

广东省医疗保障局文件

粤医保规〔2025〕5号

广东省医疗保障局关于完善公立医疗机构 医疗服务价格管理机制的通知

各地级以上市医疗保障局：

为贯彻落实国家医疗保障局等8部委《深化医疗服务价格改革试点方案》（医保发〔2021〕41号）、《国家医疗保障局办公室关于加快推进医疗服务价格标准化规范化的通知》（医保办函〔2024〕88号）、《国家医疗保障局办公室关于优化医疗服务价格管理流程的通知》（医保办函〔2025〕51号）等文件精神，建立以医疗服务为主导的收费机制，完善医疗服务价格形成机制和调整机制，持续优化医疗服务价格结构，促进“三医”协同发展和治理，现就完善我省公立医疗机构医疗服务价格管理机制有关事项通知如下：

一、完善基本医疗服务价格形成机制

（一）实行省市两级定价机制。省医保局原则上制定全省最高限价，结合实际情况适时开展定价工作。各市对省规定的基本医疗服务项目，综合考虑服务要素成本大数据分析，经济社会发展水平和患者承受能力等因素，在省规定的最高限价范围内制定具体政府指导价。可根据公立医疗机构的不同等级分档次定价，均质化程度高、使用场景或技术差异不大的项目可采取同城同价。落实医疗服务价格治理要求，各地现行价格高于省最高限价的，按不高于省最高限价执行；现行价格低于省最高限价的，暂不调整，执行现行价格。

（二）创新医疗服务价格形成机制。支持各地根据医疗服务价格改革精神和当地实际情况完善政府主导、医疗机构参与的价格形成机制，明确价格项目的范围，形成规则和程序等。定价过程要尊重医院和医生的专业性意见，由公立医疗机构在成本核算的基础上按规则提出价格建议。可采取简明易行的方式开展定价程序。

二、完善医疗服务价格调整机制

（三）优化价格动态调整机制。省医保局根据患者费用变化、经济社会及卫生事业发展水平、医院运行情况、社会承受能力等维度完善医疗服务价格动态调整评估指标（详见附件），总分达到 70 分的可开展价格动态调整，不符合启动条件或触发熔断指标的，当年不得开展价格动态调整。当年已开展价格动

态调整的，原则上下一年不再连续开展，重点做好价格执行评估。各市按照“每年开展调价评估、合理测算调价总量、优化选择调价项目、科学制定调价方案、合理制定具体价格、按程序公布实施”等流程开展医疗服务价格动态调整工作，其中调价评估原则上于当年7月底前完成并形成评估报告。

（四）统筹开展价格专项调整。对于落实药品和医用耗材集中带量采购、医改重点任务等重大改革任务，以及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情形，在确保医保基金中长期可持续性基础上，可根据工作需要，按照“总量控制、结构调整”的原则选取少量医疗服务价格项目启动专项调整工作。严格控制专项调整项目数量、灵活选择调价窗口期。触发熔断指标的，仅可开展项目价格调低的专项调整且不限项目数量。

（五）科学把握调价总量和范围。强化医保资源使用规划意识，坚持总量调控原则，注重医保基金运行管理和风险防控。坚持“三个60%”，即价格构成中技术劳务价值占比60%以上的项目优先纳入价格动态调整范围，且此类项目的数量和金额占比均达到调价总数和总金额的60%以上。因价格治理下调项目价格等形成的空间，可按要求划出一定比例总量用于价格动态调整或专项调整。医疗服务价格项目立项指南集中落地期间，达到价格动态调整启动条件的，核定的调价总量随立项指南落地使用。

三、完善医疗服务价格监管机制

（六）强化事中事后监管。各地医保部门要切实履行医疗服务价格管理职责，加强对医疗机构落实医疗服务价格政策的监督和指导，加强部门衔接和协同，维护良好价格秩序。公立医疗机构自主定价的市场调节项目价格按管理权限报相应医疗保障部门备案。

（七）做好跟踪监测和评估。省医保局完善医疗服务价格管理系统，落实医疗服务价格“一览表”工作，加强公立医疗机构医疗服务价格项目、价格、服务量等监测。各地医保部门要开展医疗服务价格制定及调整执行运行情况的跟踪监测，结合实际情况适时开展评估，做好价格落地前后的差异对比分析，有条件的可通过系统与医疗机构信息系统对接，及时掌握医疗服务价格实施情况。

（八）加强价格公开透明。各地市医保部门通过对外网络渠道公布当地基本医疗服务的政府指导价。医疗机构所有收费项目和收费标准均应以明确清晰的方式公开，接受社会监督。

四、保障措施

（九）加强组织领导。医疗服务价格涉及医疗机构、医保、群众等各方利益，政策性强、社会关注度高，各地市医保局要进一步提高思想站位，加强部门沟通，科学合理制定价格；要与医保支付制度等相关改革协同推进，形成政策合力；坚持正确舆论导向，加强宣传培训，及时回应社会关切，确保医疗服

务价格管理工作取得良好效果。

本通知自 2026 年 1 月 1 日起实施，有效期 5 年。省现有文件与本通知不一致的，以本通知为准，国家有新规定的，从其规定。

附件：公立医疗机构医疗服务价格动态调整评估指标



公立医疗机构医疗服务价格动态调整评估指标

| 序号 | 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 分值 | 数据来源 | 参考公式 | 启动区间 | 中性区间 | 约束区间 | 备注 |
|----|---------------------|------------------|------------------------------------|----|--------|----------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|--------------|----|
| 1 | 1.费用变化 (21分) | 1.1 医药 费用 | 1.1.1 医疗费用增长率 | 7 | 卫生健康部门 | $(\text{年度总医疗费用}-\text{上年度总医疗费用})\div(\text{上年度总医疗费用})\times 100\%$ | $\leq 8\%$ | 8%-12% | $> 12\%$ | ★ |
| 2 | | | 1.1.2 门诊人次均费用增长率 | 7 | 卫生健康部门 | $(\text{年度门诊病人次均费用}-\text{上年度门诊病人次均费用})\div\text{上年度门诊病人次均费用}\times 100\%$ | $\leq 5\%$ | 5%-预期控制目标 | 大于预期控制目标 | |
| 3 | | | 1.1.3 住院病人次均费用增长率 | 7 | 卫生健康部门 | $(\text{年度住院病人次均费用}-\text{上年度住院病人次均费用})\div\text{上年度住院病人次均费用}\times 100\%$ | $\leq 5\%$ | 5%-预期控制目标 | 大于预期控制目标 | |
| 4 | 2.经济社会发展水平 (21分) | 2.1 经济社会 社会发展 | 2.1.1 年度GDP增长率 | 7 | 统计部门 | —— | 达到当地政府确定的目标 | —— | 未达到当地政府确定的目标 | |
| 5 | | | 2.1.2 年度CPI涨幅 | 7 | 统计部门 | —— | 未超过当地政府确定的目标 | —— | 超过当地政府确定的目标 | ★ |
| 6 | | | 2.1.3 医疗服务价格指数(相对价格水平评分排序) | 7 | 医疗保障部门 | 地市相对价格水平省内排序(从高到低) | 17-21位 | 4-16位 | 1-3位 | |
| 7 | 3.医院运行情况 (26分) | 3.1 医院收入情况 | 3.1.1 医疗服务收入(不含药品、耗材、检查、化验收入)占比(%) | 7 | 卫生健康部门 | $\text{医疗服务收入(不含药品、耗材、检查、化验收入)}\div\text{医疗收入}\times 100\%$ | $< 40\%$ | 40%-60% | —— | |
| 8 | | 3.2 人员薪酬情况 | 3.2.1 医院人员经费占比 | 7 | 卫生健康部门 | $\text{人员经费}\div\text{总费用}\times 100\%$ | $< 45\%$ | 45%-60% | $> 60\%$ | |

| 序号 | 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 分值 | 数据来源 | 参考公式 | 启动区间 | 中性区间 | 约束区间 | 备注 |
|----|-------------------|------------|------------------------------|----|-------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|----|
| 9 | 3.医院运行情况 (26分) | 3.3 运行效率评价 | 3.3.1 床位使用率 | 6 | 卫生健康部门 | 实际占用总床日数÷实际开放总床日数 | >80%且<95% | 70%-80%, 95%-100% | >100%或<70% | |
| 10 | | 3.4财务运营 | 3.4.1 医疗收支年度结余率 | 6 | 卫生健康部门 | 医疗盈余÷医疗收入×100%(按卫生健康财务年报统计口径计算) | >负5%且<5% | 负5%-负10%, 5-10% | >10%或小于负10% | |
| 11 | 4.社会承受能力 (32分) | 4.1基金承受能力 | 4.1.1 职工医保、居民医保统筹基金累计结余可支付月数 | 8 | 医疗保障部门 | (年度职工(居民)医保统筹基金累计结存÷下年度职工(居民)医保统筹基金预算支出)*12(如没有下年度基金预算支出金额,该指标使用本年度统筹基金预算支出) | 职工>18个月 居民>9个月 | 职工:12-18个月 居民:6-9个月 | 职工<12个月 居民<6个月 | ★ |
| 12 | | | 4.1.2 职工医保、居民医保统筹基金当期结存率 | 8 | 医疗保障部门 | 职工(居民)当期医保统筹基金结存金额÷职工(居民)当期医保统筹基金收入*100% | >0% | —— | <0% | ★ |
| 13 | | 4.2 患者承受能力 | 4.2.1 职工医保、居民医保目录内自付比例 | 8 | 医疗保障部门 | 按各地医保基金报表数据统计 | 职工<20% 居民<30% | 职工:20-30% 居民:30-40% | 职工>30% 居民>40% | |
| 14 | | | 4.2.2 居民人均可支配收入增长率 | 8 | 统计部门、卫生健康部门 | (居民人均可支配收入-上年度居民人均可支配收入)÷上年度居民人均可支配收入×100% | 高于医疗费用增长率 | —— | 低于医疗费用增长率 | |

备注:

1. 处于启动区间的得分100%,处于中性区间得分为0,处于约束区间扣分50%,总分达到70分及以上,达到医疗服务价格动态调整启动条件。带“★”星号为熔断条件,即指标值处于约束区间时,总分为0。

2. 评估指标取值除标注“本年度”“下年度”以外的,均指评估年度,即:2026年开展评估,则评估年度为2025年,评估年度上年度为2024年。评估年度无相关目标数值的,以上一个有目标数值的年度为准;若上一年度的实际数据因重大自然灾害、突发重大公共卫生事件等情形出现异常的,可前推至正常状态下的年度选取数据作为基数,乘以正常状态下的增长率作为量化评估年度的实际数值。

3. 涉及职工医保、居民医保的指标,职工、居民医保指标同时处于启动区间的即为得分,职工、居民医保其中之一或同时处于约束区间的即为扣分。

4. 数据来源包括统计年鉴、卫生健康统计年鉴、财务年报和行政部门提供的数据,计算公式供各地参考,若统计口径、计算公式有新要求的,按新要求执行。

公开方式：主动公开