

梅州市医疗保障局
梅州市卫生健康局 文件
梅州市财政局



梅市医保规〔2022〕1号

梅州市医疗保障局 梅州市卫生健康局 梅州市
财政局 关于印发《梅州市基本医疗保险
医疗费用结算办法》的通知

各县（市、区）人民政府，市直有关单位：

《梅州市基本医疗保险医疗费用结算办法》业经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)



梅州市基本医疗保险医疗费用结算办法

第一章 总则

第一条 为进一步完善医疗保险支付制度，建立基本医疗保险医疗费用的控制、激励和约束机制，推动医疗服务的精细化管理，切实维护基本医疗保险参保人员的基本医疗权益，保障基本医疗保险基金平稳运行，根据有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法中的基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险（下称职工医保）、城乡居民基本医疗保险（下称城乡居民医保）。

第三条 本市基本医疗保险参保人员（下称参保人员）在市内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员收取，属基本医疗保险基金支付范围的由定点医疗机构记账，医保经办机构按本办法与定点医疗机构进行结算。

第四条 建立全市基本医疗保险基金支出总额控制机制，遵循以收定支、收支平衡、略有结余和保障参保人员基本医疗需求的原则。

第二章 病种分值结算

第五条 按病种分值付费是指按照“总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，在基本医疗保险统筹基金支付本统筹区内住院医疗费用的总额预算内，根据各病种均次费用与某固定值的比例关系确定相应的病种分值，按照医疗机构的服务能力和水平确定医院系数，年终医保经办机构根据医院得到的总分值和系数，按本办法及约定规则进行住院费用结算的付费方式。

第一节 可分配资金总额

第六条 全市职工医保年度可分配资金总额按以下方法确定：

按年度城镇职工基本医疗保险统筹基金收入(含生育保险征缴收入)，剔除机动储备金、住院费用中按床日结算、门诊特定病种、异地联网直接结算、零星报销、统筹基金划入个人账户、门诊诊查费定额报销和生育保险支出、药品集中采购结余留用资金及其他支出后确定。

第七条 全市城乡居民医保年度可分配资金总额按以下方法确定：

按年度全市城乡居民医疗保险基金筹资收入总额，剔除机动储备金、住院费用中按床日结算和按定额补助标准结算、普通门诊统筹、门诊特定病种、异地联网直接结算、零星报销、大病保险保费、门诊诊查费定额报销、药品集中采购结余留用资金和其

他支出后确定。

第八条 机动储备金分别以当年度全市职工医保统筹基金收入、城乡居民医保基金收入总额的5%计提。当年度未使用的机动储备金，计入下一年度可分配资金总额；年度可分配资金总额经实际分配后仍有结余的，可留转至下一年度使用。

第九条 当年可分配总额不足时，首先从机动储备金列支；仍不足时，在确保历年结余可支付月数超过6个月的前提下，可从历年基金结余中列支。具体基金结余列支金额由市医保局、市财政局、市卫生健康局共同研究后确定。

第十条 全市各定点医疗机构住院费用医保记账金额总和未达到年度可分配资金总额，按医保记账金额的105%作为年度可分配资金总额，但最高不超过按本办法计算的数额。

第二节 病种分值库

第十一条 按病种分值结算病种分为普通病种和基层病种。

第十二条 参照省编制的统一病种分值库，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，建立按分值结算的普通病种库，按医保版国际疾病分类标准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，比较基准病种费用的比例关系确定各病种的分值。未赋予分值的病种视为一个特别病种。

第十三条 根据省医疗保障局的有关规定，确定急性阑尾炎

伴弥漫性腹膜炎（ICD-10 编码 K35.2）微创手术为基准病种。基准病种的分值固定为 1000 分。

第十四条 根据省医疗保障局、省卫生健康委员会有关规定，建立我市基层病种目录；不同等级医疗机构收治基层病种目录内病种，医保统筹基金均实行同系数和同分值结算。按照上级和本市执行情况有关要求，动态调整基层病种目录或分值。

第十五条 定点医疗机构收治六周岁（含）以下儿童的，按该病种分值加成 5 个百分点。

第十六条 市医保局按本办法第十二条规定确定病种的初步分值后，征求市有关单位、定点医疗机构意见，并组织卫生健康行政部门、医疗机构代表、医疗专家进行论证和修正分值。修正后的分值由市医保局确定公布。

第十七条 病种分值一经确定，结算年度内不再改变。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，由定点医疗机构在年度清算后 1 个月内向市医保经办机构提出申请。市医保经办机构核实后，按本办法第十六条规定进行调整。

第三节 结算权重系数

第十八条 定点医疗机构普通病种的结算权重系数由基本权重系数和考核权重系数组成。基本权重系数作为定点医疗机构病种分值月预结算权重分配系数；“基本权重系数+考核权重系数”

作为年度清算的权重系数。

第十九条 普通病种的基本权重系数按以下方法确定：根据各定点医疗机构级别、医疗机构类型、收治病人结构等将定点医疗机构分成 5 档。提取各类定点医疗机构近三年按病种分值结算数据，剔除病种费用中严重偏大或偏小的异常数据，按以下方式计算确定基准系数。

基本权重系数=(同档定点医疗机构三年基本医疗费用÷同档定点医疗机构三年结算分值)÷(全市定点医疗机构三年基本医疗费用÷全市定点医疗机构三年结算分值)

医疗机构分类和基本权重系数详见附件 1。

第二十条 基层病种的结算权重系数由基本权重系数和考核权重系数组成。基本权重系数各级医疗机构均为 1，作为定点医疗机构病种分值月预结算权重分配系数；“基本权重系数+考核权重系数”作为基层病种年度清算的权重系数。

第二十一条 考核权重系数由加成权重指标和扣减权重指标组成。

1.加成权重指标。

①CMI \geq 1 时，加成 1 个百分点；CMI 每增加 0.1，依次多加成 1 个百分点，最高加成 10 个百分点。

CMI 为定点医疗机构病例组合指数，计算公式为：某定点医疗机构 CMI=该院所有病例总分值÷该院总例数÷基准病种分值。

②定点医疗机构 60 岁（含）以上老年人住院人次占比大于等于全市平均水平时，加成 1 个百分点；平均水平上每增加 0.2，依次多加成 1 个百分点。最高加成 2 个百分点。

③属于“广东省高水平医院重点建设医院”的定点医疗机构，加成 1 个百分点。

④有国家、本省或本市卫生健康行政部门评定的重点专科的定点医疗机构给予加成。按国家级重点专科每个加成权重系数 1 个百分点，省级重点专科每个加成权重系数 0.6 个百分点，市级重点专科每个加成权重系数 0.1 个百分点。重点专科定量计算，同一专科只取最高认定的级别进行加成。只加成评定认证的具体医疗机构，医联体内其他医疗机构，分院区医疗机构等不加成。

⑤定点医疗机构年度较好执行医疗保障政策规定、制度建设落实到位、严格执行医保服务协议的，加成 2 个百分点。

定点医疗机构级别、相关资质等，以年度结束时状态为准。当年度暂停协议或违规解除服务协议的定点医疗机构，权重系数按基本权重系数执行，不进行加成。新增定点医疗机构当年度权重系数取相应级别基本权重系数，不进行加成。

2.扣减权重指标。

①年度住院总医疗费用增长率。考核方法：年度住院总医疗费用增长率不超出 8%为达标；超过 8%，每超出 1%扣减权重系数 0.2 个百分点，最高扣减权重系数 2 个百分点（有新增诊疗范

围、新增床位数、新设立的医院3年内的剔出考核范围)。

②年度内医保结算清单诊断和手术编码准确率。[考核方法：准确率=(医疗机构年度住院总病例数-编码错误病例数)/病例数*100%]。结果运用：准确率95%以上的为达标，95%以下的每降低1%，权重系数扣减0.5个百分点，最高扣减权重系数2个百分点。

③年度内执行收费政策准确率。[考核方法：准确率=(医疗机构年度住院医疗总费用-收费违规金额)/医疗机构年度住院医疗总费用*100%]。结果运用：准确率95%以上的为达标，95%以下的每降低1%，扣减权重系数0.5个百分点，最高扣减权重系数2个百分点。

④诊疗规范情况。根据专项检查或日常经办审核等认定医疗机构存在提供不必要的医药服务(包括分解住院、挂床住院、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药等情形)年度病例数占医疗机构年度内住院病例数的比例考核，占比低于0.5%的为达标；超过0.5%的，每超过0.5%，扣减权重系数0.5个百分点，最高扣减权重系数2个百分点。

⑤当年度内未按医保部门规定，完成药品集中带量采购和按规定线上采购的，扣减权重系数1个百分点。

⑥当年度内未按医保部门规定，完成耗材集中带量采购和按规定线上采购的，扣减权重系数1个百分点。

⑦医疗机构内部医保管理和制度建设不完善，未定期组织医保管理人員和医護人員培訓學習医保政策，未按要求做好医保政策宣傳，扣減权重系数 2 个百分点。

⑧除上述情况以外，存在未按规定配合医保部門工作、執行医保政策不到位、未按规定退回医保預付資金、違反協議其他規定等問題，或出現被其他行業主管部門處罰的重大問題，扣減权重系数 3 个百分点。

第二十二條 由医保行政部門會同衛生健康行政部門組成考核工作小組，年度清算時對全市定點醫療機構的年度考核权重系数進行考核確定。基層病種考核权重系数只計算扣減权重系数指標，不計算加成权重系数指標。

第四節 月預結算

第二十三條 定點醫療機構應按規定填報住院病人病案首頁和医保結算清單，嚴格按照規範的疾病分類標準 ICD-10 對疾病進行分類編碼，並在參保人員出院後 10 日內上傳準確的疾病編碼、診治方式編碼。

第二十四條 參保人員在定點醫療機構發生按分值結算的病種，按參保人員出院的臨床第一診斷（主要診斷）及其診治方式確定其所對應的分值。

第二十五條 住院基本醫療費用超過該病種上年度全市平均基本醫療費用 2 倍的，按以下公式重新計算該次住院的病種分

值。

分值= [(该次住院基本医疗费用÷同一权重系数的定点医疗机构该病种上年度平均基本医疗费用) -0.8] ×该病种分值

第二十六条 住院基本医疗费用低于该病种上年度全市平均基本医疗费用 60%的,按以下公式重新计算该次住院的病种分值。

分值=该次住院基本医疗费用÷同一权重系数的定点医疗机构该病种上年度平均基本医疗费用×该病种分值

第二十七条 参保人员出院后 10 日内因同一疾病,重复在同一定点医疗机构住院的(急性发作或其他特殊原因除外),不重复计算分值。住院参保人员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。

第二十八条 定点医疗机构存在提供不必要的医药服务(包括分解住院、挂床住院、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药等情形)、诊断升级、高套分值、推诿未达出院指征的患者等违规行为的,当次住院的分值不予计算,并按该分值的 3 倍予以扣减。

参保人员在定点医疗机构住院发生的基本医疗费用因定点医疗机构原因未记账的,参保人员在医保经办机构办理零星报销后,统一纳入该定点医疗机构的分值结算,参保人员已支付的当次住院全部基本医疗费用计入该医疗机构结算支付费用总额。

第二十九条 职工医保、城乡居民医保当月分值单价按如下方法确定:

职工医保当月分值单价=(上年度职工医保可分配总额月均支付额+全市当月职工医保参保人员住院个人自付总额)÷全市当月各定点医疗机构总分值之和

城乡居民医保当月分值单价=(上年度城乡居民医保可分配总额月均支付额+全市当月城乡居民医保参保人员住院个人自付总额)÷全市当月各定点医疗机构总分值之和

参保人员住院个人自付总额是指住院医疗总费用剔除自费金额、个人先行支付、超医保支付限价和医保报销金额。

第三十条 当月定点医疗机构总分值=(该定点医疗机构普通病种分值总数×该定点医疗机构普通病种基本权重系数)+(该定点医疗机构基层病种分值总数×该定点医疗机构基层病种基本权重系数)

第三十一条 定点医疗机构的月度预结算金额,分别根据职工医保、城乡居民医保的当月分值单价按以下方法计算:

定点医疗机构月度预结算金额=当月定点医疗机构总分值×当月分值单价-当月定点医疗机构按分值结算病种的参保人员住院个人自付总额

计算出的月度预结算金额大于当月医保记账金额时,按医保记账金额进行预结算;小于当月医保记账金额时,按计算出的月

度预结算金额进行预结算。

第五节 年度清算

第三十二条 职工医保、城乡居民医保年度分值单价按如下方法确定：

职工医保当年度分值单价=（职工医保年度可分配资金总额+全年职工医保参保人员个人自付总额）÷当年各定点医疗机构总分值之和

城乡居民医保当年度分值单价=（城乡居民医保年度可分配资金总额+全年城乡居民医保参保人员个人自付总额）÷当年各定点医疗机构总分值之和

当年定点医疗机构总分值=（该定点医疗机构普通病种分值总数×该定点医疗机构普通病种结算权重系数）+（该定点医疗机构基层病种分值总数×该定点医疗机构基层病种结算权重系数）

第三十三条 定点医疗机构的住院基本医疗费用年度应支付总额（下称年度应支付总额），分别根据职工医保、城乡居民医保的年度分值单价按以下方法计算：

年度应支付总额=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员个人自付总额

年度清算实际支付额=年度应支付总额-已支付的月度预结算金额

第三十四条 定点医疗机构医保记账金额小于按本办法第

三十三条计算出的年度应支付总额的，按以下方式计算年度应支付总额。

年度应支付总额=定点医疗机构医保记账金额+[（按本办法第二十四条计算出的年度应支付总额-定点医疗机构医保记账金额）×50%]

第三十五条 年终清算后，定点医疗机构清算结果为负数的，定点医疗机构应当自收到退款通知后 30 天内，退还相应费用至指定基金账户。

第三十六条 运用创新医疗技术进行救治的病例或疑难急危重症的特殊病例，年终清算后各定点医疗机构可向市医保经办机构提出申请，经按医保支付制度评议组织审议后进行按项目付费，补齐结算差额资金。特殊病例的申请条件见附件 2。

第三十七条 医保经办机构根据全市统一的职工医保和城乡居民医保月分值单价、年度分值单价，做好所属参保人员的医疗费用预结算、年度清算工作。各县（市、区）城乡居民医疗保险基金出现当期收支赤字的，按市政府有关文件规定执行。

第三十八条 定点医疗机构年初可向医保经办机构申请拨付资金，用于定点医疗机构为参保人员提供医疗服务的资金周转。预拨资金具体办法按市财政局、市医保局有关规定执行。

第三章 其他结算方式

第三十九条 参保人员发生的符合基本医疗保险规定的普通门诊统筹基本医疗费用，实行总额控制付费，由医保经办机构与定点医疗机构按项目付费方式结算。

第四十条 参保人员在定点医疗机构发生的门诊特定病种基本医疗费用，医保经办机构按项目付费方式结算；待条件成熟时，探索按人头付费等方式进行付费。梅州市城乡居民基本医疗保险定额补助项目按市政府有关规定结算。

第四十一条 精神类疾病住院超过30天的，按床日付费，不列入按病种分值结算，结算标准按现行标准执行。生活完全或大部分不能自理、长期卧床且需要接受医疗护理、医疗康复、安宁疗护和晚期姑息治疗等长期慢性病住院费用实行按床日付费，不列入按病种分值结算，付费办法由市医保局另行制订。

第四十二条 参保人员发生的不纳入分值结算的住院基本医疗费用结算方式、结算标准另行制订。

第四十三条 职工医保参保人员在本市生育保险定点医疗机构产前检查、住院分娩、施行住院计划生育手术的项目按生育保险有关规定结算。

第四章 结算管理

第四十四条 定点医疗机构应遵循合理检查、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。除急诊、抢救等特殊情形外，定点医疗机构提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。城乡居民大病保险、职工补充医疗保险的管理与基本医疗保险的管理相衔接，应遵循基本医疗保险相关结算政策规定，规范医疗行为、控制医疗费用，切实保障参保人员权益。

第四十五条 非公立定点医疗机构统一按照本市价格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服务价格收费标准纳入医保支付范围，非公立定点医疗机构自行设立的医疗服务价格收费项目不纳入医保支付范围。

第四十六条 定点医疗机构于每月 15 日前，向医保经办机构申报结算上月记账的基本医疗费用。医保经办机构应于上报资料截止日起 30 个工作日内支付月度预结算金额，并预留 5% 作为服务质量保证金。

第四十七条 医保经办机构应当按本办法规定完善医疗保险服务协议，并与续签服务协议、服务质量保证金、拨付预付金等相挂钩。

第四十八条 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，医保经办机构在每年 6 月底前完成上年度的年度清算工作。

第五章 监督管理

第四十九条 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。

第五十条 医保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力度，加强基本医疗保险统筹基金支出的审核。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。

第五十一条 定点医疗机构违反法律、法规、规章规定的，违法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、药品监督管理、价格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；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五十二条 市卫生健康行政部门牵头制订《梅州市基层病种诊疗常规指南》，规范医疗服务行为；各级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。

第五十三条 医疗保障行政部门会同医保经办机构、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

第五十四条 病种分值库、诊治编码库由市医保局制订公布实施。本办法执行过程中，如需对病种分值库、诊治编码库、权重系数等进行调整，由市医保局制定方案，征求市卫生健康局、市财政局意见后公布执行。

第五十五条 定点医疗机构住院基本医疗费用以每年1月1日至12月31日为一个结算年度。

第五十六条 本办法自印发之日起施行，有效期3年。本办法实施前未完成的年度清算，适用本办法。执行期间如遇国家、省重大政策调整，按国家、省规定执行。《关于印发〈梅州市基本医疗保险医疗费用结算办法（试行）〉的通知》（梅市人社规〔2017〕3号）同时废止。

- 附件：1.梅州市按病种分值结算定点医疗机构普通病种基本
权重系数表
2.按病种分值结算特殊病例申请条件

附件 1

梅州市按病种分值结算定点医疗机构普通病种
基本权重系数表

档次	医院类型	基本权重系数
1	三级医院	1.000
2	县级人民医院，中医医院，二级中心 卫生院，二级民营综合医院，市、县 级妇幼保健计划生育服务中心	0.856
3	二级精神专科、二级眼科专科、 二级康复专科医院、慢病防治院	0.796
4	一级中心镇卫生院、一级民营综合医 院、一级专科医院	0.723
5	一级乡镇卫生院	0.653

附件 2

按病种分值结算特殊病例申请条件

一、必要条件

需符合以下任 1 项：

（一）疑难急危重症的病例，指包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向。

（二）运用创新医疗技术进行救治的病例，指具有省级以上领先水平而我市未相对普及的高新技术。

二、确定标准

规范诊疗前提下，需符合以下任 2 项：

（一）住院天数是本医疗机构当年度平均住院天数 5 倍以上的病例；

（二）治疗需要单类药品（如血液制品、抗肿瘤药物等）或高值耗材费用占比超过总费用 50%以上的高费用病例；

（三）均以手术操作为主要治疗手段的转科患者（含虽无转科，但同次住院或双侧或多部位或不同器官均以手术操作为主要治疗手段的患者）；

（四）监护病房床位使用天数占住院床位使用总天数 60% 及以上的病例。

公开方式：主动公开

抄送：省医疗保障局，正勇、王晖、金銮、永祥、伶俐、陈亮，
黄伟华同志。

梅州市医疗保障局办公室

2022年1月20日印发
