

名 称：

市医保局 市卫生健康委 市财政局关于印发天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）的通知

索 引 号：11120000MB17646358/2021-00042

发 布 机 构：天津市医疗保障局

发 文 字 号：津医保局发〔2021〕75 号

主 题：医疗保障\医保待遇保障

成 文 日 期：2021 年 08 月 12 日

发 文 日 期：2021 年 08 月 12 日

各区医保局、卫生健康委，各定点医药机构，有关单位：

现将《天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）》印发给你们，请遵照执行。

2021 年 8 月 5 日

天津市医疗保障区域点数法总额预算和 按病种分值付费管理办法（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），全面推行区域

点数法总额预算管理下的多元复合式医保支付方式，发挥医保基金战略性购买作用和市场在资源配置中的决定性作用，建立区域医疗费用总额增长与医保基金收入增长相适应的调控机制，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，更好地平衡医疗事业发展需要和各方承受能力，更好地适应患者就医流动和医药价格变动，更好地保障参保人员权益，依据《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发〔2020〕45号）等文件，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称区域点数法总额预算管理是指，将病种（病组）、床日、项目等各种付费单元以点数形式体现相对比价关系，以各定点医疗机构所提供服务的总点数作为分配权重，将统筹区域内医保基金和参保人员向全市定点医疗机构购买服务的年度总额预算，按照分类管理原则分配至各定点医疗机构的管理方式。

第三条 本办法适用于医保经办机构使用医保基金向定点医疗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。

第四条 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，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全市总额预算，将点数法与各种付费方式相结合，推进医疗服务与药品分开支付，支持医药分开、处方流转服务模式，建立“钱随人走”的总额分配机制和“量价挂钩”的医保购买机制。

（三）激励约束。根据不同级别类别医疗机构功能定位，推行多元复合式医保支付方式，健全完善激励约束机制，激发医疗机构规范诊疗行为、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，促进健康中国战略实施。

（四）加强管理。根据点数法总额预算和各种付费方式特点，建立多部门协作、跨区域交叉的联合监管机制，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。

（五）统筹推进。坚持系统集成、协同高效，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性，统筹协调相关部门、定点医疗机构和社会力量共同参与，实现政策和管理的叠加效应，构建共建共治共享的医保治理新格局。

第五条 市医保局负责全市点数法总额预算管理工作，会同市卫生健康委和市财政局建立协调工作机制，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。市卫生健康委负责医疗机构和医务人员医疗服务行为的监督和管

理，督促医疗机构建立健全医疗质量和医疗成本控制机制。市财政局会同市医保局做好全面实行医保基金预算管理有关工作，加强对医保经办机构执行预算的监督。

第六条 受市医保局委托的市医保监督检查所，负责全市定点医药机构医保基金使用的监督管理工作；各区医保局负责辖区定点医药机构医保基金使用的监督管理工作。医保经办机构负责全市点数法总额预算管理和多元复合式医保支付方式的具体实施工作，以及与之相关的协议管理、审核管理工作。

第二章 购买总额

第七条 医保经办机构以往年医保基金和参保人员向全市定点医疗机构购买服务所支付的医疗费用总额为基础，综合考虑医保基金收支预算增幅、参保人数增长预期及医疗保健消费价格指数增长等因素，拟订医保基金和参保人员向全市定点医疗机构购买服务的年度总额预算（以下简称“全市购买总额”）。

第八条 医保经办机构以全市购买总额为基础，根据往年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，综合考虑基本医保待遇标准调整等因素，按照职工医保和居民医保两个险种，分别拟订基本医

保统筹基金向全市定点医疗机构购买服务的年度总额预算（以下简称“全市统筹基金购买总额”）。

第九条 医保经办机构拟订的全市购买总额，应按照支付类别、机构类别、费用类别细分。

（一）支付类别。分住院和门诊两个类别。为支持定点医疗机构将癌症放、化疗治疗从住院调整至门诊开展，将癌症放、化疗和镇痛治疗（以下简称“癌症放化疗”）门诊特定疾病（以下简称“门特”）纳入住院购买总额核算范围；其他门特病种和普通门（急）诊（以下简称“普通门诊”）纳入门诊购买总额核算范围。

（二）机构类别。门诊购买总额按照三级医疗机构、二级医疗机构、中医医疗机构、家庭医生签约基层医疗机构以及其他基层医疗机构类别划分。其中，将三级、二级医疗机构中的中医（含中西医结合）医疗机构划归为中医医疗机构，将开展家庭医生签约的二级医疗机构划归为家庭医生签约基层医疗机构。

（三）费用类别。各机构类别门诊购买总额，按费用类别划分为药品购买总额和医疗服务购买总额。其中，药品购买总额用于购买西药和中成药，医疗服务购买总额用于购买西药和中成药以外的其他医药服务。

医联体内或定点医药机构间处方流转发生的药品费用，追溯至开具处方的定点医疗机构纳入各细分购买总额核定

范围；本办法印发前，无法追溯至开具处方定点医疗机构的药品费用，按本办法第七条规定纳入全市购买总额核定范围，并作为门诊药品购买总额，年初暂不分配至各机构类别，年终按规定统筹调剂使用。

第十条 医保经办机构在全市购买总额及其细分总额和全市医保统筹基金购买总额拟订过程中，应加强与定点医疗机构的沟通协商，并可根据沟通协商情况，对本办法第九条所列支付类别、机构类别、费用类别的划分标准进行适当调整。沟通与协商应集体进行，并向定点医疗机构公开年度基本医保基金收支预算等情况，保证过程的公开透明。参加沟通与协商的定点医疗机构应具有代表性，反映不同区域、类别定点医疗机构的情况。

第十一条 医保经办机构于医保协议年度开始的 1 个月以前，将拟订的全市购买总额及其细分总额和全市医保统筹基金购买总额，连同相关基础测算数据，一并报送市医保局审核。经市医保局会同市卫生健康委、市财政局共同研究后，由市医保局于医保协议年度开始前批复医保经办机构和定点医疗机构执行。

第十二条 实际执行过程中，医保经办机构可根据定点医疗机构级别变更情况，相应对各细分购买总额进行结构性调整。因医疗保障制度改革、医药卫生体制改革、影响范围较大的突发事件等因素，需对全市购买总额或其细分总额进

行调整的，由医保经办机构在与定点医疗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，一并报市医保局审核。经市医保局会同市卫生健康委、市财政局共同研究后，由市医保局批复医保经办机构和定点医疗机构执行。

第三章 付费单元

第十三条 医保经办机构大力推进大数据应用，根据不同医疗服务特点，推行按病种定额付费、按人头总额付费和按项目付费相结合的多元复合式医保支付方式，逐步降低按项目付费占比。

（一）按病种定额付费。按照疾病治疗过程相似、医疗资源消耗相近原则划分付费单元，并对每个付费单元制定付费标准的付费方式。

1. 住院。主要包括按疾病诊断相关分组（DRG）付费、按病种分值付费（DIP）、慢性精神疾病等长期住院按床日付费等。其中，三级定点医疗机构和住院例数较多的二级定点医疗机构主要推行 DRG 付费，其他一、二级定点医疗机构主要推行 DIP，逐步实现对符合条件定点医疗机构的全覆盖。

2. 门诊。主要包括腹膜透析、丙型肝炎等门诊慢特病种按人头付费，逐步扩大门诊慢特病种实施范围。

（二）按人头总额付费。根据定点医疗机构或紧密型医联体签约管理的参保人员及病种（或支付类别）范围，按照其往年医疗费用数据核定按人头付费总额的付费方式。包括对糖尿病门特等患者个体医疗资源消耗差异较大的门诊慢特病种按人头总额付费，结合家庭医生签约服务对紧密型医联体实行全部或部分支付类别的按人头总额付费等。

第十四条 医保经办机构按照国家 DIP 技术规范要求，在国家 DIP 病种目录库基础上，结合本市往年住院病例数据，制定本市 DIP 病种分组方案。以定点医疗机构上传的医保基金结算清单数据为基础，按照本市 DIP 病种分组方案对住院病例进行分组，并及时将分组结果反馈定点医疗机构。对于未能入组或入组异常的住院病例，定点医疗机构可在规定时限内修改完善医保基金结算清单内容，并按规定流程重新申报、重新分组。

第十五条 DIP 以外其他按病种定额付费单元的划分标准及管理办法，按照我市有关规定执行。按人头总额付费不适用于按照疾病治疗过程划分付费单元，定点医药机构提供的按规定应纳入人头总额付费核算范围的医药服务，按照项目付费或病种定额付费单元申报付费点数。按人头总额付费的具体办法，由市医保局会同有关部门另行制定。

第四章 付费点数

第十六条 定点医药机构按规定使用国家统一的医保信息业务编码，规范报送医药服务项目使用数量、收费价格和付费点数等明细信息。其中，对于国家和我市组织集中采购的中选药品，市医保局可在中选价格基础上，结合集采降价空间（集采前同一通用名下药品的平均采购价格与中选价格差额）和医保激励机制（我市规定的集采药品按项目付费结余留用比例）确定中选药品付费点数，定点医药机构可按规定的付费点数申报中选药品；其他医药服务项目，除我市另有规定以外，均以定点医药机构实际收费价格为基础，按照1:1比价关系转化为付费点数。

第十七条 定点医药机构按月向医保经办机构申请医保基金支付过程中，按照药品和医疗服务两个类别，分别申报门诊（含门特和普通门诊）项目付费、病种定额付费单元的付费点数。

（一）项目付费。按照所报送医药服务项目明细中的西药和中成药付费点数之和，申报药品付费点数；其他医药服务项目的付费点数之和，申报为医疗服务付费点数。定点医药机构提供的按规定应纳入其他定点医疗机构按病种定额付费核算范围的医药服务，由提供服务的定点医药机构按项目付费申报付费点数。

（二）病种定额付费。以医保经办机构与定点医疗机构约定的按病种定额付费标准为基础，按照 1：1 比价关系转化为付费点数，并按规定核减由其他定点医药机构提供并按项目付费单元申报的付费点数后，申报按病种定额付费单元的付费点数。其中，药品付费点数，按照所报送医药服务项目明细中的西药和中成药付费点数之和申报；剩余差额部分，按照医疗服务付费点数申报。

第十八条 定点医疗机构按月向医保经办机构申请医保基金支付过程中，按照我市有关规定申报住院 DRG 付费单元的付费点数；住院 DIP 付费单元的付费点数，根据住院病例所分入的 DIP 组，按照 DIP 组分值、DIP 基础费率和医疗机构级别费率调节系数三者的乘积申报。

（一）DIP 组分值。各 DIP 组分值，根据往年各 DIP 组次均住院费用与全市次均住院费用的比值测算确定。可在组织专家论证基础上，依据资源消耗结构合理性、疾病诊治难易程度和医改政策导向等因素，对各 DIP 组分值进行结构性调整。

（二）DIP 基础费率。DIP 分值的基础费率以点数形式体现，每个分值计为 10000 点。为确保与 DRG 付费权重可比，DIP 组分值测算所使用往年数据应与 DRG 组权重测算时一致。

（三）费率调节系数。根据不同级别医疗机构间总体资源消耗指数差异等实际情况，分别设定一级、二级医疗机构的 DIP 费率调节系数，实行同级别医疗机构同病组同费率。

第十九条 定点医疗机构按月向医保经办机构申请医保基金支付过程中，对于 DRG、DIP 以外的其他住院付费单元，统一转化为与 DRG 付费可比的付费点数申报。医保经办机构应及时将转化指标数据向定点医疗机构公开或告知。

（一）项目付费。以定点医疗机构所报送医药服务项目明细的付费点数之和为基础，除以测算 DRG 组权重时所使用的往年全市次均住院医疗费用，并考虑医疗保健消费价格指数逐年增长因素后，再乘以每个 DRG 权重的基础费率后，转化为与 DRG 付费可比的付费点数。

（二）病种定额付费。对于 DRG、DIP 以外的其他住院按病种定额付费单元，医保经办机构与定点医疗机构以元为计价单位约定的按病种定额付费标准，参照按项目付费方法转化为与 DRG 付费可比的付费点数，但不考虑医疗保健消费价格指数逐年增长因素；医保经办机构也可参照 DIP 付费点数测算方法，直接与定点医疗机构约定为与 DRG 付费可比的付费点数。

第二十条 DRG、DIP 分组付费过程中，未能入组或入组异常的特殊病例，定点医疗机构可按项目付费方式向医保经办机构申报付费点数。DIP 特殊病例的划分标准、申请流程

及申请比例，参照我市 DRG 付费有关规定执行。其中，对于分入外科手术或非手术操作 DRG、DIP 组的住院病例，经定点医疗机构确认已完成规范化住院治疗过程的，可不因实际发生费用或实际住院天数较低而作为费用极低病例处理。

第二十一条 经定点医疗机构申请，医保经办机构组织同机构类别定点医疗机构集体协商形成多数意见，可结合定点医疗机构的专科特色、服务能力、服务数量、医疗费用等情况，探索按照“量价挂钩”原则建立门诊医疗服务付费点数的调节机制。

（一）调节指标阈值。以同机构类别定点医疗机构医师日均接诊人次、次均门诊医疗服务付费点数等指标的往年实际运行数据为基础，经集体协商确定“量价挂钩”调节指标阈值。其中，定点医疗机构专科特色优势明显、可比医疗机构数量较少的，可按该定点医疗机构往年实际运行数据确定其调节指标阈值。

（二）确定调节系数。定点医疗机构当年实际运行超出其调节指标阈值的，超出部分所对应的门诊医疗服务付费点数，医保经办机构可按一定比例系数下调后，核定有效付费点数。其中，调节系数可根据超出幅度分档设定，具体由同机构类别定点医疗机构集体协商确定，并与医保经办机构在医保服务协议中约定。

第五章 总额分配

第二十二条 医保经办机构根据往年各月医疗费用运行规律，将年度各细分购买总额分解至各月。并根据医保支付方式改革进展情况，将月度各细分购买总额进一步细分。

（一）人头总额付费。根据当月纳入人头总额付费核算的参保人员及病种（或支付类别）范围，按照其往年由医保基金和参保人员所支付医疗费用在各支付类别、机构类别、费用类别中的占比，测算月度各细分购买总额应分配至人头总额付费的额度。

（二）住院购买总额。根据当月实施住院按病种定额付费、按项目付费的定点医疗机构范围，按照其往年由医保基金和参保人员所支付的住院及癌症放化疗门特医疗费用（不含当月纳入人头总额付费核算的参保人员及病种（或支付类别）的往年医疗费用）占比情况，将人头总额付费以外的月度住院购买总额，按照病种定额付费、项目付费医疗机构类别进一步细分。

（三）门诊购买总额。人头总额付费以外的月度门诊细分购买总额，不再根据医疗机构参加付费方式改革情况细分。

第二十三条 人头总额付费以外的月度各细分购买总额，按下列规定分配至各定点医疗机构作为其月度结算额度。

（一）门诊购买总额临时调剂。各机构类别门诊西药和中成药付费点数实行固定点值法，每个点结算点值为 1 元。按照固定点值法核算后，某机构类别月度门诊药品购买总额超支的，超支部分从该机构类别当月门诊医疗服务购买总额中临时调剂使用；出现结余的，结余部分结转至该机构类别医保协议年度内下月门诊药品购买总额。调剂后的月度门诊各细分购买总额，按照本条第（三）款进行分配。

（二）癌症放化疗额度分配。各定点医疗机构提供癌症放化疗门诊特服务后，按照门诊申报的药品、医疗服务付费点数，不纳入门诊各细分购买总额分配范围，参照其所在机构类别的月度门诊药品、医疗服务结算点值，从其所在机构类别的月度住院购买总额中，分配其月度结算额度。各机构类别的其余月度住院购买总额，按照本条第（三）款进行分配。

（三）月度细分购买总额分配。以本条前两款核定的月度各细分购买总额为基础，按照各细分类别下月度有效付费总点数，分别核定各细分类别的月度结算点值，再根据各细分类别下各定点医疗机构的月度有效付费点数，测算各定点医疗机构的月度结算额度。

第二十四条 按照本办法第二十二条核定的人头总额付费以外的月度各细分购买总额，逐月累加后作为人头总额付费以外的年度各细分购买总额，参照本办法第二十三条月度各细分购买总额的分配方法，分配至各定点医疗机构作为其

年度结算额度。其中，涉及对年度各细分购买总额调剂事项，按照下列规定执行。

（一）全市门诊药品购买总额统筹调剂。在对门诊西药和中成药实行固定点值法的基础上，各机构类别的年度门诊药品购买总额，以及年初暂未分配至各机构类别的门诊药品购买总额，年终根据参保人员用药流向变化情况，在全市范围内统筹调剂使用，并优先调剂至家庭医生签约基层医疗机构。

（二）同类机构门诊细分购买总额调剂。全市统筹调剂后，某机构类别年度门诊药品购买总额仍超支的，超支部分从该机构类别年度门诊医疗服务购买总额中调剂使用；出现结余的，结余部分当年暂不调剂至门诊医疗服务购买总额。医保经办机构根据当年实际执行情况，合理确定下一年度门诊各细分购买总额，保障各机构类别门诊医疗服务购买总额逐年稳定增长。

（三）全市住院细分购买总额统筹调剂。为鼓励定点医疗机构积极参加按病种定额付费，癌症放化疗年度结算额度分配完成后，病种定额付费医疗机构年度住院结算点值低于项目付费医疗机构的，将病种定额付费和项目付费医疗机构年度住院购买总额统筹使用。

第二十五条 通过签约管理参保人员实行按人头总额付费的定点医疗机构或紧密型医联体（以下简称“签约管理机

构”），其人头总额付费额度的核定及分配，按下列规定执行。

（一）人头总额付费额度核定。签约管理机构的月度人头总额付费额度，根据其当月签约管理的参保人员及病种（或支付类别）范围的往年医疗费用数据，按我市有关规定核定。以此为基础，逐月累加后作为其年度人头总额付费额度。

（二）人头总额付费额度分配。各定点医疗机构申报的按规定应纳入人头总额付费核算范围的付费点数，不纳入本办法第二十三条、第二十四条各细分购买总额月度、年度分配核算范围。其中，非签约管理机构申报的有效付费点数，参照其所在机构类别相应支付类别、费用类别的月度、年度结算点值，从签约管理机构的月度、年度人头总额付费额度中，分配其月度、年度结算额度；签约管理机构剩余的月度、年度人头总额付费额度，直接作为其月度、年度结算额度。

第二十六条 定点医疗机构凭医联体内流动处方提供药品调剂服务所申报的付费点数，纳入开具处方定点医疗机构的付费点数核算范围，按照本办法第二十三条至二十五条规定，参与月度、年度各细分购买总额的分配。因此而分配至开具处方定点医疗机构的月度、年度细分购买总额，及时调配至提供药品调剂服务的定点医疗机构作为月度、年度结算额度。

第二十七条 定点零售药店凭定点医疗机构外流处方提供药品调剂服务所申报的付费点数，纳入开具处方定点医疗机构的付费点数核算范围，按照本办法第二十三条至二十五条规定，参与月度、年度各细分购买总额的分配。在此基础上，定点零售药店的月度、年度结算额度，分别从开具处方定点医疗机构的月度、年度结算额度中调配。其中，定点零售药店申报的西药和中成药付费点数，按照实际发生费用核定月度、年度结算额度；中药饮片付费点数，按照开具处方定点医疗机构的门诊医疗服务结算点值核定月度、年度结算额度。

第六章 费用结算

第二十八条 定点医药机构为参保人员提供诊疗用药服务后，应由个人负担的医药费用，按照我市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，不受医保经办机构与定点医药机构间支付方式改革的影响。个人负担医药费用中，应由职工基本医保个人账户资金支付的，由医保经办机构与定点医药机构按月据实结算；其余个人负担部分，由参保人员自行与定点医药机构结算。

第二十九条 以各定点医药机构（或紧密型医联体，下同）月度、年度结算额度为基础，按下列规定核定其月度、

年度医保基金（不含职工基本医保个人账户资金，下同）结算额度。

（一）月度医保基金结算额度。以各定点医药机构月度结算额度的 95%为基础，核减当月已由个人负担的医药费用后，核定为当月医保基金结算额度，由医保基金按本办法有关规定支付。预留 5%月度结算额度，年终清算时用于统筹平衡各细分购买总额下月度结算点值不一致的情形。

（二）年度医保基金结算额度。以各定点医药机构年度结算额度为基础，核减全年已由个人负担的医药费用后，核定为年度医保基金结算额度。其与各月医保基金累计结算金额之间存在差额的，由医保基金按本办法有关规定支付。

第三十条 定点医疗机构因集采中选药品结算额度高于实际销售价格，所产生的按项目付费医保基金结算额度，月度结算和年度清算过程中只记账不支付。在对定点医疗机构带量购销合同履行情况考核后，以考核周期内记账金额为基础，乘以医保基金在该定点医疗机构实际发生按项目付费医药费用中的支付比例，由医保基金支付给定点医疗机构。除此以外的其他医保基金结算额度，由医保基金在月度结算和年度清算时按规定支付。

第三十一条 按照本办法核定的各定点医药机构的医保基金应付金额，由各类医保基金按比例支付。各类医保基金具体支付比例，根据该定点医药机构实际发生医药费用中，

各类医保基金各自支付金额与总体支付总额的比值确定，并按照不同支付类别分别核算。其中，应由城乡居民大病保险资金支付部分，由医保经办机构转承办城乡居民大病保险的商业保险机构按规定向定点医药机构拨付。

第三十二条 实际执行过程中，对于因贯彻落实国家医保业务编码或医保待遇标准、医保支付范围、医保支付标准等政策调整因素，导致参保人员实际个人负担比例较往年明显变化的，医保经办机构可在全市购买总额不变的基础上，对全市医保统筹基金购买总额进行相应调整。

第七章 监督管理

第三十三条 定点医疗机构严格落实医疗管理的主体责任，按照临床诊疗指南、临床技术操作规范、合理用药指导原则等，加强对医务人员医疗行为规范性的监管，建立大型医用设备检查适宜性点评制度，加强处方审核和点评，做好药品供应保障，完善内部激励约束机制，促进医务人员合理检查、合理用药、合理治疗，合理使用医保基金，控制医疗费用不合理增长。

第三十四条 医保经办机构定期向社会公开医保基金收入、支出、结余等情况，同时公开各定点医药机构服务人次、

总体费用、费用结构、医保结算、患者负担等与医保基金使用相关的指标运行数据及同比增长情况，接受社会监督。

第三十五条 卫生健康有关部门、医保经办机构探索建立基于大数据按病种管理的合理用药评价机制和医保用药审核机制，通过技术筛查和专家评审相结合的方式，加强对定点医药机构用药行为的监管审核。经专家评审确认为不合理处方的，医保经办机构拒付相应的付费点数。

第三十六条 医保经办机构会同卫生健康有关部门组建医保基金结算清单数据质量控制队伍，对定点医疗机构数据填报的完整性、规范性等进行质控，建立数据质量评价管理机制，审核和评估医疗机构的数据质量，指导推动定点医疗机构不断提高数据填报质量。通过日常稽核与专项稽核相结合的方式，重点稽核定点医疗机构在实施 DRG 付费、DIP 后，可能出现的申报数据不实、高靠分组、分解住院、推诿患者、减少必要服务等行为，将稽核结果与审核结算、协议考核等工作挂钩。

第三十七条 医保经办机构根据区域点数法总额预算管理下多元付费方式特点，细化完善医保服务协议，加强对定点医药机构的监测分析、日常管理和年度考核，并将管理考核结果与质量保证金拨付和年度清算挂钩。

第三十八条 市区两级医保局会同有关部门，加强对定点医药机构医保基金使用情况的监督管理，依法依规严肃处

理违法违规行为，防范医保基金运行风险。可根据点数法总额预算管理特点，组织开展跨区专项检查或定点医药机构间联审互查，促进相互监督、良性竞争。

第八章 附则

第三十九条 本办法由市医保局、市卫生健康委、市财政局按照职责分工分别负责解释。

第四十条 本办法自 2021 年 10 月 1 日起施行，有效期至 2024 年 3 月 31 日。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。《市医保局市卫生健康委市财政局关于印发天津市基本医疗保险付费总额管理办法（试行）的通知》（津医保局发〔2019〕19 号）及相关配套文件，涉及定点医疗机构的内容过渡执行至 2021 年 9 月 30 日，涉及定点零售药店的内容过渡执行至 2021 年 12 月 31 日。