

郑州市医疗保障局
郑州市卫生健康委员会
郑州市财政局
郑州市市场监督管理局

文件

郑医保办〔2023〕20号

郑州市医疗保障局 郑州市卫生健康委员会
郑州市财政局 郑州市市场监督管理局
关于印发《郑州市医疗服务价格动态调整方案
(试行)》的通知

航空港区组织人社局、各医保分局，各开发区、各区县（市）卫生健康、财政、市场监管部门，各相关公立医疗机构：

根据《河南省医疗保障局 河南省卫生健康委员会 河南省财政厅 河南省市场监督管理局关于印发河南省建立医疗服务价格

动态调整机制实施意见（试行）的通知》（豫医保办〔2022〕33号）精神，我们制定了《郑州市医疗服务价格动态调整实施方案（试行）》，现印发你们，请认真遵照执行。



郑州市医疗保障局



郑州市卫生健康委员会



郑州市财政局



郑州市市场监督管理局

2023年4月28日

（主动公开）

郑州市医疗服务价格动态调整方案（试行）

根据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）、国家医疗保障局《关于进一步做好医疗服务价格管理工作的通知》（医保办发〔2022〕16号）、《关于印发河南省建立医疗服务价格动态调整机制实施意见（试行）的通知》（豫医保办〔2022〕33号）等文件精神，结合我市实际，制定本方案：

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，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，建立灵敏有度的价格动态调整机制，主动发挥医疗服务价格的杠杆功能，通过动态调整医疗服务价格，逐步理顺比价关系，支持医疗技术进步，合理体现技术劳务价值，促进医疗机构主动规范服务行为，控制人民群众医药费用负担，促进公立医院高质量发展，协同推进“五医联动”改革，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）总体思路

统筹兼顾医疗事业发展需要和各方承受能力，调控医疗服务价格总体水平。建立健全调价综合评估指标体系，明确调价的启动条件和约束条件，定期开展调价评估。探索政府指导和公立医

疗机构参与相结合的价格形成机制,充分发挥公立医疗机构专业优势,合理确定医疗服务价格,确保群众负担总体稳定、医保基金可承受、公立医疗机构健康发展可持续。强化大数据和信息化支撑作用,加强公立医疗机构医疗服务价格运行监测评估,确保价格机制稳定运行。坚持系统观念,增强改革的系统性、整体性、协同性,形成综合效应。

(三) 基本原则

1. 总量控制, 结构调整。根据经济发展水平、医疗技术进步和各方承受能力,对公立医疗机构医疗服务价格调整总量实行宏观管理,在价格调整总量范围内突出重点、有升有降调整医疗服务价格,发挥价格工具的杠杆作用,控制医药费用过快增长,提升价格管理的社会效益。

2. 规范有序, 分类管理。积极探索建立价格分类形成机制,对医疗机构普遍开展、服务均质化程度高的诊察、护理、床位、部分中医服务等通用型项目,把价格基准管住管好,充分考虑群众承受能力;对于技术难度大的复杂型项目,尊重医疗机构和医生的专业性意见建议,更好体现技术劳务价值。

3. 灵敏有度, 科学评估。综合考虑社会经济发展、公立医疗机构改革绩效、医保和患者承受能力等因素,科学设定价格动态调整触发条件,定期开展调价评估,灵敏有度地把握调价窗口和节奏,稳定调价预期。

4. 明确权限, 分级管理。优化医疗服务价格管理权限配置,

完善价格分级体系，实现全市各级公立医疗机构医疗服务价格统一管理。

二、建立灵敏有度的动态调整机制

按照“设置启动条件、评估触发实施、有升有降调整、医保支付衔接、跟踪监测考核”的基本路径，开展医疗服务价格动态调整工作。

（一）综合设置启动条件

1. 触发标准。医疗服务价格动态调整，须对以下指标进行评估后适时启动：一是医疗费用指标。包括医疗费用、检查化验费用、药品和卫生材料费用增长率。二是医疗机构运行指标。包括扣除检查化验、药品、卫生材料的医疗收入占比、公立医疗机构人员经费占比、医务人员薪酬与社平工资比值和医疗收支年度结余率。三是医保费用指标。包括医疗服务价格指数（包括绝对价格水平和相对价格水平）、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。四是经济社会发展指标。包括地区生产总值（以下简称“GDP”）增长率、居民消费价格指数（以下简称“CPI”）年度控制目标和居民人均可支配收入增长率。具体指标的考核标准、分值见附件。

2. 约束标准。存在以下情形之一的，不得启动医疗服务价格动态调整：一是上年度医疗费用增长率超过GDP增长率5个百分点的或上年度医疗费用增长率高于15%的；二是上年度检查化验费用增长率高于12%的；三是上年度职工基本医保统筹基金累计

结余或居民医保基金累计结余可支付月数少于或等于 3 个月的；四是 CPI 年度控制目标大于或等于 3.5%的；五是本地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。

（二）定期开展调价评估。医疗保障部门每年 8 月底前应会同相关部门对本地区上一年度的相关指标进行量化评估，符合触发标准的，按程序启动调价工作；超过约束标准的，本年度原则上不安排价格动态调整。配套医改重点任务实施的专项调整，以及对新增项目、价格矛盾突出项目进行的个别调整除外。

（三）合理测算调价空间。以区域内公立医疗机构医疗服务总费用为基数，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、患者跨区域流动、新业态发展等因素，确定一定时期内公立医疗机构医疗服务价格调整的总金额。

（四）科学制定调价方案

1. 优化选择调价项目。以区域内样本医疗机构医疗服务项目成本为定价基础，支持技术劳务占比高、成本和价格严重偏离的医疗服务项目和历史价格偏低、医疗供给不足的薄弱学科项目优先调整；重点提高体现技术劳务价值的医疗服务价格，降低设备物耗占比高的检查检验和大型设备治疗项目价格；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卫生机构；充分考虑中医医疗

服务特点，积极支持中医传承创新发展；平衡好调价节奏和项目选择，合理听取医疗机构意见建议，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。

2. 分类开展价格调整

调价预计增收的总金额与既定的调价空间应基本吻合，并注意医疗机构间、学科间均衡。

一是合理分配。根据通用型项目和复杂性项目的不同特点，将调价空间向选定的调价项目进行合理分配。对于通用型医疗服务，在成本调查、科学测算的基础上，合理确定调价幅度。对于复杂型医疗服务，在统筹考虑区域内、区域间医疗服务价格比价关系的基础上，尊重医疗机构和医生的专业性意见建议。

二是统筹考虑。综合考虑医疗机构等级和功能定位、医师级别、市场需求、资源配置方向等因素，合理确定不同等级医疗机构的价格差距，原则上下一级医疗机构不超过上一级医疗机构价格。对服务均质化程度高、技术难度小，以及设备物耗占比高的项目，缩小不同等级医疗机构间的价格差距；对技术难度大、风险程度高的项目可适当拉开价格差距，促进分级诊疗。

三是保持平衡。区域间加强沟通协调，经济发展水平相近、医疗发展水平相当、地理区域位置相邻的地区，价格水平应保持基本平衡。

三、建立医疗服务价格专项调整制度

为落实药品和医用耗材集中带量采购等重大改革、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等重点任务,或连续2年调价评估超过约束标准的,可根据实际需要适时启动医疗服务价格专项调整。开展专项调整时,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,参照动态调整有关要求,制定专项调价方案,做到总量保持平衡,价格有升有降,重点有所倾斜。

四、完善配套措施

(一) 优化调价规则和程序

依法依规优化完善医疗服务定调价程序,采取简明易行的方式开展成本调查、广泛听取意见。探索引入医疗机构参与价格形成、有效反映医务人员专业性意见的制度、规则和方法。加强风险评估,分析价格调整对医疗总费用、公立医疗机构收入结构、医保基金支出、患者负担的影响,以及对医疗服务行为和就诊行为的影响。重点研判影响范围广和涉及特殊群体的调价项目,防范个性问题扩大成系统性风险。

(二) 做好医保支付衔接

医疗服务价格调整时,应同步公布实施价格调整和医保支付的具体政策,及时维护医疗服务价格项目目录,确保政策落地实施。

(三) 做好监测评估

各级医疗保障和卫生健康部门应分级建立医疗服务价格运行监测机制,明确监测指标,对本地区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，作为实施医疗服务价格动态调整的基础和依据，及时发现问题，完善政策。建立绩效考核评价机制，推进政策落实、制度完善与信息共享。

（四）提升公立医疗机构管理和服务水平

公立医疗机构提供医疗服务，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；应主动适应改革，完善自我管理，提升医疗服务质量、优化医疗服务流程、改善就医体验；应改革完善内部分配机制，实现良性平稳运行。

五、强化保障措施

（一）加强部门协作

加强领导、强化协同，确保动态调整工作平稳实施。医保部门要认真做好调价方案制定和组织实施，并做好医疗服务价格监测评估。卫生健康部门要加强公立医疗机构的综合监管和指导。财政部门按要求落实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，并根据检查实际提出医疗服务价格调整意见和建议。

（二）创新工作模式

持续推进医保治理创新，更好发挥高端智库和专业机构的决策支持和技术支撑作用，深耕收付费改革专业理论创新，积极建平台、聚人才，不断完善专家队伍建设，积极对接学术研究机构

开展合作，逐步形成政府决策、专家献策，理论、实践紧密结合的新型医保管理模式。

（三）跟进改革措施

应及时完善医疗服务价格动态调整机制，特别是针对复杂型医疗服务价格项目，探索完善更为综合全面的调价评估机制及办法。连续2年调价评估超过约束标准的，可根据工作需要有针对性地开展专项调整。

（四）强化舆论引导

应加强政策解读、宣传和引导，准确解读医疗服务价格动态调整相关政策，引导各方形成合理预期，密切关注舆情动态，及时回应、妥善应对各方关切。

附件：郑州市医疗服务价格动态调整评估表

附件

郑州市医疗服务价格动态调整评估表

考核内容	考核指标	数据来源	公式	分值	评分规则	约束标准	备注
医疗费用指标	医疗费用增长率	卫生健康统计年鉴	$(\text{上年度公立医院总医疗费用} - \text{上上年度公立医院总医疗费用}) \div (\text{上上年度公立医院总医疗费用}) \times 100\%$	20	增长率 ≤ 0 计20分, $\geq 10\%$ 计0分,区间内计分公式: $(10\% - \text{实际增长率}) \div 10\% \times 20$	高于GDP增长率5个百分点或 $> 15\%$	
	检查化验费用增长率		$(\text{上年度门急诊和住院检查化验费用} - \text{上上年度门急诊和住院检查化验费用}) \div (\text{上上年度门急诊和住院检查化验费用}) \times 100\%$	5	增长率 ≤ 0 计5分, $\geq 8\%$ 计0分,区间内计分公式: $(8\% - \text{实际增长率}) \div 8\% \times 5$	$> 12\%$	
	药品和卫生材料费用增长率		$(\text{上年度门急诊和住院总药品费用} + \text{上年度门急诊和住院总卫生材料费用}) - (\text{上上年度门急诊和住院总药品费用} + \text{上年度门急诊和住院总卫生材料费用}) \div (\text{上上年度门急诊和住院总药品费用} + \text{上年度门急诊和住院总卫生材料费用}) \times 100\%$	5	增长率 ≤ 0 计5分, $\geq 5\%$ 计0分,区间内计分公式: $(5\% - \text{实际增长率}) \div 5\% \times 5$		
医疗机构运行指标	扣除检查化验、药品卫生材料的医疗收入占比	卫生健康统计年鉴	$(\text{挂号收入} + \text{诊察收入} + \text{床位收入} + \text{治疗收入} + \text{手术收入} + \text{护理收入}) \div \text{医疗收入} \times 100\%$	5	以占比 $< 40\%$ 作为基准,占比 $< 40\%$ 计5分。 $\geq 40\%$ 的,按照四舍五入的原则,每超过1个百分点扣减1分		
	医院人员经费占比	卫生健康统计年鉴	$\text{医院人员经费} \div \text{医院总费用} \times 100\%$	5	占比在(30%, 60%)区间内得5分, $< 30\%$ 或 $> 60\%$ 不得分		
	公立医疗机构医务人员薪酬与社平工资比值	医院填报和统计局数据	$\text{公立医疗机构医务人员薪酬工资} \div \text{城镇非私营单位就业人员平均工资}$	5	比值在(2, 5)区间内得5分, < 2 或 > 5 不得分		
	医疗收支年度结余率	医院填报	$(\text{医疗收入} - \text{业务活动费用和单位管理费用}) \div \text{医疗收入} \times 100\%$	10	结余率 $\leq -5\%$ 计10分, $> 5\%$ 计0分,区间内计分公式: $(5\% - \text{实际结余率}) \div 10\% \times 10$		

考核内容	考核指标	数据来源	公式	分值	评分规则	约束标准	备注
医保费用指标	医疗服务价格指数（绝对价格水平评分排序）	医疗服务价格指数报告	对比省发布的省辖市、济源示范区价格指数排名	5	第18名计5分，第1名计0分，区间内计分公式： 实际排名 \div 18 \times 5计分		
	医疗服务价格指数（相对价格水平评分排序）	医疗服务价格指数报告	对比省发布的省辖市、济源示范区价格指数排名	10	第18名计10分，第1名计0分，区间内计分公式： 实际排名 \div 18 \times 10计分		
	职工基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数	医疗保障运行情况分析报告	职工医保统筹基金累计结存总金额 \div 本年度职工医保统筹基金月平均支出金额	5	可支付月数 $>$ 12个月计5分， \leq 3个月计0分，区间内计分公式： (可支付月数-3) \div 9 \times 5	\leq 3个月	
	居民医保统筹基金累计结余可支付月数	医疗保障运行情况分析报告	居民医保统筹基金累计结存总金额 \div 本年度居民医保统筹基金月平均支出金额	5	可支付月数 $>$ 6个月计5分， \leq 3个月计0分，区间内计分公式： (可支付月数-3) \div 3 \times 5	\leq 3个月	
经济社会发展指标	GDP增长率	统计局数据	(上年度GDP-上上年度GDP) \div 上上年度GDP \times 100%	5	以增长率 \geq 6%作为基准，增长率 \geq 6%得5分， $<$ 6%的每降低0.1个百分点扣减1分		
	CPI年度控制目标	地方政府		10	以控制目标 \leq 3.0%作为基准，控制目标 \leq 3.0%得10分， $>$ 3.0%的，每增加0.1个百分点扣减2分	\geq 3.5%	
	居民人均可支配收入增长率	统计局数据	(上年度居民人均可支配收入-上上年度居民人均可支配收入) \div 上上年度居民人均可支配收入 \times 100%	5	以增长率 \geq 10%作为基准，增长率 \geq 10%得5分， $<$ 10%的每降低0.1个百分点扣减0.5分		

备注：1. 每个单项分值扣完为止；
2. 评估分值70分及以上可启动医疗服务价格动态调整程序；
3. 达到约束标准任一条，当年度不启动动态调整。

郑州市医疗保障局办公室

2023年4月28日印发