

四川省医疗保障局

关于建立医疗服务价格动态调整机制 的实施意见

(征求意见稿)

各市（州）医疗保障局，各省管公立医疗机构：

为贯彻落实党中央、国务院关于深化医药卫生体制改革部署，持续优化医疗服务价格结构，促进医药服务供给侧改革，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）、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）及国家医疗保障局等八部门《深化医疗服务价格改革试点方案》（医保发〔2021〕41号）等文件精神，结合我省实际，现就在全省建立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

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，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，加快建立和完善医疗服务价格动态调整机制，标准化、规范化、程序化开展医疗服务价格调整，稳妥有序理顺医疗服务比价关系，更好促进医疗资源优化配置、进一步规范医疗服务行为、推动医疗行业高质量发展，保障人民群众获得高质量、有效率、能负担的医疗卫生服务。

二、基本原则

坚持公益属性，公立医疗机构提供的基本医疗服务价格，应在合理补偿成本基础上，兼顾地区经济社会发展、医保基金承受能力、群众总体负担水平和公立医疗机构持续发展，实现多元目标动态平衡；实行分级管理，省及市（州）医疗保障局分别负责省管及市（州）辖区内公立医疗机构医疗服务价格调整，原则上市（州）公立医疗机构价格不得高于同等级省管公立医疗机构价格；坚持规范操作，全省按照统一的评估标准、评估周期及总量控制、项目选择、总量分配等原则开展医疗服务价格调整，强化工作的科学性、合理性和有效性；坚持统一管理，严格按照相关规定调整医疗服务价格，切实履行医疗服务价格重要事项报告制度及征求意见、专家论证等程序，减少和规范自由裁量权，做到“该调则调，应调尽调”。

三、主要任务

（一）统一全省医疗服务价格项目规范。全省执行统一的医疗服务价格项目基准库，不得自行修改项目编码、项目名称、除外内容、计价单位、说明等项目要素。开展医疗服务价格调整时，应确保价格项目要素与全省医疗服务价格项目基准库保持一致。在调整医疗服务价格或制定新增和新开展项目价格后，应及时在医疗保障信息平台做好相关项目政府指导价信息的维护。

（二）建立医疗服务价格动态调整机制。

1. 执行统一的调价启动条件和约束条件。

(1) 启动条件。省医疗保障局负责制定医疗服务价格动态调整触发评估指标体系，全省统一执行。医疗服务价格动态调整触发评估指标体系主要包括费用变化、社会发展、要素成本、改革引导、承受能力 5 个一级指标、医疗卫生费用等 11 个二级指标、门诊次均费用增长率等 27 个三级指标。各评估指标根据阈值范围分别设置启动区间、中性区间、约束区间，若评估指标数值处于启动区间，该项指标则得满分；若评估指标数值处于中性区间，该项指标则按取值权重计算得分；若评估指标数值处于约束区间，该项指标则不得分。汇总计算各评估指标得分后，总分大于或等于 60 分可启动医疗服务价格调整，总分小于 60 分则不得启动。具体评估指标及评分注释详见附件。

(2) 约束条件。有以下情形之一的，原则上不得启动医疗服务价格调整。

一是上年度医药费用总额增幅超过全市 GDP 增幅 5 个百分点或上年度医药费用总额增幅高于 10% 的；

二是职工医保统筹基金结余或居民医保基金结余可支付月数少于 3 个月的；

三是出现重大自然灾害、突发重大公共卫生事件等不宜调整医疗服务价格的。

2. 定期开展调价评估。医疗保障部门应于每年 9 月份前会同相关部门，对照医疗服务价格动态调整触发评估指标体系，收集本调价周期上一年度的实际数值进行量化评估。若上一年度的实际

数值因重大自然灾害、突发重大公共卫生事件等情形出现异常的，可前推至正常状态下的年度选取实际数值作为基数，乘以正常状态下的增幅作为量化评估的实际数值。

经过评估，符合启动条件且未出现约束条件的，按程序启动调价工作，原则上应于当年年底前完成价格调整；不符合启动条件或出现约束条件的，当年度原则上不开展价格调整。相关评估结果按要求报告省医疗保障局。

3. 组织实施价格调整。

（1）合理确定调价总量。调价总量按照“历史基数”+“合理增长”的方式确定，即以公立医疗机构上一年度医疗服务收入（医疗收入-药品收入-卫生材料收入-检查化验收入）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、人均可支配收入等因素，确定本次公立医疗机构医疗服务价格调整的总金额。原则上调价总量应控制在公立医疗机构上一年度医疗服务收入的1%以内。

当年可用调价总量应扣减上年度新增和新开展项目占用量（上年度新增和新开展项目占用量=∑某项目上年度服务量×价格）、上年度医疗服务价格专项调整占用量，以及公立医疗机构本年度拟自行调整特需医疗服务价格和部分个性化需求较强、市场化程度较高的医疗服务项目占用量（以下简称“拟调整的市场调节价项目占用量”），公立医疗机构降低偏高医疗服务价格产生的金额可

叠加计入涨价总量，即：调价总量-上年度新增和新开展项目占用量-上年度医疗服务价格专项调整占用量-本年度拟调整的市场调节价项目占用量+|降价总量|=|涨价总量|。调价总量限当年使用，因不符合启动条件而未使用调价总量或符合启动条件但调价总量未用尽的，均不累计到下一年度。调价总量确定后原则上不予突破，确需突破的，应按程序报省医疗保障局同意后实施，并在后续年度调价总量中扣减。

（2）优化选择调价项目。公立医疗机构可向医疗保障部门提出进行价格调整的医疗服务项目、调价幅度等建议，并提供相关项目的服务量、成本数据等资料。医疗保障部门综合考虑以下因素优化选择拟调价项目：一是优先将多年未调整、成本和价格严重偏离等价格矛盾突出的医疗服务项目纳入调价范围；二是优先将技术难度大、风险程度高、体现技术劳务价值的医疗服务项目纳入调价范围；三是优先将国家或省级支持发展的重点专科、薄弱专科及儿科类、中医类等医疗服务项目纳入调价范围。

选择调价项目时，同一类别的项目应尽量在同一轮次的价格调整中安排，保持项目合理比价关系。对医疗机构普遍开展、服务均质化程度高的项目，应保持一定的调价间隔期；对价格敏感度高特别是涉及特殊困难群体的医疗服务项目要审慎调整，非必要不纳入调价范围。

（3）科学制定调价方案。调整医疗服务价格应以成本为基础，综合考虑经济发展水平相近、医疗发展水平相当、地理区域相邻

地区的同一医疗服务项目价格水平，重点提高成本和价格严重偏离的医疗服务项目价格。同时，应提高体现技术劳务价值的医疗服务价格及儿科类、中医类等医疗服务价格，统筹支持薄弱专科、重点专科发展，注意公立医疗机构间、学科间均衡。调价方案执行分级定价，原则上以二甲公立医疗机构价格为基准，三甲、三乙公立医疗机构价格分别按不超过 20%、10%进行上浮，二乙、二乙以下公立医疗机构价格分别按不低于 5%、10%进行下调。

（4）综合开展模拟测算。调价方案形成后应开展模拟测算，重点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、患者费用等影响以及对医疗行为和就诊行为影响，确保群众负担总体稳定、医保基金可承受、公立医疗机构健康持续发展。调价预计增收总额应与既定调价空间基本吻合。

（5）严格履行相关程序。调整医疗服务价格，一般应履行成本调查、制定方案、模拟测算、专家论证、上报审核、公示或听取社会公众意见、风险评估、合法性审查、集体审议等程序。根据需要，可采取简明易行的方式开展成本调查、广泛听取意见。制定价格调整方案可征求相关部门、医疗机构等意见，并组织专家对调价方案的可行性、科学性、合法性进行论证。各市（州）医疗保障局在履行签发程序前 15 个工作日，应向省医疗保障局报告具体调价方案和情况说明，并按程序进行公示或听取社会公众意见，开展风险评估、合法性审查，重点分析影响范围大或涉及特殊困难群体的调价项目，防范个性问题扩大成为系统性风险，

最终经集体审议后印发实施。

（三）开展医疗服务价格专项调整。各市（州）医疗保障局因落实药品和医用耗材集中带量采购等重大改革任务、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、保持多元目标动态平衡等，可根据实际需要启动医疗服务价格专项调整工作，灵活选择调价窗口期，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，有升有降调整价格。开展医疗服务价格专项调整的，应以书面形式并附相关证明材料，报省医疗保障局同意后组织实施，并在后续年度调价总量中扣减。

（四）规范市场调节价项目管理。省医疗保障局公布的特需医疗服务项目以及个性化需求较强、市场化程度较高的医疗服务项目实行市场调节价管理，由公立医疗机构按照诚信、公平的原则，依据成本自行确定价格，价格水平应保持相对稳定，提前一周公示相关信息。调价周期不少于6个月，并在公布定（调）价项目及价格15个工作日内，将定（调）价项目成本测算、价格、公示情况及执行时间等报医疗保障部门备案。定（调）价要遵守政府制定的价格规则，与医院等级、专业地位、功能定位相匹配，定（调）价增加的医疗服务费用占用价格调整总量。严格控制公立医疗机构实行市场调节价的收费项目和费用所占比例，不超过全部医疗服务的10%。

（五）做好跟踪监测和绩效评价。医疗保障部门应对公立医疗

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，按年度进行汇总分析，作为实施医疗服务价格动态调整的基础和依据。对监测发现医疗服务价格异常的，应及时采取措施进行干预，防止项目价格畸高畸低。做好医疗服务价格动态调整工作绩效跟踪考评，推动政策落实、制度完善与信息共享。

（六）保障患者合法权益。公立医疗机构要完善自我管理，规范服务行为，收费应以合法合规为前提，遵循公平、合法和诚实守信的原则，在政策允许范围内合理制定和调整价格，并以明确清晰的方式公示，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。

四、保障措施

（一）加强组织领导。医疗服务价格动态调整是“三医”联动改革的重要内容，政策性强、社会关注度高，各级医疗保障部门要充分认识做好医疗服务价格动态调整工作的重要性和复杂性，加强领导，落实责任，强化协同，周密组织并稳慎实施，确保价格动态调整有序进行。

（二）落实主体责任。医疗保障部门要牵头做好医疗服务价格动态调整的评估、实施以及监督工作，按规定制定医保支付政策，依法查处涉及医保的违法违规行为。要会同相关部门指导公立医疗机构主动适应和积极参与改革，严格落实医疗服务价格政策，合理合规提供医疗卫生服务。

(三)做好舆论引导。坚持正确舆论导向,合理引导群众预期,及时回应社会关切,营造良好的改革舆论氛围。要组织开展有针对性的培训讲解,推进各级各类医疗机构相关人员充分认识建立医疗服务价格动态调整机制的重大意义,熟练掌握相关政策内容,共同做好医疗服务价格调整工作。

附件:四川省医疗服务价格动态调整触发评估指标体系

四川省医疗保障局

2022年6月 日

四川省医疗服务价格动态调整触发评估指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	单位	指标释义	取数指标	计算公式	分值	实际得分	启动区间	中性区间	约束区间	启动区间权重	中性区间权重计算方法	约束区间权重	备注
1. 费用变化	1.1 医疗卫生费用	1.1.1 门诊次均费用增长率	%	一定时期内每门急诊人次平均收费水平的增长情况	门诊次均费用	门诊次均费用=门急诊收入/门急诊人次； 门诊次均费用增长率=[(本年度门诊次均费用-上一年门诊次均费用)/上一年门诊次均费用]×100%	4	分值×权重	≤5	5-10	≥10	1	A	0	——
		1.1.2 住院次均费用增长率	%	一定时期内每住院人次平均收费水平的增长情况	住院次均费用	住院次均费用=住院收入/出院人数 住院次均费用增长率=[(本年度住院次均费用-上一年住院次均费用)/上一年住院次均费用]×100%	4	分值×权重	≤5	5-10	≥10	1	A	0	——
	1.2 药品材料费用	1.2.1 次均住院药品费用增长率	%	一定时期内每住院人次药品费用的增长情况	次均住院药品费用	次均住院药品费用=住院药品收入/出院人数； 次均住院药品费用增长率=[(本年度次均住院药品费用-上一年次均住院药品费用)/上一年次均住院药品费用]×100%	4	分值×权重	≤5	5-15	≥15	1	A	0	——

一级指标	二级指标	三级指标	单位	指标释义	取数指标	计算公式	分值	实际得分	启动区间	中性区间	约束区间	启动区间权重	中性区间权重计算方法	约束区间权重	备注
		1.2.2 次均住院卫生材料费用增长率	%	一定时期内每住院人次卫生材料费用的增长情况	次均住院卫生材料费用	次均住院卫生材料费用=住院卫生材料收入/出院人数; 次均住院卫生材料费用增长率=[(本年度次均住院卫生材料费用-上一年次均住院卫生材料费用)/上一年次均住院卫生材料费用]×100%	2	分值×权重	≤5	5-15	≥15	1	A	0	——
2. 社会发展	2.1 社会经济发展	2.1.1 地区生产总值增长率	%	一定时期内生产的全部最终产品和服务价值的增长情况	地区生产总值增长率	实际值	6	分值×权重	≥6	-5-6	≤-5	1	B	0	——
		2.1.2 居民消费价格指数增长率	%	一定时期内城乡居民所购买的生活消费品和服务项目价格变动趋势和程度	居民消费价格指数	实际值-100	4	分值×权重	≤3.0	3.0-3.5	≥3.5	1	A	0	——
	2.2 卫生事业发展	2.2.1 每千常住人口医疗机构床位数	张	一定时期内每千常住人口可使用的医疗机构床位数	每千人口常住医疗机构床位数	实际值	2	分值×权重	≤4	4-8	≥8	1	A	0	——
		2.2.2 医护比	—	一定时期内年末执业（助理）医师总数/年末注册护士总数	医护比	年末执业（助理）医师总数/年末注册护士总数	2	分值×权重	≤0.5	0.5-0.9	≥0.9	1	A	0	——

一级指标	二级指标	三级指标	单位	指标释义	取数指标	计算公式	分值	实际得分	启动区间	中性区间	约束区间	启动区间权重	中性区间权重计算方法	约束区间权重	备注
3. 要素成本	3.1 医疗服务要素	3.1.1 医务人员平均工资增长率/社会平均工资增长率	--	一定时期内医务人员平均每人所得工资额增长相较于全社会就业人员平均每人所得工资额增长的变化情况	医务人员平均工资增长率/社会平均工资增长率	医务人员平均工资增长率/社会平均工资增长率	9	分值×权重	≤1.5	1.5-2.5	≥2.5	1	A	0	——
		3.1.2 医用商品价格指数增长率	%	一定时期内城乡居民所购买的药品及医疗保健用品价格变动趋势和程度的增长情况	医疗保健消费价格指数	实际值-100	6	分值×权重	≥1.5	0-1.5	≤0	1	B	0	——
	3.2 医疗成本管控	3.2.1 人员经费占费用总额比重	%	医疗机构医务人员工资福利费用及对个人家庭补助费用占费用总额的比例	人员经费/费用总额	[人员经费(工资福利支出+对个人家庭补助支出)/费用合计]×100%	4	分值×权重	≤40	40-50	≥50	1	A	0	——
		3.2.2 每千人口万元以上设备总值增长率	%	一定时期内每千人口所占用的万元以上医用设备价值	每千人口万元以上设备总值	每千人口万元以上设备总值=(万元以上设备总价值/常住人口数)×1000; 每千人口万元以上设备总值增长率=[本年度每千人口万元以上设备总值-上一年每千人口万元以上设备总值]/上一年每千人口万元以上设备总值]×100%	2	分值×权重	≤5	5-15	≥15	1	A	0	——

一级指标	二级指标	三级指标	单位	指标释义	取数指标	计算公式	分值	实际得分	启动区间	中性区间	约束区间	启动区间权重	中性区间权重计算方法	约束区间权重	备注
4. 改革引导	4.1 财务运营情况	4.1.1 医疗收支结余率	%	一定时期内机构医疗收入扣除医疗支出后的净额增长情况	医疗收支结余率	医疗收支年度结余率（扣除财政拨款）=[（医疗收入-医疗业务成本-管理费用）/医疗收入]×100%	4	分值×权重	≤5	5-8	≥8	1	A	0	——
		4.1.2 医疗技术服务收入/医疗收入	%	不含药品、耗材、检查化验收入的医疗收入占医疗收入的比例	医疗技术服务收入/医疗收入	[（医疗收入-药品收入-卫生材料收入-检查收入-化验收入）/医疗收入]×100%	2	分值×权重	≤65	——	>65	1	——	0	单侧指标，取值小于等于65得全分，大于65不得分。
		4.1.3 负债增长率	%	一定时期内医疗卫生机构以资产或者劳务偿还的债务的增长情况	负债总计	[(本年度负债合计-上一年负债合计)/上一年负债合计]×100%	2	分值×权重	≤5	5-20	≥20	1	A	0	——
	4.2 运行效率评价	4.2.1 床位使用率	%	一定时期内医疗机构实际占用的总床日数与实际开放的总床日数之比	床位使用率	（实际占用总床日数/实际开放总床日数）×100%	2	分值×权重	≥85	70-85	≤70	1	B	0	——

一级指标	二级指标	三级指标	单位	指标释义	取数指标	计算公式	分值	实际得分	启动区间	中性区间	约束区间	启动区间权重	中性区间权重计算方法	约束区间权重	备注
		4.2.2 平均住院日	天	一定时期内每一出院者平均住院时间的长短	平均住院日	出院者占用总床日/出院人数	2	分值×权重	≤7	7-10	≥10	1	A	0	——
	4.3 医疗服务评价	4.3.1 患者满意度	分	患者对于所经历的医疗保健服务满意度	患者满意度	实际值	3	分值×权重	≥80	70-80	≤70	1	B	0	——
		4.3.2 医务人员满意度	分	医务人员对于机构整体医疗运行的满意度	医务人员满意度	实际值	2	分值×权重	≥80	70-80	≤70	1	B	0	——
5. 承受能力	5.1 医保承受能力	5.1.1 城镇职工医保统筹基金年收入增长率	%	一定时期城镇职工医保统筹保险基金收入的增长情况	城镇职工医保统筹基金年收入	实际值	5	分值×权重	≥10	5-10	≤5	1	B	0	——
		5.1.2 城镇职工医保统筹基金当期结余率	%	一定时期内城镇职工医保统筹基金扣除支出后的净额占筹集总额的比重	城镇职工医保统筹基金当期结余率	实际值	3	分值×权重	≥15	10-15	≤10	1	B	0	——
		5.1.3 城镇职工医保统筹基金累计结余可支付月数	月	一定时期内城镇职工医保统筹基金可支付能力	城镇职工医保统筹基金累计结余可支付月数	实际值	3	分值×权重	≥12	6-12	≤6	1	B	0	——
		5.1.4 城乡居民医保基金年收入增长率	%	一定时期城乡居民医疗保险基金收入的增长情况	城乡居民医保基金年收入	实际值	5	分值×权重	≥10	5-10	≤5	1	B	0	——

一级指标	二级指标	三级指标	单位	指标释义	取数指标	计算公式	分值	实际得分	启动区间	中性区间	约束区间	启动区间权重	中性区间权重计算方法	约束区间权重	备注
		5.1.5 城乡居民医保基金当期结余率	%	一定时期内城乡居民医疗保险筹集基金扣除支出后的净额占筹集总额的比重	城乡居民医保基金当期结余率	实际值	3	分值×权重	≥10	5-10	≤5	1	B	0	——
		5.1.6 城乡居民基金累计结余可支付月数	月	一定时期内城乡居民医疗保险基金可支付能力	城乡居民医保基金累计结余可支付月数	实际值	3	分值×权重	≥6	3-6	≤3	1	B	0	——
	5.2 患者承受能力	5.2.1 城镇常住居民工资性收入增长率	%	一定时期内城镇常住居民工资性收入增长情况	城镇常住居民工资性收入	[（本年度城镇常住居民工资性收入-上一年城镇常住居民工资性收入）/上一年城镇常住居民工资性收入]×100%	6	分值×权重	≥6	2-6	≤2	1	B	0	——
		5.2.2 个人卫生支出占比	%	一定时期内居民个人卫生支出占卫生总费用的比重	个人卫生支出占比	（个人卫生支出/卫生总费用）×100%	6	分值×权重	≤30	30-45	≥45	1	A	0	——

说明：

以上 27 个三级指标中，按指标性质和取值范围，可分为 A 类指标和 B 类指标（B 类指标有颜色填充）。

1)A 类为负向指标，当取值小于区间下限时，为启动区间，权重为 1，指标得满分；大于区间上限时，为约束区间，权重为 0，指标不得分。当取值介于上下限之间时，为中性区间，得分为分值×权重，权重计算公式为：1-（实际取值-区间下限）/（区间上限-区间下限）。例如，指标 1.1.1 区间为（5,10），分值为 4。某年该指标实际值为 6，则其权重为：1-（6-5）/（10-5）=0.8，

实际得分=4×0.8=3.2分。又如，某年该指标实际值为8，则其权重为： $1-(8-5)/(10-5)=0.4$ ，实际得分=4×0.4=1.6分。因此，A类指标取值在中性区间时，实际值越靠近下限，指标得分越高。

2) B类为正向指标，当取值大于区间上限时，为启动区间，权重为1，指标的满分；小于区间下限时，为约束区间，权重为0，指标不得分。当取值介于上下限之间时，为中性区间，得分为分值×权重，权重计算公式为： $(\text{实际取值}-\text{区间下限})/(\text{区间上限}-\text{区间下限})$ 。例如，指标2.1.1区间为(-5,6)，分值为6。某年该指标实际值为4，则其权重为： $(4-(-5))/(6-(-5))=0.818$ ，实际得分=6×0.818=4.9分。又如，某年该指标实际值为0，则其权重为： $(0-(-5))/(6-(-5))=0.455$ ，实际得分=6×0.455=2.7分。因此，B类指标在中性区间时，实际值越靠近上限，指标得分越高。

3) 指标4.1.2(医疗技术服务占比收入占比)为单侧指标，医疗技术服务收入占比大于65%，本项不得分；小于等于65%时得满分。

