

潮州市医疗保障局
潮州市财政局文件
潮州市卫生健康局

潮医保规〔2019〕1号

关于印发《潮州市基本医疗保险医疗费用
结算办法》的通知

各县（区）医疗保障局、财政局、卫生健康局，市社会保险基金
管理局，各基本医疗保险定点医疗机构：

现将《潮州市基本医疗保险医疗费用结算办法》印发给你们，
请遵照执行。



潮州市医疗保障局



潮州市财政局



潮州市卫生健康局

2019年12月26日

潮州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,规范医疗费用结算,推动医疗服务的精细化管理,保障参保人的基本医疗保险权益,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定点医疗机构(下称定点医疗机构)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定点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定点医疗机构记账,医疗保险经办机构再按本办法与定点医疗机构进行结算。

参保人在县(区)属医疗机构发生的医疗费用由所在县(区)医疗保险经办机构负责结算;在市属医疗机构发生的医疗费用由市医疗保险经办机构负责结算。

第三条 参保人在本市非定点医疗机构急诊住院或市外非联网结算医疗机构就医的,其医疗费用由参保地医疗保险经办机构负责结算并按规定支付。

参保人在市外联网结算医疗机构就医的,其医疗费用由市医疗保险经办机构统一负责结算并按规定支付后,与其参保地医疗保险经办机构进行结算。

第四条 参保人在定点医疗机构住院医疗费用的结算办法，按医疗保险有关规定执行。其医保待遇不受医疗保险经办机构与定点医疗机构结算办法的影响。

第五条 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。

第六条 建立部门分工、协调推进、齐抓共管的工作机制。

市医疗保障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；市财政部门牵头确定年度基本医疗保险统筹基金总额预算及定点医疗机构分值结算总额等指标；市卫生健康行政部门牵头做好定点医疗机构权重系数、病种库及其分值的年度调整工作，协调推进各定点医疗机构病案首页的应用上报工作，加强对定点医疗机构的监督管理；市医疗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

第七条 参保人在定点医疗机构发生的属基本医疗保险统筹基金支付范围内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、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），根据病种或住院床日费用的分值以及各定点医疗机构权重系数等进行分配结算。

参保人在定点医疗机构住院治疗，住院费用如未达到统筹基金起付标准，或是超过统筹基金年度最高支付限额后再住院的，不纳入分值结算范围。

第八条 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）-风险调剂金（按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）-大病保险及补充医保相关费用-医保个人账户划拨费用-家庭医生签约服务费-门诊诊查费支出-其他支出

上款所称“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。

第九条 根据定点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，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。精神病患者在定点医疗机构精神病专科的住院基本医疗费用按床日确定分值。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，重新确定其病种分值。（《分值确定办法》见附件）

第十条 根据各定点医疗机构级别、病种次均基本医疗费用的客观差异及定点医疗机构绩效考核情况，合理确定各定点医疗机构的权重系数，作为定点医疗机构病种分值权重分配系数。

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。

第十一条 定点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 14 日内上传准确的疾病编码。不按要求使用病案首页或上传疾病编码的病例，不予结算。

第十二条 参保人在定点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，重复在同一定点医疗机构住院的（按服务协议约定的其他特殊原因除外），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。

精神病患者在定点医疗机构的精神病专科住院时间超过一个自然年度的，以一个自然年度作为一次住院周期结算。

第十三条 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。

第十四条 当月预结算分值单价=（月预结算资金总额+全市当月按分值结算参保人住院个人自付总额）÷全市当月各定点医疗机构总分值之和

定点医疗机构总分值=定点医疗机构分值总数×定点医疗机构权重系数

月预结算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，其中每年年初未完成上年度清算之前的月份，月预结算资金总额按全市上年度 12 月份定点医疗机构住院记账资金总额确定。

第十五条 各定点医疗机构住院基本医疗保险费用月预结算金额（下称月预结算金额）=当月定点医疗机构总分值×当月预结算分值单价-当月定点医疗机构按分值结算病种的参保人住院个人自付总额

当月定点医疗机构住院记账资金总额小于月预结算金额时，按住院记账资金总额支付给定点医疗机构；当月住院记账资金总额大于月预结算金额的，按月预结算金额预付给定点医疗机构。

第十六条 年度结束，如各定点医疗机构住院记账资金总额之和未达到年度可分配资金总额的，按住院记账资金总额之和的 103%作为年度可分配资金总额，但最高不超过按本办法第八条

第一款计算的数额。

第十七条 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住院个人自付总额）÷当年各定点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，以上年度分值单价的 110%作为当年度分值单价。

第十八条 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）=当年定点医疗机构总分值×当年分值单价-当年定点医疗机构按分值结算病种的参保人住院个人自付总额

如定点医疗机构住院统筹基金实际发生额未达到按上述公式计算出的年度应偿付总额的，按统筹基金实际发生额的 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-月预结算金额总额

第十九条 医疗保险经办机构可向定点医疗机构拨付周转金，用于定点医疗机构为参保人提供医疗服务的资金周转。周转金采取由定点医疗机构申请、医疗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住院记账资金总额的月平均值。

周转金的申请、预付、清算、回收等由医疗保险经办机构在《潮州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。

第二十条 年度可分配资金总额经实际分配后仍有结余的,经报市政府批准,可根据基金运行、各定点医疗机构医疗服务等情况进行二次分配。

第三章 其他结算方式

第二十一条 门诊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。

第二十二条 家庭医生签约服务费和日间手术的结算办法另行规定。

第四章 结算管理

第二十三条 定点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。

第二十四条 非公立定点医疗机构医疗要统一执行本市物价行政部门规定的本市同类型、同级别的非营利性公立医疗机构医疗收费的最高限价标准。

第二十五条 定点医疗机构于每月 15 日前,向医疗保险经

办机构申报结算上月记账的基本医疗费用。医疗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结算金额。

第二十六条 医疗保险经办机构应在服务协议中约定各定点医疗机构年度重复住院率、病种费用增长率、疾病编码准确率、大型设备阳性率、“三大目录”外费用比例、合理用药情况等控制指标，并加强对医疗机构费用的控制和质量的监管。

第二十七条 各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，医疗保险经办机构原则上在每年 3 月底前完成上年度年度清算工作。

第二十八条 医疗保险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

第二十九条 各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。

第三十条 医疗保险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，应及时向同级医疗保障行政部门报告。

第三十一条 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、市场监管、物价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。

第三十二条 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，定期对疾病诊断的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，及时查处违法违规执业行为并予以通报。

第三十三条 市医疗保障行政部门会同市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

第三十四条 本办法所称“基本医疗费用”是指：符合基本医疗保险用药、诊疗项目、医疗服务设施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“个人自付总额”是指：基本医疗费用中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按规定由个人支付的费用总和。

本办法所称“记账资金总额”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。

第三十五条 本市按分值结算的病种、住院床日费用及分值、各定点医疗机构权重系数等指标的确定，以及本办法实施后因医疗技术、服务、费用等情况变化需要调整的，由市卫生健康局牵头，会同市医疗保障局、市财政局共同确定并联合公布。没有调整的继续按原标准执行。

第三十六条 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，由参保人先行支付后到医疗保险经办机构办理报销手续。

第三十七条 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。

第三十八条 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。

第三十九条 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2024 年 12 月 31 日。此前有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。原《关于印发<潮州市基本医疗保险医疗费用结算办法（试行）>的通知》（潮人社规〔2017〕1 号）同时废止。

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。

附件：《基本医疗保险病种分值确定方法》

附件

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《潮州市基本医疗保险医疗费用结算办法》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）根据各定点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，结合治疗方法分别计算出各病种符合基本医疗保险范围的次均住院基本医疗费用（下称次均住院费用）。

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符合基本医疗保险政策范围住院基本医疗费用，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定点医疗机构公布、说明及广

泛征求意见，根据各定点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、精神病患者在定点医疗机构的精神病专科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定点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定点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，

由定点医疗机构在上一年度清算后 1 个月内提出申请；市卫生健康局牵头，会同市医疗保障局、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卫生健康局会同市医疗保障局联合制定并公布。

六、本方法由潮州市医疗保障局会同市卫生健康局负责解释。

公开方式：主动公开

抄送：市司法局、各县（区）社会保险基金管理局。

潮州市医疗保障局办公室

2019 年 12 月 26 日印发
