

杭州市人民政府办公厅文件

杭政办函〔2023〕77号

杭州市人民政府办公厅 关于印发杭州市基本医疗保险医疗费用 结算管理办法的通知

各区、县（市）人民政府，市政府各部门、各直属单位：

《杭州市基本医疗保险医疗费用结算管理办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

杭州市人民政府办公厅

2023年12月8日

（此件公开发布）

杭州市基本医疗保险医疗费用结算管理办法

为保障参保人员基本医疗需求，规范医疗保险费用结算，提高基本医疗保险基金使用效率，防范医疗保险基金风险，确保基本医疗保障制度长期可持续运行，根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）等文件精神，结合本市实际，特制定本办法。

一、总则

（一）适用范围。

本办法适用于本市医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）与市域范围内定点医药机构之间的基本医疗保险费用结算，参保人员基本医疗保障待遇不受本办法影响。

（二）管理要求。

按照“规范使用、合理支付、消除浪费、可持续发展”的原则，积极引导定点医药机构建立自我管理、自我约束的良性机制，合理、有效地利用医药卫生资源，做好基本医疗保险费用（以下简称医疗费用）结算管理工作。

（三）医疗费用范围。

本办法所称的医疗费用包括职工基本医疗保险参保人员和城乡居民基本医疗保险参保人员（以下统称参保人员）在本市定点医药机构发生的以下费用：

1. 门诊医疗费用[包括普通门诊医疗费用、特殊病种（规定病

种) 门诊医疗费用和药店购药费用];

2. 住院医疗费用;

3. 家庭病床等其他医疗费用。

(四) 工作机制。

市基本医疗保险费用结算管理联席会议(办公室设在市医疗保障局,以下简称市联席会议)负责研究协调医疗费用结算管理过程中的重大问题,并根据上级部门规定和本市医保支付方式改革、医疗服务价格改革、药品与医用耗材集中带量采购、中医药医保支付等医保、医疗、医药体制改革工作推进情况,研究调整结算管理标准。

二、管理原则

参保人员在定点医药机构发生的医疗费用实行总额预算管理。

(一) 门诊医疗费用。

定点医药机构发生的符合基本医疗保险开支范围的门诊医疗费用实行总额预算考核管理。各定点医药机构年度医疗费用预算总额一般应在每年年初确定,次年年初结合定点医药机构实际医疗费用发生情况、日常管理服务情况以及绩效评定结果等进行年度决算。

(二) 住院医疗费用。

定点医疗机构发生的住院医疗费用按照国家和省疾病诊断相关分组(DRGs)点数付费有关规定执行。

（三）家庭病床等其他医疗费用。

家庭病床医疗费用参照门诊医疗费用总额预算管理，其他医疗费用按照相关文件规定执行。

三、预算指标下达

（一）门诊医疗费用。

每年第二季度，市医保经办机构应根据上年度各定点医药机构的医疗费用决算情况和调节系数提出当年的医疗费用预算总额建议方案，报市联席会议研究确定后予以下达。调节系数根据上年度医疗费用的变化情况以及本市经济社会发展水平等因素确定。

1. 门诊医疗费用预算总额具体计算公式：

门诊医疗费用预算总额=一般费用预算总额+特殊费用预算总额；

一般费用预算总额=上年度核定就诊人数×次均费用指标×人次人头比指标×调节系数；

特殊费用预算总额=上年度特殊费用决算额×调节系数。

一般费用是指参保人员在该定点医药机构发生的，除特殊费用以外的医疗费用；特殊费用是指按病种付费、按服务单元付费等其他结算方式进行结算的医疗费用以及国家谈判药品等医疗费用。

2. 核定就诊人数、次均费用指标和人次人头比指标按以下规定确定。

（1）核定就诊人数是指剔除无效人头数后的实际就诊人数。

(2) 一般情况下, 次均费用指标和人次人头比指标根据各定点医药机构上年度指标执行情况结合同级同类定点医药机构的医疗费用水平合理确定。

对总体指标有超标的, 超标部分采用分段累计的方法在上年度下达次均费用指标和人次人头比指标乘积的基数上计算增加:

超标 10% (含) 以下的, 按超标部分增加 20%;

超标 10% 以上的, 按超标部分增加 10%。

对总体指标有结余的, 结余部分采用分段累计的方法在上年度实际发生次均费用指标和人次人头比指标乘积的基数上计算增加:

结余 20% (含) 以内的, 按结余部分增加 50%;

结余 20% 以上的, 按结余部分增加 10%。

(3) 新增的定点医药机构在首个费用结算年度内发生的医疗费用纳入总额预算管理, 其中核定就诊人数按当年度剔除无效人头数后的实际就诊人数计算, 次均费用指标和人次人头比指标由市联席会议参考该机构所在区、县(市)同级同类定点医药机构医疗费用平均水平研究确定。

(二) 住院医疗费用。

定点医疗机构发生的住院医疗费用按照 DRGs 点数付费有关规定执行。

四、日常费用拨付

市医保经办机构对定点医药机构采用每月预拨与年末清算相结合的方式支付医疗费用。

定点医药机构每月申请拨付的医疗费用在核定的预算总额（拨付限额）内的，经审核后按项目付费、DRGs 点数付费等方式进行预拨，当其年度内累计发生医疗费用超过预算总额（拨付限额）时，次月起原则上暂缓拨付申请的医保费用，其中住院拨付限额还应与卫生健康部门核定的床位数关联并进行年度预拨封顶。

各级医保经办机构负责对定点医药机构申请拨付的医疗费用进行审核。定点医药机构申请拨付的医疗费用在扣除违规费用后，由市医保经办机构在每月底前按 95%的比例拨付。

定点医药机构在年度内发生下列情形时，市医保经办机构可根据该定点医药机构的实际情况，对其预算额度进行调整：

1. 医药机构规模扩大、就诊人数增加的；
2. 医药机构发生重组、兼并、破产、歇业的；
3. 医药机构被暂停服务协议的；
4. 医药机构被取消定点资格终止服务协议的；
5. 其他需要调整预算额度的事项。

五、年度费用决算

每年第二季度，市医保经办机构对上年度定点医药机构的医疗费用进行决算。

（一）门诊医疗费用。

门诊医疗费用年度决算总额包括一般费用决算额和特殊费用决算额，并应扣除因违规剔除的医疗费用部分。除另有规定外，

特殊费用均按照项目付费方式进行决算。一般费用按以下规定进行决算。

1. 确定决算指标。

定点医药机构上年度门诊医疗费用决算指标按以下公式计算：

上年度门诊医疗费用决算指标=上年度门诊预算额×绩效情况。

其中绩效情况主要考虑定点医药机构门诊就诊人头、就诊人次、人次人头比、次均费用等因素。

2. 确定决算额。

(1) 发生的医疗费用未超过决算指标的，先按照基本医疗保险基金支付规定结算，再采用分段累计的方法计算：

在决算指标 80%—100%（含）之间的，按差额部分的 60%增加决算额，并按年度医疗费用实际发生数中的基本医疗保险基金支付的权重比例给予支付；

在决算指标 60%—80%（含）之间的，按差额部分的 50%增加决算额，并按年度医疗费用实际发生数中的基本医疗保险基金支付的权重比例给予支付；

低于决算指标 60%（含）的，差额部分不计入决算额并不予支付医疗费用。

(2) 发生的医疗费用超过决算指标的，决算指标内的医疗费用按照基本医疗保险基金支付规定予以结算，超过决算指标部分

采用分段累计的方法计算：

超过决算指标 5%（含）以下的，超过部分按照 30%的比例增加决算额，并按年度医疗费用实际发生数中的基本医疗保险基金支付的权重比例给予支付；

超过决算指标 5%—10%（含）的，超过部分按照 20%的比例增加决算额，并按年度医疗费用实际发生数中的基本医疗保险基金支付的权重比例给予支付；

超过决算指标 10%以上的，超过部分按照 10%的比例增加决算额，并按年度医疗费用实际发生数中的基本医疗保险基金实际支付的权重比例给予支付。

（二）住院医疗费用。

定点医疗机构发生的住院医疗费用按照 DRGs 点数付费有关规定执行。

（三）年度考核结果处置。

按照国家和省、市有关要求，由医保经办机构负责对定点医药机构开展年度考核。对于考核结果在 90 分及以上的，每月未拨付的 5%部分医疗费用予以全额返还；对于考核结果在 60 分（含）—90 分之间的，按年度考核方案规定的比例扣减每月未拨付的 5%部分医疗费用；对于考核结果低于 60 分的，每月未拨付的 5%部分医疗费用不予支付。

六、年度费用清算

（一）门诊医疗费用。

每年第二季度，由市医保经办机构完成上年度各定点医药机构发生的门诊医疗费用的清算工作。清算时要综合考虑当年度政策调整等客观原因影响医疗费用发生、就诊服务量、医保违规等因素，对定点医药机构人为控制或调整相关医疗费用造成费用指标失真的无效人头予以剔除。

清算金额按以下公式计算：

清算金额=各医药机构年度决算总额-个人现金支付医疗费用-已拨付的基金（资金）。

个人现金支付医疗费用是指符合医保列支范围的应由个人现金支付的医疗费用。

（二）住院医疗费用。

定点医疗机构发生的住院医疗费用按照 DRGs 点数付费有关规定执行。

七、其他

定点医药机构为参保人员提供医疗服务时，应当遵循因病施治、合理检查、合理治疗的基本医疗服务原则，不得分解住院，不得拒收、推诿病人。除急诊、抢救等特殊情形外，选用基本医疗保险支付范围外的医疗服务项目、药品和医用材料时，应由参保人员本人、监护人或近亲属签名同意。

参保人员在定点医药机构因急诊、信息网络原因等导致无法使用医保就医凭证（含电子凭证）结算的医疗费用，以及在定点医药机构发生的应按医保结算但自费结算的医疗费用，可先由个

人垫付，再向医保经办机构申请报销。上述未在医药机构直接按医保结算的医疗费用，应计入医疗费用发生的医药机构的预决算额度内。中药饮片处方帖均费用按照《浙江省卫生厅 浙江省人力资源和社会保障厅关于加强中药饮片使用管理的通知》（浙卫发〔2012〕226号）规定的标准进行考核，超过标准部分费用分段按比例扣除。

因大规模暴发性传染病或受大规模自然灾害影响造成的医疗费用，由市联席会议研究确定具体结算考核方案。

各区、县（市）可根据各地实际建立协调机制，研究本辖区基本医疗保险医疗费用结算管理重大事项，并报市联席会议研究确定。

本办法自2024年1月1日起施行，具体考核结算标准相关事宜，以及本办法实施后出现的结算管理新问题，由市医疗保障局提出具体方案，按程序报市联席会议研究确定。国家、省、市相关文件另有规定的，从其规定。前发《杭州市人民政府办公厅关于印发杭州市基本医疗保险医疗费用结算管理暂行办法的通知》（杭政办函〔2009〕403号）同时废止。

抄送：市委各部门，市纪委，杭州警备区，市各群众团体。
市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市法院，市检察院。
市各民主党派。

杭州市人民政府办公厅

2023年12月11日印发

