**济医保发〔2021〕24号**

**济宁市医疗保障局关于印发**

**济宁市按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知**

**各县（市、区）医疗保障局，济宁高新区人力资源部，太白湖新区社会保障事业服务中心，济宁经济技术开发区人力资源和社会保障服务中心，兖州煤业股份有限公司人力资源服务中心：**

**现将《济宁市按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程**

**（试行）》印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。**

**济宁市医疗保障局**

**2021年10月29日**

**（此件主动公开）**

**济宁市按病种分值付费（DIP）医疗保障**

**经办管理规程（试行）**

**为贯彻落实《中共山东省委 山东省人民政府贯彻落实〈中共 中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见〉的实施意见》， 根据《山东省医疗保障局关于印发按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（鲁医保办函〔2021〕74号） 要求，为规范我市按病种分值付费经办管理工作，结合我市实际, 制定本规程。**

**第一章 总则**

**第一条 推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式 改革，是建立管用高效的支付机制的重要路径。区域点数法总额 预算和按病种分值付费（DIP）,以大数据为支撑，通过发挥医保 基金战略性购买作用，促进医疗卫生资源合理配置，提升医保精 细化管理服务水平，体现医务人员劳务价值，保障参保人员基本 医疗需求，推动医疗保障制度高质量发展。**

**第二条 市级医疗保障经办机构负责全市DIP付费经办管理 规程的落实和业务指导，对全市经办运行情况进行监测评估，统 筹推进DIP付费工作。**

**第三条 市级医疗保障经办机构负责全市城镇职工、城乡居民基本医 疗保险住院费用按病种分值结算的总额预算、分值点值计算，负责本市级内协议管理医疗机构年度考核、费用稽查、住院费用定期结算等工作。对全市经办运行情况进行监测评估。县级医疗保障经办机构负责辖区内协议管理医疗机构年度考核、费用稽查、住院费用定期结算等工作，**

**第四条 DIP业务的主要内容包括：**

**（一）完善协议管理，建立健全医保经办机构与定点医疗机 构协商谈判机制；**

**（二）按照全省统一的业务和技术标准，做好信息系统建设, 加强数据治理，为DIP业务开展提供支撑；**

**（三）实施区域总额预算管理，合理制定DIP支付预算总额；**

**（四）确定本市病种分值和医疗机构等级系数、加成系数等 指标；**

**（五）开展审核及月度预结算，也可按月结算；**

**（六）开展年度结算，确定分值点值，计算各定点医疗机构 DIP年度医保基金结算额；**

**（七）开展年度清算，清算与年度考核相挂钩，根据清算结 果，计算各定点医疗机构DIP年度清算医保基金支付金额；**

**（八）强化DIP全流程监测，组织对DIP实施效果进行周期 性评价。**

**第五条 DIP主要适用于统筹地区医保住院医疗费用结算，包括日间手术、日间放化疗等参照住院待遇执行的治疗方式。对于精神病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病暂不纳入DIP付费范围。**

**第二章 协议管理**

**第六条 DIP纳入协议管理。经办机构与定点医疗机构通过签订医疗保障服务协议，明确双方权利义务。在DIP运行初期，可单 独签订DIP医疗服务补充协议，待平稳运行一定时间后，应在现有 医疗服务协议基础上，增加与DIP管理相关的条款内容。**

**第七条 协议内容包括DIP数据报送、费用审核、申报结算、 费用拨付及争议处理等内容。根据DIP管理需要，明确协议管理流程，规范DIP经办管理程序，强化定点医疗机构履约责任。**

**第八条 按照《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735 号）及《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）要求，对定点医疗机构在DIP付费中发生的高套分值、 诊断与操作不符等违约行为进行重点关注并提出具体处理办法。**

**第三章 信息系统建设与数据采集**

**第九条 加快全国统一的医保信息平台落地实施应用， 加强数据治理，为DIP业务提供支撑，实现DIP业务所属的数据采集及质量管理、DIP病种分组及分值赋值、定点医疗机构等级系数的计算与生成、定点医疗机构数据处理及分值计算、审核结算管理、监控预警等功能。**

**第十条 指导定点医疗机构建立医院信息系统并根据 DIP业务需要进行信息系统升级改造，做好医保信息系统的数据 接口。**

**第十一条 加强对定点医疗机构上传数据工作指导、培训及 数据质量管理，从及时性、完整性、合理性和规范性等方面进行 审核，发现问题数据应及时反馈定点医疗机构核查并重新采集上 传。**

**第十二条 明确定点医疗机构应当严格按照医疗保障基金结 算清单及填写规范填报住院服务的诊疗信息、费用信息，并按规 定及时、准确上传至医保信息系统。医保结算清单填写要准确反 映住院期间诊疗信息以及医疗收费明细，使用的疾病诊断编码和 手术操作代码应当为国家医保统一的版本。**

**第四章 预算管理**

**第十三条 要按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，以保障参保人基本医疗需求为前提，综合考虑医疗发展，合理确定区域年度住院医保基金预算支出总额。**

**第十四条 编制基金预算，需综合考虑下列因素：**

**（一）本年度基金收入测算、上年度基金的实际支出；**

**（二）参保人群变动；**

**（三）待遇标准、基金支出项目等医保政策调整；**

**（四）符合区域卫生规划的医疗卫生发展情况；**

**（五）参保人员就医需求、物价水平等变动情况；**

**（六）重大公共卫生事件、自然灾害等其他影响支出的情况；**

**（七）其他因素。**

**第十五条 根据本地实际设立年度按病种分值付费调节金（以下简称调节金），额度控制在年度住院医保基金预算的5%（累计金额不超过15%），主要用于年度清算时合理超支分担。**

**第十六条 以年度住院医保基金预算支出为基础，扣除调节 金、异地就医费用、不纳入DIP结算等费用，确定年度DIP医保 基金支出。**

**第十七条 年度内因相关重大政策调整、重大公共卫生事件、 自然灾害等特殊情形发生需要调整DIP医保基金预算支出或调节金的，由统筹地区根据实际情况调整。**

**第五章 病种分值确定**

**第十八条 制定本地病种目录库。以国家预分组结果为基础，确定病种及病种分值等，形成本地DIP目录库。对于实际病例数较少、病种分值测算结果不稳定的，要对该类病种做好记录和分析。如确需增加部分病种，可对目录库进行扩展，予以标识后报省医疗保障局，由省医疗保障局统一向国家医疗保障局备案。**

**第十九条 计算病种的分值和点值。将市域内住院平均医疗 费用或基准病种的次均医疗费用作为基准，计算各病种的分值。 基准病种通常是本地普遍开展、临床路径明确、并发症与合并症 少、诊疗技术成熟且费用相对稳定的某一病种。在总额预算下， 根据年度医保支出、医保支付比例及各定点医疗机构病例的总分 值，计算点值。**

**第二十条 建立辅助目录分值调整机制。在主目录基础上， 基于年龄、合并症、并发症等因素对病种细化分型，确定各辅助 分型调整系数，在病种分值的基础上予以调整校正。**

**第二十一条 建立偏差病例校准机制。对与实际医疗费用严 重偏离的病种分值进行校准，使其符合实际。病例医疗总费用与 该病种上一年度同级别定点医疗机构次均医疗总费用偏差超出一定比例的，视为偏差病例，需重新计算分值。**

**第二十二条 建立特殊病例评议机制。对于住院天数明显高 于平均水平、费用偏离度较大、ICU住院天数较长或者运用新医 疗技术等特殊病例，定点医疗机构可提出按特殊病例结算的申请, 积累到一定例数后赋予分值。经协商谈判后医保基金可予以支付。**

**第二十三条 定点医疗机构等级系数可由基本系数和加成系 数组成。基本系数主要根据定点医疗机构等级设定，加成系数主 要考虑基层医疗机构、中医医疗机构以及开展国家、省级重点学 科的定点医疗机构等因素设定，引导分级诊疗，鼓励新技术新项 目开展应用。探索基于医保等级评定结果纳入加成系数。**

**第二十四条 建立定点医疗机构等级系数动态调整机制。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、协议履行情况等反映医疗机构综合水 平和成本的相关因素，设定医疗机构等级系数，区分不同级别、 不同管理服务水平的定点医疗机构分值并动态调整。**

**第六章 审核结算**

**第二十五条 指导定点医疗机构按规定开展月度申报结算工 作。**

**第二十六条 加强医保智能审核，运用均衡指数等大数据手 段，开展运行监测。重点对高套分值、诊断与操作不符、分解住 院等情形进行审核，发现有异常的情形，按规定作相应处理。**

**第二十七条 基金预拨付。可按规定向年度支出预算额达到一定额度的定点医疗机构预付一部分医保资金作为周转金，缓解其资金运行压力，原则上，预付医保资金额度以不超过年度定点医疗机构住院支出预算额的1/12。发生重大公共卫生事件或突发疫情等紧急情况时,可以按国家和省有关规定预拨专项资金。**

**第二十八条 建立医保质量保证金。可将定点医疗机构申报 的月度结算费用按1%扣除，作为当年度医保服务质量保证金，质量保证金额度与年度综合考核等情况 挂钩。**

**第二十九条 开展月度预结算。对定点医疗机构申报月度结**

**算费用可按照一定比例按月予以预结算，暂未拨付的部分纳入年 度清算处理。也可按月结算。**

**第三十条 有条件的市可定期开展病例评审，组织专家对实 施DIP的偏差病例、特殊病例等按比例抽检。病例评审结果与年 度清算挂钩。**

**第三十一条 开展年度清算。根据基金收入、DIP医保基金支出，结合协议管理、考核、监测评估等因素，开展年度清算，主要包括以下内容：**

**（一）计算统筹地区年度分值和点值；**

**（二）根据点值和各定点医疗机构的年度分值，确定各定点 医疗机构的预清算总额；**

**（三）综合考虑定点医疗机构经审核扣减后的医保基金支付 金额、DIP年度预清算支付金额、协议管理情况、调节金、病历 评审等因素，计算结余留用或超额补偿金额，确定各定点医疗机 构的年度医保基金支付金额；**

**（四）核定各定点医疗机构DIP年度医保基金支付金额和按 月度预付金额之间的差额，向定点医疗机构拨付医保基金。**

**第七章 稽核检查**

**第三十二条 对DIP进行事前、事中、事后全流程监测，依托信息化手段，开展日常稽核，调动线上与线下资源，推动费用审核与稽核检查联动，提高管理效率。**

**第三十三条 充分利用大数据分析等技术手段，对医疗服务 相关行为和费用进行监测分析，重点对结算清单质量和日常诊疗 行为、付费标准的合理性、参保人住院行为等开展监测。针对不 同的环节、对象、结算方式、就医类型等，逐步建立完善覆盖医 保支付全口径、全流程的智能监控规则库。**

**第三十四条 对定点医疗机构开展的稽核方式包含日常稽核 与专项稽核。日常稽核主要根据数据监测发现的疑点问题进行稽 查审核并核实病种申报规范性，重点查处高套分值、诊断与操作 不符等违规行为；针对多发或重大违规线索，可组织医疗、病案 等领域专家开展专项稽核。**

**第三十五条 社会监督。畅通投诉举报途径，发挥舆论监督 作用，鼓励和支持社会各界参与监督，实现多方监督良性互动。**

**第八章 考核评价**

**第三十六条 参照《定点医疗机构协议履行评价规范》 (DB37/T4373-2021 )，对定点医疗机构年度履行协议、医保服务 质量、执行医保政策情况等进行考核，为确定DIP年度预清算支 付金额、年度清算等提供依据。**

**第三十七条 建立DIP专项考核评价，采用日常考核与现场 考核相结合的方式，与定点医疗机构年度绩效考核相结合,避免重复考核，相关考核内容可列入定点医疗机构协议履行考核部分。**

**第三十八条 协议考核指标应包括DIP运行相关指标，确定各项指标的考核方式、评分主体、评分标准，确保指标评价的客 观性及可操作性。将各定点医疗机构考核结果应用于各定点医疗 机构DIP年度预清算。**

**第九章 协商谈判与争议处理**

**第三十九条 应当与定点医疗机构建立集体协商谈判机制， 促进定点医疗机构集体协商，组织专家或委托第三方机构开展病 种目录、分值动态调整等工作，推动形成共建共治共享的医保治 理新格局。**

**第四十条 协商谈判要充分考虑各类定点医疗机构的利益和 发展，各级别、各类型定点医疗机构都可派代表参加协商谈判。**

**第四十一条 加强组织管理，建立协商谈判相关的工作机制。提出协商方案，接受定点医疗机构的质询，通过充分的讨论和磋商，达成统一意见。**

**第四十二条 建立DIP争议处理机制，按照“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”的原则，解决定点医疗机构提出 的争议问题。**

**第四十三条 经办机构与定点医疗机构在DIP付费中出现的 各类纠纷，按照相关法律法规及医疗保障服务协议解决。**

**第十章 运行评估**

**第四十四条 开展DIP运行监测，定期对DIP运行成效进行周期性评价，从医疗费用、医疗资源使用效率、医疗行为改变、医疗质量水平和参保患者满意度等不同维度进行综合评价，客观反 映DIP运行效果。**

**第四十五条 开展DIP风险评估，包括DIP与医共体付费、 按人头付费等其他支付方式结合情况，DIP与药品、耗材集中带量采购后降价与基金结余留用情况，医疗服务价格等政策调整衔 接情况，门诊慢特病、普通门诊统筹等支出构成变动情况等方面, 对DIP进行运行风险评估，不断提高DIP付费的科学性、规范性。**

**第十一章 附则**

**第四十六条 本规程由济宁市医疗保障局负责解释。**

|  |
| --- |
| **济宁市医疗保障局 2021年10月29日印发** |