

邢台市医疗保障局 邢台市卫生健康委员会

邢医保函〔2023〕8号

邢台市医疗保障局 邢台市卫生健康委员会 转发河北省完善公立医疗机构医疗服务 价格动态调整机制的实施意见 (试行)的通知

各县(市、区)医疗保障局、卫健局,市直各医疗机构:

现将河北省医疗保障局、河北省卫生健康委员会关于印发《河北省完善公立医疗机构医疗服务价格动态调整机制的实施意见(试行)》的通知(冀医保规〔2023〕4号)转发给你们,请认真学习研究并抓好贯彻落实。



歐陽氏立憲時台報
論及憲法主權台報

河北省医疗保障局 河北省卫生健康委员会 文件

冀医保规〔2023〕4号

河北省医疗保障局 河北省卫生健康委员会 关于印发《河北省完善公立医疗机构医疗服务价格 动态调整机制的实施意见(试行)》的通知

各市(含定州、辛集市)医疗保障局、卫生健康委(局),雄安新区管委会公共服务局,省直三行业医疗保障管理部门,省直各医疗机构:

为完善我省医疗服务价格动态调整评估机制,根据国家医疗保障局等八部门《关于印发深化医疗服务价格改革试点方案》(医

保发〔2021〕41号)、国家医疗保障局等四部门《关于做好当前医疗服务价格动态调整工作的意见》(医保发〔2019〕79号)等文件要求,结合我省实际,省医疗保障局、省卫生健康委联合制定了《河北省完善公立医疗机构医疗服务价格动态调整机制的实施意见(试行)》。现印发你们,请认真组织实施。



(主动公开)



河北省完善公立医疗机构医疗服务价格 动态调整机制的实施意见

(试行)

根据国家医疗保障局等八部门《关于印发深化医疗服务价格改革试点方案的通知》(医保发〔2021〕41号)、国家医疗保障局等四部门《关于做好当前医疗服务价格动态调整工作的意见》(医保发〔2019〕79号)等文件精神,结合我省实际,现就进一步完善公立医疗机构医疗服务价格动态调整机制提出如下实施意见。

一、总体要求

(一)指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,坚持以人民健康为中心、以临床价值为导向、以医疗事业发展规律为遵循,建立健全符合我省实际的灵敏有度的价格动态调整机制,主动发挥医疗服务价格的杠杆功能。通过动态调整医疗服务价格,逐步理顺比价关系,支持医疗技术进步,合理体现技术劳务价值,控制人民群众医药费用负担,保障人民群众获得高质量、有效率、能负担的医疗卫生服务。促进医疗资源优化配置,促进医疗机构主动规范服务行为,促进公立医院高质量发展。

(二)总体思路

统筹兼顾医疗事业发展需要和各方承受能力,调控医疗服务价格总体水平。建立健全调价综合评估指标体系,明确调价的启动条件和约束条件,定期开展调价评估。探索政府指导和公立医疗机构参与相结合的价格形成机制,充分发挥公立医疗机构专业优势,合理确定医疗服务价格,确保群众负担总体稳定、医保基金可承受、公立医疗机构健康发展可持续。强化大数据和信息化支撑作用,加强公立医疗机构医疗服务价格运行监测评估,确保价格机制稳定运行。坚持系统观念,增强改革的系统性、整体性、协同性,形成综合效应。

(三) 基本原则

1. 总量控制,稳定预期。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,稳定调价预期。在价格调整总量范围内突出重点、有升有降调整医疗服务价格,发挥价格工具的杠杆作用,控制医药费用过快增长,提升价格管理的社会效益。

2. 科学分类,有序管理。积极探索建立价格分类形成机制,对医疗机构普遍开展、服务均质化程度高的诊察、护理、床位、部分中医服务等通用型项目,把价格基准管住管好,充分考虑群众承受能力;对于技术难度大的复杂型项目,尊重医疗机构和医生的专业性意见建议,更好体现技术劳务价值。

3. 灵敏有度,科学评估。综合考虑社会经济发展、公立医疗机构改革绩效、医保和患者承受能力等因素,科学设定价格动态调整触发条件和约束条件,定期开展调价评估,灵敏有度地把握调价窗口和节奏。

4. 规范路径,有序推进。按照“设置启动条件、评估触发实施、有升有降调整、医保支付衔接、跟踪监测考核”的基本路径,开展医疗服务价格动态调整。

二、完善建立灵敏有度的动态调整机制

(一)综合设置启动条件

按照通用型和复杂型分类制定启动条件。医疗机构普遍开展、服务均质化程度高的诊察、护理、床位等列入通用型医疗服务项目目录清单(附件1);对符合条件的中医等医疗服务项目,可纳入通用型项目范围;根据实施情况适时对通用型项目清单进行动态调整。未列入通用型项目目录清单的,纳入复杂型医疗服务项目范围。

围绕以下指标结合政策实施情况,明确触发标准和约束标准,并对相应标准指标适时动态调整:一是医疗费用指标,包括医疗费用、检查化验费用、药品和卫生材料费用的增长率等;二是医疗机构运行指标,包括扣除检查化验、药品、卫生材料的医疗收入占比、医务人员薪酬与社平工资比值和医疗收支年度结余率等;三是医

保费用指标,包括医疗服务价格指数(包括绝对价格水平和相对价格水平)、职工基本医保统筹基金结余和居民医保基金结余可支付月数等;**四是**经济社会发展指标,包括地区生产总值(以下简称“GDP”)增长率、居民消费价格指数(以下简称“CPI”)。

1. 通用型项目启动条件。

触发标准:有以下情况之一的,可以启动通用型项目价格调整:上一年的城镇单位就业人员平均工资增长率 $\geq 15\%$,或最近三个年度的城镇单位就业人员平均工资增速累计 $\geq 20\%$;我省医疗服务价格的绝对价格水平评分和相对价格水平评分排序任意一项处于全国后 10 位。

约束标准:本年度居民消费价格指数预期控制目标 $\geq 3.5\%$,本年度不实施通用型项目价格调整;已触发启动条件的,顺延至下一年度实施,占用下一年度的调价总量。

2. 复杂型项目启动条件。包括上调和下调。

(1)上调触发标准。采用综合评分,选取医疗费用变化、医院运行情况、承受能力、经济社会及卫生事业发展水平等四个方面 17 项指标进行评分。经综合评分并按百分制换算分数达到 70 分(含)以上时,可上调部分医疗服务项目价格(具体指标的考核标准、分值详见附件 2)。

上调约束标准。存在以下情形之一的,不得启动医疗服务价

格动态调整:一是上年度医疗费用增长率超过 GDP 增长率 5 个百分点的或上年度医疗费用增长率高于 10% 的;二是上年度门诊或住院次均医疗费用增长率高于 5% 的;三是上年度职工基本医保统筹基金累计结余可支付月数少于或等于 6 个月,或居民医保基金累计结余可支付月数少于或等于 3 个月的;四是居民消费价格指数年度控制目标大于或等于 3.5% 的;五是全省出现重大自然灾害、重大公共卫生事件等不宜调整医疗服务价格的其他情形。

(2) 下调触发标准。有以下情况之一的,应当及时动态下调部分医疗服务项目价格:一是现行医疗服务价格明显不合理,为理顺比价关系下调部分医疗服务项目价格或医疗机构主动申请下调的;二是上年度检查化验费用增长率高于 10% 的;三是我省医疗服务价格的绝对价格水平评分和相对价格水平评分排序任意一项处于全国前 10 位的;四是按照国家、省委省政府相关政策要求动态下调医疗服务价格的其他情形。

(二) 定期开展调价评估

医疗保障部门每年 9 月底前应会同卫生健康部门对本地区上一年度的相关指标进行量化评估,符合触发标准的按程序启动调价工作;超过约束标准的,本年度原则上不安排价格动态调整。国家及省委省政府安排的医疗服务价格专项调整,以及新增项目和价格矛盾突出项目的个别调整,不受启动条件和约束条件的限制。

(三)合理测算调价空间

以区域内公立医疗机构医疗服务总费用为基数,综合考虑地区经济发展水平、医药总费用规模和结构、医保基金筹资运行、公立医疗机构运行成本和管理绩效、患者跨区域流动、新业态发展等因素,确定一定时期内公立医疗机构医疗服务价格调整的总金额、总预算,测算一定时期内公立医疗机构调价空间。

(四)优化选择调价项目

一是以区域内样本医疗机构医疗服务项目成本为定价基础,支持技术劳务占比高、成本和价格严重偏离的医疗服务项目和历史价格偏低、医疗供给不足的薄弱学科项目优先调整;二是重点提高体现技术劳务价值的医疗服务价格,降低设备物耗占比高的检查检验和大型设备治疗项目价格;三是关注不同类型、不同等级医疗机构的功能定位、服务能力和运行特点,兼顾收入结构特殊的专科医院和基层医疗卫生机构;四是充分考虑中医医疗服务特点,积极支持中医传承创新发展;五是平衡好调价节奏和项目选择,合理听取医疗机构意见建议,防止出现部分应调整的项目长期得不到调整、部分项目过度调整的情况。

(五)科学制定调价方案

一是调价预计增收的总金额与既定的调价空间应基本吻合,并注意医疗机构间、学科间均衡;二是根据通用型项目和复杂型项

目的不同特点,将调价空间向选定的调价项目进行合理分配。对于通用型医疗服务,在成本调查、科学测算的基础上,合理确定调价幅度;对于复杂型医疗服务,在统筹考虑区域内、区域间医疗服务价格比价关系的基础上,尊重医疗机构和医生的专业性意见建议;**三是**综合考虑医疗机构等级和功能定位、医师级别、市场需求、资源配置方向等因素,合理确定不同等级医疗机构的价格差距。对服务均质化程度高、技术难度小,以及设备物耗占比高的项目,缩小不同等级医疗机构间的价格差距;对技术难度大、风险程度高的项目可适当拉开价格差距,促进分级诊疗;**四是**加强区域间沟通协调,经济发展水平相近、医疗发展水平相当、地理区域位置相邻的地区,价格水平应保持基本平衡。

三、建立医疗服务价格专项调整制度

为落实药品和医用耗材集中带量采购等重大改革、应对突发重大公共卫生事件、疏导医疗服务价格突出矛盾、缓解重点专科医疗供给失衡等重点任务,可根据实际需要适时启动医疗服务价格专项调整。开展专项调整时,根据公立医疗机构收入、成本等因素科学测算、合理确定价格调整总量和项目范围,参照动态调整有关要求,制定专项调价方案,做到总量保持平衡,价格有升有降,重点有所倾斜。

四、完善配套措施

(一) 优化调价规则和程序

依法依规优化完善医疗服务定价程序,采取简便易行的方式开展成本调查、广泛听取意见。探索引入医疗机构参与价格形成、有效反映医务人员专业性意见的制度、规则和方法。加强风险评估,分析价格调整对医疗总费用、公立医疗机构收入结构、医保基金支出、患者负担的影响,以及对医疗服务行为和就诊行为的影响。重点研判影响范围广和涉及特殊群体的调价项目,防范个性问题扩大成系统性风险。医疗服务价格调整时,应同步公布实施价格调整的具体政策,及时维护医疗服务价格项目目录,确保政策落地实施。

(二) 做好监测考核评估

各级医疗保障和卫生健康部门应分级建立医疗服务价格运行监测机制,明确监测指标,对本地区公立医疗机构医疗服务项目、价格、成本、费用、收入分配及改革运行情况等进行监测,作为实施医疗服务价格动态调整的基础和依据,及时发现问题,完善政策。建立绩效考核评价机制,推进政策落实、制度完善与信息共享。

(三) 及时报告价格动态调整情况

各地要按照河北省医疗保障局《关于建立医疗服务价格重要事项报告制度的通知》(冀医保函〔2022〕7号)要求,及时报告本地区医疗服务价格动态调整情况,及时在医疗服务价格管理子系

统上传与维护医疗服务价格信息(政府指导价)。

(四)提升公立医疗机构管理和服务水平

公立医疗机构提供医疗服务,不得强制服务并收费,不得采取分解收费项目、重复收费、扩大收费范围等方式变相提高收费标准;应主动适应改革,完善自我管理,提升医疗服务质量,优化医疗服务流程,改善就医体验;应改革完善内部分配机制,实现良性平稳运行。

五、认真组织实施

(一)强化组织领导

医疗服务价格动态调整机制的建立是深化医改的一项重点任务,事关民生大事,政策性强、社会关注度高。全省各级医疗保障、卫生健康等部门要科学谋划、精心组织,明确工作责任,及时细化工作举措,不折不扣地落实好各项工作任务,确保政策到位、措施到位、责任到位、保障到位。

(二)加强部门沟通

医疗服务价格动态调整涉及医疗机构、医保、群众、行业等多方利益,医疗保障、卫生健康部门要按照国家和我省深化医药卫生体制改革部署要求,将价格调整政策与现代医院管理、医保支付制度、医疗控费等相关改革协同推进,增强改革的系统性、整体性、协同性,确保医疗服务价格管理取得良好效果。

(三)营造良好氛围

主动做好相关政策解读,广泛听取社会意见,及时回应社会关切,合理引导社会预期。引导公立医疗机构主动转变发展方式,通过完善自我管理,强化降本增效,减少资源浪费。做好风险评估,针对可能发生的不稳定因素,制定应对预案,确保社会和谐稳定。

本《实施意见(试行)》自印发之日起执行,河北省医疗保障局、河北省卫生健康委《关于建立公立医疗机构医疗服务价格动态调整机制的实施意见》(冀医保字〔2019〕39号)同时废止。

附件:1.通用型医疗服务项目目录清单

2.复杂型医疗服务项目上调评估表

附件 1

通用型医疗服务项目目录清单

1. 诊查类

项目编码	项目名称
11020000100	普通门诊诊察费
11020000201	副主任医师诊察费
11020000202	主任医师诊察费
11020000203	知名专家诊察费
11020000300	急诊诊察费
11020000400	门急诊留观诊察费
11020000500	住院诊察费
11020000600	简易门诊
11100000101	副主任医师会诊
11100000102	主任医师会诊
11100000202	院内会诊
11100000201	院内会诊(高级职称)
21040000100	院外影像学会诊
48000000601	主任医师门诊中医辨证论治
48000000602	副主任医师门诊中医辨证论治
48000000603	普通门诊中医辨证论治

2. 护理类

项目编码	项目名称
11030000100	急诊监护费
12010000100	重症监护
12010000200	特级护理
12010000300	I 级护理
12010000400	II 级护理
12010000500	III 级护理

12010000600	严密隔离护理
12010000700	新生儿护理
12010000800	新生儿特殊护理
12010000900	精神病护理
12010001000	气管切开护理
12010001100	吸痰护理
12010001200	造口护理
12010001300	动静脉置管护理
12010001400	一般专项护理
12010001500	机械辅助排痰
12010001600	一般传染病护理

3. 床位类

项目编码	项目名称
11090000101	普通病房床位费(四人以上间)
11090000102	普通病房床位费(三人间)
11090000103	普通病房床位费(二人间)
11090000104	普通病房床位费(单人间)
11090000105	普通病房床位费(套间)
11090000106	普通病房床位费(新生儿急救床)
11090000107	普通病房床位费(母婴病床)
11090000108	普通病房床位费(家庭式病床)
11090000109	普通病房床位费(康乐待产)
11090000200	层流洁净病房床位费
11090000301	监护病房床位费(单人间)
11090000302	监护病房床位费(多人间)
11090000400	特殊防护病房床位费
11090000501	急诊观察床位费
11090000502	门急诊输液观察床费
11090000601	新建病房四人以上间
11090000602	新建病房三人间
11090000603	新建病房二人间

11090000604	新建病房单人间
11090000605	新建病房双套间
11090000606	新建病房三套间
11090000607	新建病房母婴病床
11090000608	新建病房层流洁净病房
11090000609	新建病房监护病房(单人间)
11090000610	新建病房监护病房多人间(含双人)
11090000701	改造病房四人以上间
11090000702	改造病房三人间
11090000703	改造病房二人间
11090000704	改造病房单人间
11090000705	改造病房双套间
11090000706	改造病房三套间
11090000707	改造病房母婴病床
11090000708	改造病房层流洁净病房
11090000709	改造病房监护病房(单人间)
11090000710	改造病房监护病房多人间(含双人)

复杂型医疗服务项目上评估表

考核内容	考核指标	公式	分值	评分规则	约束标准
医疗费用 指标	医疗费用增长率	$(\text{上年度公立医院总医疗费用} - \text{上年度公立医院总医疗费用}) \div (\text{上年度公立医院总医疗费用}) \times 100\%$	10	增长率 ≤ 0 计10分, 区间内计分公式: (10%-实际增长率) $\div 10\% \times 10$ 。	高于GDP增长率5 个百分点或 $> 10\%$
	门诊检查化验费用增长率	$(\text{上年度门诊急检查化验费用} - \text{上年度门诊急检查化验费用}) \div (\text{上年度门诊急检查化验费用}) \times 100\%$	5	增长率 ≤ 0 计5分, 区间内计分公式: (8%-实际增长率) $\div 8\% \times 5$ 。	
	住院检查化验费用增长率	$(\text{上年度住院检查化验费用} - \text{上年度住院检查化验费用}) \div (\text{上年度住院检查化验费用}) \times 100\%$	5	增长率 ≤ 0 计5分, 区间内计分公式: (8%-实际增长率) $\div 8\% \times 5$ 。	
	门诊药品和卫生材料费用增长率	$(\text{上年度门诊急药品费用} + \text{上年度门诊急卫生材料费用}) - (\text{上年度门诊急药品费用} + \text{上年度门诊急卫生材料费用}) \div (\text{上年度门诊急药品费用} + \text{上年度门诊急卫生材料费用}) \times 100\%$	5	增长率 ≤ 0 计5分, 区间内计分公式: (5%-实际增长率) $\div 5\% \times 5$ 。	
	住院药品和卫生材料费用增长率	$(\text{上年度住院药品费用} + \text{上年度住院卫生材料费用}) - (\text{上年度住院药品费用} + \text{上年度住院卫生材料费用}) \div (\text{上年度住院药品费用} + \text{上年度住院卫生材料费用}) \times 100\%$	5	增长率 ≤ 0 计5分, 区间内计分公式: (5%-实际增长率) $\div 5\% \times 5$ 。	
	门诊次均医疗费用增长率	$(\text{上年度门诊医疗费用} - \text{上年度门诊医疗费用}) \div (\text{上年度门诊医疗费用}) \times 100\%$	5	增长率 ≤ 0 计5分, 区间内计分公式: (5%-实际增长率) $\div 5\% \times 5$ 。	$> 5\%$
	住院次均医疗费用增长率	$(\text{上年度住院医疗费用} - \text{上年度住院医疗费用}) \div (\text{上年度住院医疗费用}) \times 100\%$	5	增长率 ≤ 0 计5分, 区间内计分公式: (5%-实际增长率) $\div 5\% \times 5$ 。	$> 5\%$

考核内容	考核指标	公式	分值	评分规则	约束标准
医疗机构运行指标	扣除检查化验、药品卫生材料的医疗收入占比	$(\text{诊察收入} + \text{床位收入} + \text{治疗收入} + \text{手术收入} + \text{护理收入}) \div \text{医疗收入} \times 100\%$	10	以占比 $<40\%$ 作为基准，占比 $<40\%$ 计10分。 $\geq 40\%$ 的，按照四舍五入的原则，每超过1个百分点扣减1分。	
	医疗收支年度结余率	$(\text{医疗收入} - \text{业务活动费用和单位管理费用}) \div \text{医疗收入} \times 100\%$	5	$-5\% \leq \text{结余率} \leq 5\%$ 得5分， $\leq -10\%$ 或 $\geq 10\%$ 得0分。区间内计分公式： $(10\% - \text{实际结余率}) \div 5\% \times 5$ ；（负实际结余率 $+10\%$ ） $\div 5\% \times 5$ 。	
	公立医疗机构医务人员薪酬与社平工资比值	$\text{公立医疗机构医务人员薪酬工资} \div \text{城镇非私营单位就业人员平均工资}$	5	比值在〔2，5〕区间内得5分， <2 或 >5 不得分	
医保费用指标	医疗服务价格指数（绝对价格水平评分排序）	对比国家发布的年度价格指数排名	5	第17名计5分，第1名计0分，区间内计分公式：实际排名 $\div 17 \times 5$ 计分	
	医疗服务价格指数（相对价格水平评分排序）	对比国家发布的年度价格指数排名	5	第17名计5分，第1名计0分，区间内区间内计分公式：实际排名 $\div 17 \times 5$ 计分	
	职工基本医保统筹基金累计结余可支付月数	$\text{职工医保统筹基金累计结存总金额} \div \text{本年度职工医保统筹基金月平均支出金额}$	5	可支付月数 >12 个月计5分， ≤ 6 个月计0分，区间内计分公式：（12-可支付月数） $\div 6 \times 5$ 。	≤ 6 个月
	居民医保统筹基金累计结余可支付月数	$\text{居民医保统筹基金累计结存总金额} \div \text{本年度居民医保统筹基金月平均支出金额}$	5	可支付月数 >6 个月计5分， ≤ 3 个月计0分，区间内计分公式：（6-可支付月数） $\div 3 \times 5$ 。	≤ 3 个月

考核内容	考核指标	公式	分值	评分规则	约束标准
经济社会发展指标	上一年度GDP增长率	$(\text{上年度GDP} - \text{上上年度GDP}) \div \text{上上年度GDP} \times 100\%$	5	以增长率 $\geq 6\%$ 作为基准，增长率 $\geq 6\%$ 得5分， $< 6\%$ 的每降低0.1个百分点扣减1分。	
	CPI年度控制目标		10	以控制目标 $\leq 3.0\%$ 作为基准，控制目标 $< 3.0\%$ 得10分， $> 3.0\%$ 的，每增加0.1个百分点扣减2分。	$\geq 3.5\%$
	上年度居民人均可支配收入增长率	$(\text{上年度居民人均可支配收入} - \text{上上年度居民人均可支配收入}) \div \text{上上年度居民人均可支配收入} \times 100\%$	5	以增长率 $\geq 10\%$ 作为基准，增长率 $> 10\%$ 得5分， $< 10\%$ 的每降低1个百分点扣减0.5分。	

备注：1. 每个单项分值扣完为止；2. 评估分值换算成百分制，得分70分及以上可启动医疗服务价格动态调整上调程序；3. 达到约束标准任一条，当年度不启动上调调整。

