

荆门市医疗保障局

关于印发《荆门市基本医疗保险按病种分值付费(DIP)经办规程(试行)》的通知

各县（市、区）医疗保障局，局属单位：

根据《荆门市基本医疗保险按病种分值付费办法（试行）》（荆政办发〔2022〕43号）要求，现将《荆门市基本医疗保险按病种分值付费(DIP)经办规程(试行)》印发给你们，请遵照执行。

荆门市医疗保障局办公室

2023年7月18日



荆门市基本医疗保险按病种分值付费(DIP) 经办规程(试行)

第一章 总 则

第一条 DIP 是落实国家医保支付方式改革的重要内容，引导医疗卫生资源合理配置，体现医务人员劳务价值，保障参保人员基本医疗需求，推进医保基金平稳高效运行。

第二条 各地医疗保障部门要按照国家、省、市医保政策要求，积极推进 DIP 经办管理服务，做好协议管理，开展数据采集和信息化建设，建立总额预算管理，制定病种目录、病种分值等指标，开展审核结算、考核评价、稽核检查，做好协商谈判及争议处理等经办工作。激励定点医疗机构建立健全与 DIP 相适应的内部管理机制。

第三条 市医疗保障部门负责全市基本医疗保险按病种分值付费(DIP)经办规程的指导，并对 DIP 经办运行情况进行监测评估。

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，将 DIP 纳入协议管理；

(二)按照国家 DIP 技术规范标准，加强数据管理，为 DIP 业务开展提供支撑；

(三)实施总额预算管理，合理制定 DIP 年度预算；

(四)确定全市病种目录、病种分值及与 DIP 相关的配套文件；

- (五)开展审核及月预结算;
- (六)强化 DIP 全流程监测, 加强考核评价;
- (七)开展年度清算, 核算各定点医疗机构年度清算医保基金支付金额。

第二章 协议管理

第五条 将 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纳入协议管理, 与定点医疗机构签订全市统一的医疗保障服务协议。

第六条 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、转嫁医疗费用等行为进行重点关注并按医疗保障相关政策规定及服务协议要求处理。

第三章 信息建设与数据采集

第七条 市医疗保障部门要加快省医保信息平台相关 DIP 业务功能模块的落地应用, 实现 DIP 业务所属的数据采集及管理、DIP 病种分组及分值赋值、定点医疗机构等级系数的计算、定点医疗机构上传省医保平台数据的反馈及分值计算、审核结算管理、监控预警等功能。

第八条 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应当为国家医保统一的版本。

第四章 预算管理

第九条 各地医疗保障部门要积极协调卫生健康部门，共同指导定点医疗机构做好与 DIP 业务相关信息系统接口改造。加强对定点医疗机构上传数据、培训及数据管理等业务督导，从及时性、完整性、合理性和规范性等方面进行审核，定时将问题数据反馈给定点医疗机构核查。

第十条 以上年度基金的实际支出为基础编制基金预算，需综合考虑本年度基金收入、参保人群变动、待遇标准等医保政策调整、参保人员就医需求、物价水平变动等因素，按规定时限完成预算。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，需要调整医保基金预算支出，由市医疗保障部门根据实际情况调整，并按规定程序报批。

第十一条 每年底，以市、县(市、区)当年度基本医保基金实际收入为基数，减去个人账户、普通门诊统筹、门诊慢特病“两病”门诊用药保障、国家医保谈判药品保障、异地就医、生育医疗费用补助及生育津贴、补助长期护理保险和提取风险储备金等据实支付类别和项目资金后，剩余部分作为市、县(市、区)当年度基本医保 DIP 付费实际可支出总额。

第五章 病种分值确定

第十二条 制定本地病种目录库。按照国家 DIP 技术规范要求，结合近三年全市所有提供住院服务的定点医疗机构病案首页及医保结算数据，形成本地 DIP 病种目录库。

第十三条 计算病种的分值。以全市近三年平均住院医

疗费用为基数，按照连续三年 1: 2: 7 的加权比例计算各病种平均住院费用，按其与全市平均住院费用比例关系确定各病种分值。

第十四条 建立辅助目录分值调整机制。基于年龄、合并症、并发症等因素，确定各辅助目录、调整系数。落实偏差病例、特殊病例评议制度。按照属地管理原则，由各地医疗保障部门负责本地医疗机构病例的审核、评议。评议结果无法确定时，由各地医疗保障部门整理专家意见，报市医疗保障部门确定。

第十五条 确定医疗机构等级系数。针对定点医疗机构之间治疗同种疾病医疗资源消耗存在差异，综合考虑定点医疗机构级别、病种结构、功能定位等因素，将全市定点医疗机构划分为三级定点医疗机构、二级定点医疗机构、一级及以下定点医疗机构等级层级，按相同规则计算各定点医疗机构权重系数，并根据运行情况适时调整等级层级。定点医疗机构权重系数与病种分值挂钩。权重系数确定办法，由市医疗保障部门会同市卫健部门制定。

第六章 审核结算

第十六条 各地医疗保障部门指导定点医疗机构按规定开展月度申报结算工作。定期组织专家对实施 DIP 的特殊病例等进行评议。重点对高套分值、转嫁医疗费用等情形进行审核，发现有异常的情形，按规定处理。

第十七条 建立医保质量保证金。月预结算时按 5% 扣除医保质量保证金，并根据年度考核相关规定予以返还。

第十八条 周转金预拨。每年1月10日前，市、县（市、区）医保经办机构向辖区内各定点医疗机构预拨一个月医保结算周转金（原则上为上年度DIP付费实际月平均结算金额），其中，市医保经办机构预拨付中心城区定点医疗机构的周转金，包含县（市、区）应当预拨付的额度。

第十九条 开展月预结算。每月10日之前，各地医疗保障部门对定点医疗机构申报月度结算的医保清单数据进行审核，并将审核结果反馈给定点医疗机构，按照规定进行月预结算。

第二十条 开展年度清算。根据基金实际收支、DIP医保基金支出，结合协议管理、综合考核等因素，开展年度清算，原则上年度清算工作应在次年3月1日前完成。主要包括以下内容：

（一）市医疗保障部门根据年度全市基金实际收支情况，DIP实际可支出总额及各定点医疗机构的年度分值结果，分别核算全市职工医保、居民医保年度结算点值；

（二）根据点值和各定点医疗机构的年度分值，各地医疗保障部门核算本地各定点医疗机构的DIP结算额；

（三）核定各定点医疗机构DIP年度医保基金清算金额和按月度预付金额之间的差额，扣减违规违约等费用后向定点医疗机构拨付剩余医保基金。

第七章 稽核考核

第二十一条 依托信息化手段，开展日常稽核。对上传省医保平台的数据进行分析。逐步建立完善与DIP付费相关

的智能监控规则库。

第二十二条 DIP 考核评价指标纳入定点医疗机构协议考核。开展 DIP 运行监测，定期对 DIP 运行成效进行评价。从医疗费用、医疗行为改变、医疗质量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。

第八章 协商谈判与争议处理

第二十三条 市医疗保障部门与定点医疗机构建立集体协商谈判机制，组织专家或委托第三方机构开展病种目录、分值调整等工作。协商谈判由不同等级、不同类型医疗机构委派代表参加，谈判中应充分考虑各级定点医疗机构的利益和发展。

第二十四条 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。

第九章 附 则

第二十五条 本规程由市医疗保障局负责解释。自发布之日起执行，试行期一年。