

附件 1

国家医疗保障局办公室

医保办函〔2021〕18号

国家医疗保障局办公室关于建立医疗服务价格 重要事项报告制度的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

医疗服务价格事关人民群众、医疗机构的切身利益，具有全局性、关联性影响。为进一步规范医疗服务价格管理，提升医疗服务价格宏观治理能力，推进国家、省、地市上下联动和跨区域统筹平衡，决定建立医疗服务价格重要事项报告制度。现将有关事项通知如下：

一、需要报告的事项内容和有关要求

（一）报告内容。包括实施医疗服务调价触发评估、确定调价总量、制定或调整医疗服务价格、新增医疗服务价格项目、重点工作任务的落实进展、重要的医疗服务价格政策调整，以及其他医疗服务价格重要事项。

（二）报告程序。实行国家、省、地市分级报告，省级医保局重要事项向国家医保局报告；地市级医保局重要事项原则上向所在省级医保局报告，特别重大的和制度明确要求的事项，由省

级医保局转报国家医保局。

（三）报告时限。

1. 省级医保部门定期对照启动条件和约束条件实施调价触发评估，评估报告应于 15 日内报告国家医保局（报告格式见附件 1）。由省以下实施评估的，各省医保局加强督促指导，要求各地市按规定格式提交评估结论，并于 15 日内转报国家医保局。

2. 各省制定调整省本级或全省医疗服务价格，应在履行签发程序前 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（报告要求见附件 2）。

3. 各省新增医疗服务价格项目，应在履行签发程序前 20 个工作日内向国家医保局报告拟新增项目情况。

4. 各省重点工作任务的落实进展，应按照规定时限报告。

5. 各省涉及重要的医疗服务价格政策调整，应提前与国家医保局沟通，并按要求报告。

6. 各省印发医疗服务价格重要事项的规范性文件，应抄送国家医保局。

二、做好重要事项报告的支撑工作

（四）及时上传与维护医疗服务价格信息。按照《关于做好当前医疗保障统计工作的通知》（医保办发〔2021〕41号）要求，各省应于 2021 年底前使用国家医疗保障信息平台医疗服务价格管理子系统，按照价格管理权限上传省级和地市级现行有效的全部医疗服务价格（政府指导价），并及时更新

维护。

(五) 落实医疗服务价格动态调整。要按照《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)要求,2022年6月底前建立医疗服务价格动态调整机制,确定启动条件、约束条件和触发机制,省本级和各地市原则上适用统一规则。动态调整的调价评估周期可因地制宜确定,最长不超过两年。自2022年起,年度内省本级和省内各地市需要实施调价评估的,原则上应于当年9月30日前完成。

三、抓好重要事项报告制度组织落实

(六) 建立联络员机制。各省要切实加强组织领导,强化跟踪督促,明确专人负责,原则上由负责该项工作的处级同志担任联络员。

(七) 建立省内报告制度。各省应在2022年3月底前建立省内医疗服务价格重要事项报告制度,明确报告内容和具体要求,及时掌握省内医疗服务价格管理情况。

(八) 严格监督考核。国家医保局将加强指导和监督,对于贯彻落实不力,将进行约谈,对未履行报告程序或报告不及时,造成严重社会影响的,将进行通报。

- 附件：1. _____年度医疗服务价格动态调整调价评估报告
(模版)
2. _____省（自治区、直辖市）关于拟制定、调整
医疗服务价格的情况说明（模版）



(主动公开)

附件 2

_____市（州）_____年度医疗服务价格 动态调整调价评估报告

（国家模板）

一、评估单位（注：请据实在□中√选，下同）

●_____市（州）医疗保障局。

二、评估时间

●_____年_____月；

●按照本地动态调整机制政策，每 2 年开展一轮调价评估，
本年度不实施调价评估；

●已配合相关改革实施较大规模的专项价格调整，按照政策
本年度不再追加实施调价评估；

●未开展调价评估。

三、管理范围

●市（州）辖区内公立医疗机构

四、评估结果

●符合调价启动条件，预计调价总量_____万元，占本级
管理的公立医疗机构上一年度医疗服务收入（不含药品、耗材、
检查、化验收入）的_____%，占本级管理的公立医疗机构上
一年度医疗服务收入（不含药品、耗材收入）的_____%，占本级
管理的公立医疗机构上一年度医疗收入的_____%；

●不符合调价启动条件，本年度医疗服务价格不实施动态调
整。

五、评估内容

●模式一（按固定的启动条件和约束条件评估）

启动条件	指标阈值	实际指标
①_____		
②_____		
③_____		
.....		
约束条件	指标阈值	实际指标
①_____		
②_____		
③_____		
.....		

情况说明：（同时触发多项条件，需按照各项条件预先设定的优先规则是否触发调价的，对优先规则和适用情况给予简要说明，注明所援引文件的名称和文号）

●模式二（按预设指标的综合评分结果评估）

评分项目	评分标准	实际得分
①_____		
②_____		
③_____		
.....		
合计		

情况说明：（按照实际得分的合计值确定是否触发调价的，请对判定规则给予简要说明，并注明所援引文件的名称和文号）

联络员姓名及联系方式：_____

附件 3

_____市（州）_____年度关于拟制定、拟调整
医疗服务价格的情况说明

一、任务类型

- 新制定医疗服务项目价格
- 调整医疗服务项目价格^①
- 按照动态调整机制触发的调整
- 配合相关改革实施的专项调整
- 其他_____

二、调价总量

预计调价总量¹共计_____万元，其中，调增的部分共计_____万元，占本级管理的公立医疗机构上一年度医疗服务收入（不含药品、耗材、检查、化验收入）的_____%，占本级管理的公立医疗机构上一年度医疗服务收入（不含药品、耗材收入）的_____%，占本级管理的公立医疗机构上一年度医疗收入的_____%。其中，调减的部分共计_____万元。

预计调价总量（空间）的测算方法：_____

三、定调价方法

1. 选择调价项目的具体方法：_____

1. 本次新制定或调整价格预计增加的总金额。

2. 测算具体项目价格的具体方法: _____

3. 实现总量控制和合理比价的具体方法: _____

4. 尊重和体现医院医务人员意见的具体方法: _____

四、方案提要

1. 本次方案涉及拟新制定医疗服务项目价格_____项, 拟调整医疗服务项目价格_____项。

拟调价的项目中, 上调价格_____项, 平均涨幅_____; 下调价格_____项, 平均降幅_____。

2. 本次方案拟新制定价格项目占比最高的是_____, _____、_____类, 涉及中医类项目_____项。

3. 本次方案拟上调价格的项目中, 占比最高的是_____, _____、_____类, 平均涨幅分别为_____%、_____%、_____%; 拟上调价格的儿科类项目_____项, 平均涨幅_____%; 拟上调价格的中医类项目_____项, 平均涨幅_____%。

附件 4

_____市（州）_____年度医疗服务价格调整情况统计表（按项目类别）

填报单位：（盖章）

填报日期： 年 月 日

序号	项目类别	项目范围（以省基准库省码为准）	现有项目数量	医疗服务价格调整						
				调增			调减			小计
				价格调增项目数量	平均调增幅度（%）	调增金额合计（万元） A	价格调减项目数量	平均调减幅度（%）	调减金额合计（万元） B	调价后平衡结果 C=A-B
1	综合医疗服务类	“1” 开头项目								
2	医学影像类	“21” 开头项目								
3	超声检查类	“22” 开头项目								
4	核医学类	“23” 开头项目								
5	放射治疗类	“24” 开头项目								
6	检验类	“25” 开头项目								
7	血型与配血	“26” 开头项目								
8	病理检查类	“27” 开头项目								
9	临床各系统诊疗类	“31” 开头项目								
10	经血管介入诊疗类	“32” 开头项目								
11	手术治疗类	“33” 开头项目								
12	物理治疗与康复类	“34” 开头项目								
13	中医（民族医）类	“4” 开头项目								
14	其他	“字母” 开头项目								
合计		-								

填报人：

联系电话：

附件 5

_____市（州）_____年度医疗服务价格调整情况统计表（按医院类型）

填报单位：（盖章）

填报日期： 年 月 日

序号	医院类型	现有医疗机构数量	涉及调价医疗机构数量	医疗服务价格调整						
				调增			调减			小计
				价格调增项目数量	平均调增幅度（%）	调增金额合计（万元） A	价格调减项目数量	平均调减幅度（%）	调减金额合计（万元） B	调价后平衡结果 C=A-B
1	三甲医院									
2	三乙医院									
3	二甲医院									
4	二乙医院									
5	二乙医院以下									
合计										

填报人：

联系电话：

附件 6

_____市（州）_____年度医疗服务价格调增明细统计表

填报单位：（盖章）

填报日期： 年 月 日

序号	编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	说明	三甲医院				三乙医院				二甲医院				二乙医院				无等级医院（二乙以下价格）					调整金额小计（元）
							上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调增幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调增幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调增幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调增幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	
一、综合医疗服务类																												
“1” 开头项目																												
1																						
二、医学影像类																												
“21” 开头项目																												
2																						
三、超声检查类																												
“22” 开头项目																												
3																						
四、核医学类																												
“23” 开头项目																												

附件 7

_____市（州）_____年度医疗服务价格调减明细统计表

填报单位：（盖章）

填报日期： 年 月 日

序号	编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	说明	三甲医院				三乙医院				二甲医院				二乙医院				无等级医院（二乙以下价格）					调整金额小计（元）	
							上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调减幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调减幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调减幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调减幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量		调整前价格（元）
一、综合医疗服务类																													
“1” 开头项目																													
1																							
二、医学影像类																													
“21” 开头项目																													
2																							
三、超声检查类																													
“22” 开头项目																													
3																							
四、核医学类																													
“23” 开头项目																													
4																							

序号	编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	说明	三甲医院				三乙医院				二甲医院				二乙医院				无等级医院（二乙以下价格）					调整金额小计（元）
							上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调减幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调减幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调减幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	调整前价格（元）	调整后价格（元）	调减幅度（%）	调整金额（元）	上年业务量	
五、放射治疗类																												
“24” 开头项目																												
5																						
六、检验类																												
“25” 开头项目																												
6																						
七、血型与配血																												
“26” 开头项目																												
7																						
八、病理检查类																												
“27” 开头项目																												
8																						
九、临床各系统诊疗类																												
“31” 开头项目																												
9																						
十、经血管介入诊疗类																												
“32” 开头项目																												

附件 8

_____市（州）_____年度新开展医疗服务价格
项目定价情况统计表

填报单位：（盖章）

填报日期： 年 月 日

序号	项目类别	项目范围(以省基 准库省码为准)	现有项目数量 A	新开展定价 项目数量 B	新定价项目占已开 展项目比例 $C=B/A*100\%$
1	综合医疗服务类	“1” 开头项目			
2	医学影像类	“21” 开头项目			
3	超声检查类	“22” 开头项目			
4	核医学类	“23” 开头项目			
5	放射治疗类	“24” 开头项目			
6	检验类	“25” 开头项目			
7	血型与配血	“26” 开头项目			
8	病理检查类	“27” 开头项目			
9	临床各系统诊疗类	“31” 开头项目			
10	经血管介入诊疗类	“32” 开头项目			
11	手术治疗类	“33” 开头项目			
12	物理治疗与康复类	“34” 开头项目			
13	中医（民族医）类	“4” 开头项目			
14	其他	“字母” 开头项 目			
合计					

填报人：

联系电话：

附件 9

_____市（州）20XX 年度新开展医疗服务价格
项目定价明细表

填报单位：（盖章）

填报日期： 年 月 日

序号	编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	说明	三甲医院	三乙医院	二甲医院	二乙医院	二乙以下
							价格（元）	价格（元）	价格（元）	价格（元）	价格（元）
一、综合医疗服务类											
“1” 开头项目											
1					
二、医学影像类											
“21” 开头项目											
2					
三、超声检查类											
“22” 开头项目											
3					
四、核医学类											
“23” 开头项目											
4					
五、放射治疗类											
“24” 开头项目											
5					
六、检验类											
“25” 开头项目											
6					
七、血型与配血											
“26” 开头项目											
7					

序号	编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	说明	三甲医院	三乙医院	二甲医院	二乙医院	二乙以下
							价格(元)	价格(元)	价格(元)	价格(元)	价格(元)
八、病理检查类											
“27”开头项目											
8					
九、临床各系统诊疗类											
“31”开头项目											
9					
十、经血管介入诊疗类											
“32”开头项目											
10					
十一、手术治疗类											
“33”开头项目											
11					
十二、物理治疗与康复类											
“34”开头项目											
12					
十三、中医(民族医)类											
“4”开头项目											
13					
十四、其他											
“字母”开头项目											
14					

填报人:

联系电话:

备注: 所有新开展项目各价格要素应与省基准库一致。