

白城市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实施细则（试行）

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）、《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）、《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》（吉医保规〔2023〕5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经办管理规程（试行）〉的通知》（吉医保规〔2024〕1号）和《关于印发白城市 DIP 支付方式改革三年行动计划实施方案的通知》（白支改发〔2022〕1号）等文件精神，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，结合我市实际，特修订本实施细则。

第二条 本实施细则适用于全市医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）使用医保基金向定点服务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 本实施细则所指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，以各定点服务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服务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服务机构的管理方式。

第四条 多元复合式医保支付方式主要包括以下几种：

（一）按病种分值付费（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。

（二）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。

（三）人头付费。按照定点服务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。

（四）项目付费。按照定点服务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”的原则，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、协调性。

（四）激励约束。建立健全“区域总额预算、结余留用、合理超支分担”激励约束机制，激发医疗机构规范诊疗服务行为、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。

（五）强化监管。根据 DIP 和其他各种付费方式特点，建立多部门协作的联合监管机制，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 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，会同卫生健康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；卫生健康部门负责配合推进

DIP支付方式改革工作，规范医疗机构和医务人员医疗服务行为，开展定点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，推进定点医疗机构高质量发展；医保经办机构负责落实本统筹区支付方式工作，制定医保基金预算支出分配方案和付费方案，测算本统筹区DIP分值、点值，计算本年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。

第二章 基金支出预算

第七条 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，编制时应按照城镇职工和城乡居民分别编制。

第八条 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、大额补充保险基金支出；城乡居民基金支出预算中应包括统筹基金、大病保险基金支出。

风险调节金以当年度基本医疗保险统筹基金支出预算总额的8%计提，主要用于年终清算时合理超支费用分担。当年度未

使用的风险调节金，滚存计入下一年度风险调节金合并使用。

第九条 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”）。

第十条 医保经办机构拟订的统筹区定点服务机构预算总额应按照门诊和住院细分，分配预算时适当向门诊费用倾斜。统筹区定点服务机构门诊、住院预算总额按照季度平均分配形成统筹区定点服务机构季度门诊、住院预算总额。

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”、药店购药等费用；住院预算总额包括普通（急诊）住院、预住院、日间医疗（日间手术、日间化疗、日间高值药品注射治疗等）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。

第十一条 医保经办机构应于次年第一季度内，将拟订的统筹区定点服务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。

第十二条 医保经办机构在年终清算时需对统筹区定点服务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服务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 住院费用支付标准

第十三条 确定调节系数

定点服务机构调节系数由基本调节系数、辅助调节系数和病种调节系数组成，计算公式为：定点服务机构调节系数=基本调节系数 $\times$ （1+辅助调节系数）。计算结果取小数点后3位，小数点后第4位采取舍去方式，不予考虑进位。辅助调节系数为多项系数累加获得，最高不超过10个百分点。

当年度新增或者中止医保协议的定点服务机构，其定点服务机构调节系数按基本调节系数执行，不计算加成系数。定点服务机构年度中途发生级别变更的，级别变更前后的基本调节系数、病例组合系数分开计算。

（一）基本调节系数

以各级别医疗机构之间DIP病种次均费用比值为基础，根据各定点医疗机构级别、等级、医疗机构类型，综合考虑医疗机构诊疗水平、服务能力等因素确定，分别为：三级甲等1.0、三级其他0.97，二级甲等及乙等0.92、二级其他0.87；一级医疗机构根据诊疗水平、服务能力区分为0.65、0.60。

基本调节系数一经确定，除特殊情况外，原则上一个年度

内不予调整。下一年度需调整的，由定点服务机构在本年度结束前3个月向所属地医保经办机构提出申请，医保经办机构根据数据和相关材料提出调整意见，经市医疗保障局审核确定后公布。

（二）辅助调节系数

1. 病例组合系数

（1）病例组合指数（CMI）= 定点医疗机构总分值 ÷ 定点医疗机构总例数 ÷ 10000。

（2）各级别定点医疗机构分别计算 CMI 平均数（ $\overline{\text{CMI}}$ ）。根据 CMI 和 $\overline{\text{CMI}}$ 差额的 10% 确定病例组合系数，计算公式如下：

当 $\text{CMI} > \overline{\text{CMI}}$ ，病例组合系数 = $(\text{CMI} - \overline{\text{CMI}}) \times 10\%$ 。

当 $\text{CMI} \leq \overline{\text{CMI}}$ ，病例组合系数 = 0。

三级医院无法单独计算 $\overline{\text{CMI}}$ 时，与二级医疗机构合并计算。

（3）三级定点医疗机构病例组合系数最高加成 7 个百分点；二级定点医疗机构病例组合系数最高加成 4 个百分点；一级及未定级定点医疗机构病例组合系数最高加成 2 个百分点。

2. 年度履约能力考核系数

根据定点服务机构年度履约能力考核结果确定年度履约能力考核系数。其中，得分低于 60 分的扣减 2 个百分点；得分低于 80 分的扣减 0.5 个百分点；得分大于等于 90 分加成 0.5 个百分点；得分大于等于 95 分加成 1 个百分点。

3. 高水平医疗机构系数

(1) 纳入省高水平医院的定点医疗机构，加成 0.2 个百分点；纳入省支持建设国际医学中心的定点医疗机构，再多加成 0.1 个百分点；纳入国家医学中心、国家区域医疗中心的定点医疗机构，再多加成 0.1 个百分点。

(2) 有市级、省级、国家级重点专科的定点医疗机构，分别加成 0.1、0.2、0.3 个百分点；国家级重点专科数量达到 5 个及以上的，再多加成 0.1 个百分点。

(3) 本系数最高加成 0.4 个百分点。

4. 老年患者比例系数

根据定点医疗机构 60 岁及以上老年人住院人次占比 (I_{ln}) 及全市平均数 ($\overline{I_{ln}}$) 确定老年患者比例系数，最高加成 5 个百分点。计算公式如下：

当 $I_{ln} > \overline{I_{ln}}$ ，老年患者比例系数 = $(I_{ln} - \overline{I_{ln}}) \times 10\%$ ；

当 $I_{ln} \leq \overline{I_{ln}}$ ，老年患者比例系数 = 0。

5. 儿童患者比例系数

根据定点医疗机构 6 岁及以下儿童住院人次占比 (I_{et}) 及全市平均数 ($\overline{I_{et}}$) 确定儿童患者比例系数，最高加成 5 个百分点。计算公式如下：

当 $I_{et} > \overline{I_{et}}$ ，儿童患者比例系数 = $(I_{et} - \overline{I_{et}}) \times 10\%$ ；

当 $I_{et} \leq \overline{I_{et}}$ ，儿童患者比例系数 = 0。

6. 二次住院系数

根据定点医疗机构出院参保人 3 天内 (含 3 天) 再入院的

人次占比 (I_{zy}) 确定二次住院系数, 最高扣减 5 个百分点。计算公式如下:

当 $I_{zy} > 10\%$, 二次住院系数 = $(I_{zy} - 10\%) \times 10\%$;

当 $I_{zy} \leq 10\%$, 二次住院系数 = 0。

再入院人次包括在本院或者其他定点医疗机构再次住院的人次, 已办理转院备案或者定点医疗机构自行办理住院费用合并计算的病例除外。

(三) 病种调节系数

根据区域点数法总额预算和多元复合式医保支付方式改革运行过程中支付率等因素, 对床日付费病种、中医优势病种、基层病种、特殊病种(分值偏差较大、出现重大亏损或严重超出正常盈利情况等)等设置病种调节系数, 通过病种调节系数对病种分值进行调整。

第十四条 DIP 住院病例付费点数计算

(一) 正常入组病种付费点数计算

某 DIP 病种付费点数 = 该 DIP 病种分值 $\times$ 定点服务机构调节系数 $\times 10000$ 。(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。)

(二) 未入组病例付费点数计算

未入组病例付费点数 = (该病例实际发生的医疗费用 $\times 90\% \div$ 既往三年全部 DIP 病种次均费用) $\times$ 定点服务机构调节系数 $\times 10000$ 。

（三）高低偏差病例付费点数计算

高低偏差病例倍率=该病例医疗费用÷（基本调节系数×该DIP病种组合平均医药费用）。

1.倍率在2倍以上的为高偏差病例：

高偏差病例付费点数=〔该病例医疗费用÷（基本调节系数×该DIP病种组合平均医药费用）-1〕×该DIP病种分值×定点服务机构调节系数×10000；

2.倍率在0.5倍以下的为低偏差病例：

低偏差病例付费点数=该病例医疗费用÷既往三年全部DIP病种次均费用×定点服务机构调节系数×10000。

某定点医疗机构DIP住院病例付费总点数=Σ（该定点医疗机构全部DIP住院病例点数）。

第十五条 床日付费病种住院病例点数计算

（一）床日付费病种日付费点数

1.设定既往三年全部DIP病种次均住院费用为基准费用。

2.床日付费病种日付费点数=（某床日病种日均住院费用÷既往三年全部DIP病种次均住院费用）×定点服务机构调节系数×10000。

（二）床日付费病种病例付费点数

1.床日病种分段计费标准：

设立标准住院天数为50天。标准住院天数以内按照基础分值计算结算分值；住院天数超出标准天数但不超过标准天数30%

(含 30%) 的部分, 结算分值按照基础分值 70% 计算; 住院天数超出标准天数 30% 但不超过标准天数 50% (含 50%) 的部分, 结算分值按照基础分值 50% 计算; 住院天数超出标准天数 50% 的部分, 结算分值按照基础分值 30% 计算。标准住院天数将根据执行情况 & 定点服务机构反馈, 原则上于每年年初进行调整一次。

2. 床日付费病种病例付费点数 = $\sum$ [床日付费病种日付费点数 $\times$ 标准天数 + (天数一段 - 标准天数) $\times$ 床日付费病种日付费点数 $\times$ 0.7 + (天数二段 - 天数一段) $\times$ 床日付费病种日付费点数 $\times$ 0.5 + (住院天数 - 天数二段) $\times$ 床日付费病种日付费点数 $\times$ 0.3]

某定点医疗机构床日病种住院病例付费点数 = $\sum$ (该定点医疗机构全部床日付费病种住院病例总点数) 。

第十六条 项目付费住院病例点数计算

1. 设定既往三年全部 DIP 病种次均住院费用为基准费用。

2. 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 $\div$ 既往三年全部 DIP 病种次均住院费用 $\times$ 定点服务机构调节系数 $\times$ 10000。

3. 某定点医疗机构按项目病例住院付费点数 = $\sum$ (该定点医疗机构全部按项目付费病种住院病例总点数) 。

第十七条 住院付费点值计算

(一) 某定点服务机构住院付费点数 = 该定点医疗机构 DIP 住院病例付费总点数 + 床日病种住院病例付费总点数 + 按项目病例住院付费总点数。

(二) 统筹区住院总付费点数 = $\sum$ (统筹区所有定点服务机构住院总付费点数)。

(三) 住院付费点值分为住院预付点值和住院年度清算点值，住院预付点值于年初确定，按照住院预付点值对定点医疗机构进行季度预结；住院年度清算点值于次年初确定，按照住院年度清算点值对定点医疗机构进行年度清算。

1. 住院预付点值于改革初期根据定点医疗机构住院费用实际发生额、统筹区定点服务机构住院预算总额、预期支付率等条件进行测定，以保证定点医疗机构正常运行。在改革运行平稳后根据既往年度住院总费用进行测算。

住院预付点值 = 加权平均年度住院总费用 $\times$ 预期增长比例 $\div \sum$ (上一年度统筹区所有定点服务机构住院总付费点数)。

其中年度住院总费用采用加权平均的方式计算，前3年住院总费用的权重为 1:2:7。

在条件允许前提下，可以通过优质区间测算的方法对住院预付点值进行调整。

2. 住院年度清算点值根据调整后统筹区定点服务机构住院预算总额与本年度统筹区住院总付费点数计算得出，日期范围为一个自然年度。

住院年度清算点值 = 调整后统筹区定点服务机构住院预算总额 $\div$ 本年度统筹区住院总付费点数。

第四章 门诊费用支付标准

第十八条 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。

第十九条 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。

第二十条 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。

第二十一条 门诊付费点值计算

（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）门诊付费点值分为门诊预付点值和门诊年度清算点值，门诊预付点值于年初确定，按照门诊预付点值对定点医疗机构进行季度预结；门诊年度清算点值于次年初确定，按照门

诊年度清算点值对定点医疗机构进行年度清算。

1.门诊预付点值于改革初期根据定点医疗机构门诊费用实际发生额、统筹区定点服务机构门诊预算总额、预期支付率等条件进行测定，以保证定点医疗机构正常运行。在改革运行平稳后根据既往年度门诊总费用进行测算。

门诊预付点值=加权平均年度门诊总费用×预期增长比例÷ Σ （上一年度统筹区所有定点服务机构住院总付费点数）。

其中年度门诊总费用采用加权平均的方式计算，前3年门诊总费用的权重为1:2:7。

在条件允许前提下，可以通过优质区间测算的方法对住院预付点值进行调整。

2.门诊年度清算点值根据调整后统筹区定点服务机构门诊预算总额与本年度统筹区门诊总付费点数计算得出，日期范围为一个自然年度。

门诊年度清算点值=调整后统筹区定点服务机构门诊预算总额÷本年度统筹区门诊总付费点数。

第五章 结算管理

第二十二条 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。定点服务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。

参保人在定点服务机构发生的医疗费用按规定实行联网结算，属个人承担部分，由个人与定点服务机构结算；属医保基金支付部分，由定点服务机构先行垫付，医保经办机构按本实施细则与定点服务机构进行结算。

第二十三条 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，月度预付及季度预结时暂不予拨付，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。

第二十四条 月度预付流程

（一）结算费用对账。定点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，原则上各定点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。

各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，其中定点医疗机构 10%、定点零售药店 3%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 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。

第二十五条 季度预结流程

（一）DIP 分组

1.预分组。各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 DIP 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。各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 DIP 费用进行正式分组，并固化数据。

（二）计算付费点数

各经办机构将待结算费用统一转化为付费点数，分别核定

各定点服务机构该季度门诊、住院付费点数。

（三）生成季度预结算额度

依据季度预付点值，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）。

1.住院预结算额度和基金预结算额度

定点医疗机构住院预结算额度=住院预付点值×该定点医疗机构该季度住院付费点数。

定点医疗机构住院基金预结算额度=定点医疗机构住院结算额度-个人负担费用（含个人账户支出）。

2.门诊预结算额度和基金预结算额度

定点服务机构门诊结算额度=人头付费门诊点数×1+门诊预付点值×(该季度定点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)。

定点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（含个人账户支出）。

（四）费用拨付

1.每季度首月月底前，经办机构根据上季度预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。

第二十六条 第四季度结算与年度清算一并进行,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。

第二十七条 年度清算参照季度结算流程开展,其中计算公式中预付点值部分调整为年度清算点值。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清算表》(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。

对于年度执行过程中因目录变更、政策调整等原因导致的病种入组、分值、基金支付范围等变化的,年度清算可对全年费用重新进行计算。

第二十八条 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 5%,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,并在季度或年度清算时予以保

障。

第二十九条 建立定点服务机构付费调节机制,各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。

结余留用和超支分担费用由风险调节金支付,风险调节金不足以分担结余和超支部分时,以风险调节金与所有定点服务机构应结余、分担金额总和的比值作为调整系数,各定点服务机构实际结余、分担金额=各定点服务机构应结余、分担金额×调整系数。

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 监督管理

第三十条 定点服务机构应加强对医务人员诊疗行为的规范和管理，按照国家医疗保障局《医疗保障基金结算清单填写规范》标准、医保信息业务编码贯标要求和本《细则》等相关规定要求，做好医保结算清单填写、疾病编码应用、病案首页填报等工作，并按规定及时上传医保结算清单。

第三十一条 定点服务机构须规范医疗服务行为，做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，严格控制医疗费用不合理的增长。严格执行首诊负责制和出入院标准，不得发生分解住院、挂床住院或将不符合入出院条件的参保人办理住院或提前出院、转嫁参保人住院期间的医疗费用等违法违规行为。对经查实的违法违规行为，按相关法律法规及规章制度处理后，计入年度考核结果，同时其行为将在医保信用等级评价工作中进行相应体现。

第三十二条 定点服务机构应严格控制参保人个人自费（目录外费用）比例，不得诱导或主动要求参保人住院期间到门诊或院外购药、检查等，否则相应费用将由定点服务机构承担。

医保经办机构将定点服务机构的个人自费（目录外费用）比例情况纳入协议管理之中，纳入年度考核指标。

第三十三条 医保经办机构应加大对定点服务机构执行服务协议情况的检查和基金支出的稽核。对定点服务机构违反服务协议约定的，应当追究违约责任；涉嫌违法的，应及时将案件移交行为发生地的医疗保障行政部门。

第三十四条 医疗保障行政部门应加强对定点服务机构遵守基本医疗保险法律、法规及有关规定情况的监督检查。定点服务机构违反法律、法规及有关规定的，所属地的医疗保障行政部门应依法予以查处；属卫生健康等行政部门职责管理范围的，医疗保障行政部门应及时移交相关部门处置；涉嫌犯罪的，应移送司法机关追究刑事责任。

第三十五条 卫生健康行政部门应加强各定点服务机构病案系统管理及病案管理培训工作，定期对疾病诊断规范和疾病编码工作进行指导和检查。加强对本地区医疗费用增长率等情况的监测。加强对定点服务机构及医务人员执业行为的监督管理。

第三十六条 医疗保障行政部门会同医保经办机构、卫生健康行政部门建立医疗卫生专家库，不定期组织专家对各定点服务机构提供医疗服务和执行医疗保险政策规定等情况进行监督检查，加强对基本医疗保险费用支出的监管。

第七章 附则

第三十七条 纳入DIP分值结算的病种及分值库在省局出台相应文件后按省局要求执行。

第三十八条 定点服务机构住院费用以自然年度作为一个结算年度，即每年1月1日至12月31日。

第三十九条 本实施《细则》自2024年1月1日起施行。此前与本《细则》不一致的，以本《细则》为准。今后国家和

省有新的规定，按新规定执行。

第四十条 医保经办机构应当按本实施《细则》规定完善医疗保险服务协议，并与续签服务协议、保证金、月度预付金额相挂钩。

第四十一条 本实施《细则》由市医疗保障局会同市卫生健康委负责解释。

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清算表

附件1

吉林省定点服务机构医疗保障费用月度结算表

定点服务机构编码名称:				结算申请流水号:			单位: 元	
序号	付费方式	项目付费	床日付费	人头付费	病种付费		合计	
	甲栏	1	2	3	DRG 付费	DIP 付费		
发生额	本地	职工			4	5	6	
		居民						
		离休						
		长护 (照护)						
		省内异地						
	跨省异地							
	其他							
	小计							
定额标准								
定额结余								
扣款	保证金							
	超定额							
	预付金、周转金返还							
	审核扣款							
	小计							
实际拨付								

银行账户名称:

银行账号:

开户银行:

结算日期:

附件2

吉林省定点服务机构医疗保障费用季度结算表

定点服务机构编码名称：			结算申请流水号：			单位：元		
序号	付费方式	项目付费	床日付费	人头付费	病种付费		合计	
					DRG 付费	DIP 付费		
	甲栏	1	2	3	4	5	6	
医疗费 用总额	本地	职工						
		居民						
		离休						
		长护（照护）						
		省内异地						
		跨省异地						
		其他						
	小计							
	点数							
	点值							
	结算额度							
	个人负担							
	个人账户							
	现金							
	基金结算额度							
扣款	保证金							
	超定额							
	预付金、周转金返还							
	审核扣款							
	小计							
	实际拨付							

附件 3

吉林省定点服务机构医疗保障费用季度拨付表

定点服务机构编码名称:

结算申请流水号:

单位: 元

一、基金申报额

险种	基金申报总额	门诊基金申报	住院基金申报	其他门诊基金申报
基本医疗保险				
离休				
合计				

二、季度指标额

付费方式	点数	点值	个人负担	基金结算额
DRG				
DIP				
项目				
床日				
人头				
合计				

三、季度结算应拨付额

险种	本季度已拨付额			本季度实际结算额度	季度结算应拨付额
	小计	月	月		
基本医疗保险				预付金、周转金返还	
离休					
合计					

银行账户名称:

银行账号:

开户银行:

结算日期:

附件4

吉林省定点服务机构医疗保障费用年度清算表

定点服务机构编码名称:

单位: 元

险种	保证金结算					年度结算			调整金额	年终结算
	考核分数	返还比例	保证金返还金额			年度结算金 额	超支分担	结余留用		
			小计	医疗	生育					
甲栏 I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
职工										
居民										
离休										
长护（照护）										
合计										

险种	年度医保发生额	年度清算前已拨付金额	年终清算实际拨付	年终清算后按协议定点机构应承担费用		
				小计	保证金	超定额
甲栏 II	11	12	13	14	15	16
职工						
居民						
离休						
长护(照护)						
合计						

银行账户名称:

银行账号:

开户银行:

结算日期:

甲栏: 3=4+5, 10=3+6+7+8+9, 11=10+14, 10=12+13, 14=15+16+17

- 备注: 1. “保证金退还金额”是预留的保证金年终按比例退还的金额;
2. “年度清算金额”是按照付费方案, 定点机构年度清算的金额;
3. “超支分担”是按付费方案, 定点机构年终清算时超支补助的金额;
4. “结余留用”是按付费方案, 定点机构年终清算时结余留用的金额;
5. “调整金额”是按付费方案对年初预算定额调整部分;
6. “年终清算实际拨付”是本次年终清算拨付金额。