天津市医疗保障局

文件

天津市卫生健康委员会

天津市财政局

津医保局发〔2023〕63号

市医保局 市卫生健康委 市财政局关于

进一步完善我市区域点数法总额

预算管理有关工作的通知

各区医保局、卫生健康委，各定点医药机构，有关单位：

根据《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）》等有关规定，结合实际运行情况，现就进一步完善我市区域点数法总额预算管理有关工作通知如下。

一、完善按病种定额付费的结算管理

对于实行按病种定额付费的定点医疗机构，按规定由医保经办机构依据年度管理考核结果，落实对定点医疗机构的激励约束机制。按月结算过程中，按病种定额付费医疗机构的医保预算额度高于其实际发生医疗费用，所产生的医保预算额度结余部分，可按50%比例纳入定点医疗机构月度结算额度。

二、完善住院医保总额预算调剂机制

按照我市区域点数法总额预算管理有关规定，病种定额付费医疗机构年度住院结算点值低于项目付费医疗机构的，将病种定额付费和项目付费医疗机构年度住院医保总额预算统筹调剂使用。其中，项目付费医疗机构统筹调剂前的年度住院结算点值高于标准结算点值的，统筹调剂后应不低于标准结算点值；统筹调剂前已经低于标准结算点值的，不再实行统筹调剂。

三、完善门诊医保总额预算调剂机制

为合理引导定点医疗机构预期，将各机构类别门诊药品与医疗服务购买总额之间的按月临时调剂，优化调整为年度统筹调剂。年度统筹调剂过程中，先按规定对全市门诊药品购买总额进行统筹调剂，再对各机构类别的门诊药品与医疗服务购买总额进行统筹调剂。医保经办机构可探索根据药品销售加成情况，对定点医疗机构进行分类管理。其中，对于实行药品加成销售的医疗机构类别，其统筹调剂前的年度门诊医疗服务点值高于标准结算点值的，统筹调剂后应不低于标准结算点值；统筹调剂前的年度门诊医疗服务点值已经低于标准结算点值的，不再实行统筹调剂。

四、鼓励医疗机构开展日间手术服务

鼓励医疗机构规范开展日间手术服务模式，对于分入外科手术或非手术操作DRG、DIP组的住院病例，经医疗机构确认属于国家和我市推荐日间手术病种范围、且已完成规范化住院治疗过程的，可不因实际发生费用或实际住院天数较低而作为费用极低病例处理；不属于国家和我市推荐日间手术病种范围的，按照我市关于费用极低病例的有关规定执行。

五、支持医疗机构优化择期手术服务

医疗机构可按照卫生健康行政部门有关要求，在保障医疗质量安全的前提下，对诊断明确、病情相对稳定且经评估符合住院指征、行择期手术的患者，通过办理“预住院”在患者入院前完成术前检查检验，缩短患者术前在院等待时间。参保患者在定点医疗机构入院前发生的术前检查检验费用，参照日间手术管理服务模式，由定点医疗机构纳入本次手术的住院医疗费用，一并向医保经办机构申报结算。

六、调整癌症放化疗病组的付费方式

对于癌症放射治疗、化学治疗、免疫治疗相应的DRG/DIP病组，考虑组内费用消耗差异较大的实际情况，暂不实行DRG/DIP实际付费；由医保经办机构根据国家和我市DRG/DIP分组方案调整等情况，结合实际适时纳入实际付费范围。鼓励定点医疗机构开展日间病房服务模式，为癌症患者提供优质高效的放化疗服务，所发生的医疗费用，按照我市门诊特定疾病有关规定进行报销和结算。

本通知自2023年10月1日起施行。

市医保局 市卫生健康委 市财政局

 2023年9月13日

(此件主动公开)

天津市医疗保障局办公室 2023年9月13日印发