

索引号:	11220000MB19566296/2024-02817	分类:	医药服务管理、医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2024年09月14日
标题:	关于做好吉林省按病组和病种分值付费2.0版分组方案相关工作的通知		
发文字号:	吉医保发〔2024〕14号	发布日期:	2024年09月25日

## 关于做好吉林省按病组和病种分值付费2.0版分组方案相关工作的通知

吉医保发〔2024〕14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：

为持续深化医保支付方式改革工作，不断优化医保付费技术标准，根据《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（医保发〔2024〕9号）要求，我局以《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组与付费技术规范》及《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》等文件为基础，研究制定了《吉林省按病组（DRG）付费分组方案2.0版》（以下简称“DRG病组方案2.0版”，详见附件1）和《吉林省按病种分值（DIP）付费病种库2.0版》（以下简称“DIP病种库2.0版”，详见附件2），现印发给你们，并就做好相关工作提出如下要求：

### 一、做好分组落地执行工作，促进支付方式改革质量进一步提升

（一）按照时限要求落实新版病种病组目录库。依据国家医保局《按病组（DRG）付费分组方案（2.0版）》《按病种分值（DIP）付费病种库2.0版》，我省对国家病种病组分组方案2.0版进一步细化，形成我省病种病组方案。各统筹区要严格依据分组方案开展相关工作，9月30日前组织开展本统筹区启用新版测算权重（分值）调整并制订实施计划，于10月15日前将实施计划报送省社会医疗保险管理局。各统筹区最晚于2025年1月1日起统一使用全省分组版本。

（二）建立动态调整机制。各统筹区可根据DRG/DIP付费运行情况，综合考虑定点医疗机构的级别、功能定位、医疗水平、专科特色、病种结构、医保管理水平、协议履行情况等相关因素，设定定点医疗机构等级系数并动态调整。统筹区本地权重（分值）根据实际情况自行调整。各统筹区如需对分组方案及病种库进行调整，应向省级医保经办机构提出申请，由省级医保经办机构进行数据测算和专家论证，对符合条件的内容进行全省统一调整。

（三）完善特例单议机制。特例单议机制是支付方式改革的重要组成部分，对保障复杂危重病例充分治疗、支持新药新技术合理应用具有重要意义。省里将统一制订特例单议工作规则，规范特例单议申报范围标准、申报程序、审核流程、结算办法，各统筹区要细化DRG/DIP特例单议工作措施，动态评估调整特殊病例认定标准和数量限制，解除医疗机构收治复杂危重病患者的后顾之忧，确保愿接愿治、能接能治。对因住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按DRG/DIP标准支付的病例，医疗机构可自主申报特例单议。各统筹区特例单议总量控制在统筹区DRG出院总病例的5%或DIP出院总病例的5%以内，各级经办机构在组织定点医疗机构申报时，可视医疗机构接诊复杂病例等情况区别掌握各定点机构申报数量。各统

筹区应按季度（每季度第一个月下旬开始，每季度末结束）组织临床专家对特例单议病例进行审核评议，根据专家评议结果可实行项目付费或调整该病例支付标准，及时予以补偿。审核评议过程中要加强与医疗机构的沟通协商，做到科学公正、便捷高效。各统筹区要形成公开机制，对各医疗机构申请特例单议的数量、专家评议结果每半年公告一次，2024年12月底前发布第一期公告。

（四）加强分组培训解读。各统筹区要加强对分组方案的培训。重点突出培训我省分组的新变化，掌握入组的规则和影响因素；对各医保部门实际参与改革工作的业务骨干人员进行培训，并扩展到医疗机构相关人员；要分级分类培训、采取多种形式并主动将分组更新情况告知医疗机构，覆盖各级医保部门、各级各类符合改革条件的医疗机构，切实提高医保工作人员业务能力，提高我省分组政策的知晓度，保障分组方案的落地实施。各统筹区要于9月底前将培训方案报送省社会医疗保险管理局。

（五）加强信息系统使用。各统筹区要充分应用省医保信息平台支付方式管理子系统和基础业务子系统中定点结算相关模块，确保我省分组嵌入后，能够顺利实现分组、结算、清算等工作，同时要加强与医疗机构的协同，及时维护医保业务信息编码、上传医保结算清单数据等，确保数据真实、准确、完整。

## 二、提升医保基金结算清算水平，促进“高效办成一件事”持续扎实推进

（一）不断提升医保基金结算清算效率。各统筹区要认真组织开展结算清算工作，进一步提升结算清算效率，费用结算时间自申报之日起不超过20个工作日。要以月为单位，及时、全面的向医疗机构反馈DRG/DIP入组、结算等情况，指导医疗机构调整规范行为，有针对性的改进。加快推进年度基金清算工作，确保于次年4月底前全面完成清算。要按协议落实“结余留用、合理超支分担”机制，确保既定的基金预算支出全部用于结算清算，保证医疗机构合理权益。

（二）规范支出预算编制和调整。各统筹地区要严格执行落实基金预算编制要求，综合考虑本统筹区医疗保险基金收入水平、参保人员就医需求、经济社会发展水平、物价水平、医疗机构预算收入等因素，由统筹区市级医保经办机构牵头各县（市、区）医保部门，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则编制全统筹区城镇职工和城乡居民年度医保基金收支计划和预算草案并报上级医保部门审核。在基金预算基础上制定支出总额预算方案，预算总额按照门诊和住院细分，可根据经办工作实际情况，结合定点服务机构类型、等级、付费方式等因素，进一步进行预算总额细分，报医保行政部门批准后实施。建立总额预算方案执行情况监测机制，年度内或年末根据监测结果及时调整方案。落实紧密型县域医共体医保总额付费要求，允许紧密型县域医共体自愿申报将其整体作为预算单位，并合理编制医共体全部医疗费用预算指标。

（三）落实各类基金纳入DRG/DIP支付范围。在本统筹区基金预算支出范围内，由市级医保经办机构牵头各县、区医保部门，编制支出总额预算方案并将各险种各类基金全部纳入支付方式付费范围（具体支付方式根据统筹区实际情况确定）。重点监测的统筹区，支出总额预算方案要报省级经办机构审核。

（四）强化支付方式改革落地实施考核。省级医保部门将建立对各地支付方式落地实施监测和考核指标，并定期组织考核。各地要建立对医疗机构支付方式改革实施的考核指标，纳入现有考核体系，考核指标中要明确提出“定点医疗机构不得将DRG/DIP病组（种）支付标准作为限额对医务人员进行考核或

与绩效分配指标挂钩”的要求，发现上述情形并侵害参保人利益的，要扣减相应考核分数。考核要注重激励与约束并重，将医保绩效考核结果与清算政策结合，让管理好、效率高、政策执行到位的医疗机构分享更多的医保红利。

（五）落实异地就医费用纳入 DRG/DIP 管理范畴。各统筹区应将省内异地就医纳入 DRG/DIP 付费管理，按照就医地规定的付费方式和标准并行管理，压实就医地医保部门属地管理职责，规范异地病人医疗服务行为，促进合理诊疗、因病施治，逐步探索将跨省异地就医按 DRG/DIP 付费。

（六）鼓励通过基金预付缓解医疗机构资金压力。支持有条件的统筹区进一步完善预付金管理办法，通过预付部分医保资金的方式帮助定点医疗机构缓解资金压力。各统筹区可根据基金结余情况，商同级财政部门合理确定预付金的基础规模，并明确对象、条件、标准、程序、结算清算方式等，保证医保资金安全。定点医疗机构自愿向各统筹区医保经办机构申请预付金，符合条件的，向定点医疗机构预付 1 个月左右的预付金。基金预付要向与医保有长期合作、管理规范、信用良好以及在落实医保政策、发动居民参保、协助打击欺诈骗保以及配合落实药品耗材追溯码、药品进销存和电子处方流转平台对接改造等方面表现较好的机构倾斜。预付金拨付情况应于每年年底向社会公布，接受监督。

### 三、加强与医疗改革协同治理，促进医疗机构高质量发展

（一）健全完善谈判协商机制。各统筹区要建立完善关于病种病组分组、支出总额预算、权重（分值）、调节系数等支付核心要素的谈判协商机制，以客观费用为基础，由医疗机构代表和医保部门共同协商，也可探索邀请参保人代表（政协委员）参与谈判协商过程。

（二）支持创新药械及医疗技术发展。对定点医疗机构发生的创新药以及我省“双通道药品”费用，纳入除外机制，在 DRG/DIP 日常结算基础上予以权重（分值）加成补充结算。支持运用创新药械、创新医疗技术的病例申请特殊病例支付。优化 DRG/DIP 病组（种）目录库，结合历史数据对临床应用的创新医疗技术增加相应病种及分值。在医保年度考核、分级管理等级评定及其他医保考核评价中，涉及次均费用增长、人均门诊费用增长、次均住院费用增长、自费率等的相关指标，剔除国谈药品等创新药械相关费用。加强对定点医疗机构国谈药品配备使用情况的监测，支持定点医疗机构将“双通道”药品同步纳入医院药品目录及外配处方药品目录。

（三）建立医保专家组和医保数据工作组。各统筹区要建立医保支付方式改革专家组，由临床医学、医保管理、统计分析、药学等方面的专家共同组成，为支付方式改革提供技术支撑，指导医疗机构更好落实医保支付政策，相应承担特例单议审核评议、矛盾争议处理等工作。要进一步落实关于向社会公布医保基金运行情况等要求，定期向定点医疗机构等“亮家底”，提高工作透明度。各统筹区建立“医保数据工作组”，由不同级别、不同类型的医疗机构代表组成，数据组成员 7 人左右，定期调整更换。主要工作内容为收集和整理本统筹区医保基金运行的相关数据及医疗机构患者费用信息，分析本统筹区医保基金运行的情况，每季度向统筹区定点医疗机构通报本统筹区医保基金运行整体情况、分项支出、医疗机构费用分布及各级别定点医疗机构医保患者平均住院日、平均医疗费用、平均自费比等指标，促进医保数据和医疗数据共享共通形成协同治理、良性互动的良好改革氛围。各统筹区要于 9 月 30 日前将上述两个组人员名单报省社会医疗保险管理局，动态调整时随报。

（四）强化支付方式意见收集反馈。各统筹区要重视提升医疗机构、医务人员在支付方式改革工作中的参与度，建立面向医疗机构、医务人员的意见收集和反馈机制，为规范管理、完善分组等提供依据和支撑。对于涉及省级或国家医保局职责范围的意见建议，要整理分类后按程序报送。省级医保部门设立专门邮箱（jl\_hsa@163.com）收集意见和建议，医疗机构、医务人员可直接提交关于 DRG 和 DIP 分组、技术规范等方面的意见建议。各地也要建立专门邮箱或通过 12393 医保服务电话或通过医保服务协同平台收集相关意见和建议，收集后分类处置并及时反馈。

各地在落实实施过程中遇到重大事项及时向省医疗保障局报告。

附件：[1. 吉林省按疾病诊断相关分组（DRG）付费分组方案 2.0 版](#)

[2. 吉林省按病种分值（DIP）付费病种目录库 2.0 版](#)

吉林省医疗保障局

2024 年 8 月 23 日