

索引号:	11220000MB19566296/2022-01702	分类:	医药服务管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2022 年 05 月 23 日
标题:	关于印发吉林省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知		
发文字号:	吉医保联〔2022〕8 号	发布日期:	2022 年 06 月 06 日

关于印发吉林省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的 通知

吉医保联〔2022〕8 号

各市（州）医保局、卫生健康委、中医药局，长白山管委会医保局、卫生健康局、中医药局，梅河口市医保局、卫生健康局、中医药局：

为加快落实《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）提出的“建立管用高效的医保支付机制”要求，按照国家医疗保障局《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》具体部署，结合我省实际，省医疗保障局、省卫生健康委员会、省中医药管理局研究制定了《吉林省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》。现印发给你们，请认真组织实施。

吉林省医疗保障局 吉林省卫生健康委员会

吉林省中医药管理局

2022 年 5 月 23 日

吉林省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划

为全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，加快落实《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）提出的“建立管用高效的医保支付机制”要求，按照国家医疗保障局《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》（医保办发〔2021〕48 号）具体部署，现结合我省实际，制定本行动计划。

一、总体目标

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，以加快建立管用高效的医保支付机制为目标，在长春市、吉林市、四平市推行以 DRG 付费为主的支付方式，省直统筹区与长春市同步实施。在其他地区推行以 DIP 付费为主的支付方式。集中利用 2022-2024 年三年时间，完善工作机制，加强基础建设，协同推进配套改革。逐步建立起以 DRG/DIP 付费为主，覆盖全省各级定点医疗机构，以助推分级诊疗、规范诊疗行为、促进成本控制为

核心的管用高效的医保支付管理体系，推动医保高质量发展，促进供给侧结构性改革，维护参保人权益。

二、具体任务

按照“一年启动、两年扩面、三年深化”的思路，抓好四个方面的具体改革任务推进及落实：

（一）打基础：加强四项基础建设

1. 专业能力建设。省医保局将加大对支付方式改革人才培养力度，支持各统筹区参加国家“双百计划”，组织开展行政人员、专家骨干、编码人员培训，分批组织赴省外优秀改革试点城市交流学习等活动，并建立国内与省内专家对新启动改革地区包保指导机制。各统筹区要组建本地核心专家团队，负责对本地区医保部门工作人员、医疗机构医务人员以及编码人员开展培训，确保支付方式改革各项具体任务有效落实。

2. 信息系统建设。省医保局将于 2022 年 11 月底前完成省级医保平台内 DRG/DIP 功能模块建设，为各统筹区提供接口服务、基础信息管理、质控管理、核心结算、绩效考核与运行分析等功能。长春、吉林、四平、辽源 4 个支付方式改革试点地区做好自建系统与省级医保信息平台的衔接，确保 DRG/DIP 分组结果、结算规则能够导入省级医保信息平台，实现 DRG/DIP 结算。自建系统平台于 2023 年 6 月底前启动省级医保平台 DRG/DIP 功能模块参数适配，10 月底前依托省级医保平台 DRG/DIP 功能模块模拟付费，2024 年 1 月正式切换省级平台运行。其他 7 个统筹区不再单独建设系统平台，统一使用省级医保平台 DRG/DIP 功能模块。

3. 标准规范建设。按照国家医保局统一要求，制定和完善全省统一的 DRG/DIP 付费改革技术标准和经办流程规范，进一步细化改革步骤和路径，进一步明确各个阶段、各个环节工作重点、主要内容、注意事项、建设标准等，并指导督促落地落实，不断提高改革质量和效率，提高付费方式改革标准化、规范化水平。各统筹区要强化协议管理，明确 DRG/DIP 付费预算管理、数据质量、支付标准、审核结算、稽核检查、协商谈判、考核评价等要求，明确结算清单、业务编码合规情况为定点机构结算的必要条件。对定点医疗机构在 DRG/DIP 付费中发生的违约行为进行重点关注并提出具体处理办法。

4. 示范点建设。深入推进辽源市国家 DIP 付费改革示范点建设，督促指导辽源市进一步优化完善标准规范、工作机制、精细化管理等工作，引领我省改革向纵深发展，省局将适时组织其他市州进行参观学习和研讨交流。各统筹区要开展示范医院申报、评选、宣传等工作，发挥典型示范作用。

（二）推协同：推进医疗机构协同改革

1. 加强贯标管理。各统筹区要全面推进国家 15 项医保信息业务编码在定点医疗机构的落地工作，建立编码贯标应用工作日常督导检查机制，确保编码应用准确，有效支撑 DRG/DIP 付费改革工作。

2. 抓好数据质控。各统筹区要指导、督促辖区内医疗机构对标国家标准，组织力量校验医保结算清单接口文档及各字段数据来源，梳理医保结算清单数据项的逻辑关系和基本内涵，做实医保结算清单落地工作，确保 DRG/DIP 付费所需的数据需求。

3. 加强病案质控。各统筹区要引导医疗机构切实加强院内病案管理，提高病案管理质量，鼓励有条件的定点医疗机构开发病案智能校验工具，开展病案质量专项督查，提高医疗机构病案首页以及医保结算清单报送的完整度、合格率、准确性。

4. 推动医院内部运营管理机制转变。各统筹区要充分发挥 DRG/DIP 支付方式改革付费机制、管理机制、绩效考核评价机制等引导作用，推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变，在促进医院精细化管理、高质量发展的同时，提高医保基金使用绩效。

（三）建机制：建立完善四个工作机制

1. 完善核心要素管理与调整机制。各统筹区要以病组（病种）、权重（分值）和系数三个核心要素为重点，建立统一、规范的管理和动态调整机制，不断完善各项技术标准和流程规范。加强病组（病种）管理，以国家分组为基础，结合辖区实际，维护和调整病种分组，使之更加贴近临床需求与地方实际，更利于开展病种费用结构分析。加强权重（分值）管理，使之更加体现医务人员劳务价值，更加体现公平公正。加强医疗机构系数管理，有效体现医疗服务技术含量，充分发挥医保基金引导医疗资源优化配置的作用，探索部分适宜病种实现同城同病同价，促进医疗服务下沉，促进分级诊疗，大幅提高医疗服务资源和医保基金使用绩效。

2. 健全绩效管理与运行监测机制。各统筹区要建立医保基金使用效率效果评价考核机制和约束激励机制，不断提高医保基金使用绩效。按照国家、省级 DRG/DIP 付费医疗保障经办管理规程要求，围绕 DRG/DIP 付费全流程管理链条，构建“国家-省-市”多层次监测机制，加强数据分析，优化工作流程，提升信息化水平，建立管用高效的监测体系。各级医保经办机构要抓好 DRG/DIP 付费日常监测，加强数据分析并作出周期性评价，持续优化工作流程。鼓励支持有条件的定点医疗机构强化 DRG/DIP 付费日常管理能力，优化 DRG/DIP 管理效能。

3. 形成多方参与的评价与争议处理机制。各统筹区要建立完善技术评价与争议处理机制，形成多方参与、相互协商、公开公平公正的医保治理新格局。建立争议问题发现、处理、反馈全流程，确保问题得到及时有效解决。加强专家队伍建设与评议机制建设，有效支撑病组（病种）、权重（分值）和系数等

核心要素动态调整，形成与医疗机构集体协商、良性互动、共治共享的优良环境。

4. 建立相关改革的协同推进机制。各统筹区要完善总额预算管理办法，大力推进病种分值付费等区域总额预算管理，减少直至取消具体医疗机构年度总额管理方式。协同推进按床日付费、按人头付费机制改革，加快推进单病种付费向 DRG/DIP 付费转化，加强各种支付方式的针对性、适应性、系统性。在 DRG/DIP 政策框架范围内，协同探索县域医共体“打包”付费。探索中医药按病种支付的范围、标准和方式，支持和促进中医药传承创新发展。建立与国家医保谈判药品“双通道”管理、药品医用耗材集中带量采购、门诊共济保障、基金监管等政策措施的协同推进机制，形成正向叠加效应。同步加强支付审核管理，不断完善与 DRG/DIP 付费相适应的基金监管机制和手段，促进医疗机构强化自身管理，规范医疗服务行为。

（四）抓扩面：实现四个全面覆盖

1. 统筹地区全面覆盖。4 个 DRG/DIP 支付方式改革试点地区重点推动改革工作向纵深发展，持续扩大统筹区内医疗机构、病种、医保基金覆盖率。其他 7 个统筹区于 2022 年第三季度前启动 DIP 付费改革工作，重点做好宣传动员、建立机制、病案质量规范，参与配合省医保平台 DRG/DIP 支付功能模块建设及病种、分值、系数测算等工作，于 2023 年 6 月底前完成系统参数配置，2023 年年底完成基于省医保平台上模拟付费工作，2024 年 1 月开始实际付费。

2. 医疗机构全面覆盖。3 个 DRG 支付方式改革试点地区按照每年不低于 40%、30%、30% 的进度开展工作，2024 年符合条件的开展住院服务的医疗机构达到全面覆盖。7 个新开展 DIP 付费改革的统筹区，2023 年将符合条件的开展住院服务的二级以上（含二级）医疗机构纳入改革范围，2024 年符合条件的开展住院服务的医疗机构达到全面覆盖。

3. 病种全面覆盖（原则上达到 90%）。4 个 DRG/DIP 支付方式改革试点地区按照每年分别不低于 70%、80%、90% 的进度安排，2024 年实现 DRG/DIP 付费医疗机构病种全面覆盖。7 个新开展 DIP 付费改革的统筹区，2023 年病种覆盖率不低于 70%，2024 年病种覆盖率不低于 90%。

4. 医保基金全面覆盖（原则上达到 70%）。4 个 DRG/DIP 支付方式改革试点地区，按照每年分别不低于 30%、50%、70% 的进度安排，基本实现 DRG/DIP 付费医保基金支出全面覆盖。7 个新开展 DIP 付费改革的统筹区，2023 年医保基金覆盖率不低于 30%，2024 年医保基金覆盖率不低于 70%。

三、组织实施

深入推进 DRG/DIP 付费改革，加快建立管用高效的医保支付机制，是一项复杂的系统工程，医保信息系统和数据标准化是基石，业务能力提升和持续优化机制是建立管用高效医保支付方式的关键。聚焦三年四个全覆盖目标，省局制定了“三支撑、两保障、一示范”的“321”推进思路，各地要细化分解三年

行动计划任务，制定路线图，明确任务、分工、节点和考核指标，按照项目管理方式分步推进。

（一）三个支撑的组织实施

1. 医保信息化标准化支撑。统筹全省各统筹区信息化建设需求，通盘考虑，做好顶层设计，统一信息标准，实现各级互联共享，提供切实可行的信息化支撑，完成全省 DRG/DIP 功能模块的建设部署，促进全省医保支付改革工作，提升医保信息化管理水平。

（1）落地落实国家 15 项医保信息业务编码。落实国家 15 项医保信息业务编码尤其是疾病诊断与手术操作贯标要求。加强对医疗机构业务编码贯标工作指导、培训及宣传，完成全省各医疗机构各项编码的标准化和转码工作。

（2）全面使用医保结算清单。加快实现医疗机构医保结算清单的使用覆盖，加大医疗机构医保对内结算清单的培训、宣传工作。对标国家标准，校验医保结算清单接口文档及各字段数据来源，梳理医保结算清单数据项的逻辑关系和基本内涵，聚焦使用过程中重点难点问题，有针对性的突破研究，精准指导医疗机构医保结算清单的使用，做实医保结算清单落地工作。

（3）优化完善信息平台 DRG/DIP 模块支持能力。在国家平台功能基础上，进一步结合我省实际优化信息平台功能，补充完善管理体系。各统筹区做好与省级医保信息平台系统测试、联调及改进等对接工作。功能模块试运行后，对运行情况的数据质量、付费标准合理性、基金常规运行指标等方面进行监测、调整和优化，做好各系统操作培训工作。

2. 医保支付经办业务支撑。建立全省统一的 DRG/DIP 分组（目录库），构建 DRG/DIP 分组（病种）付费标准、权重（分值）、费率（点值）等方面测算的工作机制，重视业务标准规范培训工作。明确以总额预付为基础的医保基金分配方案及工作流程，制定结算办法和付费实施细则以及基金分配方案、工作流程等一系列业务政策规范。

（1）规范建设业务技术标准。通过购买服务等形式，组建专家团队，调研省内各统筹区医保支付现状、历史数据情况、信息化情况以及各统筹区特色的医保支付政策等，整理研究后形成调研报告。根据 DRG/DIP 支付方式改革政策文件、技术规范，结合各统筹区现状，制定符合实际的《吉林省 DRG/DIP 支付方式技术标准与管理规范》《吉林省 DRG/DIP 付费经办规程》《吉林省 DRG/DIP 支付目录库》等政策文件。

（2）提升医保支付经办业务能力。指导各统筹区实现 DRG/DIP 下的“预算制定、月度预结算、年度预清算、年度清算”的医保基金结算支付过程管理。

（3）开展示范点建设和示范医院建设。在完善辽源市国家 DIP 示范点建设基础上，调动各统筹区医疗机构参与改革的积极性，开展示范医院建设，做好申报、评选、宣传工作，发挥典型示范作用。

3. 医保核心要素管理及效果评估支撑。推进完善 DRG/DIP 支付方式各项机制、体系的建立和运行。针对“抓扩面”的明确目标，聚焦三个“四”的过程执行，强化核心要素管理。以阶段性评估评价结果为导向，针对改革过程中的重点和难点开展研究。推广有效改革举措，鼓励医院建立 DRG/DIP 精细化管理措施，形成多维立体、协同高效的“吉林模式”。

(1) 组建专家队伍。依托省内高校、医疗机构组建改革实施专家技术队伍，下设包括政策研究、数据质控、数据分析、绩效评价等专业小组。各统筹区依托省级专家队伍组建本地专家队伍，在遵循国家规范基础上探索本地化技术创新，提高可行性和有效性。

(2) 建立培训体系。包括医保行政、医保经办、医疗机构医保管理及病案编码人员的培训。制定各类医保支付方式改革政策和医保业务编码培训计划，通过搭建线上培训平台等多种形式开展培训。在落实国家“两个一百”培训任务同时，有针对性培训医保、医疗机构骨干，提升业务能力和管理水平。

(3) 提升清单质量。着眼于提升医院医保结算清单质量，组建全省医保结算清单专家指导组，指导各统筹区医疗机构加强院内清单质量管理，建立相应的院内管理流程。鼓励定点医疗机构建立结算清单智能校验工具，开展清单质量专项督查，提高医疗机构医保结算清单报送的完整度、合格率、准确性。

(4) 开展评估督导。针对“三个支撑”的每项工作内容建立督导机制，并持续改进相关要求，包含督导对象、督导内容、督导方式、督导执行标准、督导结果，及时把控问题导向并制定改进措施，以保障各项工作顺利开展。

(二) 两个保障执行到位

1. 组织管理保障到位。省级成立涵盖医保、卫生健康、中医药等部门的领导小组，领导小组办公室设在省医保局医药服务管理处，负责改革整体工作的谋划部署、总体推进、调度督导等，推动全省改革进程按计划落实到位。省医保局成立三个技术指导组。省医保局医药服务管理处牵头成立医保核心要素管理及效果评估技术指导组，负责提供医保核心要素管理及效果评估支撑。省医保局规划财务处牵头成立医保信息化标准化技术指导组，负责提供医保信息化标准化支撑。省社会医疗保险管理局牵头成立医保支付经办业务技术指导组，负责提供医保支付经办业务支撑。其他处室（单位）按职责负责相关工作推进。

市（州）层面应建立由市（州）政府统筹领导，医保、财政、卫生健康、中医药等部门各负其责的组织领导机制，成立以分管市长为组长，相关部门负责人为副组长，相关部门人员为成员的领导小组。各地医保部门一把手要亲自抓，统筹区（县）级医保部门、经办机构、医疗机构专业人员成立工作专班，并下设三个工作组，对接省级三个技术指导组开展工作。

2. 资金保障到位。各地医保部门要统筹资金使用，强化专项资金使用效能，加强合法合规审核，对于支付方式改革过程中培训、调研、课题研究、专

家论证及购买技术服务等项目支出要根据工作需要严格把关，有效使用专项资金。

(三)建设一个改革示范基地。将国家DIP付费改革示范点辽源市打造为全省DIP支付方式改革的实训基地、政策创新实践基地。总结示范城市、示范医院的成功经验、创新模式，积极帮带其他7个DIP支付方式改革统筹区工作。总结支付方式改革试点经验，包括实施步骤、常见问题处理、配套政策融合等成果，推进全省未开展地区顺利启动实施。

四、工作要求

(一)加强领导，提高站位。各地要进一步提高思想认识，充分认识医保支付方式改革的重要意义，深刻领会国家推动支付方式改革的决心意图，把改革任务纳入重点工作任务目标，尽快建立健全领导工作机制，形成改革实施方案，完善配套政策，推进改革进程。各级医保部门要担起改革主体责任，于6月底前制定完善三年行动计划实施方案及具体任务责任清单，并上报省医保局备案，每半年向省医保局专题汇报支付方式改革进展情况。

(二)部门联动，扎实推进。支付方式改革涉及多方利益，各地要加强部门间的沟通协调，形成工作合力，确保改革工作顺利实施。医保部门负责统筹推进DRG/DIP支付方式改革任务及组织实施，积极协调相关部门开展工作，通过三年行动计划实施，培养一批专业的业务骨干、建成全适用的支付方式管理基础设施、建立一套管用高效的支付方式管理机制。卫生健康及中医药部门负责协同推进DRG/DIP支付方式改革工作，广泛动员医疗机构参与改革、维护改革，加大对医疗机构编码、病案、质控等方面的培训、监管工作，共同推进医疗机构高质量发展。

(三)加强宣传，营造氛围。DRG/DIP支付方式改革是整体优化医保基金使用效能、保障参保人员待遇水平、优化医疗卫生管理机制的重要举措。推进医疗机构从“多收多治，提高收益”的模式向“合理治疗，控制成本”的模式转变，有效控制医疗费用不合理增长、减轻群众就医负担、促进医疗机构良性发展。各地要加强宣传解读和舆论引导，形成广泛的社会共识，为改革创造良好、宽松的舆论环境，及时宣传支付方式改革的进展和成效，争取社会各方的理解和支持。各地要积极总结经验、突显亮点，彰显本地有特色、有创新、有成效的工作成绩。