2023医保协议年度天津市定点医疗机构

医保总额预算额度核定方案

（征求意见稿）

为做好2023医保协议年度医保总额预算管理工作，按照《市医保局市卫生健康委市财政局关于印发天津市医疗保障区域 点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）的通知》（津医保局发〔2021〕75号，以下简称《区域总额预算管理办法》），结合实际运行情况，制定本方案。

一、工作目标

按照《区域总额预算管理办法》规定，坚持保障基本、公平合理、激励约束、加强管理、统筹推进原则，合理确定2023医保协议年度天津市定点医疗机构医保总额预算额度，加快推进多元复合式医保支付方式改革，发挥医保基金战略性购买作用和市场在资源配置中的决定性作用，建立区域医疗费用总额增长与医保基金收入增长相适应的调控机制，更好地平衡医疗事业发展需要和各方承受能力，更好地保障参保人员权益，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展。

二、总额预算核定方法

（一）总额预算分类

2023医保协议年度全市定点医疗机构医保总额预算额度，按照规定的支付类别、机构类别、费用类别分别核定，具体为：支付类别分为住院和门诊两类，将癌症放化疗和镇痛治疗门诊特定疾病纳入住院医保总额预算核定范围，其他门诊特定疾病病种和普通门（急）诊纳入门诊医保总额预算核定范围；门诊医保总额预算再按照三级医疗机构、中医医疗机构、二级医疗机构、家庭医生签约基层医疗机构以及其他基层医疗机构五个机构类别分别核定；其他基层医疗机构再按照市内六区、滨海新区、环城四区和远郊五区四个区域分别核定；各机构类别的门诊医保总额预算，再按照药品（西药和中成药）和医疗服务两个费用类别分别核定。

（二）总额预算基数

以2022医保协议年度全市定点医疗机构医保总额预算额度作为2023医保协议年度全市定点医疗机构医保总额预算额度的核定基数，并按照上述支付类别、机构类别、费用类别进行细分。其中，综合考虑医保政策调整因素，相应增加各细分类别总额预算额度核定基数。一是2023年度医保政策调整意外伤害医疗费用并入基本医疗保险制度因素，依据2022年度参保人员发生的意外伤害医保费用的分布情况，相应增加门诊、住院核定基数。二是考虑2022年度居民门诊政策调整因素，依据2022协议年度三级医疗机构实际发生的居民门诊医疗费用的情况，相应增加三级医疗机构和中医医疗机构这两个机构类别的门诊医保总额预算额度核定基数，并将增量预算基数细分至这两个机构类别的各费用类别。

（三）考虑增长因素

以2023医保协议年度全市定点医疗机构医保总额预算额度的核定基数为基础，根据2019年至2022 年全市医疗费用总额的年均增幅，统一考虑增长因素后，分别核定2023医保协议年度各类别的医保总额预算额度。

三、总额预算核定结果

按照上述总额预算核定方法测算，2022医保协议年度全市定点医疗机构医保总额预算额度为575.53亿元（包含参保人员发生的意外伤害医保费用8.26亿元；因居民医保门诊政策增加的三级医疗机构发生的居民门诊医保费用8.82亿元），以此为2023医保协议年度全市定点医疗机构医保总额预算额度的核定基数，按照2019年至2022年全市医疗费用总额年均增幅4.35%考虑增长因素后，2023医保协议年度全市定点医疗机构医保总额预算额度为600.57亿元。其中，门诊、住院支付类别的医保总额预算额度分别为334.37亿元和266.20亿元，门诊医保总额预算额度的各细分类别测算情况如下。

**2023医保协议年度门诊医保总额预算额度**

单位：亿元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构类别** | **区划** | **门诊购买总额** | | |
| **小计** | 药品（西药  和中成药） | 医疗服务 |
| 三级医疗机构 | — | 114.54 | 57.35 | 57.19 |
| 中医医疗机构 | — | 37.29 | 14.11 | 23.18 |
| 二级医疗机构 | — | 21.70 | 12.86 | 8.84 |
| 家医基层机构 | — | 71.92 | 57.95 | 13.97 |
| 其他基层机构 | 市内六区 | 54.01 | 31.34 | 22.67 |
| 环城四区 | 13.06 | 7.15 | 5.91 |
| 滨海新区 | 7.54 | 2.42 | 5.12 |
| 远郊五区 | 4.57 | 2.26 | 2.31 |
| 处方流转暂未分配额度 | — | 9.74 | 9.74 | 0 |
| **合计** | | 334.37 | | |

对于年初因处方流转暂未分配至各机构类别的门诊药品总额预算额度9.74亿元，按照《市医保局 市卫生健康委 市财政局关于进一步做好我市医疗保障区域点数法总额预算管理有关工作的通知》《津医保局发〔2022〕60 号》规定，根据定点医药机构间处方流转导致的超支情况按月统筹调剂使用，并按时间进度核定统筹调剂使用的限额。

四、统筹基金预算核定

按照《区域总额预算管理办法》规定，以2023医保协议年度全市定点医疗机构医保总额预算额度为基础，根据2022年度基本医保统筹基金支付在医保基金和参保人员医疗费用总额中所占比例，按照职工医保和居民医保两个险种，分别核定基本医保统筹基金2023医保协议年度向全市定点医疗机构购买服务的总额预算额度。

按照上述方法核定，职工、居民基本医保统筹基金的总额预算额度分别为252.78亿元和60.94亿元。

五、总额预算分配和调整

按照《区域总额预算管理办法》规定，根据各定点医疗机构为参保人员提供服务情况，2023医保协议年度各类别医保总额预算额度按月分配至各定点医疗机构。其中，每月依据定点医疗机构2023协议年度确认的门诊结算标识完成结算，对于协议年度内定点医疗机构级别变更的情况及跨区变更机构，原则上本年度不再相应调整门诊结算类型及区域总额，将依据医疗机构级别变更情况合理确定下一个协议年度各细分总额预算额度。

实际执行过程中，因医疗保障制度改革、医药卫生体制改革、影响范围较大的突发事件等因素，需对全市或某类别医保总额预算额度进行调整的，调整方案另行制定。