本办法第十条有关规定，在各机构类别门诊购买总额下细分中药饮片购买总额，并根据参保人员中药饮片处方流向变化情况，按年或按月实行全市统筹调剂使用。

（三）同类机构门诊细分购买总额调剂。全市统筹调剂后，某机构类别年度门诊药品耗材购买总额仍有超支的，超支部分可从该机构类别下其他费用类别的年度门诊购买总额中调剂，用于补偿在规定平台上采购且实行零加成销售定点医疗机构的药品耗材超支部分；未在规定平台上采购或实行药品耗材加成销售的定点医疗机构，其门诊药品耗材年度结算点值，按照其门诊药品耗材年度购买总额与年度付费点数的比值确定。

第二十二条 通过签约管理参保人员实行按人头总额付费的定点医疗机构或紧密型医联体（以下简称“签约管理机构”），其人头总额付费额度的核定及分配，按下列规定执行。

（一）人头总额付费额度核定。根据签约管理机构当月签约管理的参保人员及病种（或支付类别）范围的往年医疗费用数据，按规定先核定全年人头总额付费额度，再参照本办法第十九条有关规定，根据往年各月医疗费用运行规律分解至各月，作为签约管理机构的月度人头总额付费额度。以此为基础，逐月累加后作为其年度人头总额付费额度。全市购买总额及其细分总额进行调整的，签约管理机构的人头总额付费额度应相应进行调整。

（二）人头总额付费额度分配。各定点医疗机构申报的按规定应纳入人头总额付费核算范围的付费点数，不纳入本办法第二十条、第二十一条各细分购买总额月度累计、年度分配核算范围。其中，非签约管理机构申报的有效付费点数，参照其所在机构类别相应支付类别、费用类别的月度累计、年度结算点值，从签约管理机构的月度累计、年度人头总额付费额度中，分配其月度累计、年度结算额度；签约管理机构剩余的月度累计、年度人头总额付费额度，即为其月度、年度结算额度，其中，月度累计人头总额付费额度，高于其实际发生医疗费用的，结余部分可按50%比例纳入其月度累计结算额度，其余结余部分纳入年度结算额度。

第二十三条 定点医疗机构凭医联体内流动处方提供药品调剂服务所申报的付费点数，纳入开具处方定点医疗机构的付费点数核算范围，按照本办法第二十条至二十二条规定，参与月度累计、年度各细分购买总额的分配。因此而分配至开具处方定点医疗机构的月度累计、年度细分购买总额，及时调配至提供药品调剂服务的定点医疗机构作为月度累计、年度结算额度。

第二十四条 定点零售药店凭定点医疗机构外流处方提供药品调剂服务所申报的付费点数，纳入开具处方定点医疗机构的付费点数核算范围，按照本办法第二十条至二十二条规定，参与月度累计、年度各细分购买总额的分配，执行与开具处方定点医疗机构相一致的门诊各费用类别的结算点值。在此基础上，定点零售药店的月度累计、年度结算额度，按照不高于其实际发生费用的原则，分别从开具处方定点医疗机构的月度累计、年度结算额度中调配。

第五章　费用结算

第二十五条 定点医药机构为参保人员提供诊疗用药服务后，应由个人负担的医药费用，按照我市现行价格收费政策和医保支付范围、医保支付标准、医保待遇标准计算，不受医保经办机构与定点医药机构间支付方式改革的影响。个人负担医药费用中，应由职工基本医保个人账户资金支付的，由医保经办机构与定点医药机构按月据实结算；其余个人负担部分，由参保人员自行与定点医药机构结算。

第二十六条 以各定点医药机构（或紧密型医联体，下同）月度累计、年度结算额度为基础，按下列规定核定其月度、年度医保基金（不含职工基本医保个人账户资金，下同）结算额度。

（一）月度医保基金结算额度。以各定点医药机构当月累计结算额度为基础，核减协议年度内累计已由个人负担的医药费用和上月累计医保基金结算额度后，核定为当月医保基金结算额度，由医保基金按本办法有关规定支付。

（二）年度医保基金结算额度。以各定点医药机构年度结算额度为基础，核减全年已由个人负担的医药费用后，核定为年度医保基金结算额度。其与各月累计医保基金结算金额之间存在差额的，医保经办机构根据年度管理考核结果，按有关规定和协议约定落实对定点医疗机构的激励约束机制，由医保基金按本办法有关规定支付。

第二十七条 定点医疗机构因实施集中采购，中选药品的结算额度，高于其实际销售价格所对应的结算额度，所产生的按项目付费医保基金结算额度，月度和年度结算过程中只记账不支付。在对定点医疗机构带量购销合同履行等情况进行考核后，对于经考核达标的中选药品在考核周期内的记账额度，乘以医保基金在该定点医疗机构实际发生按项目付费医药费用中的支付比例，由医保基金支付给定点医疗机构。除此以外的其他医保基金结算额度，由医保基金在月度和年度结算时按规定支付。

第二十八条 按照本办法核定的各定点医药机构的医保基金应付金额，由各类医保基金按比例支付。各类医保基金具体支付比例，根据该定点医药机构实际发生医药费用中，各类医保基金各自支付金额与总体支付总额的比值确定，并按照不同支付类别分别核算。其中，应由城乡居民大病保险资金支付部分，由医保经办机构转承办城乡居民大病保险的商业保险机构按规定向定点医药机构拨付。

第二十九条 实际执行过程中，对于因医药领域改革、医保政策调整等因素，导致参保人员实际个人负担比例较往年明显变化的，医保经办机构可在全市购买总额不变的基础上，对全市医保统筹基金购买总额进行相应调整，并确保将全年全市职工、居民医保统筹基金支出总额控制在支出预算范围内。其中，某个险种的全市医保统筹基金购买总额不足以支付按上述办法核定的结算点值的，根据该险种统筹基金实际购买能力核定实际结算点值，并同步调整该险种下其他各类医疗保障基金的实际结算点值。

第三十条　定点医疗机构应当按照政府会计制度等有关要求，对于医保实际付费与按服务项目收费标准计算的应收医疗款之间存在差额的，根据医保实际付费金额调整确认医疗收入。其中，医保实际付费高于其按服务项目收费标准计算的应收医疗款的，高出部分应纳入医疗服务收入，并按规定主要用于医务人员的绩效激励。定点医疗机构对于因违规治疗等管理不善原因被医保经办机构拒付的医疗费用，应当按照政府会计制度有关要求，计提坏账准备并确认坏账损失，不得作为医保欠费处理。

第六章　运行管理

第三十一条 医保经办机构坚持以建立管用高效的医保支付机制为目标导向，强化对市场机制的运用，完善对医疗机构的定点管理和协议管理，发挥医保基金战略性购买作用，向可提供的医疗机构购买优质高效的医疗健康服务，提高医保基金使用效率，更好地保障参保人员权益。

第三十二条 医保经办机构在医药机构提出定点申请、续签医保协议等环节，应组织开展医保基金相关政策法规培训，重点将我市主要医保支付政策、集中采购政策以及年度医保总额预算、有关医保付费标准等，明确告知医疗机构并纳入医保协议管理，并结合既往实际运行情况，合理引导医疗机构预期。医疗机构在知情同意的基础上，自愿与医保经办机构签订医保协议并严格履约执行。

第三十三条 定点医疗机构应按规定执行药品、耗材集中采购政策，优先使用集中采购中选产品。定点医疗机构向参保人员提供的纳入医保支付的药品、耗材以及中药饮片，应当按规定在天津市医药采购应用平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。

第三十四条 医保经办机构在定点医疗机构知情同意的基础上，按照经集体协商确定的“量价挂钩”医保购买指标阈值及相应的医保购买机制，向定点医疗机构购买超出“量价挂钩”指标阈值的医药服务；定点医疗机构拒不同意的，医保经办机构不再向其购买超出“量价挂钩”指标阈值的医药服务。医保经办机构完善医保信息系统，对定点医疗机构在实际运行过程中超“量价挂钩”指标阈值提供服务的情形，及时进行提醒。

第三十五条 医保经办机构加强对全市及各定点医疗机构医疗总费用及医疗费用水平的监测，持续开展横向、纵向比较分析，对于医疗总费用同比增幅明显超出全市医保购买总额增幅的，以及医疗费用水平纵比增长较快、横比相对较高的定点医疗机构，及时提醒定点医疗机构。定点医疗机构应当有针对性地开展自查自纠，采取有效措施控制医疗费用不合理增长，并将所采取措施、预期成效等情况及时报送医保经办机构。

第三十六条　医保经办机构对采取控费措施的定点医疗机构持续开展控费效果监测，将监测情况按月反馈定点医疗机构。对于控费效果欠佳的定点医疗机构，医保经办机构可探索对其超出医保购买总额增长幅度或超出“量价挂钩”指标阈值的医疗费用暂缓支付。

第三十七条　医保经办机构、卫生健康有关部门根据不同付费方式特点，探索以医疗质量、健康管理、个人负担和内部激励为核心的考核机制，持续优化考核指标和考核方案，在考核基础上落实对定点医疗机构的激励约束机制。按照季度监测指导、年度考核实施的方法，加强对定点医疗机构实际执行情况的过程管理和调度指导，推动定点医疗机构在改革过程中，着力提升人民群众就医获得感和健康获得感以及医务人员总体获得感。其中，对于年度考核不达标核减的各定点医疗机构的医保结算额度，可统筹用于对年度考核优秀的各定点医疗机构进行激励。

第三十八条 支持各区推进家医签约高质量发展和紧密型医联体建设，对于开展家医签约按人头总额付费的紧密型医联体，按规定落实以健康管理和分级诊疗为导向的考核激励机制，不再限定其每名家庭医生签约人数，支持其家医签约团队上门开展家医签约和服务，并通过使用移动设备等方式进行实名制医保结算。支持各区引导符合条件的社会办医疗机构规范开展家医签约服务，可一并纳入紧密型医联体家医签约按人头总额付费实施范围。

第七章 监督管理

第三十九条 定点医疗机构严格落实医保基金使用管理主体责任，建立健全与医保基金使用相关的内部管理制度，对内加强医保基金相关政策法规培训，按照规范化、标准化要求及时维护医保服务医师信息，按照医疗保障部门要求加强医保服务医师的实名接诊管理，合理、规范、高效使用医保基金。

第四十条 定点医疗机构严格落实医疗管理的主体责任，按照临床诊疗指南、临床技术操作规范、合理用药指导原则等，加强对医务人员医疗行为规范性的监管，建立大型医用设备检查适宜性点评制度，加强处方审核和点评，做好药品供应保障，完善内部激励约束机制，促进医务人员合理检查、合理用药、合理治疗，控制医疗费用不合理增长。

第四十一条 我市DRG/DIP/床日付费标准、按人头总额付费额度以及中药饮片医保付费标准，都是基于参保人员在定点医疗机构就医发生的实际费用数据形成的，其中包含了因患者个体差异、诊疗方案差异而导致医疗费用差异的各种情形。上述各项医保付费标准，仅作为医保经办机构从宏观层面向定点医疗机构分配医保总额预算额度的权重，定点医疗机构在实际执行过程中，应统筹使用所分配的医保总额预算额度，根据参保患者病情实际，按照诊疗规范制定具体诊疗方案，切实保障参保人员权益。

第四十二条 严禁定点医疗机构将医保付费标准应用于微观层面，包括但不限于：将医保付费标准作为对某参保患者制定具体诊疗用药方案的依据，将医保付费标准用于测量某医保服务医师收治某参保患者后是否出现亏损，以医保支付政策、医保付费标准等为由推诿拒收参保患者或分解服务、转移费用等。各级医疗保障、卫生健康部门要将维护参保人员和医务人员权益贯穿到医保常态化监管的全过程各方面，发现损害参保人员和医务人员权益的问题，依据有关法律规定和协议约定严肃处理。

第四十三条 各级医疗保障部门将涉及暂缓支付的定点医疗机构，列为飞行检查、专项整治、日常监管、智能监控、社会监督等常态化监管重点，医保经办机构结合医保常态化监管情况，适时将暂缓支付医疗费用按规定纳入按月或年度结算。

第四十四条 卫生健康有关部门、医保经办机构探索建立基于大数据按病种管理的合理用药评价机制和医保用药审核机制，通过技术筛查和专家评审相结合的方式，加强对定点医药机构用药行为的监管审核。经专家评审确认为不合理处方的，医保经办机构拒付相应的付费点数。

第四十五条 医保经办机构定期向社会公开医保基金收入、支出、结余等情况，同时公开各定点医药机构服务人次、总体费用、费用结构、医保结算、患者负担等与医保基金使用相关的指标运行数据及同比增长情况，接受社会监督。

第四十六条　市区两级医保局会同有关部门，加强对定点医药机构医保基金使用情况的监督管理，依法依规严肃处理违法违规行为，防范医保基金运行风险。可根据点数法总额预算管理运行情况，组织开展跨区专项检查或定点医药机构间联审互查，促进相互监督、良性竞争。

第八章　附则

第四十七条　本办法由市医保局、市卫生健康委、市财政局按照职责分工分别负责解释。

第四十八条　本办法自2024年4月1日起施行，有效期五年。此前以《天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）》为依据的医保支付方式改革有关政策文件，调整为以本办法为依据；此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。