

索引号:	11220000MB19566296/2024-00523	分类:	其他;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2024 年 01 月 31 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经办管理规程（试行）》的通知		
发文字号:	吉医保规〔2024〕1 号	发布日期:	2024 年 02 月 29 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 经办管理规程（试行）》的通知

吉医保规〔2024〕1 号

各市（州）医疗保障局、长白山管委会医疗保障局、梅河口市医疗保障局：

为进一步深化医保支付方式改革，发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，保障参保人员权益，积极稳妥做好区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式经办工作，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经办管理规程（试行）》印发你们，请遵照执行。

吉林省医疗保障局

2024 年 1 月 31 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经办管理规程（试行）

为进一步深化医保支付方式改革，发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，保障参保人员基本权益，积极稳妥做好区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式经办工作，按照《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）、《国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（医保办发〔2021〕23 号）、《国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（医保办发〔2021〕27 号）、《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）、《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》（医保办发〔2019〕36 号）等相关文件规定，制定本规程。

第一章 总则

第一条 区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式是指将病组（种）、床日、项目等各种付费单元以点数形式体现相对比价关系，是深化医保支付方式改革的重要组成部分，目标是促进医疗卫生资源合理利用、体现医务人员劳务价值、参保人员待遇水平得以充分保障、医保基金平稳高效运行。

第二条 病组（种）付费（以下简称 DRG/DIP）分组、目录库等按国家技术规范要求执行。

第三条 医疗保障经办机构（以下简称经办机构）按照国家医疗保障政策要求，积极推进区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式经办管理服务，做好协议管理、数据采集，加强医保基金预算与清算管理，建立与区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式相适应的激励约束机制、稽查审核机制，完善区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式信息系统建设，加强考核评价，做好协商谈判及争议处理等经办管理工作，为参保人员购买高质量、有效率、能负担的医药服务。

第四条 省级经办机构负责对全省区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式工作的落实指导和组织实施，并对全省各地区区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式经办运行情况进行监测评估。各级经办机构负责具体实施本统筹区内区域点数法总额预算管理和多元复合式医保支付方式工作。

第二章 预算管理

第五条 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，编制时应按照城镇职工和城乡居民分别编制。

第六条 统筹区年度基金支出预算编制后，市级经办机构在充分考虑总预算的前提下，预留一定比例的风险调节金、异地结算、零星报销等情况的医保基金，细化制定本统筹区区域总额预算及支付方案。编制时按照城镇职工和城乡居民分别拟定向全统筹区定点服务机构购买服务的多元复合式医保支付基金支出预算（以下简称“统筹区基金支出预算总额”），职工基金支出预算中应包括统筹基金、公补基金和大额基金等各项基金支出；城乡居民基金支出预算中应包括统筹基金及大病保险等各类基金支出。

第七条 根据统筹区基金支出预算总额和往年各项医疗保障基金支付在医保基金和参保人员所支付医疗费用总额中所占比例，综合考虑各类服务机构收治病人数、参保人数、增长预期及医疗消费价格指数增长等指标，按照职工医保和居民医保两个险种，拟定医保基金和参保人员向全统筹区定点服务机构购买服务的年度服务机构医疗费用预算总额（以下简称“统筹区定点服务机构预算总额”）。

第八条 经办机构拟定的统筹区定点服务机构预算总额按照门诊和住院细分，分配预算时适当向门诊费用倾斜。门诊预算总额包括普通门（急）诊、门诊慢性病、门诊特殊疾病、门诊双通道药品、药店购药；住院预算总额包括普通（急诊）住院、日间手术（含日间病房）等其他费用。经办机构可根据经办工作实际情况，结合定点服务机构类型、等级等因素，进一步进行预算总额细分。

第三章 住院支付标准

第九条 按病组（种）住院付费点数计算

（一）确定调节系数。

各统筹区可根据医院等级、区域经济、医疗成本等实际情况设定调节系数（调节系数可设多项，包括但不限于定点服务机构调节系数、付费方式调节系数等，多项调节系数可采取连乘或加和法，下同），各项调节系数范围原则上为0-200%，设定及变动调节系数应上报省级医保部门备案。

（二）病组（种）付费点数确定。

某 DRG/DIP 病组（种）的付费点数=该 DRG/DIP 病组（种）的权重（分值）×调节系数×实际发生病例数×10000。（为方便后续计算，提高结算额度精确度，计算公式中采取扩大 10000 倍的方式计算付费点数，下同。）

所有 DRG/DIP 病组（种）的付费总点数为各病组（种）付费点数之和。

第十条 床日付费住院付费点数计算

（一）设定既往三年全部 DRG/DIP 病组（种）次均住院费用为基准费用。

床日组日均医疗费用标准=床日组基金日支付标准÷平均报销比例。

床日组医疗费用标准=床日组日均医疗费用标准×床日病例住院天数。

床日组付费点数=床日组医疗费用标准÷既往三年全部 DRG/DIP 病组（种）次均住院费用×调节系数×10000。

（二）床日付费总点数确定。床日付费总点数为各床日组付费点数之和。

第十一条 项目付费住院付费点数计算

（一）设定既往三年全部 DRG/DIP 病组（种）次均住院费用为基准费用。

某按项目付费病例付费点数=该按项目付费病例实际发生住院费用÷既往三年全部 DRG/DIP 病组（种）次均住院费用×调节系数×10000。

（二）按项目付费病例总点数确定。按项目付费病例总点数为各按项目付费病例付费点数之和。

第十二条 住院总付费点值计算

（一）某个服务机构住院付费点数=该服务机构 DRG/DIP 住院点数+床日付费住院点数+项目付费住院点数。

（二）统筹区内所有医院住院总付费点数之和为统筹区住院总付费点数。

（三）预付点值=统筹区定点服务机构住院预算总额÷统筹区住院总付费点数。

第四章 门诊支付标准

第十三条 以经办机构与定点服务机构约定的按人头付费标准为基础，核算出人头付费支付费用，结合基本医保统筹基金支付在医保基金和参保人员所支付医疗费用总额中所占比例核算出门诊人头付费总医药价格，人头付费总医药价格原则上按照 1: 1 的比价关系转化为付费点数，可采用固定点值法，统筹区可根据本统筹区实际情况设定比价关系。

第十四条 以定点服务机构门诊收取的按项目付费实际价格为基础，原则上按照实际价格 1: 1 转化为付费点数，统筹区可根据本统筹区实际情况分别设定药品、耗材及医药服务项目的比价关系，经办机构在支付定点服务机构门诊费用时，优先支付零差率药品及集中带量采购的药品医用耗材费用。

第十五条 符合国家改革要求的其他付费方式门诊费用，一并转化为可比的付费点数。

第十六条 门诊总付费点数及预付点值计算

（一）服务机构门诊付费点数=服务机构人头付费门诊付费点数+服务机构项目付费门诊付费点数+其他付费方式门诊付费点数。

（二）统筹区门诊总付费点数为统筹区所有服务机构门诊点数之和。

（三）预付点值=统筹区定点服务机构门诊预算总额÷统筹区门诊总点数。

第五章 结算管理

第十七条 住院结算额度和基金结算额度

服务机构住院结算额度=预付点值×该服务机构住院付费总点数

服务机构住院基金结算额度=服务机构住院结算额度-个人负担费用（基金结算额度不包含个人账户）

第十八条 年度住院点数和结算额度

计算年度住院点数和结算额度时，日期范围为一个自然年度。年度住院结算实际付费点值=年终调整后的定点服务机构住院预算总额÷年度住院总付费点数。

第十九条 门诊结算额度和基金结算额度

（一）服务机构门诊结算额度=人头付费门诊点数×1+点值×（该服务机构按项目付费的门诊总点数+其他付费方式门诊付费点数）

（二）服务机构门诊基金结算额度=服务机构门诊结算额度-个人负担费用

第二十条 年度门诊点数和结算额度

计算年度门诊点数和结算额度时，日期范围为一个自然年度。年度门诊结算实际付费点值=年终调整后的定点服务机构门诊预算总额÷年度门诊总付费点数。

第二十一条 参与结算的费用

1. 完成对账工作且对账通过；
2. 按规定及时上传基金结算清单的费用且质控通过；
3. 及时进行结算申报。

原则上，应上传未上传结算清单或上传的清单未通过质控的费用，月度及季度预结时暂不予拨付（也可按最低权重（点值）结算），年终结算前定点服务机构提出补充意见并提供相应证据的，予以补充结算。

第二十二条 月度预付流程

（一）结算费用对账。服务机构应在患者结算当日进行结算数据对账工作，原则上每月对完成日对账工作，并确认无误的病例数据纳入结算范围。

（二）医保基金结算清单上传。对于住院病例，原则上各服务机构应在住院患者结算后7日内上传住院结算清单；门诊慢性病及门诊特殊疾病医保结算清单应在患者就诊结算当日上传。经办机构对上传的医保结算清单开展质控，将质控不通过的结算清单反馈给定点服务机构限期整改。

（三）费用申报。各定点服务机构应在每月10日前，将日对账通过、按时上传结算清单且结算清单质控通过的费用申请月度结算，打印并提交《吉林省定点服务机构医疗保障费用月度结算表》（见附件1）。

（四）费用审核。经办机构对定点服务机构申请月度结算的医疗费用按规定开展审核。

（五）费用拨付。按照审核通过的基金发生金额预留一定比例（3%—10%）作为保证金后进行拨付。经办机构在定点服务机构申报的20个工作日内将结算款拨付至定点服务机构。

（六）病组（种）分组情况反馈。按月将DRG/DIP分组数据反馈给定点服务机构，便于定点服务机构加强内部管理。

第二十三条 季度结算流程

（一）病组（种）付费分组

1. 预分组。经办机构在每季度首月17日前将上季度定点服务机构申请结算的按病组（种）付费费用进行预分组。

2. 反馈。经办机构将预分组结果反馈至定点服务机构；定点服务机构对分组结果有异议的，应在3个工作日内进行反馈，需补充上传基金结算清单的应同。步上传。

3. 正式分组。经办机构每季度首月25日前将上季度定点服务机构申请结算的按病组（种）付费费用进行正式分组，并固化数据。

（二）计算付费点数及点值

1. 经办机构将待结算费用统一转化为可比点数，分别核定各定点服务机构上季度门诊、住院完成的总付费点数。
2. 分别核定统筹区定点服务机构上季度完成的门诊、住院总点数。以季度门诊、住院服务机构预算总额为基础，按照门诊、住院类别下季度有效付费总点数，分别核定门诊、住院的季度结算点值。

（三）生成季度结算额度

依据季度点值，计算各定点服务机构的季度结算额度。核减当季度已由个人负担的医药费用，并预留扣除医疗服务保证金后，核定为当季度医保基金结算额度，核减本季度每月定点服务机构已获得的医疗费用总额，生成《吉林省定点服务机构医疗保障费用季度结算表》（详见附件2）。

（四）季度拨付

1. 每季度首月月底前，经办机构根据上季度结算额度及上季度已付费用情况生成《吉林省定点服务机构医疗保障费用季度结算拨付表》（详见附件3）。
2. 每季度第二个月3日前，定点服务机构将《吉林省定点服务机构医疗保障费用季度结算表》及《吉林省定点服务机构医疗保障费用季度结算拨付表》反馈至经办机构。
3. 每季度第二个月15日前，经办机构将季度结算金额拨付至定点服务机构；需从定点服务机构收回的基金，可从后续结算费用中扣除。

第二十四条 第四季度结算与年度结算一并进行，第四季度分组及反馈等工作正常进行，不再轧差拨付，与年度拨付额度合并计算。

第二十五条 年度结算参照季度结算流程开展，经办机构按规定生成《吉林省定点服务机构医疗保障费用年度结算表》（详见附件4），定点服务机构应及时对表单确认后反馈至经办机构。

第二十六条 经办机构应根据国家技术规范要求，设置病组（种）的极高、极低标准值，并分类确定极高病例、极低病例的日常结算规则。定点服务机构可对结算有异议的极值病例、急危重症病例、罕见病病例、使用“双通道药品”病例、采用新医疗技术治疗及超长期住院病例提出特例单议申请，申请特例单议的病例数原则上不超过年度实际发生病例数的3%，经办机构应对定点服务机构提出的特例单议病例开展专家评议，经专家评议后确定特例单议病例增减点数，并在季度或年度结算时予以保障。

第二十七条 建立定点服务机构付费调节机制，经办机构应根据当年基金实际收入、年初确定的预算总额、年中调整情况、特例单议专家评议结果、重大疾病费用、定点服务机构落实医保重大改革政策及工作任务等因素，调整年初预算额度、预算总额细分、定点服务机构调节系数等政策，同时可依据实际情况调整定点服务机构年终结算点数、年终实际付费点值，形成年度清算方案。

建立健全经办机构与服务机构间“合理结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制。原则上，定点医疗机构年度实际发生费用超出结算额度10%（含，下同）以内的，追加超支60%；低于结算额度10%以内的，返还结余部分60%；超支、结余10%以上的，不予追加、返还。

建立激励约束机制，对于改革后医疗机构通过主动管理，提升基金效率的，根据考核评价结果，在年底清算及下年度付费标准调整时予以倾斜；反之，则予以调减。

第六章 协议管理和费用审核

第二十八条 多元复合式医保支付方式纳入医保服务协议，省级医保经办机构制定全省统一的服务协议范本。

第二十九条 协议内容原则上应包括：各定点服务机构付费方式及标准；经办机构与定点服务机构日常结算办法、时限及付费标准；多元复合式医保支付方式付费结算适用范围、费用审核、结算方法及流程；明确经办机构与定点服务机构对 DRG/DIP 分组及付费标准的协商谈判及争议处理；定点服务机构医保结算清单填报及电子病历上传等数据质量管理要求；经办机构和定点服务机构应尽职责及义务等。

第三十条 建立多元复合式医保支付方式审核机制，加强事前、事中、事后全流程监控。对定点服务机构在 DRG/DIP 付费中发生的包括但不限于高靠分组、推诿患者、分解住院、诊疗不足、低标准入院等违约行为进行重点审核。

第三十一条 审核方式及方法

（一）日常审核。完善多元复合式医保支付方式下的智能审核体系，分析数据、追踪问题线索，通过线上审核、实地核查等方式，对违规、违约行为依据相关规定进行处理。

（二）专项审核。根据医保行政部门下达的工作计划，及年度重点工作安排，各经办机构负责组织费用支出审核工作。各地经办机构应根据本地实际情况，制定具体工作方案，可聘请相关领域专家对抽取的结算病历进行核查。

第三十二条 经办机构对审核发现的不合理费用依协议进行处理，如涉及欺诈骗保行为的，应移交医疗保障行政部门进行处理，并可将有关情况通报卫生健康等相关部门。

第三十三条 畅通投诉举报途径，发挥舆论监督作用，鼓励和支持社会各界参与监督，实现多方监督良性互动。

第七章 考核评价

第三十四条 经办机构应建立考核评价机制，遏制可能存在的服务机构低标准入院、推诿重症及诊疗不足等现象，建立区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式考核评价制度。

第三十五条 经办机构确定科学合理的服务机构考核指标，将日常考核与定期考核有机结合，建立激励约束机制，加强考核结果的应用，引导服务机构提质增效。推进区域点数法总额预算和多元复合式医保支付与医院管理联动，合理控制医疗成本，提高医疗服务质量，促进服务机构不断提升规范化、精细化医疗服务管理水平。

第八章 信息管理

第三十六条 信息系统建设应遵循全省统一的医保信息平台要求，落实国家及本地区网络与信息安全相关法律法规、政策标准规范，特别是信息系统等级保护相关政策规范，做好网络与信息安全保障；及时处理各个业务环节中的系统问题。

第三十七条 使用全省统一的医保信息平台实现多元复合式支付方式所需的数据采集和质量控制、分组方案管理、分组服务、权重和费率测算、审核结算管理、费用审核监控预警与医疗服务考核评价等功能，为 DRG/DIP 付费管理

提供数据和平台支撑。将区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式融合，实现各种支付方式的点数转化和结算功能。

第三十八条 医保信息系统要实现与服务机构上下联通和数据的快速归集，做好信息系统技术支撑，满足区域点数法和多元复合式支付方式管理需要。

第三十九条 医保信息系统要根据基础参数自动生成《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》中所需点数、点值，及相应服务机构预算总额、季度门诊预算总额、季度住院预算总额、服务机构门诊总点数、服务机构住院总点数、服务机构季度门诊结算额度、服务机构季度住院结算额度、服务机构年度门诊结算额度、服务机构年度住院结算额度、统筹区门诊年度结算金额和统筹区住院年度结算金额。

第四十条 定点服务机构按规定及时、准确将医疗保障基金结算清单上传至医保信息平台，做好数据安全维护工作。各定点服务机构可通过医保接口下载查看清单数据上传结果。

第四十一条 加强医疗保障基金结算清单数据上传质量管理，实现对上传结果的系统校验功能。医保经办机构对采集数据进行完整性、规范性检查，对有问题的数据及时返回服务机构核对修正并重传，同时建立数据质量评价管理机制，审核和评估服务机构的数据质量并及时反馈校验结果。

第四十二条 服务机构的信息系统建设和数据上传、清单质量纳入年度考核范围。

第九章 协商谈判及争议处理

第四十三条 在区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式的分组、预算、支付等相关标准制定中，逐步建立并完善医保协商谈判机制。

第四十四条 协商谈判要充分考虑各类服务机构的实际情况，各级别、各类型服务机构都可派代表参加协商谈判。

第四十五条 加强组织管理，建立协商谈判相关的工作机制。提出协商方案，接受服务机构的质询，通过充分的讨论和磋商，最终达成统一的意见。

第四十六条 遵循“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”的原则建立争议处理机制，解决服务机构提出的多元复合式支付方式改革相关争议问题。

第四十七条 经办机构与服务机构在多元复合式医保支付方式付费中出现的各类争议，均应按照医疗保障服务协议及相关法律法规处理。

第十章 附则

第四十八条 本规程由吉林省医疗保障局负责解释。省级经办机构可就本规程中住院支付标准、门诊支付标准及结算管理等内容适时进行调整，并组织全省经办机构实施。

第四十九条 本规程自发布之日起实施。

[附件 1：吉林省定点服务机构医疗保障费用月度结算表](#)

[附件 2：吉林省定点服务机构医疗保障费用季度结算表](#)

[附件 3：吉林省定点服务机构医疗保障费用季度拨付表](#)

[附件 4：吉林省定点服务机构医疗保障费用年度结算表](#)

[附件 5：结算流程图](#)