

福州市基本医疗保障基金区域总额预算下的 DRG+点值付费管理办法

第一章 总则

第一条 为了保障医保制度稳健、可持续发展，建立管用高效的医保支付管理机制，切实维护参保人员医疗保障权益，根据《中华人民共和国预算法》《中华人民共和国预算法实施条例》等法律法规，以及《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革意见》《社会保险基金财务制度》《福建省进一步完善医疗卫生服务体系实施方案》等政策要求，结合我市工作实际，制订本办法。

第二条 本办法适用于福州市范围内的定点医疗机构（以下简称医疗机构）提供的门诊、住院（含 DRG 付费）等使用医保统筹基金（含大病保险，以下简称基金）结算的医疗服务行为。

第三条 本办法所称的区域总额预算下的 DRG+点值付费管理，是指医疗保障部门按照基金收支权责发生制的口径，编制全市区域总额年度预算收入和医疗服务基金年度预算支出，对按病组付费（DRG）的医疗机构基金总支出单列预算、单独运行、点值清算；以各医疗机构上年度基金支出和核定的年度增长率为依据测算各医疗机构年

度预算额度，结合固定预算点值（100）下达年度预算分值，年终根据各医疗机构提供医疗服务实际发生的分值和结算点值予以清算。

第四条 城镇职工、城乡居民医保基金按规定实行单独核算、分类保障。

运营相对稳定（三个自然年度以上）的医疗机构，当年度预算额度和调增额度实行分开预算、分类管理。

第五条 制定本办法遵循的基本原则：

（一）量入为出，精准预算。坚持医保基金“以收定支、收支平衡、略有结余”，合理安排年度预算，年初下达各医疗机构。

（二）动态调整、精细管理。年中对预算实施动态管理，加强年度预算执行和全过程监测，强化基金管控，实现以月保季、以季保年。

（三）公平合理、精确清算。年终根据基金收支情况以及医疗机构提供医疗服务实际发生的结算分值，准确核算结算点值，确保清算及时到位。

（四）三医协同，服务发展。发挥医保基金战略购买作用，支持基层医疗服务能力提升，支持医疗机构合理有序开展高新医疗技术。

第六条 参保人员在定点医疗机构、定点零售药店就医购药，以及在医疗保障经办机构结算报销医疗费用和享

受的医保待遇，不受本办法影响。

第二章 预算管理

第七条 医疗保障部门组织编制区域总额年度收入预算和医疗服务基金总额年度支出预算，核定各医疗机构年度基金预算额度并贯彻执行。

第八条 编制区域总额年度收入预算。应当以上年度医保基金收入及增长率等因素为基础，测算当年度基金预算收入增长率，分别确定全市职工、居民医保基金预算收入总额。其中：职工预算收入总额包含医保基金征缴收入和利息等其他收入；居民预算收入总额包含居民个人征缴、居民参保财政补助收入和利息等其他收入。

第九条 编制全市医疗服务可分配基金年度预算。应当在区域总额年度收入预算内，扣除异地就医、手工报销、双通道等电子处方流转药品、家庭医生签约等必要的费用支出。职工基金另需扣除生育津贴、长期护理保险、省级统筹调剂金等非医疗费用支出。

在编制全市医疗服务可分配基金年度预算时，应当预留一定的增量调节金。增量调节金以年初调查摸底的各医疗机构当年度基金预期增量数据为测算依据，依申报核准使用，必要时可以将稽核扣款等其他收入纳入增量调节金一并使用。

在编制全市医疗服务可分配基金年度预算时，还应当预留一定的结余额度作为风险金。风险金按照前三年基金结余情况提取留用，原则上不得动用。因重大政策调整、重大公共卫生事件、自然灾害等不可抗力，导致基金支出大幅增长、年度预算严重不足且增量调节金无法覆盖时，方可使用风险金补充增长的基金支出。

第十条 编制按病组付费（DRG）基金年度预算。应当根据全市执行按病组付费（DRG）的医疗机构上年度职工、居民项目明细的基金总支出，结合各等级医疗机构年初核定的增长率和结余超支合理区间，并预留特例单议额度，在全市医疗服务基金总额年度预算中优先保障。

第十一条 核定各医疗机构年度预算额度。应当以该机构门诊、住院（含 DRG 付费）项目明细的上年度合理基金支出为基数，根据该机构等级赋予一定的年度增长率，测算职工、居民预算额度，需要调增的依申报核准增加年度预算额度。

上年度合理基金支出是指扣减上年度稽核扣款、医疗机构超支分担金额，以及因医疗服务价格治理等应当扣减的基金支出。

第十二条 各医疗机构手工报销和通过电子处方流转定点零售药店的双通道等药品，纳入该医疗机构年度基金预算额度，但不纳入点值结算，由医疗保障经办机构

与患者及定点零售药店代为结算。同时鼓励医疗机构对双通道药品应配尽配，为参保人就医取药提供便利。

第十三条 医疗保障经办机构通过协商谈判、征求意见等方式确定各医疗机构职工、居民年度预算额度后，按照固定预算点值（100）转化为预算分值下达各医疗机构，并签订医保服务协议。

各医疗机构年度预算总分值=〔各医疗机构上年度职工合理基金支出×（1+增长率）+手工报销、双通道等电子处方流转药品额度〕÷100 +〔各医疗机构上年度居民合理基金支出×（1+增长率）+手工报销、双通道等电子处方流转药品额度〕÷100。

第十四条 实行县域医共体打包支付和执行按病组付费（DRG）、中医优势病种付费、按床日付费的，按照本办法纳入区域总额年度预算管理。

第十五条 医疗机构有以下情形的，医疗保障部门通过核定较高的预算增长率或提高年度预算额度等方式，予以适当调整年初预算：

- （一）基层医疗机构落实分级诊疗需要扶持的；
- （二）老年、儿童、妇产等专科医院和中医院、肺结核病院等需要扶持的；
- （三）医疗机构年度基金预算额度较其上年度项目明细基金支出偏离值较大的；

(四) 其他需要扶持的情形。

第三章 动态调整

第十六条 医疗保障部门可以根据基金收支及运行情况,年中对医疗服务可分配基金年度预算和各医疗机构年度预算额度实施动态调整。

第十七条 职工、居民增量调节金或区域总额年度实际收入有结余的,若按病组付费(DRG)基金年度预算不足,可以适当调增预算额度用于支持按病组付费(DRG) 2.0 版落地及平稳运行。

第十八条 医疗机构符合以下情形的,可以向医疗保障部门申报调增年度预算额度,医疗保障部门在预留的增量调节金内统筹安排、适度保障:

- (一) 医疗保障部门批准新增定点的;
- (二) 卫健部门批准或备案增设院区、执业地点、病区(住院科室)的;
- (三) 医疗机构处于发展期(定点三个自然年度内)的;
- (四) 医疗机构四级手术人数或占比提高的;
- (五) 社区卫生服务中心、乡镇卫生院(含村所)、社区卫生服务站接诊高血压、糖尿病、慢心衰病人占比增加的;

（六）发生重大政策调整、重大公共卫生事件、自然灾害等不可抗力情况；

（七）医疗机构因特殊因素致使有效服务人数增加的；

（八）其他需要调增的情形。

第十九条 属于本办法第十八条调增情形的，医疗机构应当按照分级管理原则，及时主动向属地医疗保障部门申报，经医疗保障经办机构核查后提出初步调增意见，报福州市医疗保障局核准使用，调增额度按照固定预算点值（100）转化为分值下达各医疗机构。

医疗机构无正当理由未及时主动申报调增并经核准的，医疗保障部门不予调增年度预算额度。

第二十条 增量调节金优先保障本办法第十八条第（一）项至第（六）项的增量基金支出。

医疗机构因有效服务人数增加的，原则上应当在年度预算额度中消化，确有特殊原因申报调增的，应当严格控制，在预留的增量调节金或区域总额年度实际收入结余中酌情调增。

第二十一条 医疗机构有以下情形的，医疗保障部门应当调减其年度预算额度：

（一）中止（终止）和解除医保服务协议；

（二）有效服务人数明显偏离年初预算的；

(三) 其他应当调减的情形。

第四章 运行监测

第二十二条 医疗保障部门应当建立基金运行监测工作机制,对全市总额预算执行情况和医疗机构的医保目录外费用占比、人次人头比、有效服务人数进行全流程监测,做到月度监测提醒、季度约谈通报,将数据异常的医疗机构列入基金监管重点对象。

第二十三条 在总额预算下,按照行政区划、医疗服务、机构等级、增量基金的类型,建立四个不同维度的基金池,并对基金池内的医疗机构等级和医疗服务类型分类监测,提高监管的针对性和有效性。

第二十四条 根据各医疗机构上年度月份、季度基金支出占比,结合各医疗机构的意见,将其年度预算额度(含增量)分解到月份和季度,加强跟踪监测,提高医疗机构自身控费管理能力。

第二十五条 医疗保障部门对各医疗机构实行风险等级管理,每季度按照机构实际基金支出与预算额度的比例,划分基金支付管理的低、中、高3个风险等级。不超过95%为低风险,超过95%但不超过100%为中风险,超过100%为高风险。对中风险的医疗机构予以提醒,对高风险的医疗机构超过季度预算额度的支出予以暂缓拨付,通过

督促其自查自纠，加强线上审核，必要时现场稽核后，对合理使用的基金予以支付。

第二十六条 医疗保障部门每季度向社会公布基金收支、基金结余、医疗服务质量指标、双通道药品使用、手工报销、异地就医等基金运行数据，并对增量部分的基金使用情况持续加强跟踪监管。

第二十七条 医疗机构不得以医疗保障部门总额预算管理和基金管控为由推诿拒收参保患者、转嫁参保人员医疗费用、降低参保人员医疗服务质量、减少合理和必要的药品及治疗，或要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院，一经发现予以全市通报，并采用扣减年度协议履约考核分数、年度预算分值、降低即时结算基金和预付款比例等方式予以处理。

第五章 结算清算

第二十八条 医疗保障部门根据全市医保基金收支、DRG 医保基金结算情况，结合年度考核等，在职工、居民医保基金年度预算内开展年终清算。

第二十九条 全市职工医疗服务基金实际支付总额(Y1) = 当年度职工医保基金预算内收入总额 - 预留结余额度(风险金) - 异地就医 - 手工报销 - 双通道等电子处方流转药品 - 家庭医生签约 - 生育津贴 - 长期护理保险 - 省级统筹

调剂金等不纳入点值清算的实际支出费用。

全市居民医疗服务基金实际支付总额（Y2）=当年度居民医保基金预算内收入总额-预留结余额度（风险金）-异地就医-手工报销-双通道等电子处方流转药品-家庭医生签约等不纳入点值清算的实际支出费用。

第三十条 全市职工/居民总分值（F1/F2）=Σ（各医疗机构职工/居民提供医疗服务实际发生的分值-手工报销分值-双通道等电子处方流转药品分值）（不含未经核准的超支分值，下同）。

手工报销、双通道等电子处方流转药品分值=（手工报销金额+双通道等电子处方流转药品金额）÷固定预算点值（100）。

第三十一条 结算点值（精确到小数点后四位）=全市职工/居民医疗服务基金实际支付总额（Y1/Y2）÷全市职工/居民总分值（F1/F2）。

第三十二条 各医疗机构的基金支付金额（Z）=（该医疗机构职工/居民医疗服务实际发生的分值-稽核扣款分值-手工报销分值-双通道等电子处方流转药品分值）×职工/居民结算点值。

稽核扣款、手工报销、双通道等电子处方流转药品分值=（稽核扣款金额+手工报销金额+双通道等电子处方流转药品金额）÷固定预算点值（100）。

第三十三条 实行县域医共体打包支付的，年终按照《福州市紧密型县域医疗卫生共同体医保基金打包支付管理实施办法》（榕医保文〔2023〕28号）予以清算，点值清算和打包基金清算有差额的，从增量调节金或清算结余基金中列支。

执行按病组付费（DRG）、中医优势病组付费、按床日付费的，按照原付费方式结算后，纳入点值清算。

第三十四条 当年度职工、居民医保基金实际收入比年度预算收入有结余的情况下，职工基金累计结余12个月以上、居民基金累计结余可支付月数6个月以上的，可以提取一定比例的**当年度**结余基金，合并至全市职工、居民医疗服务基金实际支付总额中予以分配。

第六章 附则

第三十五条 财政部门配合医保部门做好医保基金区域总额预算管理及其执行情况的监督管理工作。

医保、卫健部门要共同做好医疗机构和就医参保人员的政策解释工作，积极回应群众关切、合理引导社会预期，推动医疗机构从粗放扩张的规模增长向精细管理的内涵发展转变，统筹我市医保基金安全与赋能卫生健康事业高质量发展，促进“三医”协同治理。

第三十六条 上年度使用医保基金低于10万元的村

卫生所（室）实行按项目付费。

第三十七条 本办法实施期间，若发生影响范围较大的突发卫生事件，导致城乡居民医保基金支出增加，预留的城乡居民风险调节金不足以覆盖的，由财政、医保、卫健部门共同研究解决。

第三十八条 医疗机构因适用本办法而产生争议的，应当依据与医疗保障经办机构签订的医保服务协议约定方式解决或者提请同级医疗保障行政部门协调处理。

第三十九条 医疗保障经办机构根据本办法制定经办规程并组织实施。

第四十条 本办法由福州市医疗保障局负责解释。

第四十一条 本办法自印发之日起施行，有效期五年，此前有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。实施过程中如遇国家和省级医疗保障部门有新规定，从其规定。