天津市医疗保障局

天津市医疗保障局关于对2022医保协议年度

定点医疗机构医保总额预算额度调整方案

（征求意见稿）公开征求意见的公告

为做好2022医保协议年度区域点数法总额预算管理工作，根据《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），市医保中心拟订了《2022医保协议年度天津市定点医疗机构医保总额预算额度调整方案（征求意见稿）》，现面向全市各定点医疗机构公开征求意见。

请于2023年4月21日前，将意见反馈至政务邮箱：sybzxybzfglc@tj.gov.cn。

附件：2022医保协议年度天津市定点医疗机构医保总额预算额度调整方案（征求意见稿）

2023年4月17日

2022医保协议年度天津市定点医疗机构

医保总额预算额度调整方案

（征求意见稿）

一、工作目标

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《管理办法》）、《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）文件精神，根据医保政策调整对2022协议年度实际运行情况的影响，对《2022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》（津医保局函〔2022〕14号，以下简称《预算核定方案》）进行合理必要调整。

二、考虑政策调整因素调增

（一）门（急）诊报销政策调整

1．政策依据。根据《市医保局 市卫生健康委关于做好城乡居民基本医疗保险门（急）诊就医报销工作的通知》（津医保局发〔2021〕103 号），自2022年1月1 日起，参保居民在本市三级医疗机构门（急）诊就医发生的医疗费用按规定纳入医保报销范围。根据《天津市人民政府办公厅印发关于健全职工基本医疗保险门诊共济保障制度实施办法的通知》（津政办规〔2021〕16 号），自2022年1月1日起，职工医保普通门（急）诊最高支付限额由7500元调整为9000元。

2．额度调增。《预算核定方案》已考虑上述两项门（急）诊报销政策调整因素，分别预设了10亿元的总额预算额度增量。实际执行下来，居民医保门（急）诊报销政策调整带来了18.82亿元的增量，按规定应对差额部分8.82亿元做增加调整，涉及三级医疗机构和中医医疗机构两个机构类别的门诊医保总额预算额度，分别调增7.76亿元和1.06亿元；职工医保门（急）诊报销政策调整实际带来的增量，与预设的10亿元总额预算额度增量基本持平，无需再做增加调整。

（二）意外伤害报销政策调整

1．政策依据。根据《市医保局市财政局关于做好基本医疗保险医疗费用涉及意外伤害相关费用报销工作的通知》（津医保局发〔2022〕 69号），自2023年1月1日起，原商业保险机构承保的意外伤害附加保险并入基本医疗保险制度。

2．额度调增。2023年1-3月，定点医疗机构收治意外伤害参保人员实际发生的住院和门诊医疗费用，分别为1.97亿元和0.49亿元。上述为《预算核定方案》执行过程中的新政策调整所带来的增量，按规定应根据实际运行情况相应调整增加各细分类别的医保总额预算额度。其中，住院调增1.97亿元；门诊调增0.49亿元，门诊各细分类别调增情况详见下表。

考虑政策调整因素对门诊医保总额预算额度调整情况

单位：亿元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机  构类别 | 门诊购买总额  （调整前） | | | 居民门诊  调增 | | 意外伤害  调增 | | 门诊购买总额  （调增后） | | |
| 小计 | 药品 | 医疗  服务 | 药品 | 医疗  服务 | 药品 | 医疗  服务 | 小计 | 药品 | 医疗  服务 |
| 三级医  疗机构 | 100.87 | 53.58 | 47.28 | 1.13 | 6.63 | 0.07 | 0.28 | 108.97 | 54.78 | 54.19 |
| 中医医  疗机构 | 34.67 | 13.32 | 21.36 | 0.21 | 0.85 | 0.01 | 0.03 | 35.78 | 13.54 | 22.24 |
| 二级医  疗机构 | 20.79 | 12.32 | 8.47 | — | — | 0.01 | 0.02 | 20.82 | 12.33 | 8.49 |
| 家医基  层机构 | 68.92 | 55.53 | 13.39 | — | — | 0.01 | 0.01 | 68.94 | 55.54 | 13.40 |
| 其他基  层机构 | 75.88 | 41.37 | 34.51 | — | — | 0.03 | 0.02 | 75.93 | 41.40 | 34.53 |
| 暂未分  配额度 | 9.34 | 9.34 | — | — | — | — | — | 9.34 | 9.34 | — |
| 合计 | 310.47 | 185.46 | 125.01 | 1.34 | 7.48 | 0.13 | 0.36 | 319.78 | 186.93 | 132.85 |

三、根据患者用药流向调剂

按照《管理办法》第二十四条有关规定，协议年度结束后，根据患者实际用药流向对全市门诊药品总额预算额度进行统筹调剂。按照《预算核定方案》，2022协议年度全市门诊药品总额预算额度185.46亿元。考虑上述两项政策调整因素调增后为186.93亿元，按规定分配至糖尿病门特按人头总额付费的预算额度为5.79亿元，其余181.14亿元为按项目付费和按病种定额付费的门诊药品总额预算额度。

2022协议年度，按项目付费和按病种定额付费的门诊药品总点数为172.76亿，未超出其181.14亿元的门诊药品总额预算额度。按照全市统筹调剂使用原则，依据各机构类别实际申报门诊药品点数，对其门诊药品总额预算额度进行调整后，各机构类别门诊医疗服务总额预算额度都不会被药品挤占使用。统筹调剂前后，各机构类别门诊药品总额预算额度情况如下。

根据实际运行对门诊药品总额预算额度进行统筹调剂情况

单位：亿元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机  构类别 | 调剂前门诊  药品预算额度 | | 按项目和病种定额付费的门诊  药品总额预算额度调剂情况 | | | | 调剂后门诊  药品预算额度 |
|  | 其中：按人头  总额付费 | 调剂前 | 实际  点数 | 预算  调剂 | 调剂后 |
| 三级医  疗机构 | 54.78 | 1.40 | 53.38 | 48.16 | -5.22 | 48.16 | 49.56 |
| 中医医  疗机构 | 13.54 | 0.36 | 13.18 | 13.20 | 0.02 | 13.20 | 13.56 |
| 二级医  疗机构 | 12.33 | 0.81 | 11.52 | 10.35 | -1.17 | 10.35 | 11.16 |
| 家医基  层机构 | 55.54 | 2.00 | 53.54 | 48.47 | -5.07 | 48.47 | 50.47 |
| 其他基  层机构 | 41.40 | 1.22 | 40.18 | 52.58 | 12.40 | 52.58 | 53.80 |
| 暂未分  配额度 | 9.34 | — | 9.34 | — | -0.96 | 8.38 | 8.38 |
| 合计 | 186.93 | 5.79 | 181.14 | 172.76 | 0.00 | 181.14 | 186.93 |

四、总额预算额度调整结果

按照《预算核定方案》，2022医保协议年度全市定点医疗机构医保总额预算额度为558.45亿元。其中，住院、门诊支付类别的2022医保协议年度医保总额预算额度分别为247.98亿元和310.47亿元。

按照本方案进行调整和调剂后，2022医保协议年度全市定点医疗机构医保总额预算额度为569.73亿元，较《预算核定方案》核定的558.45亿元调增11.28亿元。其中，住院、门诊支付类别的医保总额预算额度分别为249.95亿元和319.78亿元，较《预算核定方案》核定247.98亿元和310.47亿元，分别调增1.97亿元和9.31亿元。门诊各细分类别医保总额预算额度情况如下。

2022医保协议年度门诊各细分类别医保总额预算额度

单位：亿元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机  构类别 | 门诊总额预算额度  （调整和调剂前） | | | 门诊总额预算额度  （调整和调剂后） | | | 预算额度调整 | | |
| 小计 | 药品 | 医疗  服务 | 小计 | 药品 | 医疗  服务 | 小计 | 药品 | 医疗  服务 |
| 三级医  疗机构 | 100.86 | 53.58 | 47.28 | 103.75 | 49.56 | 54.19 | 2.89 | -4.02 | 6.91 |
| 中医医  疗机构 | 34.68 | 13.32 | 21.36 | 35.80 | 13.56 | 22.24 | 1.12 | 0.24 | 0.88 |
| 二级医  疗机构 | 20.79 | 12.32 | 8.47 | 19.65 | 11.16 | 8.49 | -1.14 | -1.16 | 0.02 |
| 家医基  层机构 | 68.92 | 55.53 | 13.39 | 63.87 | 50.47 | 13.40 | -5.05 | -5.06 | 0.01 |
| 其他基  层机构 | 75.88 | 41.37 | 34.51 | 88.33 | 53.80 | 34.53 | 12.45 | 12.43 | 0.02 |
| 暂未分  配额度 | 9.34 | 9.34 | — | 8.38 | 8.38 | — | -0.96 | -0.96 | — |
| 合计 | 310.47 | 185.46 | 125.01 | 319.78 | 186.93 | 132.85 | 9.31 | 1.47 | 7.84 |