

关于进一步完善并扩大按病种收付费范围的通知

吉医保发〔2021〕31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：

为深入推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，有效提升医保基金使用效率，省医疗保障局在前期委托课题研究及调研基础上，组织专家与相关医疗机构协商谈判，将部分疾病诊断明确、临床路径清晰、费用结构相对合理的疾病纳入按病种收付费管理范围，现就具体事宜通知如下：

一、完善按病种收付费政策

优化完善《关于进一步做好我省按病种收付费工作的通知》（吉医保发〔2020〕43号）中的收付费管理政策。参保患者医疗费用低于收费标准的，患者支付部分按照实际发生费用金额计算，以进一步降低参保人员负担；医保基金支付部分仍按收费标准计算，结余部分医疗机构留用。

二、扩大按病种收付费范围

本次将口底癌、颅内动脉瘤等病种纳入按病种收付费管理范围，相关病种收费标准详见附件1、临床路径详见附件2。鉴于此次新纳入病种治疗实际，实施范围限三级甲等医院，并全省统一执行。

三、动态调整收付费标准

省医疗保障局将综合考虑药品及医用耗材集采、医疗服务价格调整、医保基金收支、经济社会发展等因素，建立健全收付费标准动态调整机制，在测算和调整按病种收费标准时，涉及集采药品、医用耗材的，将充分参照中选产品价格。

四、其他要求

（一）本通知自 2022 年 1 月 1 日起执行。各地医保部门应统一思想，加强领导，精心组织，确保按病种收付费工作规范、高效落地。各级医保经办机构应将按病种收付费管理纳入与定点医疗机构的协议管理范围，明确双方权利义务，加强管理和服务。健全医保日常监管、年终考核制度，建立与医疗机构考核结果相挂钩的监督评价与奖惩机制。

（二）定点医疗机构应严格执行按病种收付费政策，不得通过降低入院标准、放宽手术指征、升级诊断、串换诊断等方式将不符合条件的病例纳入按病种收付费；不得将符合条件的病例不纳入或退出按病种收付费管理；不得推诿拒收危重患者、年老患者，或将本院有能力治疗的患者转外就医；不得分解住院，减少必要服务，降低服务标准；不得通过门诊或让参保患者外购等途径将病种诊疗项目分解收费；不得再向参保患者收取其他诊疗费用。

（三）鼓励各地医保部门及各定点医疗机构在落实按病种收付费政策基础上,积极开展 DRG、DIP 付费研究，为我省全面推广 DRG、DIP 付费打下坚实基础。

附件：1. 病种及收费标准

2. 病种临床路径

吉林省医疗保障局

2021 年 12 月 14 日