

索引号:	11220000MB19566296/2023-02845	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:	2023年08月14日
标题:	关于印发《吉林省医疗保障区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式暂行办法》的通知		
发文字号:	吉医保规〔2023〕5号	发布日期:	2023年08月15日

关于印发《吉林省医疗保障区域点数法 总额预算和多元复合式医保支付方式 暂行办法》的通知

吉医保规〔2023〕5号

各市（州）医疗保障局、卫生健康委、中医药管理局，长白山管委会医疗保障局、卫生健康局、中医药管理局，梅河口市医疗保障局、卫生健康局、中医药管理局：

现将《吉林省医疗保障区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式暂行办法》印发给你们，请结合实际贯彻落实。

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

2023年8月14日

吉林省医疗保障区域点数法总额预算和

多元复合式医保支付方式暂行办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实《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）、《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号），加快建立管用高效的医保支付机制，发挥医保基金战略性购买和市场在资源配置中的作用，建立区域医疗费用总额增长与医保基金收入变化相适应的调控机制，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，更好地适应患者就医流动和医药价格变动，保障参保人员权益，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于全省各统筹区医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）使用医保基金向定点医药机构（以下简称定点机构）购买其为参保人员提供医药服务的相关费用结算及管理工作。

第三条 区域点数法总额预算管理是将病组（病种）付费、床日付费、项目付费等各种付费方式以点数形式体现相对比价关系，以各定点机构所提供服务的总点数作为分配总量，将区域内医保基金和参保人员向定点机构购买服务的年度预算总额，按照分类管理的要求分配至各定点机构的管理方式。

第四条 多元复合式医保支付方式主要包括以下几种：

（一）按病组付费（以下简称 DRG 付费）。按照病例组合、分类方案，即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将病例分入若干诊断组进行付费管理。

（二）按病种分值付费（以下简称 DIP 付费）。基于“疾病诊断+治疗方式”的共性特征，对病案和医保结算清单数据进行客观聚类，形成病组，对各病组测定分值，实现标准化支付管理。

（三）床日付费。根据不同疾病的诊疗特征和病程发展情况将住院疾病分为若干类，合理确定平均住院日，经过测算确定各类住院疾病不同床日段的床日付费标准，体现疾病诊疗每日临床活动及资源消耗情况，并按住院床日累计计算每例住院病人的付费额。

（四）人头付费。按照定点机构服务的参保人员数量及每个服务参保人员的付费标准支付费用。

（五）项目付费。按照定点机构服务的参保人员实际发生的基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目目录单价及数量支付费用。

第五条 实施区域点数法总额预算管理，应遵循以下原则：

（一）保障基本。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，不断提高医保基金使用效率，促进医疗机构间有序竞争和医疗卫生资源合理利用，着力保障参保人员基本医疗需求，筑牢保障底线。

（二）公平合理。通过集体协商合理确定年度统筹区总额预算，将点数法与各种付费方式相结合，建立价值导向的医保基金战略性购买机制。

（三）统筹规划。坚持整体布局、全面推进、系统集成、协同高效的原则，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性；统筹协调相关部门、定点机构和社会力量共同参与，实现政策和管理的叠加效应，建立共建共治共享的医保治理新格局。

（四）激励约束。健全完善激励约束机制，激发医疗机构规范诊疗行为、控制医疗成本和做好健康管理的内生动力，助推分级诊疗制度建设，促进健康吉林战略实施。

（五）强化监管。根据 DRG/DIP 和各种付费方式特点，建立多部门协作、跨区域交叉的联合监管机制，推进基于标准化大数据的监测评价指标体系建设，强化审核、监管和考核工作。

第六条 省级医疗保障部门负责制定完善全省医保支付方式管理办法等相关政策，并监督指导各统筹区贯彻落实。

各级医疗保障部门牵头负责医保支付方式改革，负责本统筹区医保基金使用的监督管理、争议处理等事项。

第七条 省级医保经办机构负责指导全省支付方式经办管理工作，制定全省统一的支付方式经办规程，明确基金支出预算、付费点数计算、费用结算具体办法；制定定点机构与医保经办机构争议处理办法，建立定点机构协商谈判、服务协议考核评价及费用结算、审核办法等工作机制；制定 DRG 分组规则、DIP 目录库调整标准、设定定点机构调节系数的设置规则和范围、明确风险分担比例及激励额度比例设置范围，并指导各级医保经办机构实施。

各统筹区医保经办机构负责组织落实本统筹区支付方式工作，制定预算支出分配方案及付费方案、测算本统筹区 DRG 分组及权重、费率，DIP 分值、点值，确定定点机构调节系数，计算本年度各细分类别结算点值，开展结算工作，落实协商谈判、服务协议、考核评价及审核等工作。

第八条 省级医疗保障部门会同省级卫生健康和省级中医药管理部门建立协调工作机制，研究解决有关重大问题，统筹推进多元复合式医保支付方式改革。各级卫生健康和中医药管理部门负责配合推进 DRG/DIP 支付方式改革工作，规范医疗机构和医务人员医疗行为，开展医疗机构病案质控等方面的培

训、监督管理工作，督促医疗机构建立健全医疗质量和医疗成本控制机制，推进医疗机构高质量发展。

第二章 基金支出预算

第九条 医保经办机构按照医保基金收支预算编制范围、原则和要求编制年度医保基金收支总体预算。

第十条 医保经办机构应按照城镇职工和城乡居民分别编制基金支付方案，编制时应预留一定比例的风险调节金、异地结算、零星报销等医保基金。

医保经办机构应按照往年医保基金和参保人员向统筹区定点机构购买服务所支付的医疗费用总额为基础，综合考虑医疗费用增长速度、医疗消费价格指数增长、新医疗技术使用等因素，结合医保基金收支预算增幅、参保人数增长预期等医保基金支付能力等，拟订医保基金和参保人员向统筹区定点机构购买服务的年度医疗费用预算总额（以下简称“统筹区定点机构预算总额”）。

第十一条 医保经办机构以统筹区定点机构预算总额为基础，综合考虑医保待遇标准调整等因素，按照城镇职工医保和城乡居民医保两个险种，分别拟订医保基金向统筹区定点机构购买服务的年度预算总额（以下简称“统筹区基金支出预算总额”）。

第十二条 医保经办机构拟订的统筹区定点机构预算总额应按照门诊和住院细分，形成统筹区定点机构门诊类细分总额和住院类细分总额，根据需要可对定点机构再细分类。门诊预算总额包括普通门（急）诊（含门诊统筹）、门诊慢病、门诊特殊疾病、门诊“双通道药品”、日间医疗（日间手术、日间化疗、日间高值药品注射治疗等）等费用；住院预算总额包括预住院等在内的各类住院费用。

第十三条 医保经办机构应于次年第一季度内，将拟订的统筹区定点机构预算总额及其细分总额和统筹区基金支出预算总额，连同相关基础测算数据，报医疗保障行政部门审核，经批准后执行。

第十四条 因医疗保障制度改革、医药卫生体制改革、影响范围较大的突发事件等因素，年度中期可进行动态调整。需对统筹区定点机构预算总额或其细分总额进行调整的，由医保经办机构在与定点机构沟通协商的基础上拟订调整方案，连同相关基础测算数据，报医疗保障行政部门审核，经批准后执行。

第三章 付费方式

第十五条 各统筹区医保经办机构应按照“总额预算、点数分配、月（季）度预结、年终结算”的原则，应用大数据分析，推进以DRG/DIP付费方式为主、按人头付费、按床日付费、按项目付费相结合的多元复合式医保支付方式。

第十六条 住院医疗费用结算主要采用 DRG/DIP 付费。各统筹区医保经办机构可逐步将单病种付费、按单元付费、日间医疗（日间手术、日间化疗、日间高值药品注射治疗等）等治疗纳入 DRG/DIP 付费方式管理。

第十七条 其他付费方式：

（一）床日付费。对于精神类疾病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，可采取按床日付费的方式。

（二）人头付费。基层医疗机构普通门诊按人头付费与家庭医生签约服务相结合，门诊慢病、门诊特殊疾病等可逐步采取按人头付费方式。

（三）按项目付费。不宜打包付费的住院病例费用，如现阶段 DRG/DIP 付费时中医类别医疗机构（含中西医结合和少数民族医医疗机构）无法入组的病例费用，极高值合理费用部分，极低值病例的病例费用，门诊病例费用以及不适用以上付费方式的病例费用可按项目付费。

第十八条 探索建立患者所患疾病长期治疗效果、健康水平与医疗质量控制指标挂钩的按效果付费方式。

第十九条 探索规范普通门诊统筹支付方式。根据临床过程、资源消耗相似程度等，研究推进区域点数法总额预算下实施普通门诊统筹付费。逐步形成以服务能力、服务项目、服务数量为基础的支付方式。

第二十条 探索符合中医药特点的医保支付方式，中医药特色突出、临床路径清晰、疗效明确且中医药费用占比达到一定比例的病种可确定为中医优势病种（组）。鼓励实行中西医同病同效同价，引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务。

第四章 付费点数计算

第二十一条 省级医保经办机构基于全省定点机构往年住院诊疗中的疾病诊断、治疗方式、患者年龄、病症严重程度及转归等与医疗资源消耗相关数据，通过大数据处理分析，制定全省 DRG 细分组标准和 DIP 目录库标准。各统筹区建立本地病种目录库，经与定点机构协商、组织临床专家论证后，予以确定。

第二十二条 区域内 DRG/DIP 付费、床日付费、人头付费、项目付费等付费方式，以点数形式体现相对比价关系计算定点机构的付费点数，各种付费点数构成区域总点数。

第二十三条 各 DRG/DIP 病组（病种）权重（分值）根据往年每个 DRG/DIP 病组（病种）次均住院费用与全部病例次均住院费用的比值测算确定，可依据资源消耗结构合理性、疾病诊治难易程度和政策导向等因素，经组织专家论证，对各 DRG/DIP 病组（病种）间相对权重（分值）进行结构性调整。可综合

考虑区域经济差异、定点机构治疗疾病的服务质量效果等因素，将统筹区（区域）定点机构分档设定调节系数。

第二十四条 DRG/DIP 以外的其他付费方式，统一转化为与 DRG/DIP 付费可比的付费点数。医保经办机构应及时将转化指标数据向定点机构公开或告知。

第二十五条 定点机构按月向医保经办机构申请医保基金支付过程中，按人头付费时，以医保经办机构与定点机构约定的按人头付费医药总费用，按照一定比价关系转化为付费点数。按项目付费时，以药品和医疗服务的实际价格，分别计算点数。按床日付费时，以该床日费用标准与全部病组住院次均费用比价关系转化为付费点数。

第二十六条 同统筹区内已实现“六统一”的紧密型县域医共体计算点数时，应将医共体内各定点机构的点数统一归集到牵头医疗机构一并计算。

第二十七条 为有利于基层医疗机构服务能力提升和可持续发展，助力分级诊疗制度建设，可适当提高基层医疗机构的调节系数，鼓励基层医疗机构收治基层病种病人。

第五章 费用结算

第二十八条 参保人员的基本医疗保险待遇原则上按照各地现行医保政策执行，不受付费方式影响。定点机构为参保人员提供诊疗服务后，应由个人负担的医药费用，继续按照各统筹区现行价格（收费）政策和医保支付范围、医保支付标准、医保待遇标准计算。

第二十九条 定点机构费用结算可采用月度预付、季度预结、年终结算的方式。年初，经办机构可依据上年度各定点机构结算费用发生情况预付一部分资金，用于缓解月度结算费用较高的定点机构垫付压力，年终结算时一并计算。

第三十条 月度预付，可按照定点机构实际发生基金金额预留保证金后进行预付结算。

第三十一条 季度预结，以本年度统筹区定点机构预算总额为基础，核算出各细分类别下季度预算总额，按照季度有效付费点数，分别核定各细分类别的季度结算点值。以各定点机构的季度有效付费总点数核算出各定点机构的季度结算额度，再核减季度个人负担费用后，核定为季度医保基金结算额度。季度医保基金结算额度与月度预拨金额轧差拨付。

第三十二条 年终结算，以年度统筹区定点机构预算总额为基础，按照各细分类别下年度有效付费总点数，分别核定各细分类别的年度结算点值。以各细分类别下各定点机构年度有效付费点数，核算出各定点机构的年度结算额度，再核减个人负担费用后，核定为年度医保基金结算额度。年度医保基金结算额度与季度累计结算金额存在差额的在年终结算时一并调整。

第三十三条 医保经办机构应建立健全“结余留用、合理超支分担”的激励与风险分担机制。定点机构年度医保基金结算额度结余部分，按分段设定不同分担比例支付给该定点机构；定点机构年度医保基金结算额度超支部分由医保经办机构和定点机构共同承担，按分段设定不同比例支付给定点机构。

第三十四条 各类医保基金具体支付比例，根据该定点机构实际发生医药费用中的各类医保基金各自支付金额与总体支付总额的比值确定，并按照不同支付类别分别核算。

第三十五条 因医保待遇标准、医保支付范围、医保支付标准等政策调整，参保人员实际个人负担比例较往年明显变化的，医保经办机构可在统筹区定点机构预算总额不变的基础上，对统筹区医保基金支出预算总额进行相应调整。

第三十六条 对医疗机构收治的急危重症、使用“双通道药品”、采用新医疗技术治疗及超长期住院等住院病例，应建立专家评议制度，经专家审核后可不纳入 DRG/DIP 支付。

第三十七条 定点机构使用集中带量采购的中选药品（医用耗材）时，待集采考核周期结束后，根据考核结果及时落实结余留用激励机制。

第六章 协商谈判与争议处理

第三十八条 医保经办机构在多元复合式医保支付方式执行过程中，应逐步建立并完善医保协商谈判机制。

第三十九条 协商谈判应充分考虑各类医疗机构的利益，参加协商谈判的定点机构应具有代表性，能全面反映不同区域、类别定点机构的情况。

第四十条 协商谈判应集体进行，各级别、类别医疗机构均可派代表参加协商谈判。协商谈判应通过充分的讨论和磋商，最终达成统一的意见。

第四十一条 医保经办机构应建立争议处理机制，并遵循“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”原则。

第四十二条 医保经办机构应定期向定点机构公开年度基本医保基金收支预算等情况，做到公开透明。应不断完善相应服务协议，对违反有关规定的定点机构或在付费中出现的各类纠纷，应按照医疗保障相关政策规定及服务协议要求处理。

第七章 监督管理

第四十三条 定点机构应严格落实医疗管理的主体责任，按照临床诊疗指南、临床技术操作规范、合理用药指导原则等，加强对医务人员医疗行为规范性的监督管理，建立大型医用设备检查适宜性点评制度，加强处方审核和点评，做好药品供应保障，完善内部激励约束机制，促进医务人员合理检查、合理用药、合理治疗，合理使用医保基金，控制医疗费用不合理增长。

第四十四条 医疗保障部门应建立适应区域点数法总额预算下多元复合式医保支付的监管体系。加强对定点机构医保基金使用情况的监督管理，依法依规严肃处理违法违规行为，防范医保基金运行风险。可根据区域点数法总额预算管理特点，组织开展跨区专项检查或定点机构间联审互查，促进相互监督、良性竞争。加强数据分析，强化过程管控，建立完善智能监管系统，引入社会监督力量，多方协同共治。

第四十五条 省级医保经办机构应建立和完善医保支付方式运行监测评价和预警制度，设定监测评价指标，在国家平台基础上完善监测功能模块。

第四十六条 各统筹区医保经办机构应定期向社会公开医保基金收入、支出、结余等情况，同时公开各定点机构服务人次、总体费用、费用结构、医保结算、患者负担等与医保基金使用相关的指标运行数据及同比增长情况，接受社会监督。

第四十七条 医保经办机构应根据区域点数法总额预算下多元复合式医保支付的特点，细化完善医保服务协议，加强对定点机构的监测分析、日常管理，并对定点机构医保基金结算清单上传数据质量的完整性、规范性等进行重点审核，建立数据质量评价管理机制，审核和评估医疗机构的数据质量，指导推动定点机构不断提高数据填报质量。通过日常检查与专项检查相结合的方式，重点检查定点机构在实施区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式后，可能出现的申报数据不实、高靠分组、分解住院、推诿患者、减少必要服务等行为，将审核结果与审核结算、协议考核等工作挂钩。

第四十八条 医保经办机构应建立健全定点机构考核制度，将管理考核结果与质量保证金拨付和年终结算挂钩。同时，将医疗服务质量、医疗服务监管、上传数据质量、协议履行、超医保支付范围的项目费用占总医疗费用的比例等情况纳入考核范围，应强化人（次）均病组医疗总费用增长率、疾病与手术操作编码准确率等重点指标的考核。

第八章 附 则

第四十九条 省级医疗保障部门负责建设维护省医疗保障信息平台及DRG/DIP等支付方式功能模块。各统筹区医保经办机构应做好与省医疗保障信息平台的落地衔接工作，统一使用省医疗保障信息平台支付方式功能模块。

第五十条 各统筹区制定的本统筹区预算支出分配方案、付费方案应报省社会医疗保险管理局备案后执行。

第五十一条 各统筹区医保经办机构使用医疗救助等医疗保障基金向定点机构购买其为参保人员提供医药服务的相关费用结算及管理工作参照此办法执行。

第五十二条 本办法自发布之日起施行，有效期至 2025 年 12 月。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准，并于 2023 年底前稳步过渡到本办法规定内容。

[《吉林省医疗保障区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式暂行办法》政策解读](#)