西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）经办规程（试行）

**第一章  总则**

**第一条**为进一步深化医保支付方式改革,提高医疗保障基金使用效率,保障参保人员基本权益,规范西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费（以下简称“DIP”）业务经办管理,根据《国家医疗保障局办公室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》《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）》（以下简称“实施办法”）等文件规定,结合西藏自治区实际,制定本规程。

**第二条**  医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）与DIP付费管理的医疗机构,就参保人员住院诊疗中产生的基本医保统筹基金费用结算,适用本规程。

**第三条**  医保经办机构应根据相关规定加强对医疗机构的指导、监督检查和考核,督促医疗机构根据DIP付费管理要求,健全内部管理机制、完善信息系统建设、提高病案管理质量、规范诊疗服务行为、保障参保人员权益。

**第二章  协议管理**

**第四条** 完善服务协议。医保经办机构按照《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（医保局令2号）等有关规定,完善补充协议。DIP协议内容包括DIP数据报送、费用审核、申报结算、费用拨付、违规处理及争议处理等内容。

**第五条**  签订服务协议。医保经办机构与医疗机构通过签订DIP补充服务协议,明确双方权利义务。

**第三章  系统建设**

**第六条** DIP付费系统建设。医保经办机构通过政府采购方式引入第三方技术服务公司,开发建设DIP付费管理系统,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、定点医疗机构数据处理及医疗机构调整系数或医疗机构病种系数、病种分值计算、审核结算管理、智能监控预警等功能。

**第七条**  医疗机构信息系统建设。医疗机构在医保经办机构督促下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。

**第八条** 系统对接。DIP付费系统通过数据接口连接医保平台,实现与核心经办系统双向对接。医疗机构通过DIP信息系统平台查看病种入组、病种分值、结算费用等信息。

**第四章  数据采集**

**第九条**  数据内容。医疗机构按规定上传医疗保障基金结算清单,包括住院服务的诊疗信息、费用信息等。

**第十条**数据标准。医疗机构认真执行《医疗保障基金结算清单填写规范》,疾病诊断编码和手术操作代码为《医疗保障疾病诊断分类及代码（2.0版）》和《医疗保障手术操作分类与编码（2.0版）》,自行完成内部疾病诊断编码和手术操作代码与医保版本的映射。

**第十一条**采集要求。医疗机构按照数据内容、标准及规定的传送时限将数据传送至医保核心经办系统,并保证数据报送的及时性、完整性、合理性和规范性。

**第十二条**  数据审核。医保经办机构对采集数据进行审核,针对诊断和手术操作存在的问题数据及时反馈医疗机构修正并重传（仅限于修正疾病诊断及手术操作编码,如果其他基本信息有误需重新上传医疗保障基金结算清单）,同时建立数据质量评价管理机制,监管和评估医疗机构数据质量。

**第五章  预算管理**

**第十三条** 医保经办机构按照上年度住院医保基金预算实际执行情况,结合近三年住院医保基金支出平均增长率等因素,确定当年度DIP住院医保基金预算总额。

**第十四条**  在DIP年度统筹基金总额预算中按比例提取DIP调节金,主要用于调剂合理超支分担部分及防范其他重大风险。

**第十五条**  年度内发生重大政策调整、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,由医保部门根据实际情况制定调整政策后执行。

**第六章  病种分值点值确定**

**第十六条** 按照《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》相关技术标准,以定点医疗机构近三年出院病案数据为基础,结合大数据分析和专家论证,确定我区DIP病种目录库。

**第十七条** 根据医疗机构核心病种、综合病种分值、偏差病例校准分值、特殊病例评议后分值,定点医疗机构调整系数（或医疗机构病种系数）确定病种总分值。

**第十八条**  新增并纳入DIP协议管理的医疗机构,病种系数取当年相应等级医疗机构病种系数。定点医疗机构因等级变更需要调整病种系数的,应在等级变更后30日内向区医保经办机构申请,医保经办机构组织论证后予以调整。

**第十九条**  分值点值确定。以统筹区为单位,将区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。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**DIP实施过程中,点值分值信息公平对称。

**第七章  结算管理**

**第二十一条** 医保经办机构按《实施办法》对定点医疗机构实行月度预结算、年预清算和年度清算。

**第二十二条**  月度预结算流程

合理确定定点医疗机构入组病例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。

特病单议病例于专家评审当月根据评审结果进行月预结算；未入组病例不纳入月预结算。

（一）数据上传审核（次月15日前完成）

一是定点医疗机构在参保人员出院结算后5个工作日内上传医保结算清单数据；二是医保经办机构在次月15日前对已上传的医保结算清单数据进行审核、反馈。

（二）预结算数据核对（次月20日前完成）

DIP信息系统根据预算分值点值等指标计算预结算费用,并将预结算数据推送给核心经办系统,与核心经办系统就结算数据等进行双方对账。若双方对账存在不平现象,则双方线下处理；若双方对账通过,则由核心经办系统将预结算数据推送医疗机构并与医疗机构进行对账,若双方对账通过,则由医保经办机构向医疗机构拨付基金；若双方对账存在不平现象,则双方线下处理。

（三）预结算基金拨付（次月25日前完成）

一是完成当月月度预结算应付款项的数据汇总工作,汇总的数据提交给财务部门；二是完成月度预结算应付款项的拨付。

**第二十三条**  特病单议结算

（一）单议申报。定点医疗机构收到医保经办机构反馈的结算数据后,针对符合特病单议条件的病例在每月15日前通过DIP平台完成上月单议病例申报。

（二）单议评议。医保经办机构每季度第一个月对上季度申报的单议病例,组织专家进行评议,确定单议病例的结算方式,并将评议结果录入DIP平台,定点医疗机构可通过DIP平台查看评议结果。

（三）单议结算。医保经办机构于专家评审当月根据评议结果进行月预结算,并纳入年度清算。

**第二十四条** 年预清算流程

预清算年度为每年1月1日至当年12月31日。

（一）数据准备（1月-2月）

一是向定点医疗机构发出年度清算工作通知,各定点医疗机构完成DIP业务的医保结算清单数据上传工作；二是医保经办机构对定点医疗机构上传的医保结算清单等数据进行核查；三是汇总定点医疗机构清算年度综合考核情况、定点医疗机构违规情况；四是按规定汇总清算年度各定点医疗机构DIP总分值。

（二）年预清算（2 月底前完成）

根据DIP基金总额预算、医疗机构年度分值、分值结算点值等,形成定点医疗机构年度预清算数据,跨年住院病例不纳入本年度DIP清算范围。

**第二十五条** 年度清算流程

（一）数据核对（2月底前完成）

通过DIP信息平台,医保经办机构将DIP预清算数据反馈给定点医疗机构核对,核对流程同月预结算对账流程。

（二）确定清算结果（3月底前完成）

清算总额计算公式为：

定点医疗机构年度DIP清算总额=定点医疗机构年度DIP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）。

（三）基金拨付（3月底前完成）

根据清算总额完成基金拨付或清退工作。

**第八章  稽核检查**

**第二十六条**  采用日常稽核和专项检查的方式,线上、线下相结合,引入社会监督等途径重点对编码套高、低标入院、二次入院、超长住院、推诿病人等违规行为进行查处。稽核工作可委托符合条件的第三方机构完成。

**第二十七条**  定点医疗机构可在收到稽核发现问题后7个工作日内向医保经办机构进行申诉,逾期视为无异议。医保经办机构受理后,于30个工作日内反馈申诉处理意见。

**第二十八条**  违规处理。对上述违规行为,按《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）、《西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）监管考核办法》及《西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）补充协议》等规定进行处理。

**第九章  考核评价**

**第二十九条**  为保障DIP付费可持续运行,将采取日常监测与定期考核相结合的形式,通过住院管理、病案抽査、日常稽査、投诉处理、群众评价等多渠道多方式,对医疗机构全年的医疗保险工作进行客观、公正、全面的评价。对于提供规范、合理医疗服务的医疗机构,建立激励机制。对违规或过度医疗的医疗机构,经查实后,按《西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）监管考核办法》和服务协议进行相应处理。

**第三十条** 质量保证金。年度结束后,医保经办机构按照《西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）监管考核办法》完成对定点医疗机构的考核,根据考核结果在年度清算时兑付质量保证金。

**第十章  协商谈判与争议处理**

**第三十一条**  引入专家谈判机制,与定点医疗机构进行协商谈判,有效解决争议问题。

**第三十二条**  争议处理原则。应根据公平公正、客观合理、多方参与、及时处理的原则。

**第三十三条**  争议处理流程

（一）提出申诉。定点医疗机构以书面形式向医保经办机构提出申诉。

（二）受理申诉。医保经办机构对申诉材料进行审核,15个工作日内向医疗机构作出是否受理的书面通知。

（三）组织专家评判。对于确需专家参与评判的争议内容,在申诉受理后30个工作日内,医保经办机构组织专家对争议问题进行评判。

（四）处理意见反馈。医保经办机构对于能明确答复的或经专家评判后形成的评审意见,在15个工作日内反馈至定点医疗机构。

（五）争议结案归档。医保经办机构将争议处理材料按档案管理办法及时归档。医疗机构对争议处理意见不服的可以申请行政复议。

**第十一章  附则**

**第三十四条**  本规程自2021年12月15日起试行,根据工作需要适时修改完善。国家、自治区有新规定的从其规定。

**第三十五条**本规程由西藏自治区医保经办机构负责解释。