附件

泉州市医疗保障通用术语

一、医疗保障制度

1.医疗保障

通过国家立法形式，多渠道筹集资金，对参保人（42）在患病、生育等情况下依法提供医疗帮助的一系列保障制度。

2.基本医疗保险

简称基本医保。国家立法实施的覆盖城乡全体就业和非就业人口，通过参保人（42）、用人单位和政府等多方筹资形成基金，对参保人（42）因患病就医诊疗时提供资金支持公平普惠保障人民群众基本医疗需求的制度安排。

注：基本医疗保险制度包括职工基本医疗保险（2.1）制度和城乡居民基本医疗保险（2.2）制度等。

2.1 职工基本医疗保险

简称职工基本医保、职工医保。面向所有用人单位及其职工以及灵活就业人员，由用人单位和职工双方共同缴费以及灵活就业人员个人缴费为主进行筹资，以保障参保人（42）基本医疗需求的医疗保险制度。

2.2 城乡居民基本医疗保险

简称城乡居民基本医保。面向未参加职工基本医保（2.1）或其他医疗保障制度的全体城乡居民，以个人缴费和政府补助相结合进行筹资，以保障参保人（42）基本医疗需求的医疗保险制度。

3.补充医疗保险

保障参保人（42）基本医疗保险（2）之外，个人负担（98）的符合社会保险相关规定的医疗费用的制度安排。

注：补充医疗保险制度包括城乡居民大病医保（4.1）制度、职工大额医疗费用补助（4.2）制度和公务员医疗补助（5）制度等。

4.大病医保

保障参保人（42）除基本医保（2）之外，个人负担（98）的符合社会保险相关规定的医疗费用的制度安排。

注：大病医保制度包括城乡居民大病医保（4.1）制度、职工大额医疗费用补助（4.2）制度。

4.1城乡居民大病医保

对城乡居民基本医保（2.2）参保患者超过城乡居民基本医保最高支付限额（95）后需个人负担（98）的合规医疗费用给予进一步保障的制度安排。

4.2职工大额医疗费用补助

又称职工大病保险。对职工基本医保（2.1）参保患者超过职工基本医保最高支付限额（95）以上的政策范围内医疗费用（93）给予进一步保障的制度安排。

5.公务员医疗补助

在参加职工基本医保（2.1）基础上，国家对公务员实施补充医疗保障的制度安排。

6.企业补充医疗保险

对职工基本医保（2.1）支付以外由职工个人负担（98）的医药费用进行适当补助，减轻参保职工的医药费负担的制度安排。

7.医疗救助

资助符合条件的救助对象参加城乡居民基本医保（2.2），对符合条件的救助对象经基本医保（2）、大病医保（4）及各类补充医疗保险等报销后的合规医疗费用给予补助，减轻其医疗费用负担的制度安排。

8.精准扶贫医疗叠加保险

对建档立卡农村贫困人口发生的医疗费用在经过基本医保（2）、大病医保（4）及各类补充医疗保险和医疗救助（7）的基础上进一步补助。

9.精准扶贫医保补充补助

建档立卡农村贫困人口在年度内发生的属于基本医保（2）支付范围的门诊特殊病种（13.2）和住院医疗费用以及起付线（94）费用，在基本医保（2）、大病医保（4）、各类补充医疗保险和医疗救助（7）的基础上，经精准扶贫医疗叠加保险（8）“第一道”补助（16.1）、“第二道”救助（16.2）和“第三道”精准补助（16.3）后，再给予补充补助。

10.生育保险

国家立法实施的，通过用人单位缴费等筹资形成基金，对参保人（42）因生育和计划生育，按规定给予经济补偿和保障基本医疗需求的一项社会保险制度。

11.长期护理保险

以社会互助共济方式筹集资金，对经评定达到一定护理需求等级的长期失能参保人（42），为其基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金或服务保障的制度安排。

二、保障范围

12.基本医疗保险目录

简称基本医保目录，医保目录。基本医保药品目录（12.1）、基本医保诊疗项目目录（12.2）与基本医保医疗服务设施标准（12.3）的合称。

注：其中药品和诊断、治疗项目分为甲类和乙类。

12.1基本医疗保险药品目录

简称基本医保药品目录。保证基本医保参保人（42）基本治疗需要，由基本医保基金（18）支付费用的药品范围。

12.2基本医疗保险诊疗项目目录

简称基本医保诊疗项目目录。保证基本医保参保人（42）基本诊疗需要，由基本医保基金（18）支付费用的诊疗项目和医用耗材的范围。

12.3基本医疗保险医疗服务设施标准

简称基本医保医疗服务设施标准。保证基本医保参保人（42）基本诊疗需要，由基本医保基金（18）支付的，参保人（42）在接受诊断、治疗和护理过程中必需的服务设施及其费用支付范围。

三、待遇种类

13.基本医保待遇

参保人（42）按照基本医保（2）规定享受的待遇，主要包括普通门诊（13.1）、门诊特殊病种（13.2）、住院报销（13.3）等。

13.1普通门诊

从基本医保基金（18）中提取部分金额作为门诊统筹基金，用于支付参保人（42）在各定点医疗机构使用的医疗费用。

13.2门诊特殊病种和诊疗项目

又称特殊门诊。基本医保基金（18）对参保人（42）纳入医保支付范围的一些特定的不需要住院且医疗费用较高的大病和慢性病医疗费用给予支付的待遇。符合特殊病种门诊医疗条件人员，其门诊用药费用按住院报销办法。

13.3住院报销

由基本医保基金（18）对参保人（42）纳入医保支付范围的住院医疗费用给予支付的待遇。

14.大病医保待遇

对基本医保（2）参保患者超过基本医保最高支付限额（95）后需个人负担（98）的合规医疗费用给予报销的待遇。

15.1普通门诊救助

对医疗救助（7）中符合条件的对象发生的普通门诊费用，经基本医保（2）报销后个人负担（98）的合规医疗费用，按100%给予救助。

15.2特殊门诊救助

对医疗救助（7）第一、二类救助对象发生的特殊门诊（13.2）费用，经基本医保（2）、大病医保（4）及各类补充医疗保险、商业保险报销后个人负担（98）的合规医疗费用，给予一定比例的救助。

15.3住院救助

对医疗救助（7）第一、二类救助对象发生的住院费用，经基本医保（2）、大病医保（4）及各类补充医疗保险、商业保险报销后个人负担（98）的合规医疗费用，给予一定比例的救助。

15.4一次性定额救助

对医疗救助（7）中第三类救助对象发生的特殊门诊（13.2）费用和住院费用，根据当年城乡居民医疗救助基金结余情况，经基本医保（2）、大病医保（4）及各类补充医疗保险、商业保险报销后，个人自付仍有困难的，给予一次性定额救助。

15.5重特大疾病救助

对医疗救助中患重特大疾病的救助对象，在年度内享受基本医保（2）、大病医保（4）及各类补充医疗保险、商业保险等报销和上述医疗救助及其他社会救助后，剩余个人负担（98）的医疗费用先由个人支付，对发生高额医疗费用、超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难的，可申请重特大疾病救助。

注：重特大疾病指发生的门诊特殊病种（13.2）费用和住院费用个人负担（98）合规医疗费用在20000元以上。

16.1精准扶贫医疗叠加保险“第一道”补助

在基本医保（2）、大病医保（4）和医疗救助（7）的基础上，对精准扶贫医疗叠加保险（8）保障对象在省、市、县、乡四级定点医疗机构定点医疗机构发生的属于基本医保支付范围的门诊特殊病种（13.2）和住院费用采取双上限控制进行补助，按照省、市、县、乡四级定点医疗机构分别不超过7%、11%、14%、15%的比例叠加报销，叠加后报销比例上限为50%、70%、90%、95%。

16.2精准扶贫医疗叠加保险“第二道”救助

对患有31类重大疾病的精准扶贫医疗叠加保险（8）保障对象集中救治的医疗费用，经基本医保（2）、大病医保（4）、医疗救助（7）和“第一道”精准扶贫医疗叠加保险补偿（16.1）后，医疗费用个人负担（98）部分，再由精准扶贫医疗叠加保险（8）予以补助90%。

16.3精准扶贫医疗叠加保险“第三道”精准补助

对精准扶贫医疗叠加保险（8）保障对象中部分罹患未纳入“第二道”补助（16.2）范围的重特大疾病或经“第二道”补助后个人还需要支付高额医疗费用，可能导致返贫的保障对象，年末根据医疗叠加保险资金结余情况，予以分档精准补助，实行社会化发放。

17.生育保险待遇

生育保险待遇包括生育医疗费用（17.1）和生育津贴（17.2）。

17.1生育医疗费用

参保人（42）因妊娠、分娩或因实施计划生育手术发生的，按规定由生育保险基金（21）支付的医疗费用。

17.2生育津贴

参保女职工按照法律、法规规定享受产假及计划生育手术休假期间获得的工资性补偿。

四、基金

18.基本医保基金

根据国家法律法规和政策规定，由参保单位（43）和参保人（42）按规定缴费、政府补贴及其它依法筹集的，用于支付医保待遇以及其他相关支出的专项基金。

注：基本医疗保险（2）基金包括职工基本医保基金（18.1）和城乡居民基本医保基金（18.2）

18.1职工基本医保基金

根据国家法律法规和政策规定，由职工基本医保（2.1）参保人（42）按规定缴费的，用于支付医保待遇的专项基金。

注：职工基本医保基金包括职工基本医保统筹基金（19.1）和职工基本医保个人账户（20）。

18.2城乡居民基本医保基金

根据国家法律法规和政策规定，由城乡居民基本医保（2.2）参保人（42）按规定缴费和政府补贴筹集的，用于支付医保待遇的专项基金。

19.基本医保统筹基金

基本医保统筹基金包括职工基本医保统筹基金（19.1）和城乡居民基本医保基金（18.2），主要用于按一定比例支付参保人（42）政策范围内医疗费用（93）。

19.1职工基本医保统筹基金

职工基本医保基金（18.1）中，除职工基本医保个人账户（20）以外的基金，主要用于按一定比例支付参保职工（42）政策范围内医疗费用（93）。

20.职工基本医保个人账户

简称个人账户。医保经办机构（37）按照国家规定为职工基本医保（2.1）参保人（42）以其个人名义建立的账户，账户资金来源于个人缴纳的医保费（59）和用人单位缴纳的医保费（59）的一定比例。城乡居民基本医保不设立个人账户。

21.生育保险基金

按照国家法律法规和政策规定，由用人单位缴纳的生育保险费及其产生的利息收入和依法纳入的其他资金汇集而成的，用于支付生育保险待遇（17）的专项资金。

22. 基本医保基金收入

由参保单位（43）和参保人（42）按规定缴费、政府补贴、以及通过其他合法方式筹集的医保资金。

23. 基本医保基金支出

基本医保基金（18）支付的医保待遇（13）以及其他合法支出的费用。

24. 基本医保基金结余

基本医保基金收入（22）与基本医保基金支出（23）的差额。

25. 基本医保基金当期结余

报告期内，基本医保基金收入（22）与基本医保基金支出（23）的差额。

注：报告期一般有年、季、月。

26. 基本医保基金累计结余

截止报告期末，基本医保基金（18）的累计结余额。

注：报告期一般有年、季、月。

27.基金监管

医保基金监管部门对基本医保基金（18）征缴、支付、管理和保值增值进行的计划、控制、监督、考核和信用评价等工作。

28.基金审计

医疗保险基金监管部门对医疗保险基金筹集、支出、财务管理中所涉及信息的真实性、合法性和效益性进行监督、评价和鉴证。

29.个人账户清退

终止医疗保险关系（57.3）后，按规定将参保人个人账户（20）中的余额返还给参保人（42）或其继承人，并注销参保人个人账户（20）。

注：若因参保人（42）死亡导致医疗保险关系（57）终止，则将个人账户（20）中的余额返还给参保人（42）的继承人，若参保人（42）无继承人，则转入基本医保统筹基金（19）。

30. 收支两条线

收入全额缴入同级财政专户（33），支出由同级财政按收支计划和规定用途安排，从财政专户（33）中拨付，专款专用。

31. 收入户

医保经办机构（37）在同级财政和医保行政主管部门共同认定的商业银行设立的、暂存医保缴费及上解等收入，并向财政专户（33）划转基金的特定账户。

32.支出户

医保经办机构（37）在同级财政和医保行政主管部门共同认定的商业银行设立的、接收财政专户（33）拨款、暂存医保支付费用及支出的特定账户。

33. 财政专户

财政部门按照国务院有关规定设立的医保基金专用计息账户，该账户在同级财政和医保行政主管部门共同认定的商业银行开设。

34.基金预算

根据国家社会保险和预算管理法律法规建立、反映各项医保基金收支信息的年度计划。

35.基金决算

根据医保基金预算（34）年度执行情况形成的，反映一个预算年度内医保基金实际收支情况的年度财务报告。

36.调剂金

用于统筹地区之间医保基金调剂使用的专项资金。

五、医保服务组织

37.医疗保障经办机构

简称医保经办机构。承担基本医疗保险（2）、生育保险（10）、长期护理保险（11）以及医疗救助（7）等的运行管理、经办事务和社会服务职责的机构。

38.医保服务站

为参保人（42）提供更加便捷高效的医保经办和咨询服务而在医院设立的医保经办窗口，实现医保服务关口前移。

39.医疗保障经办人员

简称医保经办人员。具体从事医保经办管理和服务的人员。

40.医疗保险费征收机构

依法从事医疗保险费（59）收缴和相应管理工作的机构。

41.内部控制

各级医疗保障管理部门对系统内部职能部门及其工作人员从事医疗保障管理服务工作及业务行为进行规范、监控和评价的方法、程序、措施的总称。

六、医保服务与管理

42.参保人

按照国家法律、法规和有关政策规定参加了基本医保（2）、生育保险（10）等的个人，包括参保居民和参保职工。

43.参保单位

按照国家法律、法规和有关政策规定参加了基本医保（2）、生育保险（10）等的用人单位。

44.医疗救助对象

按照国家法律、法规和有关政策规定接受医疗救助（7）的人员，包括最低生活保障家庭成员、特困供养人员、低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者、建档立卡农村贫困人口以及县级以上政府规定的其他特殊困难人员。

45.定点医疗机构

与医疗保障经办机构（37）签订定点医疗机构医保服务协议（48），为参保人（42）提供医疗服务的医疗机构。

46.定点零售药店

与医疗保障经办机构（37）签订定点零售药店服务协议（49），为参保人（42）提供药品零售服务的药店。

47.定点医药机构

定点医疗机构（45）与定点零售药店（46）的总称。

48.定点医疗机构服务协议

医疗保障经办机构（37）与定点医疗机构（45）签订的，用于规范双方权利、义务及违约处理等办法的专门合约。

49. 定点零售药店服务协议

医疗保障经办机构（37）与定点零售药店（46）签订的，用于规范双方权利、义务及违约处理等办法的专门合约。

50.定点医药机构服务协议

定点医疗机构服务协议（48）与定点零售药店服务协议（49）的总称。

51.医疗费用审核

医疗保障经办机构（37）对参保人（42）发生的医疗费用进行审查、核实。

1. 定点医疗机构考核

医疗保障经办机构（37）根据一定的标准，对定点医疗机构（45）在协议有效期内所提供医疗服务、执行医疗保障政策及履行医疗服务协议的情况进行评价。

53.定点零售药店考核

医疗保障经办机构（37）根据一定的标准，对定点零售药店（46）在协议有效期内提供药品服务、执行医疗保障政策及履行服务协议的情况进行评价。

54.定点医药机构考核

定点医疗机构考核（52）与定点零售药店考核（53）的总称。

1. 参保缴费

55.参保登记

用人单位或个人按规定向医疗保障经办机构（37）提交相关参保信息、经审核确定建立医疗保险关系（57）的行为。

56.变更登记

参保单位（43）或参保人（42）在其参保登记（55）信息改变时，在规定期限内向医疗保障经办机构（37）申报并办理信息变更的行为。

57.医疗保险关系

参加基本医疗保险活动的主体在基本医疗保险（2）活动中所形成的权利义务关系。

57.1暂停医疗保险关系

参保人（42）根据法律法规政策规定，办理暂停申报缴费、待遇领取等手续的行为。

57.2恢复医疗保险关系

参保人（42）根据法律法规政策规定，办理恢复缴费、待遇领取等手续的行为。

57.3终止医疗保险关系

参保人（42）因死亡或向国外移民等原因，相关人员按照相关规定办理解除医疗保险关系（57）的行为。

58.基本医保转移接续

基本医保（2）参保人（42）在不同统筹地区间流动就业时，为保障其基本医疗保险关系（57）能够顺畅衔接，医疗保障经办机构（37）为其办理基本医疗保险（2）关系变更、转移和接续的过程。

59.基本医疗保险费

参保单位（43）、参保人（42）按规定缴纳的医疗保险资金。

60.缴费基数

参保单位（43）、参保人（42）按规定计算缴纳医疗保险费（59）的基数。

61.应缴额

参保单位（43）、参保人（42）按规定应缴纳的医疗保险费（59），分单位应缴金额和个人应缴金额。

62.实缴额

参保单位（43）、参保人（42）实际缴纳的医疗保险费（59）。

63.欠缴额

参保单位（43）、参保人（42）按规定应缴而未缴的医疗保险费（59）。

64.欠缴利息

对欠缴额（63）按有关规定计算的利息。

65.欠缴总额

欠缴额（63）和因此产生的滞纳金（67）、欠缴利息（64）等的金额合计。

66.补缴额

参保单位（43）、参保人（42）补缴过去应缴而未缴的医疗保险费（59）。

67.滞纳金

参保单位（43）未按时足额缴纳医疗保险费（59）时，按滞纳天数加收欠缴医疗保险费（59）一定比例的款项。

68.预缴

参保单位（43）、参保人（42）预缴以后期别医疗保险费（59）的行为。

69.趸缴

参保单位（43）、参保人（42）—次性缴纳将来的所有应缴医疗保险费（59）的行为。趸缴费用不包含欠缴费用和当期应缴费用。

70.缴费申报

用人单位或个人按规定向参保地医疗保险费征收机构提交参加基本医疗保险（2）、缴纳基本医疗保险费等信息资料、办理相关手续的行为。

71.医疗保险费征收

医疗保险费（59）法定征收机构按规定向参保单位（43）、参保人（42）收缴医疗保险费（59）的行为。

72.缴费记录

记录参保单位（43）、参保人（42）缴纳医疗保险费（59）的相关存档信息。

73.代扣代缴

用人单位按照法律授权规定，从参保职工的工资收入中扣除其应当缴纳的医疗保险费 （59）直接缴给医疗保险费征收机构（40）的行为；或金融机构按照与参保人（42）、 医疗保险费征收机构（40）签订的三方协议，从参保人（42）银行账户中扣除其应当缴纳的医疗保险费（59）直接缴给医疗保险费征收机构（40）的行为。

74.缴费年限

实际缴费年限（74.1）和视同缴费年限（74.2）的合计。

74.1实际缴费年限

参保人（42）按规定足额缴纳医疗保险费（59）的年数。

74.2视同缴费年限

参保人（42）国家认可的连续工龄中,按规定没有缴纳医疗保险费（59）,但按已缴费计算相关基本医疗保障待遇（13）的年数。

75.医疗保障电子凭证

由国家医疗保障局根据参保人（42）基础信息统一生成，作为在医疗保障信息平台（109） 中参保人（42）的唯一标识，是参保人（42）享有医疗保障（1）权益的凭证。

76.医疗保险关系转出地

办理医疗保险关系转出的医疗保障经办机构（37）所在地。

77.医疗保险关系转入地

办理医疗保险关系接入的医疗保障经办机构（37）所在地。

78.申请人

办理医疗保险关系转移接续的参保人（42）或其委托的代理人。

79.参保凭证

转出地医疗保障经办机构（37）出具的参保人（42）办理医疗保险关系转移接续（58）的参保缴费信息记录，主要包括缴费年限（74）、缴费金额等内容。

八、待遇标准

80.医疗保障权益

参保人（42）参加医疗保险（2）和享受医疗保障待遇（13）的权利。

81.资格条件

医疗保障（1）相关规定确定的参保对象享受医疗保障待遇（13）需具备的条件。

82.医疗保障待遇审核

医疗保障经办机构（37）按规定对参保人（42）享受基本医疗、生育等各项医疗保障待遇的审核工作。

83.暂停医疗保障待遇

医疗保障经办机构（37）按规定暂停参保人（42）享受医疗保障待遇（13）的资格的行为。

注 1：参保人（42）暂停医疗保险关系（57.1）时，医疗保障待遇（13）将同时暂停。

注 2：参保人（42）有违反相关规定时，医疗保障经办机构（37）可暂停其享受医疗保障待遇（13）的资格。

84.基本医疗保险待遇等待期

又称待遇等待期。从参保人（42）首次缴费或暂停缴费后补缴之日，到参保人（42）可享受基本医疗保险（2）待遇，并由基本医保统筹基金（19）按规定支付政策范围内医疗费用（93）之日的时间间隔。

85.异地就医

参保人（42）在参保统筹地区以外发生的就医行为。

86.跨省异地就医

参保人（42）在参保统筹地区所属省份以外发生的就医行为。

87.异地就医备案

需要异地就医（85）的参保人（42），按规定办理备案手续的行为。

九、结算

88.个人待遇结算

定点医疗机构（45）和定点零售药店（46）按医疗保障政策规定和参保人（42）进行待遇结算，参保人（42）只需要支付应由个人负担（98）的部分费用，其他费用由医疗保障经办机构（37）按定点医药机构服务协议（50）进行统一支付。

89.直接结算

参保人（42）按医疗保障政策规定向定点医疗机构（45）和定点零售药店（46）支付个人负担（98）的部分费用，其他由医疗保险基金（18）支付的部分由医疗保障经办机构（37）进行结算。

90.零星报销

又称手工报销。因特殊原因，参保人（42）医疗费用未能直接结算（89），先由参保人（42）个人垫付，再向医疗保障经办机构（37）办理报销。

91.异地就医直接结算

参保人（42）在其所属统筹地区以外发生的医疗费用，按医疗保障政策规定向定点医疗机构（45）和定点零售药店（46）支付个人负担（98）的部分费用，其他费用由医疗保障经办机构（37）与异地定点医疗机构（45）和定点零售药店（46）进行结算。

92.异地就医费用双向代结报

简称异地代结报。由异地泉籍商会设立代结报服务站和建立异地医保经办协商制度，服务我市外出参保人和外地市来我市务工的参保人。

93.政策范围内医疗费用

又称政策范围内费用。参保人（42）发生的符合基本医疗保障政策支付范围的医疗费用。

注 1：包含起付线（94）以下费用和封顶线（95）以上费用。

注 2：不包含基本医疗保险目录（12）中乙类范围的药品、项目和设施按比例先由个人支付费用。

注 3：不包含药品、项目和设施超过限价标准部分费用。

注 4：不包含基本医疗保险目录（12）外由个人全额支付的药品、项目和设施的费用。

94.起付标准

又称起付线。基本医保统筹基金（19）对参保人（42）发生的属于政策范围内医疗费用（93）进行报销的计算起点，在该起点以下的医疗费用，基本医保统筹基金（19）不予支付。

95.统筹基金年度最高支付限额

又称封顶线。基本医保统筹基金（19）对参保人（42）一个医保年度内发生的属于政策范围内医疗费用（93）进行补偿的最高限额。

96.个人自费

实际发生的医疗费用中不属于基本医疗保险目录（12）范围内而由个人支付的部分。

注：包含了基本医疗保险目录（12）中的药品、项目和设施超过限价标准的部分费用。

97.个人自付

参保人（42）发生的属于基本医疗保险目录（12）范围内的医疗费用，扣除基本医疗保险（2）、大病医保（4）、公务员补助（5）、医疗救助（7）和精准扶贫医疗叠加保险（8）、精准扶贫医保补充补助（9）等报销后由个人支付的部分。

注：包含基本医疗保险目录（12）中乙类范围的药品、项目和设施按比例先由个人支付的费用。

98.个人负担

个人自费（96）与个人自付（97）的费用合计。

注：个人负担费用支付包括个人账户（20）支付和现金支付。

十、医药机构支付

99.基本医疗保险支付方式

简称支付方式。在医疗服务发生后，医疗保障经办机构（37）按照预算办法、付费方式及其标准、医疗服务质量及监督检查结果，将资金拨付给定点医疗机构（45）的方式。

100.总额预算

医疗保障经办机构（37）根据年度医疗保险基金（18）预算，对定点医疗机构（45）和定点零售药店（46）付费总额进行预算管理的行为。

101.按项目付费

医疗保障经办机构（37）及参保人（42），按各项目的收费标准或价格和实际服务量，向定点医疗机构（45）和定点零售药店（46）支付医疗费用的方式。

102.按人头付费

医疗保障经办机构（37）按协议规定的时间，根据定点医疗机构（45）服务的参保人数和每个人的支付定额标准的乘积，向定点医疗机构（45）支付医疗费用的方式。

103.按人次定额付费

医疗保障经办机构（37）按协议规定的时间,根据定点医疗机构（45）服务的人次和协议规定的人次定额标准的乘积,向定点医疗机构（45）支付医疗费用的方式。

104.按床日收付费

包括按床日收费（104.1）和付费（104.2）。

104.1按床日收费

是指患者在住院治疗中，根据治疗进展情况进行分段，各住院时间段按床日（一天）进行费用定额。每日的收费标准包含患者当日所发生的诊断、治疗、护理、床位、药品、医用耗材等各项诊断和治疗相关费用，医院按此标准收费。

104.2按床日付费

医保和患者（以按床日收费标准）按规定比例付费。

105.按病种收付费

包括按病种收费（105.1）和付费（105.2）。

105.1按病种收费

是指对患者住院期间产生的诊断与治疗等全部费用，即从患者入院，按病种治疗管理流程接受规范诊疗最终达到临床疗效标准出院，整个过程中发生的诊断、治疗、手术、麻醉、护理、床位、药品及医用耗材等各项费用,制定一个统一的费用标准。医院按此标准收费。

105.2按病种付费

医保和患者（以按病种收费标准）按规定比例付费。

106.DRG付费

又称按疾病诊断相关分组付费。医疗保障经办机构（37）根据疾病诊断分类的费用支付标准，向定点医疗机构（45）支付医疗费用的方式。

十一、信息化建设

107.医疗保障信息化

凭借现代电子信息技术手段，通过开发和利用医疗保障信息资源，优化和提高医疗保障经办业务流程、管理服务水平、监督决策能力的工作过程。

108.医疗保障应用框架

为了实现医保信息化统一技术架构标准目标，为业务子系统提供技术架构标准所要求的基础功能软件产品和服务。采用分布式云架构，封装核心云支撑服务适配接口，用于实现云产品解耦设计。

109.医疗保障信息平台

采用分布式云架构，使用医疗保障应用框架（108）构建的以中台为支撑的一系列相互关联的医疗保障信息子系统或业务中台的合称。

信息类型：主动公开

抄送：省医保局，市政府办。

泉州市医疗保障局 2020年6月23日印发