

安徽省医疗保障局 安徽省卫生健康委

关于进一步完善医疗服务价格

动态调整机制的通知

(征求意见稿)

各市医疗保障局、卫生健康委，省级公立医疗机构：

2021 年，省医保局省卫生健康委等四部门联合印发《关于做好当前医疗服务价格动态调整工作的通知》（皖医保秘〔2021〕74 号），初步建立起我省医疗服务价格动态调整机制。为深入贯彻落实国家医保局等八部门《深化医疗服务价格改革试点方案》（医保发〔2021〕41 号）和国家医保局价格招采司《医疗服务价格改革试点操作手册（暂行）》（医保价采函〔2022〕42 号）有关精神，进一步提高我省医疗服务价格动态调整机制的灵敏度和操作性，现就有关事项通知如下：

一、规范基本路径

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，省市两级医疗保障部门会同卫生健康部门分别完善本级医疗服务价格动态调整机制。

(一) 省级医疗保障部门会同省卫生健康委按年度评估省级相关指标，按机制实施省级公立医疗机构价格调整，评估结果及调价总量按重要事项报告国家医疗保障局。

(二) 各市医疗保障部门会同市级卫生健康部门于 2024 年 3 月底之前参照本通知完善本市医疗服务价格动态调整机制。从 2024 年起，依据完善后的医疗服务价格动态调整机制，按年度对本市相关指标开展评估，按机制实施辖区内市级及以下公立医疗机构价格调整，原则上于每年 5 月 31 日前将评估结果及调价总量形成书面材料，按重要事项报告省医疗保障局。

二、设置约束条件评估指标

设置 2 个约束条件指标，有以下情形之一的，评估年度不得启动医疗服务价格调整。

(一) 上年度，地区医疗费用增长率超过 GDP 增长率 5 个百分点或上年度地区医疗费用增长率高于 10%。

(二) 上年度，区域城镇职工医保或居民医保统筹基金累计结余可支付月数少于 6 个月。

三、设置启动条件评估指标

设置 4 类启动条件指标，对上年度启动条件指标进行量化评估，综合评分。启动条件指标评分表，见附件 1。

(一) 启动条件指标量化评分 ≥ 60 的，且未出现约束条件的，评估年度按程序启动价格调整。

（二）启动条件指标量化评分 <60 的，或出现约束条件的，评估年度不实施价格调整。

四、测算年度调价总量

（一）测算调价总量

省市级医疗保障部门分别测算本级年度调价总量。省级公立医疗机构调价总量测算，以上年度全省数据或省级公立医疗机构数据为依据。各市公立医疗机构调价总量测算，以上年度本市数据或本市公立医疗机构数据为依据。测算调价总量按上年度医疗服务性收入（不含药品、卫生材料及检查检验收入）的“基数”加“合理增长”（增长系数 R ）的方式进行。增长系数 R 是调价总量测算的“控制阀门”，具体测算模型见附件2。

（二）调整调价总量

（1）调增量。调增量是指上年度公立医疗机构因主动降低偏高的政府指导价（低于政府指导价收费）减少的医疗收入，叠加计入评估年度调价总量。但医疗保障部门依据管理职权下调政府指导价减少医疗收入的，不在调价总量上追加、扩大。

（2）调减量。调减量是指上年度市场调节价项目新增的医疗收入，占用评估年度的调价总量。

（三）实际调价总量

实际调价总量=上年度医疗服务收入×增长系数 R+调
增量-调减量。

实际调价总量当年度未使用的、未用尽的，不累计计入
一年度调价总量。

五、其他事项

（一）我省动态调整机制有关的优化选择调价项目、科
学制定调价方案、完善配套措施以及保障措施，仍按照《关
于做好当前医疗服务价格动态调整工作的通知》（皖医保秘
〔2021〕74号）有关规定执行。

（二）年度医疗服务价格专项调整以及个别调整，按国
家医疗保障局有关规定执行。

（三）本通知由省医疗保障局负责解释，以前规定与本
通知不一致的，以本通知为准。

附件：1.安徽省医疗服务价格动态调整启动条件指标评
分表

2.增长系数 R 测算模型

安徽省医疗保障局 安徽省卫生健康委

2023 年 月 日

附件 1

安徽省医疗服务价格动态调整启动条件指标评分表

序号	指标类型	指标内容	数据来源	分值	计分方法	实得分
1	医疗费用控制指标	上年度药品费用涨幅	省医保局监测报表或卫生健康统计年鉴	10	大于等于 GDP 增长幅度的，得 0 分；低于 GDP 增长幅度的，按（GDP 增长幅度-上年度药品费用上涨幅度）÷GDP 增长幅度×10 计算得分	
		上年度耗材费用涨幅	省医保局监测报表或卫生健康统计年鉴	10	大于等于 GDP 增长幅度的，得 0 分；低于 GDP 增长幅度的，按（GDP 增长幅度-上年度耗材费用上涨幅度）÷GDP 增长幅度×10 计算得分	
		上年度检查检验费用涨幅	省医保局监测报表或卫生健康统计年鉴	10	大于等于 GDP 增长幅度的，得 0 分；低于 GDP 增长幅度的，按（GDP 增长幅度-上年度检查检验费用上涨幅度）÷GDP 增长幅度×10 计算得分	
2	经济社会发展指标	上年度全省居民消费价格指数	统计年鉴或政府工作报告	5	大于等于政府预期调控目标的，得 0 分；低于政府预期调控目标的，按（调控目标值-上年度全省居民消费价格指数）÷调控目标值×5 计算得分	
		上年度居民人均可支配收入涨幅	统计年鉴或政府工作报告	5	大于等于 GDP 增长幅度的，得 10 分；低于 GDP 增长幅度的，按居民人均可支配收入上涨幅度/GDP 增长幅度×5 计算得分	
3	医疗机构运行指标	上年度本级管理的公立医院医疗服务收入占比	卫生健康统计年鉴	10	大于等于 30%的，得 10 分；低于 30%的，按上年度省级医院医疗服务收入占比/30%×10 计算得分	
		上年度医疗收入增幅	省医保局监测报表或卫生健康统计年鉴	10	大于等于 GDP 增长幅度的，得 0 分；低于 GDP 增长幅度的，按（GDP 增长幅度-上年度医疗收入增长幅度）÷GDP 增长幅度×10 计算得分	

4	医保基金运行指标	上年度职工医保统筹基金当期结余率	医疗保障基金运行分析报告	7.5	大于等于 10%得 5 分，当期亏空得 0 分；结余在 0-10%之间的，按实际结余率/10%×7.5 计算得分	
		上年度居民医保统筹基金当期结余率	医疗保障基金运行分析报告	7.5	大于等于 10%得 5 分，当期亏空得 0 分；结余在 0-10%之间的，按实际结余率/10%×7.5 计算得分	
		上年度职工医保住院平均实际补偿比同比上涨百分点	医疗保障基金运行分析报告	10	大于等于1个百分点的，得10分；不上涨的，得0分；上涨位于0-1个百分点之间的，按实际上涨百分点/1%×10 计算得分	
		上年度居民医保住院平均实际补偿比同比上涨百分点	医疗保障基金运行分析报告	10	大于等于1个百分点的，得10分；不上涨的，得0分；上涨位于0-1个百分点之间的，按实际上涨百分点/1%×10 计算得分	
		职工医保参保人群平均住院率同比上涨百分点	医疗保障基金运行分析报告	2.5	住院率下降的，得 2.5 分；大于等于 1 个百分点得 0 分；上涨幅度位于 0-1 个百分点之间的，按（1-实际上涨百分点）×2.5 计算得分	
		居民医保参保人群平均住院率同比上涨百分点	医疗保障基金运行分析报告	2.5	住院率下降的，得 2.5 分；大于等于 1 个百分点得 0 分；上涨幅度位于 0-1 个百分点之间的，按（1-实际上涨百分点）×2.5 计算得分	
实际总得分						

附件 2

增长系数 R 测算模型

增长系数 R 由基础指标 M、调节指标 N 和综合指标 K 组成。根据国家医保局等部门《深化医疗服务医疗服务价格改革试点方案》（医保发〔2021〕41 号）和国家医保局价格招采司《医疗服务价格改革试点操作手册（暂行）》（医保价采函〔2022〕42 号），从“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 6 个方面选择指标。

$$\text{增长系数 } R = [\text{Max}^2 (M_1, M_2, M_3, M_4) + \Sigma (N_1, N_2, N_3, N_4)] \times \text{综合指标 } K$$

注： $\text{Max}^2 (M_1, M_2, \dots, M_4)$ 指取基础指标 M 中的次大值； $\Sigma (N_1, N_2, \dots, N_4)$ 指取调节指标之和。

一、基础指标 M

M1：上一年度地区生产总值（GDP）增速；

M2：上一年度人均可支配收入增速的 40%；

M3：上一年度本级公立医疗机构医疗费用的增速控制目标（10%）—实际增速；

M4：上一年度本地区公立医疗机构药品、卫生材料和检查化验费用的降幅。

二、调节指标 N

N1: 新增医疗服务价格项目数量增幅。上一年度省级医疗保障部门新增加（含新开展）项目累计数量，每达到或超过本地区项目总数的 1 个百分点，在基础指标 M 确定后，再额外增加 0.1 个百分点。

N2: 本级管理的公立医疗机构市场调节价项目医疗服务收入占全部医疗服务收入（含检查化验收入）的比例超过 10% 后，每多超出 1 个百分点，在基础指标 M 确定后，再额外扣减 0.1 个百分点。

N3: 异地就医净增长率。上年度本地参保患者异地就医医疗总费用 - 外地参保患者本地就医医疗总费用为正，且上年度异地就医医疗总费用增长率超过 5%，在基础指标 M 确定后，再额外扣减 0.5 个百分点；上年度本地参保患者异地就医医疗总费用 - 外地参保患者本地就医医疗总费用为负，且上年度异地就医医疗总费用增长率低于 5%，在基础指标 M 确定后，再额外增加 0.5 个百分点。

N4: 区域内医保统筹基金累计结余可支付月数。可支付月数 = 区域内职工及居民医保统筹基金累计结余 / 职工及居民月均医保基金总支出。分档应用如下：

1、可支付月数 $\in (-\infty, 3)$ 时，基础指标 M 确定后归零；

2、可支付月数 $\in[3, 6)$ 时, 基础指标 M 确定后扣减 50%, 且以 6 个月为基数, 可支付天数每减少 15 天, 额外多扣减 5%;

3、可支付月数 $\in[6, 9)$ 时, 基础指标 M 确认后扣减 20%, 且以 9 个月为基数, 支付天数每减少 15 天, 额外多扣减 5%;

4、可支付月数 $\in[9, 12)$ 时, 基础指标 M 确定后, 以 12 个月为基数, 可支付天数每减少 15 天, 额外扣减 2%;

5、可支付月数 $\in[12, 15)$ 时, 基础指标 M 确定后, 以 12 个月为基数, 可支付天数每增加 15 天, 额外增加 2.5%;

6、可支付月数 $\in[15, \infty)$ 时, 基础指标 M 确定后, 额外增加 15%。

三、综合指标 k

K 为综合平衡指标, 取值范围 $\in(0, 1]$ 。由省市医疗保障部门分别按价格管理权限确定, 并在一定时期内保持相对固定。结合既往实践经验, 基础指标 M 取值总体 $\in[5\%, 15\%]$, 通过合理设定 k 值, 既能确保年度调价增量稳定在合理区间, 也可客观反映医保基金可用于支持医疗服务调价的能力。调价条件充分的地区, k 值可以相对宽松, 调价条件不充分的地区, 通过收紧 k 值控制增长节奏, 使调价符合医疗服务价格宏观管理目标。