西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)实施办法（试行）

**第一章  总  则**

**第一条**  为建立管用高效的医保支付方式,提升医保基金使用效率、优化医疗资源分布、提高医疗服务质量、保障群众医疗权益,根据《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）、《国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范和DIP病种目录库(1.0版)的通知》（医保办发〔2020〕50号）和《关于印发<西藏自治区关于开展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》（藏医保发〔2021〕32号）等有关规定,结合西藏自治区实际,制定本办法。

**第二条**按病种分值付费（以下简称“DIP”）,是指利用大数据优势所建立的管理体系,发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征对病案数据进行客观分类,在一定区域范围的全样本病例数据中形成每一个疾病与治疗方式组合的标化定位,并根据医疗资源消耗程度赋予分值,客观反映疾病严重程度、治疗复杂状态与临床行为规范。在总额预算机制下,根据年度医保支付总额、医保支付比例及各定点医疗机构病例的总分值计算结算点值。医保部门基于病种分值和结算点值形成支付标准,对定点医疗机构每一病例实现标准化支付,不再按医疗服务项目支付。

**第三条**适用范围

（一）机构范围。适用于西藏自治区开展住院业务符合DIP试点条件的所有定点医疗机构,逐步扩大到所有住院业务的定点医疗机构。在统筹区外医疗机构异地就医的暂不纳入DIP付费范围。

（二）病种范围。适用于符合DIP付费要求的所有住院病种。精神类、长期护理病例；涉及使用超高费用的耗材、药品等情况的病例；新冠病毒肺炎、大骨节病、先天性心脏病等按照国家和自治区有关规定执行,暂不纳入DIP付费范围,仍按原规定执行。

（三）基金范围。城镇职工纳入DIP付费的基金适用范围：城镇职工基本医疗保险统筹基金;城乡居民纳入DIP付费的基金适用范围:城乡居民基本医疗保险统筹基金。

**第四条**  西藏自治区DIP试点统筹区域内,参保人员在定点医疗机构发生的合规住院医疗费用,与定点医疗机构仍按照项目付费方式结算。医保经办机构与定点医疗机构采用DIP付费方式结算。

**第五条**  探索开展藏医相关病种按DIP付费,逐步将临床需求大、有藏医特色的病种纳入DIP付费,合理确定病种分值,以支持藏医药发展。

**第二章  预算管理**

**第六条** 医保经办机构按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则分别编制城镇职工医保、城乡居民医保年度总额预算。综合考虑基金收入、上年度基金支出、医疗费用增长率、待遇标准等因素,合理确定DIP年度统筹基金总额预算,在DIP年度统筹基金总额预算中按一定比例提取DIP调节金。调节金主要用于合理超支分担及防范其他重大风险等情况支出,若有结余转为下一年度DIP总额预算金额。

**第七条**年度内因重大政策调整或发生影响范围较大的突发事件、自然灾害或其他不可抗力等特殊事件,导致医疗资源消耗过大,确需调整DIP统筹基金总额预算和DIP调节金时,由医保经办机构根据实际情况制定调整政策后执行。

**第三章  病种分组管理**

**第八条**  在国家DIP标准病种目录库的基础上,结合定点医疗机构救治疾病特征和临床特点建立本地DIP病种主目录库,明确核心病种和综合病种。

**第九条** 以定点医疗机构近三年出院病案数据为基础,按照疾病的主要诊断（ICD-10前4位编码）,结合手术及操作编码（ICD-9-CM-3）进行组合,综合考虑核心病种病例数累积占比设置病例数临界值,临界值以上的病种为核心病种直接纳入DIP病种目录库,临界值以下的作为综合病种按照治疗方式分保守治疗、诊断性操作、治疗性操作、相关手术再次聚类成组。核心病种和综合病种组成本地DIP病种主目录库。

**第十条**对于发生的常见、多发病例,在核心病种中选取一部分技术难度低、既往基层医疗机构就诊人次高、适宜基层定点医疗机构开展诊疗的病种作为基层病种。

**第十一条**在DIP病种主目录分组共性特征的基础上,逐步探索建立反映疾病严重程度、违规行为监管等个性特征的辅助目录,形成以主目录为基础、辅助目录为修正的DIP病种目录库。

**第十二条**自治区医保部门制定病种目录库调整规则,综合DIP付费运行情况、病种数量和费用、专家意见等,对DIP病种目录库进行动态调整。DIP病种目录库原则上以一个年度为调整周期,年初调整一次,特殊情况经讨论后适时调整。

**第四章  病种分值管理**

**第十三条**通过大数据聚合和科学测算,综合每个病种近3年的住院医疗费用,去除费用极端值后,科学计算病种分值。

（一）某病种标准分值=（某病种组合平均医疗费用÷所有出院病例平均医疗费用）×100（结果保留2位小数）。

各病种组合内病例的平均住院医疗费用,以近3年的数据按照1:2:7加权计算所有病种费用均值。

（二）正常病例病种分值。指病例实际发生的住院医疗费用,在该病种上年度同级别定点医疗机构次均住院医疗费用50%～200%（含）之间。计算公式如下：

某定点医疗机构某病种分值（不含基层病种）=该病种标准分值×医疗机构调整系数（或该级别医疗机构病种系数）

（三）基层病种分值。区基层病种的分值标准在不同等级医疗机构保持一致。计算公式如下：

基层病种分值=该病种标准分值

**第十四条**系数设定。引入医疗机构调整系数或医疗机构病种系数。

（一）医疗机构调整系数。综合考虑定点医疗机构级别等因素,确定医疗机构调整系数。

（二）医疗机构病种系数。综合考虑各级医疗机构每个病种费用因素,确定医疗机构每个病种系数。

（三）逐步探索将病例组合指数（CMI)、临床重点专科等纳入加权系数范围,合理确定分值指标,促进医疗机构高质量发展。

**第十五条**   费用异常病例分值。

（一）费用超低病例病种分值。指病例实际发生的住院医疗费用,在该病种上年度同级别定点医疗机构次均住院医疗费用50%以下。计算公式如下：

费用超低病例病种分值=（该病例实际发生住院医疗费用/该病种上年度同级别定点医疗机构次均住院医疗费用）×该病种标准分值×医疗机构调整系数（或该级别医疗机构病种系数）

（二）费用超高病例病种分值。指病例实际发生的住院医疗费用,在该病种上年度同级别定点医疗机构次均住院医疗费用2倍以上。计算公式如下：

费用超高病例病种分值=〔（该病例实际发生住院医疗费用/该病种上年度同级别定点医疗机构次均住院医疗费用-2）+1〕×该病种标准分值×医疗机构调整系数（或该级别医疗机构病种系数）

（三）定点医疗机构未按规定时间（次月15日前）上传以及因数据错误等原因导致应入组而未入组的病例,其病种分值计算公式为：某病例病种分值=该病例实际发生医疗总费用/同级别医疗机构该病种次均费用×100×80%。

**第十六条**  特病单议。有涉及下列情形之一的病例,定点医疗机构可向医保经办机构提出申请,由医保经办机构组织专家评议,评议审核后确定结算方式,对疾病主要诊断、治疗方式、资源消耗等相近的同类型病例,原则上组织单议一次。

（一）病例实际发生住院医疗费用超过该病种上年度同级别定点医疗机构次均住院医疗费用5倍以上的费用异常病例,并符合以下任一条件：

1.住院天数大于该定点医疗机构上年度平均住院天数5倍以上的；

2.危急症抢救或死亡病例；

3.运用经卫生健康行政部门评审认定、公布并在区医保经办机构备案的临床新技术项目的病例；

（二）超出西藏自治区现行DIP病种目录库的病种。

（三）自治区或地区医保经办机构核准可申请单议的其他情况。

定点医疗机构申请上述特殊病例单议数量原则上不得超过当年本院DIP总出院病例的2‰。

**第十七条**  病种标准分值确定后,因医疗技术发展、国家政策调整等原因,需修改部分病种分值的,由西藏自治区医疗保障局组织专家论证后进行调整。原则上以一个年度为调整周期,年初调整一次,极端特殊情况经论证后适时调整。

**第五章  结算管理**

**第十八条**  医保经办机构与定点医疗机构按照“月预结算、年预清算、年度清算”的方式进行DIP病例医保费用结算。

**第十九条**  月预结算。合理确定试点统筹区内定点医疗机构月度预算指标和月度总分值后,计算出月度预结算点值,在此基础上计算出各定点医疗机构月度预结算金额,按比例进行月预结算。

（一）月度预结算金额。根据当年DIP统筹基金总额预算与上年度各月住院统筹基金支出比例关系确定。计算公式如下：

当年各月DIP统筹基金预算金额=(当年DIP统筹基金总额预算-调节金）×上年度同期实际住院统筹基金占比。

注：上年度同期实际住院统筹基金占比=上年度当月实际发生住院统筹基金总额÷上一年度实际发生住院统筹基金总额。

（二）月度总分值。计算公式如下：

月度总分值=∑（月度各定点医疗机构分值）。

（三）月度预结算点值。计算公式如下：月度预结算点值=（该月DIP统筹基金预算金额×该月入组病例实际发生住院统筹基金占比÷该月DIP统筹基金实际报销比例）÷月度总分值。

注：1.该月入组病例实际发生住院统筹基金占比=该月入组病例实际发生住院统筹基金÷该月纳入DIP的出院结算病例实际发生统筹基金。

2.该月DIP统筹基金实际报销比例=该月DIP病例实际发生住院统筹基金费用÷该月DIP病例实际发生住院医疗总费用。

（四）月度预结算费用。月度预结算时按照DIP结算费用的10%预留质量保证金,待年度清算时按规定兑付。计算公式如下：

该月定点医疗机构DIP统筹基金预结算费用=（该月定点医疗机构总分值×月度预结算点值-该定点医疗机构月度个人支付总费用-其他基金支出）×90%。

当月定点医疗机构DIP入组病例实际发生统筹基金费用小于该定点医疗机构入组病例DIP统筹基金预结算费用的,按实际发生统筹基金费用的90%进行拨付。反之按DIP统筹基金预结算费用拨付。

**第二十条**年预清算。计算定点医疗机构年度总分值,根据年度DIP统筹基金总额预算及DIP统筹基金实际报销比例确定结算点值,形成支付标准进行年预清算。

（一）年度总分值。计算公式如下：年度总分值=∑（年度各定点医疗机构分值）。

（二）结算点值。计算公式如下：

结算点值= (年度DIP统筹基金总额预算-调节金）÷DIP统筹基金实际报销比例÷年度总分值。（结果保留2位小数）

注： DIP统筹基金实际报销比例=DIP病例实际发生住院统筹基金费用÷DIP病例实际发生住院医疗总费用。

（三）年预清算费用。计算公式如下：

定点医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用=该定点医疗机构年度总分值×结算点值-该定点医疗机构个人支付总费用-其他基金支出。（结果保留2位小数）

**第二十一条**年度清算。建立“结余留用,合理超支分担”的激励和风险分担机制。年度清算时,根据定点医疗机构当年度DIP实际统筹基金总额与年度DIP预清算费用之间的比值关系,确定定点医疗机构年度统筹基金清算费用,并根据质量保证金兑付金额、月度预结算费用、违规扣款金额等,确定年度清算总额。

（一）清算金额

1.当比值＜60%,清算金额计算公式如下：

定点医疗机构年度DIP清算金额=该定点医疗机构年度DIP病例实际住院统筹基金总额。

2.当60%≤比值＜80%,清算金额计算公式如下：

定点医疗机构年度DIP清算金额=该定点医疗机构年度DIP病例实际住院统筹基金总额+（该定点医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用-该定点医疗机构年度DIP病例实际住院统筹基金总额）×50%。

3.当80%≤比值≤100%,清算金额计算公式如下：

定点医疗机构年度DIP清算金额=该定点医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用。

4.当100%＜比值≤110%,超出部分分别由DIP调剂金、定点医疗机构各承担50%,清算金额计算公式如下：

定点医疗机构年度DIP清算金额=该定点医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用+（该定点医疗机构年度DIP病例实际住院统筹基金总额-该定点医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用）×50%。

5.当比值＞110%,超出110%部分基金不予支付。清算金额公式如下：

定点医疗机构年度DIP清算金额=该定点医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用\*105%。

（二）清算总额。计算公式为：定点医疗机构年度DIP年度清算总额=定点医疗机构年度DIP预清算金额+质量保证金兑付金额-∑定点医疗机构月度DIP统筹基金预结算费用-违规金额（结果保留2位小数）。

**第六章  监督管理及协议机制**

**第二十二条**定点医疗机构应当合理检查、合理用药（耗材）、合理治疗、合规收费,医保经办机构每月或每季度对定点医疗机构可疑违规病例进行核查,建立沟通协商和专家评议机制,确认定点医疗机构违规病例和扣款金额。

**第二十三条**  各定点医疗机构应按规定做好DIP管理工作,规范诊疗行为,保证医疗服务质量,引导患者合理就医。

**第二十四条**  定点医疗机构应当按照医保部门要求做好本院信息系统与医疗保险信息系统对接工作,及时、规范、完整、准确向医疗保险信息系统上传参保患者的就医信息。医疗保险信息系统数据作为费用审核、月预结算、年度清算、考核及分值、系数调整的依据。未上传参保患者就医信息的定点医疗机构将不能进行医保支付结算。

**第二十五条**定点医疗机构不得分解住院、诱导住院、挂名住院、组别高套或强制要求不符合出院条件的参保患者提前出院,出现以上情形经查实后,产生的费用统筹基金不予支付,并按有关规定进行处理。对以欺诈、伪造材料或者其他手段套取、骗取医保基金支出的,按有关规定处理。

**第二十六条**  医保经办机构定期组织专家对纳入DIP的费用异常偏高病例和非常见病例按一定比例抽查,进行集体评审,核定病种分值。

**第二十七条** 医保经办机构要认真开展日常监督考核工作,做好考核结果应用,并向定点医疗机构通报。同时不断规范经办流程,完善服务协议,对违反协议的定点医疗机构按照相关规定严肃处理。医疗保障行政监管部门对经办机构、定点医疗机构执行DIP情况进行监督检查。经办规程、定点医疗机构服务协议和监管考核办法另行制定。

**第七章  附则**

**第二十八条**各试点统筹区根据工作实际和基于历史大数据分析,可对综合病种、核心病种分组例数界限；医疗机构调整系数或医疗机构病种系数；超高、超低病例病种分值标准；特议单例病种费用倍数、数量占比；月度预拨方式及比例、保证金比例；年度清算总额指标等具体参数进行适时调整完善,保障试点统筹区改革的平稳过渡和顺利实施。

**第二十九条**  本办法中所称的年度为自然年度,即每年的1月1日至12月31日。

**第三十条**本办法自2021年12月15日起试行。

**第三十一条**本办法由西藏自治区医疗保障局负责解释。