

宁德市医疗保障局文件

宁医保规〔2024〕9号

宁德市医疗保障局关于印发《宁德市基本医疗保险基金区域点数法总额预算管理办法》的通知

市医保中心、市医保稽核与信息中心，各县（市、区）医保局、医保管理部，各有关医保定点医疗机构：

现将《宁德市基本医疗保险基金区域点数法总额预算管理办法》印发给你们，请认真遵照执行。

宁德市医疗保障局

2024年7月15日

（此件主动公开）

宁德市基本医疗保障基金区域点数法 总额预算管理办法

第一章 总 则

第一条 为持续推进医保支付方式改革，提升医保治理现代化水平，结合区域点数法总额预算与按病种分值付费（DIP）试点工作要求，进一步规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长，保障参保人员基本医疗需求，确保基本医疗保障统筹基金（以下简称医保基金）安全运行，根据《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）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第735号）、《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）、《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城市名单的通知》（医保办发〔2020〕49号）、《国务院办公厅关于印发〈深化医药卫生体制改革 2024 年重点工作任务〉的通知》（医办发〔2024〕29号）和《中共福建省委 福建省人民政府关于全面推广“三明经验”深化医药卫生体制改革的意见》（闽委发〔2019〕19号）《福建省基本医疗保障基金区域点数法总额预算管理办法》《福建省医疗保障局关于龙岩市、宁德市县域紧密型医共体纳入

DIP 实施范围的批复》（闽医保〔2021〕36号）等文件精神，就宁德市全面开展基本医疗保险基金区域点数法总额预算管理，制定本办法。

第二条 本办法所称基本医疗保险基金区域点数法总额预算管理是指在我市实行区域点数法总额预算和按病种分值付费下，根据年度基本医疗保险基金收支预算，对定点医疗机构付费实行总额预算管理的支付方式。城镇职工（含生育保险）、城乡居民医保基金在区域医保基金总额预算内实行分账管理、分别核算。

第三条 本办法适用于医保经办机构与各定点医疗机构之间的医保基金结算和管理，根据本市实际情况可探索包括参保人员在定点医疗机构发生的普通门诊、特殊门诊、住院医疗费用（含生育医疗费用）。

第四条 实施总额预算管理应当遵循以下原则：

（一）保障基本。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，不断提高医保基金使用效率。严格规范基本医疗保险责任边界，着力保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生资源合理利用，控制医疗费用不合理增长。

（二）科学合理。综合医疗机构资源配置、服务能力与水平、医疗成本变化和各类支出风险的情况下，统筹考虑物价水平、参保人医疗消费行为、总额增长率等因素，合理确定医保总额预算指标。

（三）公开透明。坚持平等协商的原则，建立健全与定点医

疗机构间公开平等的谈判协商机制,总额预算管理程序公开透明,并按规定向定点医疗机构、相关部门和社会进行信息公开。

(四) 激励约束。坚持权责对等的原则,建立健全合理的激励约束和风险分担机制,提高定点医疗机构自我管理的积极性,促进定点医疗机构主动控制医疗成本、提升服务质量。

(五) 统筹推进。坚持统筹推进的原则,深化医疗、医保、医药的联动改革,注重改革的系统性、整体性、协调性,发挥部门合力,多措并举,实现政策叠加效应。

第五条 市、县两级医保部门应在总额预算基础上,推进按病种分值付费支付方式改革,建立起现代化的数据治理机制,形成数据采集、存储、使用的规范和标准。逐步建立以病种为基本单元,以结果为导向的医疗服务付费体系,提升医保支付方式改革的综合效益。

第六条 市医保中心应根据定点医疗机构的类型、级别、服务内容、服务能力以及承担的医疗保障服务总量等进行科学分类,与定点医疗机构建立谈判协商机制,按照总额预算指标,合理确定医疗保障基金预算总额和拨付时限。

第二章 总额预算管理

第七条 合理确定年度区域总额预算指标

(一) 医保基金打包范围

医疗保险参保人员（含职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险）在纳入 DIP 结算定点医疗机构住院（包括日间手术）、全省联网（含跨省联网）刷卡住院、住院报销发生的城镇职工医保（含生育保险）统筹基金及城乡居民医保基金支付额，由医保经办机构按照“区域总额、预算管理、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，与定点医疗机构按病种分值付费（简称 DIP）方式结算。先进医疗技术应用在 DIP 付费中除外支付，与个人账户等其他基金（资金）支出实行据实结算。参保人员与医疗机构的住院费用结算仍按医保住院医疗待遇政策规定执行。

（二）合理确定我市医保基金本年度可预算总额

城镇职工医保基金按照参考前几年（通常为三年）城镇职工医保统筹基金实际收入、支出、结余情况、本年度预计筹集额度、各种风险及合理支出增长因素，原则上按当年筹资总额的 10% 提取风险金后，合理确定本年度可预算总额。

城乡居民医保基金按照参考前几年（通常为三年）城乡居民医保基金实际收入、支出、结余情况、本年度预计筹集额度，考虑各种风险及合理支出增长因素，原则上按当年筹资总额的 3%—5% 提取风险金后，合理确定本年度可预算总额。

城镇职工医保基金可预算总额加上城乡居民医保基金可预算总额，为我市医保基金本年度可预算总额。

（三）DIP 区域预算总额的确定

城镇职工医保基金本年度可预算总额扣除当年大病补充保险保费及不纳入 DIP 付费项目（包括但不限于门诊医疗费用、市内未纳入 DIP 结算定点医疗机构住院和生育医疗费用、生育津贴支出等）的基金预算数后、城乡居民医保基金本年度可预算总额扣除当年大病补充保险保费、家庭签约医生费用及不纳入 DIP 付费项目（包括但不限于门诊医疗费用、市内未纳入 DIP 结算定点医疗机构住院医疗费用等）的基金预算数后，即分别为城镇职工医保、城乡居民医保 DIP 区域可用打包额。不纳入 DIP 付费项目根据每年度 DIP 付费范围调整随之调整。

将我市城镇职工医保、城乡居民医保 DIP 区域可用打包额分别与当年度纳入 DIP 结算范围的城镇职工医保、城乡居民医保 DIP 所涉医疗费用实际基金支出预测额进行比较，当区域可用打包额高于预测额时，预测额即确定为当年度 DIP 区域预算总额，当区域可用打包额低于预测额时，区域可用打包额即确定为当年度 DIP 区域预算总额。城镇职工医保基金当年度 DIP 区域预算总额加上城乡居民医保基金当年度 DIP 区域预算总额，为我市本年度 DIP 区域预算总额。

城镇职工医保、城乡居民医保 DIP 所涉医疗费用实际基金支出预测额以前两年度（按照一定权重）实际发生医疗费用乘上一定幅度增长率后分别测算确定。增长率的确定，由市医保中心以基金当期可承受、量入为出为前提，综合考虑城镇职工医保统筹基金（城乡居民医保基金）预算收入增长率，城镇职工医保统筹

基金（城乡居民医保基金）支出增长率，公立医院医疗费用增长率控制指标等因素测算提出，同时不得高于规定的公立医院医疗费用增长率控制指标。

第八条 市医保中心应当根据点数法总额预算管理及DIP相关规定合理测算于完成上年度医保基金结算的次月研究提出当年度全市区域总额预算方案，经报请市医保局研究同意后确定实施。

第三章 过程管控

第九条 医疗保障经办机构应当根据保障公众健康需求和管理服务的需要，建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付工作，指导各定点医疗机构做好区域点数法总额预算与按病种分值付费工作。

第十条 医疗保障经办机构应加强定点医疗机构协议管理，与定点医疗机构协商签订服务协议，将总额预算管理相关内容纳入医保服务协议，在协议中明确约定总额预算管理指标及质量控制指标等内容，规范医药服务行为。

第十一条 定点医疗机构应结合实际制定年度总额预算管理目标并严格执行。建立与总额预算管理相适应的内部管理制度和保障机制，强化对医务人员激励和约束，规范诊疗服务行为，合

理控制医疗服务成本，加强药品供应保障，控制医疗费用的不合理增长。

第十二条 医疗保障经办机构应认真贯彻执行《医疗保障基金使用监督管理条例》，持续加强基金监督管理，加强日常稽核和专项稽查，依法依规处理基金使用违法行为，要发挥 DIP 实施范围内医疗机构基金使用效益评价考核，并善于应用考核的指挥棒引导促进试点工作，组织医疗机构互查互检互相监督。

第四章 附则

第十三条 医疗保障经办机构在总额预算方案制定过程中，应当加强与定点医疗机构的沟通协商，并向定点医疗机构公开年度医保基金收支预算及说明，确保医保基金总额预算管理工作的公开透明。

第十四条 根据医保基金收支结余实际情况，区域总额预算方案可合理调整，以提升医保基金使用质效，确保区域医保基金运行安全可持续。

第十五条 本办法有效期五年，自印发之日起执行，原相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。暂行期间，如与国家、省出台最新规定不符的，按新规定执行。宁医保〔2021〕53号文件同步废止。

宁德市医疗保障局办公室

2024年7月15日印发
