

宁夏回族自治区医疗保障局
宁夏回族自治区卫生健康委员会
宁夏回族自治区财政厅
宁夏回族自治区市场监督管理局

文件

宁医保发〔2022〕75号

自治区医保局 卫生健康委 财政厅 市场监管厅
印发《关于建立医疗服务价格动态调整
机制的实施意见（试行）》的通知

各市、县（区）医保局、卫生健康委（局）、财政局、市场监管局：

为贯彻落实党中央、国务院和自治区党委、政府关于深化医药卫生体制改革的总体部署，自治区医保局、卫生健康委、财政厅、市场监管厅联合制定了《关于建立医疗服务价格动态调整机制的实施意见》，现印发你们，请遵照执行。

附件：关于建立医疗服务价格动态调整机制的实施意见



(此件公开发布)

抄送：国家医保局价格招采司，全区各级各类公立医疗机构。

宁夏回族自治区医疗保障局办公室

2022年6月24日印发

附件

关于建立医疗服务价格动态调整机制的 实施意见（试行）

为加快建立科学确定、动态调整的医疗服务价格形成机制，持续优化医疗服务价格结构，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）、国家医保局、国家卫生健康委等八部门《深化医疗服务价格改革试点方案》（医保发〔2021〕41号）、国家医保局、国家卫生健康委等四部门《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）以及自治区党委、政府《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（宁党发〔2021〕13号）的要求，结合自治区实际，现就建立自治区医疗服务价格动态调整机制提出以下实施意见。

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，以人民健康为中心，持续完善医疗服务价格管理体系。坚持以临床价值为导向、以医疗事业发展规律为遵循，建立灵敏有度的价格动态调整机制。坚持公立医疗机构公益属性，建立合理补偿机制，加强部门协同，充分发挥医疗机构专业优势，稳妥有序探索医疗服务价格优化。推动医疗行业高质量发展，控制人民群众医药费用负担，

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

（一）建立机制，总量调控。统筹把握价格调整的总量、结构和频率，实现节奏可控、结构均衡，把加强医疗服务价格的宏观管理摆在首要位置，让价格宏观水平与医疗事业发展、社会承受能力、区域发展差异等宏观因素相匹配，平衡好医疗事业发展需要和各方承受能力。

（二）三医联动，同步实施。坚持医疗、医药、医保“三医联动”改革，使医疗服务价格动态调整和医保支付、政府财政保障制度、医药运行机制、医疗服务体系、监管机制改革同步推进。调整后的医疗服务价格，医保支付标准同步跟进，切实增强改革的系统性、整体性和协同性。合理控制医疗机构费用增长幅度，总体不增加患者医疗费用负担。

（三）拉开层次，体现差异。区域间价格调整总量增速要快慢结合，公立医疗机构间价格调整总量有保有压，调整医疗服务价格要考虑各级各类公立医疗机构功能定位、服务特点、医师级别、市场需求、资源配置方向等因素，体现合理回报、激励先进，反映支持薄弱学科，保持不同等级医疗机构间的合理差价，促进基层医疗机构和中医医疗服务发展，促进分级诊疗，促进医疗资源有效供给，提高均等化水平。

（四）动态调整，稳步实施。遵循有增有减、有升有降的原则，动态调整医疗服务价格，理顺医疗服务比价关系，逐步建立有利于费用控制、优化医疗资源配置、反映合理定价成本的医疗服务价格动态调整机制；建立政府主导、社会参与、公立医院自

我约束的价格综合监管体系，防范价格异常波动，确保医疗服务价格动态调整机制健康有序运转。

三、评估和触发机制

（一）启动条件（相关指标将根据医疗机构控费和成本收入结构变化实际情况进行动态调整）。

1. 设置医疗服务价格动态上调启动条件。采用综合评分模式，选取经济发展、医保费用、医疗费用、医疗服务收入、医疗成本变化等 16 项指标进行评分（相应指标按照各地级市指标评估赋分），总分为 100 分（具体指标的考核标准、分值见附件）。经综合评分分数达到 60 分（含）以上时，可上调部分医疗服务项目价格。

（1）经济发展指标。上年度医药费用总额年增长率低于 10%，上年度国民生产总值不低于预期增长目标，上年度居民消费价格指数涨幅未超过政府调控目标，上年度居民人均可支配收入增幅高于同期医药费用总额增幅。

（2）医保费用指标。上年度职工基本医保统筹基金结余和居民医保基金结余可支付月数原则上不少于 9 个月，上年度城镇职工和城乡居民医保住院实际报销比同比上升 1%。

（3）医疗费用指标。上年度门诊病人次均费用和出院病人次均费用中的药品、卫生材料、检查、化验费用同比下降 1%。

（4）医疗服务收入指标。上年度医疗服务收入（不含药品、卫生材料、检查、化验收入，下同）占比同比上升 1%。

（5）医疗成本变化指标。上年度人员经费占总费用的比例同比上升 1%。

2. 设置医疗服务价格动态下调启动条件。有以下情况之一的，应当动态下调部分医疗服务项目价格：

（1）因谈判准入、集中带量采购、大型设备集中采购、财政加大补助等原因，涉及医疗服务项目成本要素中的耗材试剂或大型设备等大幅降价，导致涉及医疗服务项目成本降低幅度达到30%以上，且实施降价时间达到一年。

（2）现行医疗服务价格明显不合理，为理顺比价关系下调部分医疗服务项目价格或医疗机构主动申请下调。

（3）按照国家、自治区相关政策要求动态下调医疗服务价格的其他情形。

（二）限制条件。有以下情况之一的，不得启动医疗服务价格动态上调：

1. 上年度医药费用总额增长率超过全区GDP增速5个百分点或上年度全区医药费用总额增幅高于10%的。

2. 上年度全区门诊病人人次均医药费用和住院病人人次均医药费用增幅均高于5%的。

3. 医保统筹基金结余可支付月数不足3个月的。

4. 启动前三月居民消费价格指数涨幅超过政府调控目标的。

5. 全区出现重大自然灾害、重大公共卫生事件等不宜调整医疗服务价格的其他情形。

（三）定期开展调价评估。自治区医保局组织各地级市在每年7月1日前对照启动限制条件开展评估，自治区具体负责三甲医院调价评估，地级市按照价格管理权限负责辖区三甲以下调价

评估。自治区根据评估情况整体安排部署价格调整工作。达到医疗服务价格动态上调启动条件，且未发生限制条件中的相关条款可以启动价格动态上调工作；达到启动条件，发生限制条件中的相关条件不予启动。医疗服务价格动态下调工作不受限制条件约束。

配合国家和自治区党委、政府部署的医改重点任务实施的医疗服务价格专项调整、项目间总量保持基本平衡的以及对新增项目、价格矛盾突出项目进行个别调整的除外。

四、价格调整程序

经评估符合上调医疗服务价格启动条件的，按以下程序启动调价工作。

（一）调价方案形成。

1. 开展数据调查。公立医疗机构报送医疗服务及收支等运行情况数据，自治区和地级市医保局对医疗机构运行情况等相关数据进行调查核实、统计。

2. 合理测算调价空间。上调价格的空间主要按照“历史基数”加“合理增长”的方式确定，即以每次调价前一年度的医疗服务总费用（不含药品、耗材、检查检验费用）为基数，综合考虑地区经济发展水平、医药总费用规模、医保基金筹资运行因素，按照国家操作指南确定调价空间（调价空间计算办法见附件2）。鼓励公立医疗机构采取下调偏高价格等方式扩大价格调整总量。

3. 优化选择调价项目。一是优先将技术劳务占比高、成本和价格严重偏离的医疗服务项目纳入调价范围。降低设备折旧占比高的检查治疗项目，优先提高儿科、精神等历史价格偏低、医疗

供给不足的薄弱学科项目，复杂手术等难度大、风险高的项目以及特色优势突出、功能疗效明显的中医医疗服务。二是关注不同类型、不同等级医疗机构的功能定位、服务能力和运行特点，兼顾收入结构特殊的专科医疗机构和基层医疗机构。三是全面比对分析现行医疗服务项目在全国或自治区的价格水平，保持区域间价格平衡，并与经济社会发展相协调。四是平衡好调价节奏和项目选择，防止出现部分应调整的项目长期得不到调整、部分项目过度调整的情况。

4. 拟定调价方案。调价方案由自治区和地级市医保局征求各公立医疗机构调整意见后形成。调价方案要保持调价预计增收的总金额与既定的调价空间基本吻合，注意医疗机构间、学科间均衡。重点提高体现技术劳务价值的医疗服务价格，降低设备物耗占比较高的检查检验和大型设备治疗价格，支持儿科等薄弱学科发展，支持中医民族医传承创新发展，支持公立医疗机构提高医疗服务收入占比。

（二）调价方案决策。

1. 部门协商。自治区和地级市医保局将医疗服务价格调整方案向相关部门和有关单位征求意见，完善医疗服务价格调整方案。

2. 风险评估。凡整体调整医疗服务价格，涉及影响面较广、特殊群体或重特大疾病的项目价格，调整价格幅度较大或者特殊时期调价等，要开展风险评估，重点研判医保基金和患者承受能力、医务人员认同程度、社会影响等，防范个性问题扩大成为系统风险，确保调价工作公平公正、合法合规。

3. **广泛征求意见。**组织专家对医疗服务价格调整的合法性、可行性、合理性进行论证。征求意见可以采取座谈会、实地走访、书面征求意见、向社会公开征求意见、问卷调查、民意调查等多种方式。

4. **成本调查。**医保部门在监测考核中发现项目价格明显不合理的，可以适时对公立医院提供的财务数据开展成本调查。结合工作需要，可通过政府购买服务方式开展相关工作。

5. **上报审批。**在履行签发程序前10个工作日内向国家医保局报告具体调价方案和情况说明。涉及整体性或重大医疗服务价格改革时，由自治区医保局拟定价格调整方案，按程序报自治区政府审核同意后，由自治区医保局、卫生健康委等部门联合发文执行。

经评估符合医疗服务价格下调启动条件的，形成调价方案经专家论证、征求意见、集体审议等程序后联合相关部门发文执行。

五、加强规范及监测

(一) **改进医疗机构管理和服务。**公立医疗机构应当主动适应改革，提升管理和服务水平，强化医疗服务成本核算并依法向医保部门提供服务数量、成本、财务等数据。要遵循公平、合法和诚实信用原则，不得强制服务并收费，不得采取分解收费项目、重复收费、组套收费等方式变相提高收费标准；规范医疗服务行为，控制药品耗材不合理使用；提升医疗服务质量、优化医疗服务流程、改善患者就医体验；改革完善内部分配机制，有效调动各方积极性，实现良性平稳运行。

(二) **加强价格监测考核。**各地要结合医保信息平台建设，

监测公立医疗机构医疗服务价格、成本、费用、收入分配及改革运行情况等，作为实施医疗服务价格动态调整的基础和依据。全面掌握医疗服务价格总量调控和动态调整执行情况，按季度评估价格动态调整对公立医疗机构运行、患者和医保基金负担等的影响。科学运用考核成果，与制定和调整医疗服务价格挂钩，支撑医疗服务价格动态调整机制稳定高效运行。

六、强化保障措施

（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，有利于促进医疗机构改善服务，促进医疗卫生事业健康持续发展。各地要进一步提高认识，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，精心组织实施。

（二）明确责任分工。医疗保障部门牵头做好医疗服务价格动态调整工作，同时做好医保信息系统调整完善，价格监测考核，以及调价政策与医保支付政策的有效衔接。医疗服务价格调整后，按规定将在医保目录内的医疗服务价格纳入医保支付范围，及时维护医疗服务价格项目和医保诊疗目录，确保政策落地实施。卫生健康部门要配合做好调价评估、方案测算工作，规范公立医疗机构行为。加强临床路径和诊疗规范管理，合理控制公立医院门诊和出院患者次均医疗费用。严格控制不合理的用药、不合理的检查检验行为和不合理卫生材料使用。药品耗材、检查检验收入占医疗收入的比例要呈逐年下降趋势。财政部门按要求落实好对公立医疗机构的补助政策。市场监管部门要加强对医疗机构的监督检查，严肃查处各类价格违法行为。

(三)加强舆论引导。要充分利用部门门户网站和主流媒体、新兴媒体，多维度、多角度解读医疗服务价格动态调整机制的主要做法，宣传推进医疗服务价格调整优化的必要性和重要意义，引导各方形成合理预期，引导公立医疗机构主动转变发展方式，强化降本增效，减少资源浪费。要密切关注舆情动态，及时妥善应对负面舆情，努力营造正确正面的舆论氛围和稳妥有序的调价环境。

附件：1. 公立医疗机构医疗服务价格评估表
2. 调价空间测算办法

附件 1

医疗服务价格动态调整综合评估表

考核内容	考核指标	考核标准	分值	赋分规则	数据来源
医疗费用控制指标	医药费用总额年增长率		10	低于 10%，得 10 分，高于 10%，不得分。	宁夏卫生健康财务年报
	门诊病人均检查、化验费用	同比下降 1%	4	相关费用同比优化，赋满分；优化指标介于 0.1%-0.99% 之间，按等比例扣减；优化指标低于 0.1% 不得分。	
	出院病人均检查、化验费用		5		
	门诊病人均药品费用		4		
	出院病人均药品费用		5		
	门诊病人均卫生材料费用		4		
	出院病人均卫生材料费用		5		
医疗服务收入指标	医疗服务收入占比		同比上升 1%		10
医疗成本变化指标	人员经费占总费用的比例	同比上升 1%	4		
医保费用指标	职工医保统筹基金结余可支付月数	原则上不少于 9 个月	7	统筹基金结余可支付月数大于 9 个月及以上，得 7 分；低于 9 个月不得分。	宁夏基金运行分析报告、宁夏医疗保障统计年鉴
	居民医保统筹基金结余可支付月数	原则上不少于 9 个月	7		
	职工医保住院实际报销比	同比上升 1%	7	实际报销比同比优化，赋满分；优化指标介于 0.1%-0.99% 之间，按等比例扣减；优化指标低于 0.1% 不得分。	
	居民医保住院实际报销比	同比上升 1%	7		
经济发展指标	GDP 增长率		7	不低于 GDP 预期增长目标，得 7 分。	宁夏统计年鉴或自治区人民政府报告
	居民消费价格指数		7	不超过政府预期调控目标，得 7 分。	
	居民人均可支配收入增幅		7	高于同期医药费用总额增幅，得 7 分。	

备注：考核年度为上一年度，即上年度。同比，指同指标上年度与上上年度相比。

附件 2

调价总量测算办法

调价总量是年度指标、上限标准，相当于“预算”“额度”、“配额”。具体应用时，根据启动条件和限制条件不触发调价的，本年度调价总量不使用；实际调价需求未将调价总量用尽的，剩余部分不使用；本年度调价总量未使用、未用尽的，不累计到下一年度的调价总量。

经评估，符合启动条件的，自治区医疗保障部门确定并分配调价总量。基本计算公式如下：

$$T_a = B * R$$

T_a 代表调价总量， B 代表历史基数， R 代表增长系数。

一、历史基数

以三甲和五市为单位，按照价格管理权限确定辖区内公立医疗机构年度服务性收入的总和，三甲医院历史基数按三甲医院医疗服务性收入总和计算，其他相关指标数据按银川市指标测算，银川市历史基数要扣除三甲医院历史基数。

$$B = \text{医疗收入} - \text{药品收入} - \text{卫生材料收入} - \text{检查化验收入}$$

二、增长系数

$R = \text{【max (M① (上一年度地区生产总值增速), M② (公立医疗机构医疗费用的增速控制目标 (10%) - 本地区上一年度实际增速), M③ (上一年度本地区公立医疗机构药品、卫生材料$

费用和检查化验费用的降幅)) + N (区域内职工 (居民) 医保统筹基金可支付月数)] * 综合平衡指标 K

1. 上一年度地区生产总值 (GDP) 增速。

2. 上一年度本地区公立医疗机构控费效果。按“公立医疗机构医疗费用的增速控制目标 (10%) - 实际增速”作为基础指标应用。

3. 上一年度本地区公立医疗机构药品、卫生材料费用和检查化验费用的降幅。按“(1 - 上上年度 / 上一年度本地区公立医疗机构药品、卫生材料费用和检查化验费用) * 100%”计算。

4. 区域内医保统筹基金可支付月数。按照实际可支付月数情况, 分档作为调节指标应用。职工和居民医保累计结余月数取最小值。如职工医保基金累计结余 36 个月, 居民医保基金累计结余 10 个月, 则以累计结余月数较低的居民医保基金取值。

可支付月数较大的情况下, 容纳更多的医疗服务调价, 丰富医疗资源供给; 可支付月数较小的情况下, 该指标为负, 缩减调价总量, 保证基金可承受。

——医保统筹基金累计结余可支付月数 $\in (-\infty, 3)$ 时, 基础指标确定后归零。例如基础指标为 6.7%, 可支付月数为 1 个月时, 区域内医保统筹基金可支付月数 = -6.7%;

——医保统筹基金累计结余可支付月数 $\in [3, 6)$ 时, 基础指标确定后扣减 50%。例如基础指标为 6.7%, 可支付月数为 5 个月时, 区域内医保统筹基金可支付月数 = -3.35%;

——医保统筹基金累计结余可支付月数 $\in [6, 9)$ 时, 基础指标确定后扣减 20%。例如基础指标为 6.7%, 可支付月数为 8 个月

时，区域内医保统筹基金可支付月数=-1.34%；

——医保统筹基金累计结余可支付月数 $\in [9, 12)$ 时，基础指标不做增减。例如基础指标为 6.7%，可支付月数为 12 个月时，区域内医保统筹基金可支付月数=0；

——医保统筹基金累计结余可支付月数 $\in [12, 15)$ 时，基础指标确定后增加 20%。例如基础指标为 6.7%，可支付月数为 13 个月时，区域内医保统筹基金可支付月数=1.34%；

——医保统筹基金累计结余可支付月数 $\in [15, \infty)$ 时，基础指标确定后增加 50%。例如基础指标为 6.7%，可支付月数为 18 个月时，区域内医保统筹基金可支付月数=3.35%；

5. 综合平衡指标 K

K 值根据调价运行评估、价格水平以及基金结余情况由自治区医保局确定，取值范围 $\in (0, 1]$ 。

三、调价总量的扩展

实施调价过程中，公立医疗机构主动降低偏高医疗服务价格的总额，可叠加计入调价总量，即：

$$\text{调价总量} + |\text{降价总量}| = |\text{涨价总量}|$$

医疗保障部门监测评估发现价格偏高，决定下调价格的，由此减少的医疗服务费用不增加调价总量。