

梅州市医疗保障局
梅州市卫生健康局文件
梅州市财政局

梅市医保规〔2025〕1号

梅州市医疗保障局 梅州市卫生健康局 梅州市
财政局 关于印发《梅州市基本医疗保险
医疗费用结算办法》的通知

各县（市、区）人民政府，市直有关单位：

《梅州市基本医疗保险医疗费用结算办法》业经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



(此页无正文)



梅州市基本医疗保险医疗费用结算办法

第一章 总则

第一条 为了规范医疗保险费用结算，提高医保基金使用效率，推动建立管用高效的医保支付机制，更好地维护参保人员权益，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）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（医保办发〔2024〕9号）和《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法〉的通知》（粤医保规〔2024〕11号）等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 医保支付方式应保障医疗保障制度稳健、可持续运行，促进医疗、医保、医药协同发展和治理、推动医疗资源合理配置，保障参保人员获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

第三条 医保基金管理遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，建立健全“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制，保证定点医疗机构合理效益，提高定点医疗机构加强管理、控制成本和提升质量的积极性和主动性。

第四条 建立医疗总费用（包括医保基金支付和个人支付）一体管控的医保支付机制。根据不同医疗服务特点，全面推行以按

病种分值付费为主，按床日、按人头、按项目付费为辅的多元复合式医保支付方式。

第五条 本市基本医疗保险参保人员在市内医保定点医疗机构发生的医疗费用，按照本市医疗保险有关规定，属个人支付的由定点医疗机构向参保人收取，属医保基金支付的由定点医疗机构记账，医保经办机构按医保服务协议与定点医疗机构进行结算。职工基本医疗保险（含生育保险）和城乡居民基本医疗保险医疗费用结算实行分开列账、独立核算。

第六条 医保基金实行严格预算管理，市医疗保障行政部门应合理编制医保基金年度支出预算，实行分类别预算管理，对不同险种及支出项目类别进行细化分类预算，加强管理控制、稳定医疗机构预期，提高预算管理的精度。要严格收支预算执行，特殊情况需调整收支预算的，应编制预算调整方案，按程序报批后执行。

第七条 建立梅州市基本医疗保险统筹基金结算联席会议制度，负责对年度总额预算、医疗机构系数、分值库调整等相关重大政策调整事项进行协商研究。联席会议由市医疗保障行政部门牵头，市财政、卫生健康等部门参与。

第二章 病种分值付费总额预算

第八条 市医疗保障行政部门在医保基金年度收入预算范围

内，根据医保基金年度支出预算，以保障参保人基本医疗需求为出发点，编制年度按病种分值付费总额，即年度按病种分值付费可分配资金总额（以下简称年度可分配资金总额）。

第九条 在年度可分配资金总额内设立风险调节金。风险调节金按 5%比例计提，风险调节金经合理超支分担支出后的剩余部分，用于年度清算的二次分配。

第十条 各级医疗保障行政部门严格执行收支预算。因重大突发公共卫生事件、自然灾害、重大政策调整、基金运行出现风险等特殊情况需调整收支预算的，由市医疗保障行政部门会同市财政部门提出预算调整方案，按程序报批后执行。

第三章 病种目录库

第十一条 病种是指疾病主要诊断名称（出院第一诊断）与治疗方式的组合。本市区域内所有确定的病种组成本地按病种分值付费的病种目录库。

第十二条 市医疗保障行政部门以国家按病种分值付费病种目录库为基础，按照国家的分组规则，结合实际制定本市病种目录库，并及时向定点医疗机构发布。

本市病种目录库根据国家和省的部署要求和工作实际，适时动态调整。

第十三条 病种目录库由核心病种、综合病种、基层病种、

中医优势病种、床日病种、日间治疗病种、中医日间治疗病种、其他病种等构成。

（一）核心病种。是指基于可显著区分资源消耗程度的疾病诊断及治疗方式，使用医保版疾病诊断编码和手术操作编码，按照“疾病诊断+治疗方式”的规则组合形成的病种。原则上将全市所有定点医疗机构出院病例中达到15例及以上的病种作为核心病种。

（二）综合病种。是指按疾病诊断分类章节或类目和治疗方式组成的病种，原则上将全市所有定点医疗机构出院病例中未达到15例的病种作为综合病种。

（三）基层病种。是指在核心病种中选择基层定点医疗机构功能定位、服务能力，适宜基层开展的病种，医保基金对不同等级定点医疗机构开展基层病种实行同标准支付。

（四）中医优势病种。是指以纯中医或以中医特色治疗为主，中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的病种。

（五）床日病种。是指康复医疗、精神类疾病等需要长期住院治疗且日均费用较稳定，可按床日付费的病种。

（六）日间治疗病种。是指按照诊疗计划，患者在24小时内入、出院，完成手术、介入、放化疗或生物靶向治疗的病种。

（七）中医日间治疗病种。是指采用中医疗法为主的诊疗方案，需持续治疗但当次治疗完成后无需留院，治疗疗程完成后可按住院结算的病种。

(八) 其他病种。是指符合国家和省规定的其他病种。

第四章 病种分值的确定

第十四条 病种分值原则上采用基准病种法。选用常见、病例多、临床路径清晰、诊治方式相对固定、并发症与合并症少、费用稳定的急性阑尾炎伴弥漫性腹膜炎（ICD-10 编码 K35.2）微创手术为基准病种。基准病种分值设为 1000 分，其他病种分值根据其均费用与基准病种均费用的比例关系确定。

第十五条 各病种分值按照下列规则计算：

(一) 核心病种、综合病种、基层病种、日间治疗病种分值 = 各病种均医疗费用 ÷ 基准病种均医疗费用 × 1000 分。

(二) 床日病种分值 = 各床日病种日均医疗费用 ÷ 基准病种均医疗费用 × 1000 分。

中医优势病种、中医日间治疗病种等分值参照省医疗保障行政部门制定的标准执行。省医疗保障行政部门未制定病种费用标准的，由市医疗保障行政部门根据实际确定。

第十六条 基层病种和中医优势病种实施同病同治同分值，直接计入各等级定点医疗机构年度分值总和。

第十七条 病种分值一经确定，结算年度内不再改变。如因医疗技术发展、新药发明等原因，导致部分病种医疗费用明显变化时，定点医疗机构可向市医保经办机构提出申请，年度清算后

1 个月内经专家组重新评估后确定下一年度的病种分值。

第十八条 应用创新医疗技术等未能入组核心病种的病例，累计达到一定数量并符合病种分组条件的，经专家评议组织评议、市医疗保障行政部门审定后，可增补为病种目录库核心病种。

第五章 病种分值的调节

第十九条 建立偏差病例调节机制。实际医疗费用与按病种分值付费结算费用的比值在 2 倍以上或 0.5 倍以下的病例，可视为偏差病例并调节其分值。计算公式如下：

费用偏差系数=该病例实际医疗费用÷该病种同类别定点医疗机构相应病种分值结算费用

该病种同类别定点医疗机构相应病种分值结算费用=该定点医疗机构的基本系数×该病种分值×（上年度基准病种次均医疗费用÷1000）

当费用偏差系数<0.5 时，该病例实际分值=该病例费用偏差系数×该病例对应的病种分值。

当费用偏差系数>2 时，该病例实际分值=[1+（病例医疗费用偏差系数-2）×0.8]×该病例对应的病种分值。

第二十条 特殊病例单议机制。特殊病例是指住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按病种分值付费标准支付的住院病例。以单个医疗机构为

单位，病例数量不超过按病种分值付费结算人次的 5‰。当该病例费用偏差系数 ≥ 3 时，且满足以下任一条件时，医疗机构可申请特殊病例单议结算：

（一）住院天数是本医疗机构上年度平均住院天数 3 倍以上的病例；

（二）监护病房床位使用天数占住院床位使用总天数的 60% 以上的病例；

（三）运用创新医疗技术（是指 3 年内获得国家、省自然科学奖、技术发明奖、科学技术进步奖的医疗技术或治疗手段）的病例；

（四）治疗需要单类药品（如血液制品、抗肿瘤药物等）或高值耗材费用占比超过总费用 50%以上的高费用病例；

（五）复杂危重症或多学科联合诊疗的以手术操作为主要治疗手段的患者（同次住院或双侧或多部位或不同器官均以手术操作为主要治疗手段的患者）；

（六）在医疗机构进行术后急性期康复患者伴有呼吸衰竭、多脏器功能障碍等症状且拔管困难或气管造口状态的高费用病例。

第二十一条 特殊病例可由定点医疗机构通过国家医保信息平台或线下方式提出申请。市级医保经办机构收集医疗机构提出的特殊病例申请，按月或季度组织专家进行评议，评议其医疗费用的合理性，评审不通过的病例仍按偏差病例调整方法计算分值，

符合规定的特殊病例可按照以下公式重新计算分值:

特殊病例分值= (该病例住院医疗总费用 ÷ 基准病种次均费用) × 1000 分;

第二十二条 建立辅助分型调节机制。在病种目录库基础上,根据合并症或并发症指数、年龄特征等因素对病种细化分型,逐步建立辅助分型调整系数,在病种分值的基础上予以调整校正。已按辅助分型调节的病例不再纳入费用偏差病例计算。

第二十三条 单独支付药品费用由基本医疗保险统筹基金单独支付,不列入本次住院的病种医疗总费用核算范围。

第六章 按床日分值付费

第二十四条 基本医保参保人员因患精神类疾病在市内定点医疗机构住院超过 30 天(含)需要长期住院治疗且日均费用较稳定,实行按床日分值付费。按照精神病诊疗特点,结合精神类疾病住院治疗临床路径、住院实际医疗费用及医保基金承受能力等,综合确定不同级别医院按床日分值付费标准。市医疗保障行政部门可根据医保基金运行情况对床日分值标准进行动态调整。

第二十五条 按照“预算管理、总额控制、床日赋分”的原则,根据全市精神类疾病医疗费用发生及医保基金支付情况,合理确定年度床日分值付费预算总额(当年度预算总额大于全市精神类医疗机构统筹基金记账金额时,以实际统筹基金记账金额作为预

算总额)。本办法实施的首年按前三年统筹基金支付费用 1:2:7 的比例加权确定。市医疗保障行政部门会同财政部门根据医疗机构服务能力变化情况及医保基金收入增长率等，对预算总额进行动态调整。

第二十六条 在年度床日分值付费预算总额内设立专项风险调节金。风险调节金按 5%比例计提，风险调节金经合理超支分担支出后的剩余部分，用于年度清算的二次分配。

第二十七条 床日分值直接计入各定点医疗机构年度分值总和。分值点值计算、月度预算、年度清算等按病种分值付费的相关规定执行，其中被医疗保障、卫生健康等部门行政处罚或医保经办机构暂停医保服务协议，风险调节金不予分担。

第二十八条 定点医疗机构收治长期住院治疗的病例，当连续住院时间超过 1 个月的，可申请以月为结算周期进行月预结算，申请时需按要求将阶段性的病情记录以医保结算清单方式上传。

第二十九条 医疗机构住院患者超出卫生健康部门核定床位发生的医疗费用，超出核定床日数10%（含）以内医保基金按床日支付标准的90%进行支付，超出核定床日数10%至30%（含）之间医保基金按床日支付标准的60%进行支付，超出核定床日数30%以上的医保基金不予支付。

第七章 病种分值医疗机构系数

第三十条 为体现不同定点医疗机构之间医疗水平、医疗资源消耗的差异，合理确定各级各类定点医疗机构系数。定点医疗机构系数以基本系数为主，为区分同级定点医疗机构差异，增设加成系数（含扣减系数）。

医疗机构系数=基本系数+加成系数（含扣减系数）

基本系数作为定点医疗机构病种分值月预结算分配系数。原则上各项系数的计算结果四舍五入精确至小数点后三位。

第三十一条 定点医疗机构基本系数采用等级系数法确定：市医疗保障行政部门根据各定点医疗机构级别、医疗机构类型、收治病人结构等将定点医疗机构合理分类，提取各类定点医疗机构近三年按病种分值结算数据，剔除病种费用中严重偏大或偏小的异常数据，按历史费用和结算分值的比值关系计算制订各类定点医疗机构的基本系数。

第三十二条 符合以下情形设置系数调节，各项加成系数（含扣减系数）相加后最高不超过 10 个百分点。

（一）加成系数。

1. 定点医疗机构病例组合指数（CMI）加成系数。定点医疗机构 CMI 值大于同等级别医院 CMI 平均值的，每超出 0.1 的，加成 1 个百分点。计算 CMI 时以核心病种计算，不含综合病种，该系数最高加成 3 个百分点。计算公式为：

该定点医疗机构 CMI 值=该定点医疗机构所有出院病例总分值÷该院出院病例总例数÷基准病种分值

同等级别定点医疗机构 CMI 平均值=全市所有同等级别定点医疗机构所有出院病例总分值÷全市所有同等级别定点医疗机构出院总例数÷基准病种分值

2.老年患者比例加成系数。定点医疗机构（康复医院和眼科医院除外）60 岁（含）以上老年人住院人次占比大于等于全市平均水平时，每超出全市平均水平 10%的，依次多加成 1 个百分点该系数最高加成 3 个百分点。

3.儿科患者比例加成系数，定点医疗机构 6 周岁以下儿童住院人次占比大于全市平均水平时，每超出全市平均水平 10%的，依次多加成 1 个百分点，该系数最高加成 3 个百分点。

4.属于广东省高水平医院重点建设医院的定点医疗机构，加成 1 个百分点。

5.纳入国家区域医疗中心项目名单的定点医疗机构，加成 1 个百分点。只加成纳入名单的具体医疗机构，医联体内其他医疗机构、独立结算的分院区等不加成。

6.具有国家、本省或本市卫生健康行政部门评定的重点专科（含中医优势特色专科）的定点医疗机构给予加成。按国家级重点专科每个加成系数 1 个百分点，省级重点专科每个加成系数 0.6 个百分点，市级重点专科每个加成系数 0.2 个百分点。重点专科定量计算，同一专科只取最高认定的级别进行加成。只加成评定认证的医疗机构，医联体内其他医疗机构，分院区医疗机构不加成，该系数最高加成 5 个百分点。

7.紧密型县域医共体加成权重系数。上年度县域住院率达到75%（含）以上的县（市、区），紧密型医共体牵头总医院加成0.6个百分点；上年度县域住院率达到80%（含）以上的县（市、区），紧密型医共体牵头总医院加成1个百分点；县域住院率达到85%（含）以上的县（市、区），紧密型县域医共体牵头总医院加成1.2个百分点。县域内有多个医共体牵头总医院的，分别加成。有关数据以市卫生健康局统计发布为准。

8.医保医药服务评价排名加成。在省组织的医保医药服务评价工作中，总得分全省排名前10%的，系数加成0.3个百分点。单项维度得分全省排名前10%的，系数加成0.05个百分点，单项维度系数加成累计不超过0.1个百分点。该系数不重复计算综合排名和单项维度系数加成，当年度公布的评价结果运用于次年对本年度的清算工作。

当年度暂停或解除服务协议的定点医疗机构，按基本系数执行，不进行加成。新增定点医疗机构当年度系数取相应级别基本系数，不进行加成。

（二）扣减系数。

1.年度住院总次均医疗费用增长率。考核方法：定点医疗机构市内住院次均医疗费用增长率超过年度市内同等级别住院次均医疗费用平均增长率时，每超出1个百分点的扣减系数0.2个百分点（不足1%的按超出部分与1%的占比进行比例扣减，下同），

最高扣减系数为 2 个百分点（新增定点医疗机构前三年不纳入该项考核）。

2.诊疗规范情况。根据专项检查或日常经办审核等认定医疗机构存在提供不必要的医药服务（包括分解住院、挂床住院、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药等情形）年度使用医保基金违规率超过市内平均水平的，每超出 1 个百分点，扣减系数 0.5 个百分点，最高扣减系数为 5 个百分点。

3.重复住院率。定点医疗机构当年度重复住院率超过同等级别定点医疗机构重复住院率 2%的，对当年度系数进行扣减，计算公式为：

同等级别定点医疗机构重复住院率=（同等级别住院总人次-同等级别住院总人数）÷同级住院总人次×100%

定点医疗机构重复住院率=（住院总人次-住院总人数）÷住院总人次×100%

重复住院率超出部分=定点医疗机构重复住院率-（同等级别定点医疗机构重复住院率+2%）

当年度定点医疗机构重复住院率超出全市同等级别重复住院率 2%以上的，每超出 1%的，系数扣减 1 个百分点，最高扣减系数 5 个百分点。

纳入按床日付费的精神障碍疾病及长期慢性病康复病种等住院人次数不纳入重复住院率考核。

4.当年度内未按医保部门规定完成药品、耗材集中带量采购和按规定线上采购的，扣减系数2个百分点。因生产企业供应不足等客观原因未完成任务量不纳入该项考核。

5.存在未按规定配合医保部门工作、落实医保政策、宣传、服务等要求不到位、未按规定退回医保预付资金、违反协议其他规定等问题，或出现被其他行业主管部门处罚的重大问题，扣减系数3个百分点。

第三十三条 年度清算时对全市定点医疗机构的年度考核系数进行考核确定。因医院等级变化中途变更基本系数的，年度清算时按相应时段的基本系数分别确定年度清算总额。

第八章 病种分值费用月度结算

第三十四条 定点医疗机构应按规定填报住院病人医保结算清单，严格按照规范的疾病分类标准 ICD-10 对疾病进行分类编码，并在参保人员出院后 10 日内上传准确的医保结算清单。

第三十五条 住院参保人员在同一定点医疗机构内部转科继续住院治疗的，按同一次住院结算。国家和省另有规定的除外。

第三十六条 定点医疗机构有分解住院、挂床住院、诊断升级、高套分值及提供不必要的医药服务等违法违规行为的，当次住院的分值不予计算，并另按该分值的 3 倍予以扣减。

市内定点医疗机构应当为参保人员就医办理联网直接结算。

参保人员在定点医疗机构住院发生的医疗费用因定点医疗机构原因未记账的，参保人员在医保经办机构办理现金报销后，该笔现金报销金额在年度清算中的应拨付金额中扣减。

第三十七条 对定点医疗机构申报月度结算费用按月予以预结算。月度预结算费用按照月度预清算总额计算，超出实际统筹基金记账金额的纳入年度清算。

当月按病种分值付费可分配资金总额=(年度可分配资金总额-风险调节金)÷12

月度预结算分值点值=(月度市内定点医疗机构住院总费用-统筹基金记账总额+当月按病种分值付费可分配资金总额)÷市内定点医疗机构当月核准分值总和

月度预清算总额=月度预结算分值点值×该定点医疗机构当月核准分值-(该定点医疗机构住院总费用-统筹基金记账总额)-审核违规扣减金额

市内定点医疗机构当月分值总和=各定点医疗机构当月分值之和

定点医疗机构当月核准分值=该定点医疗机构当月普通病种总分值×基本系数+基层病种分值总数+中医优势病种分值总数。

第九章 病种分值费用年度清算

第三十八条 确定统筹地区年度分值总和。结合年度考核结

果, 定点医疗机构年度核准分值=该定点医疗机构年度普通病例总分值×医疗机构系数+(年度基层病种分值总数+年度中医优势病种分值总数)×(1-扣减系数)。

第三十九条 确定年度分值点值。年度分值点值=(年度市内定点医疗机构住院总费用-统筹基金记账总额+年度可分配资金总额-风险调节金)÷市内定点医疗机构年度分值总和。

第四十条 确定年度预清算总额。定点医疗机构年度预清算总额=该定点医疗机构年度核准分值×年度分值点值-(该定点医疗机构住院总费用-统筹基金记账总额)。

第十章 结余留用和超支分担

第四十一条 建立结余留用、合理超支分担机制, 年度按病种分值付费可分配资金总额预算中的风险调节金, 用于合理超支分担支出。

第四十二条 定点医疗机构住院年度清算总额高于定点医疗机构住院实际医保基金记账金额的结余部分, 由定点医疗机构留用, 可作为医疗机构发展资金和绩效奖励。定点医疗机构住院实际医保基金记账金额高于定点医疗机构住院年度清算总额的超支部分, 原则上由定点医疗机构承担, 合理超支由风险调节金给予分担。

第四十三条 依据清算比例确定各定点医疗机构结余留用或

合理超支分担金额。清算比例=年度预清算总额÷各定点医疗机构住院记账费用总额×100%。具体结余留用和合理超支分担规则如下：

清算比例大于 100%（含）且低于 120%（不含）的，定点医疗机构的年度医药服务考核评价结果为优秀或良好，将定点医疗机构住院记账费用总额的 105%作为年度预清算总额；年度医药服务考核评价结果为其他等级，将定点医疗机构住院记账费用总额作为年度预清算总额。最高不超过各定点医疗机构年度预清算总额。

清算比例大于120%（含）的，按定点医疗机构住院记账费用总额作为年度预清算总额。

清算比例大于 75%（含）且低于 100%（不含）的，对住院记账费用超过预清算总额的费用，由风险调节金按照比例予以分担，年度医药服务考核评价结果为优秀或良好的，当其住院总医疗费用增长率低于市内住院医疗费用平均增长率的，基金按 60%进行分担；当其医疗费用增长率等于或高于市内住院医疗费用平均增长率的，按 40%进行分担。

清算比例低于 75%的，风险调节金不再分担。

年度医药服务考核评价结果为良好（不含）以下等次的超支定点医疗机构，不予超支分担和二次分配。

风险调节金不足以分担超支部分时，以风险调节金与所有定点医疗机构应分担金额总和的比值作为调整系数，各定点医疗机

构实际分担金额=各定点医疗机构应分担金额×调整系数。

第四十四条 风险调节金经合理超支分担支出后,剩余部分可用于年度清算的二次分配。

定点医疗机构获得二次分配资金=合理超支分担后剩余的风险调节金÷参与二次分配的定点医疗机构年度分值总和×该定点医疗机构年度分值。

第四十五条 年度清算后,定点医疗机构如有结余,则其年度清算总额由该定点医疗机构年度预清算总额(记账金额、结余留用金额)和二次分配金额组成。定点医疗机构如有超支,则其年度清算总额由该定点医疗机构年度预清算总额、合理超支分担金额和二次分配金额组成。

第四十六条 确定应拨付医疗保障统筹基金。各定点医疗机构年度清算应拨付费用=各定点医疗机构年度清算总额-已拨付的月度预结算费用-审核违规扣减总额。

第四十七条 年终清算后,定点医疗机构清算结果为负数的,定点医疗机构应当自收到退款通知后 30 天内,退还相应费用至指定基金账户,逾期不退的,不得参与下一结算年度的超支分担和二次分配。

第四十八条 医保经办机构根据全市统一的职工医保和城乡居民医保月度、年度分值点值,做好所属参保人员的医疗费用月预结算、年度清算和拨付工作。

第四十九条 符合条件的定点医疗机构于每年 1 月上旬可向

医保经办机构申请预付金，用于定点医疗机构为参保人员提供医疗服务的医疗费用资金周转，不得用于非医疗费用支出。预拨资金具体办法按市医疗保障行政部门、市财政部门有关规定执行。

第十一章 其他结算方式

第五十条 参保人员发生的符合规定的普通门（急）诊统筹记账医疗费用，按如下方式结算：职工医保实行按项目付费的结算模式，条件具备时，实行总额预算管理下的按人头付费等方式进行付费；城乡居民医保实行总额预算管理下的按人头付费。具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第五十一条 参保人员在定点医疗机构发生的门诊特定病种基本医疗费用，医保经办机构按病种限额项目付费方式结算。条件具备时，实行其他结算方式。

第五十二条 对生活完全或大部分不能自理、长期卧床且需要接受医疗护理、医疗康复、安宁疗护和晚期姑息治疗等长期慢性病住院费用实行按床日付费结算，不列入按病种分值结算，付费办法由市医疗保障行政部门另行制订。条件具备时，可实行床日分值付费。

第五十三条 参保人员发生的不纳入病种分值结算的住院基本医疗费用以及在定点医疗机构门诊发生的慢性肾功能不全（血透治疗）、产前检查、计划生育手术费用等其他医疗费用的结算方

式，由市医疗保障行政部门另行制定。城乡居民医保参保人员在市内定点医疗机构发生的白内障手术费用实行按项目付费的结算模式。

第十二章 监督管理

第五十四条 定点医疗机构应当遵循合理检查、合理用药、合理治疗服务的原则，严格按照有关规定提供基本医疗服务。除急诊、抢救等特殊情形外，定点医疗机构提供医保基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。卫生健康行政部门应加强对定点医疗机构及医务人员执业行为的监督管理，依法查处违法违规执业行为。

第五十五条 非公立定点医疗机构统一按照本市价格行政部门规定的本市同类型、同级别的非营利性公立医疗机构医疗服务价格收费标准纳入医保支付范围，非公立定点医疗机构自行设立的医疗服务价格收费项目不纳入医保支付范围。

第五十六条 定点医疗机构于每月 10 日前，向医保经办机构申报结算上月记账费用。医保经办机构应于申报结算截止日起 30 个工作日内支付月度预结算金额，并预留 5%作为服务质量保证金。

第五十七条 医保经办机构应当按本办法规定完善医保服务协议，并与续签服务协议、服务质量保证金、拨付预付金等相挂

钩。

第五十八条 各定点医疗机构在规定的时间内申报结算年度基本医疗费用的，医保经办机构应在每年6月底前完成上年度的年度清算工作。

第五十九条 各定点医疗机构应加强对医务人员诊疗行为的规范和管理，按要求开展病案首页、结算清单和疾病编码的应用工作，按照病案管理和本办法的要求做好相关信息填报工作。

第六十条 医保经办机构应加大对定点医疗机构执行服务协议情况的核查力度，加强基本医疗保险统筹基金支出的审核。对定点医疗机构违反服务协议约定的，应当追究违约责任；涉嫌违法的，应及时向同级医疗保障行政部门报告。

第六十一条 定点医疗机构违反法律法规、规章规定的，违法行为发生地的医疗保障行政部门应依法予以查处；属于卫生健康、药品监督管理、价格等行政部门职责管理范围的，医疗保障行政部门应及时移交相关部门处置；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六十二条 建立专家评议组织。专家评议组织由本市医保定点医疗机构代表组成，代表由各级、各类医疗机构构成。专家核心成员从定点医疗机构代表中推选，人数为奇数，不少于7人。

第六十三条 定点医疗机构年度中途解除服务协议的，上年度病种分值年度清算已完成的，按确定分值点值清算；上年度病种分值年度清算未完成的，按当年度月均分值点值清算。经办机构按照核准分值、点值、医疗机构基本系数等计算清算总额。清算

总额最高不超过住院统筹基金记账费用。

第十三章 附则

第六十四条 本办法下列用语定义：

（一）按病种分值付费。是指利用大数据、智能化技术，按照“疾病诊断+治疗方式”遴选病种，通过历史数据赋予病种一定分值，在医保统筹基金支付本统筹地区住院医疗费用的总额预算内，医疗保障经办机构根据分值总和、点值计算、监督考核等情况对定点医疗机构进行付费的支付方式。

（二）同类别定点医疗机构。是指同一基本系数的定点医疗机构。

（三）统筹基金记账总额。是指属于基本医疗保险基金支付范围由定点医疗机构记账的费用，不包括大病保险、大额医疗费用补助、医疗救助等支付费用。

（四）普通病种。是指除基层病种、中医优势病种、床日病种外的其他各类病种。

第六十五条 病种分值库、医疗机构系数由市医疗保障行政部门制订并公布实施。本办法执行过程中，如需对病种分值库、医疗机构系数等进行调整，由市医疗保障行政部门制定方案，征求市卫生健康、财政部门意见后公布执行。

第六十六条 定点医疗机构住院基本医疗费用以每年1月1

日至 12 月 31 日为一个结算年度。

第六十七条 本办法自 2025 年 2 月 1 日起施行,有效期 3 年。本市此前规定与本办法不一致的,以本办法为准。国家和省有新规定的,按新规定执行。本办法实施前未完成的年度清算,按原有的结算办法及相应的配套文件执行。

公开方式：主动公开

抄送：正勇、王晖、蒋鲲、伶俐，黄伟华、黎清华同志，广东省医疗保障局，市纪委监委驻市卫生健康局纪检监察组。

梅州市医疗保障局办公室

2025年2月11日印发
