

酒泉市医疗保障局文件

酒医保发〔2024〕79号

酒泉市医疗保障局 关于印发《酒泉市按病种分值付费（DIP） 医疗保障经办管理规程》的通知

各县（市、区）医疗保障局、局机关及市医保中心各科室、市管各定点医疗机构：

现将《酒泉市按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程》印发你们，请认真贯彻执行。

酒泉市医疗保障局

2024年12月31日

抄送：甘肃省医疗保障局，酒泉市财政局、酒泉市卫生健康委员会。

酒泉市医疗保障局

2024 年 12 月 31 日印发

酒泉市按病种分值付费（DIP）医疗保障 经办管理规程

根据《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（医保办发〔2024〕9号）、《甘肃省医疗保障局关于印发〈甘肃省按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）〉的通知》（甘医保函〔2022〕211号）精神，结合酒泉实际，制定本规程。

第一章 总则

第一条 DIP是深化医保支付方式改革的重要组成部分，是符合中国国情的一种原创付费方式。DIP以大数据为支撑，把点数法和区域总额预算相结合，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 医保部门按照国家医疗保障政策要求，积极推进DIP经办管理服务，做好协议管理、数据采集，建立区域总额预算管理，确定病种分值等核心要素，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管理工作。同时，建立激励约束和风险分担机制，激励定点医疗机构建立健全与DIP相适应的内部管理机制，合理控制医疗费用，提高医

疗服务质量，有序推进与定点医疗机构按病种分值付费方式结算。

第三条 DIP业务的主要内容包括：

（一）完善协议管理，建立医保数据工作组，规范支出预算编制和调整，强化支付方式意见收集反馈，健全完善谈判协商机制；

（二）按照全国统一的业务和技术标准，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，合理确定DIP支付预算总额；

（四）确定酒泉市病种分值和医疗机构等级系数；

（五）开展医疗费用审核及月度预结算；

（六）开展年度清算，计算各定点医疗机构DIP年度清算医保基金支付金额；

（七）强化DIP全流程监测，加强考核评价。

第四条 DIP支付方式适用于酒泉市开展住院业务的所有定点医疗机构。

第二章 协议管理

第五条 医保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。将与DIP管理相关条款纳入医疗保障服务协议。

第六条 市级医疗保障部门根据国家、省相关要求及《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》的规定，制定全市统一的定点医疗机构医疗保障服务协议文本。服务协议内容应包括DIP预算、数据报送、费用审核、申报结算、费用拨付及争议处理等内容，并将分组情况、考核指标、奖惩办法、违约行为处理等内容予以明确，强化定点医疗机构履约责任。

第三章 信息系统建设与数据采集

第七条 市级医疗保障部门负责在省医保信息平台上对本地目录库、分值、点值及相关配套政策进行配置，将DIP分组结果、结算规则等导入省医保信息平台支付方式管理模块，统一使用省平台开展医保支付方式管理工作。

第八条 市、县（市、区）医疗保障部门按照属地管理原则，指导各定点医疗机构根据DIP业务需要对医疗机构信息系统进行升级，做好医保信息平台的数据接口改造。各定点医疗机构按照《甘肃省医疗保障平台API接口开发文档》和有关数据动态维护的要求，完成动态优化和开发工作，并按时通过相应标准的验收。

第九条 市、县（市、区）医疗保障部门负责指导定点医疗机构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

平台。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为国家医保统一的版本。

第十条 定点医疗机构应健全完善数据质控制度机制，按照国家《医疗保障基金结算清单填写规范》要求进行数据采集、填报、质控，并及时、准确、完整上传，其中基础代码应符合国家医保信息业务编码标准要求。

第十一条 每月7日前，定点医药机构根据上月发生的纳入DIP结算医疗费用，按照国家接口规范，通过4101A接口上传医保结算清单。上传成功后，使用4102接口对清单状态进行修改，通过4103接口验证数据是否上传成功，次日通过3607结算清单数量统计查询接口查看质控结果。未在规定期限内上传或上传数据不完整的，相关病例不纳入DIP月度预结算。

第十二条 医保部门应加强对定点医疗机构上传数据工作的指导、培训及数据质量管理，发现问题数据应及时反馈定点医疗机构核查并重新采集，提高数据质量，保障数据安全。医保结算清单固化后不可自主修改，确需重新上传的，通过“两定”机构统一门户提交重新上传申请，经市、县（市、区）两级医保部门审核通过后重新上传。

第四章 预算管理

第十三条 市级医疗保障部门根据“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，按照当年筹资总额的5%提取风险积累金，

再扣除门诊费用、异地就医费用、生育津贴等费用，确定市域内年度住院医保基金预算支出总额。风险积累金每年可根据基金运行情况作适当调整。

第十四条 基金预算编制应综合考虑下列因素：

- （一）本年度基金收入；
- （二）上年度基金实际支出；
- （三）参保人群变动和待遇标准等医保政策调整；
- （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、物价水平等的变动情况；
- （六）影响范围较大的突发事件、重大公共卫生事件、自然灾害或其他影响支出的情况；
- （七）其他因素。

第十五条 在市域内年度住院医保基金预算支出总额的基础上，扣除不纳入DIP结算费用，可适用如下公式确定年度DIP医保基金支出总额预算。

DIP住院统筹基金总额预算=全市上年度纳入DIP付费的住院病种统筹基金支出总额×（1+全市近三年住院统筹基金支出平均增长率）；全市年度住院统筹基金平均支出增长率高于国家规定的医疗费用增长幅度的，按照国家规定的医疗费用增长幅度确定基金支出增长率，原则上不超过10%。

第十六条 从年度DIP住院统筹基金预算总额中预留5%作为DIP区域调节金，用于DIP住院统筹基金年度清算时合理超支分

担，若有结余转为下一年度基金积累。

第十七条 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医保基金预算支出或区域调节金时，由市级医疗保障部门根据实际调整。

第五章 病种分值确定

第十八条 分组

（一）基于国家DIP2.0版分组方案，依托全省医保结算清单数据，根据酒泉市DIP总额预算测算医疗机构等级系数和点值，开展月度预结算和年终清算。

（二）在核心病种中选取部分技术难度低、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常见病、多发病病种作为基层病种。

（三）健全完善反映疾病严重程度、违规行为监管等个性特征的辅助目录库。

（四）推进落实中医（藏医）按疗效价值付费，探索建立蒙医优势病种按疗效价值付费，促进分级诊疗，支持中医（藏医、蒙医）等民族医学传承创新发展。

（五）市级医疗保障部门根据DIP付费运行情况，对DIP病种目录库的病种及分值点值进行动态调整，原则上以一个年度为调整周期，特殊情况经论证后适时调整。

第十九条 分值

（一）病种目录分值

通过大数据聚合，综合每个病种近三年的住院医疗费用，去除费用极端值后，科学计算病种目录分值。

1. 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）。

2. 各病种组合内病例的平均住院医疗费用，以近三年数据按照1:2:7加权计算该病种费用均值。

（二）病种结算分值

1. **正常病例病种分值。**指病例实际发生的住院医疗费用，在值：（该病种标准分值×全市次均费用×医疗机构等级系数/100）的50%（含）-200%（含）之间。

计算公式：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×医疗机构等级系数

2. **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值：（该病种标准分值×全市次均费用×医疗机构等级系数/100）的50%以下。

计算公式：

费用超低病例病种分值（不含基层病种）=（该病例实际发生住院医疗费用/该病种标准分值×全市次均费用×医疗机构等级系数/100）×该病种标准分值×医疗机构等级系数

3. **费用超高病例病种分值。**指病例实际发生的住院医疗费

用，在值：（该病种标准分值×全市次均费用×医疗机构等级系数/100）的200%以上。

计算公式：

费用超高病例病种分值（不含基层病种）=〔（该病例实际发生住院医疗费用/（该病种标准分值×全市次均费用×医疗机构等级系数/100）-2）+1〕×该病种标准分值×医疗机构等级系数

4. 基层病种分值。酒泉市基层病种的分值标准在不同等级医疗机构保持一致。

基层病种分值=该病种标准分值。

5. 未上传或未入组病例病种分值。定点医疗机构需对未入组病例的医保结算清单进行核查，确定未入组原因。

（1）因医保结算清单填写问题导致的未入组，需定点医疗机构修改医保结算清单，重新上传医保结算清单，根据最新医保结算清单进行分组，根据分组结果的病种分值进行清算支付；如果重新上传的医保结算清单仍有数据质量问题导致未入组，按照未入组进行清算支付。

未入组病例分值=医疗总费用/预结算点值×50%

（2）因分组方案不完善导致的未入组，需定点医疗机构进行申报，医保部门组织专家对分组结果进行审核矫正，确定分值，进行清算支付。

第二十条 系数

根据参与酒泉市住院医疗费用DIP结算的定点医疗机构的级别、功能定位、医疗技术水平、专科特色、病种结构类型、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，综合考虑区域医疗中心、医共体及65岁及以上老年病例、儿童病例、传染病病例等实际，确定定点医疗机构等级系数，由基准等级系数和加成等级系数组成。各定点医疗机构等级系数等于基准等级系数与加成等级系数之和。

定点医疗机构基准等级系数，原则上根据卫健部门评定等级与功能定位进行相应设置。

定点医疗机构加成等级系数，基于各定点医疗机构医疗技术水平、专科特色、病种结构类型、医保管理水平、协议履行等指标科学评价、合理设定。

（一）基准等级系数设定

定点医疗机构分为3个级别6个等次，3个级别分别为：三级、二级、一级；6个等次分别为：三级甲等、三级乙等、二级甲等、二级乙等、一级、未定级。一个清算年度内，根据所有DIP支付病种在不同级别等次医院的资源消耗情况及比例来设置基准等级系数。为支持中医（藏医、蒙医）传承创新发展，其等级系数向上一等次基准等级系数看齐。其他定级但未定等次定点医疗机构向本级别最低等次基准等级系数看齐。未定级医疗机构按照一级对待。

（二）加成系数设定

1. 定点医疗机构每年度加成等级系数根据当年度各定点医疗机构医疗技术水平、专科特色、病种结构类型、医保管理水平、协议履行等指标设置，加成等级系数等于医疗技术水平、专科特色、病种结构类型、医保管理水平、协议履行系数之和。

2. 确定医疗机构加成系数时，定点医疗机构级别、相关资质或评级指标，以当年度12月31日24时状态为准。当年度新增定点医疗机构，因暂停协议或解除服务协议的定点医疗机构，医疗机构等级系数不予加成。加权系数调整后分值计算公式： $\text{加权后分值} = \text{该病例入组后的分值} \times (1 + \text{加权系数})$ 。同时符合以上加权条件的，加权系数可叠加。

第六章 特例单议

第二十一条 本规程所称的特例单议，是指在DIP付费中对因住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按DIP标准支付的病例，经医疗机构自主申报、医保行政部门通过联审联议机制组织评审，符合条件的可根据实际调整支付方式或标准，按规定予以补偿。

第二十二条 坚持公平公正、公开透明、权责清晰、规范有序的原则，加强医疗机构与医保行政部门的沟通协商，持续提升特例单议工作效能，解除医疗机构收治复杂危重病病人的后顾之忧，为参保人提供合理、必要、适宜的医疗服务。

第二十三条 符合下列条件之一的病例，可申报特例单议：

- （一）住院天数超过上年度同级别定点医疗机构该病种（DIP）平均住院天数3倍（含）的；
- （二）住院总费用超过上年度同级别定点医疗机构该病种（DIP）次均住院费用3倍（含）的；
- （三）监护病房床位使用天数超过该病例住院床位使用总天数60%（含）的；
- （四）需要转科、多学科联合诊疗疑难危重复杂病例；
- （五）因运用创新医疗技术和创新药品导致费用较高的病例；
- （六）因药物或医疗器械临床试验导致进入低倍率范围的病例；
- （七）现行分组方案未能包含的病例；
- （八）医保部门组织专家评议认定不适合按DIP支付的其他病例。

第二十四条 原则上申报特例单议支付的病例不超过本统筹地区按DIP结算人次的5‰。

第二十五条 对符合条件的病例，由定点医疗机构向所在地医保行政部门进行申报。定点医疗机构提交申请前，应由医院医保部门组织院内各相关部门对病例的用药、检查检验的合理性、收费的合规性和编码的准确性等进行核查，审核通过后，向医保行政部门申报特例单议。

第二十六条 定点医疗机构应通过全省医保信息平台准确完整上传相关病历资料，包括但不限于入院记录、出院记录、病案首页、病情记录、医嘱、检查或化验报告单、手术记录、特殊药品、特殊耗材或特殊检查治疗使用情况等。

第二十七条 原则上每季度组织特例单议申报评审，医疗机构申报截止日为次月7日前，各级医保部门及经办机构应当在申报截止日后15日内完成评审工作。病例申报数量较为集中的，可根据实际与申报的医疗机构协商，适当延长评审时限。

第二十八条 对定点医疗机构申报的特例单议病例，医保部门应及时进行初审。对不符合特例单议申报条件的，应予以退回，并注明原因；对报送病例要素不完整或存在疑问的应一次性告知定点医疗机构补充相关资料，定点医疗机构应在收到通知5个工作日内补充报送相关资料。逾期不补报或补报不完整的，视为自动放弃申报。

第二十九条 对通过初审的病例，由医保部门组织评审专家进行评审。评审专家组应由医院病案管理、医保管理、财务价格、检验检查及临床医护等人员组成。参评专家原则上应有副高级及以上技术职称、熟悉DIP支付政策、具备特例单议审核能力。每一病例评审应不少于3名专家，评审专家总人数以单数为宜。专家评审实行回避制度，被评审定点医疗机构的专家不得参与本医疗机构病例评审，不得与被评审单位有利益关系。

第三十条 医保部门应根据专家评审意见，结合医保基金运

行情况、全市各定点医疗机构收治病例总体情况，作出特例单议评审通过或不予通过的结果，并及时告知提出申报的定点医疗机构。

第三十一条 具备以下情形的病例原则上评审不通过：

（一）根据统筹地区政策，进入高倍率病例范围，已经进行支付的；

（二）评审周期内，病例所在DIP组实际发生费用未超过该医疗机构按DIP月度结算费用的；

（三）被认定为不符合诊疗规范，存在过度诊疗的；

（四）因不合理使用高值药品、耗材或医疗服务项目导致医疗费用过高，且该药品、耗材或医疗服务项目，不在本地区新药耗新技术认定范围内的；

（五）因编码错误导致入组错误，或未在规定时间内完成结算数据上传的；

（六）因评估资料不全导致无法做出评估结论，或者提供虚假材料的；

（七）医保部门明确的其他情况。

第三十二条 医疗机构对评审结果有异议的，可在获知评审结果后5个工作日内向市级医保部门、经办机构提出争议裁决。市级医保部门、经办机构每季度组织一次专家复审，对存在异议的病例组织集中评审、意见磋商后，作出争议处理和意见裁决。逾期未提出争议裁决的，视为同意评审结果。争议按照

省、市《特例单议争议处理线上操作流程》处理。

第三十三条 对评审通过的病例，予以追加点数，于次月在该病例月度结算基础上予以追加差额。对评审不通过的病例，仍按DIP月度结算标准付费。

第三十四条 异地就医实行DIP结算的，特例单议由就医地负责，与本地病例采取相同规则。

第三十五条 特例单议申报及评审情况每半年向医疗机构公开，接受医疗机构和社会监督。公开的内容包括各医疗机构申报特例单议的数量、审核通过数量、医保基金支付、占DIP出院病例比例、占医保基金支出比例等情况。

第七章 审核结算及清算

第三十六条 医保经办机构指导定点医疗机构按规定开展月度申报结算工作。申报的数据指标内容应包含病种类型（核心病种/综合病种）、病种分值、医疗总费用、医保统筹基金支付费用等。

第三十七条 医保经办机构应加强医保智能审核，运用均衡指数等大数据手段开展运行监测。重点对分解住院、高套分值、转移费用、频繁转院、挂床住院、超医保支付范围等情形进行审核，经审核存在以上情形的，按规定作相应处理。稽查审核过程中，违规分值在DIP信息系统端扣减，违规费用在医保信息系统端扣减，并做好系统标识和书面记录。

第三十八条 医保经办机构与定点医疗机构按照“基金预拨付、月度预结算、年预清算、年度清算”的方式进行医疗费用结算。

第三十九条 市、县（市、区）医保部门依据定点医疗机构上年度住院医疗费用月均统筹基金支付金额，按规定拨付医保预付金，以缓解其资金运行压力。

第四十条 建立医保服务质量保证金制度。经办机构可将定点医疗机构申报的月度结算费用按5%扣除，作为当年度医保服务质量保证金，与年度综合考核等情况挂钩。

第四十一条 对定点医疗机构申报月度结算费用扣除质量保证金后按月予以预结算。

（一）经办机构通知各定点医疗机构预结算，确认纳入DIP结算范围病例发生的统筹基金记账数额，并汇总各定点医疗机构的月度统筹基金记账费用（次月7日前）。

（二）经办机构根据DIP信息系统、医保信息系统审核稽核扣减情况，对月预结算数据进行调校，反馈各定点医疗机构进行核对，经数据质控后，最终确定全市定点医疗机构上年度DIP预算执行金额和月度总分值，计算月底预算点值。

（三）经办机构对医疗机构月度预结算的月度DIP结算范围病例发生的统筹基金记账金额、月度预结算金额等指标进行计算，形成月度预结算结果（次月15日前）。

（四）经办机构（财务部门）拨付月度预结算款项（次月

25日前)。

第四十二条 年预清算。经办机构根据基金收入、DIP医保基金支出，结合协议管理、考核、监测评估等因素，开展年度清算工作。包括病种分值结算点值，各定点医疗机构年度分值、基于疾病严重程度辅助目录的校正费用总额、基于违规行为监管辅助目录的扣减费用总额、年度统筹基金预清算支付总额、年度统筹基金清算支付金额、年度统筹基金应偿付总额。

(一) 成立清算工作组，抽调信息、经办、稽核、财务、数据质控等相关人员参加，各县(市、区)同步开展清算工作，清算年度为每年1月1日至本年12月31日期间出院结算病例。

(二) 对定点医疗机构所上传的病案首页等数据进行核查。

(三) 组织对各定点医疗机构进行考核，汇总考核得分。汇总各定点医疗机构基于违规行为监管辅助目录的扣减费用总额。

(四) 按规定汇总清算年度各定点医疗机构DIP的各校正权重系数，并完成费用偏差病例等的筛查与评审。

(五) 对DIP补拨扣数据、零星报销数据录入和确认，完成DIP业务的年度清算申报工作，形成定点医疗机构年度分值预清算数据。

第四十三条 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。对各定点医疗机构统筹基金支出金额与按DIP分值计算的年度统筹基金应支付金额进行比较（统称“清算比例”）后，按如下方式确定各定点医疗机构病种分值费用年度统筹基金。

（一）决算金额

1. 清算金额

清算比例低于80%（不含）的，将统筹基金支出金额作为决算金额。

清算比例在80%—90%（不含）之间的，按照统筹基金支出金额的110%作为决算金额。

清算比例在90%—100%（不含）之间的，按病种分值计算的年度统筹基金应支付金额作为决算金额。

清算比例在100%（含）—105%（含）之间的，按病种分值计算的年度统筹基金应支付金额与DIP超支分担金额之和作为决算金额。合理超支数额在5%（含）以内的，90%由医保基金支付。

清算比例在105%—110%（含）之间的，按病种分值计算的年度统筹基金应支付金额与DIP超支分担金额之和作为决算金额。合理超支数额在10%（含）以内的，70%由医保基金支付。

清算比例在110%—115%（含）之间的，按病种分值计算的年度统筹基金应支付金额与DIP超支分担金额之和作为决算金额。合理超支数额在15%（含）以内的，50%由医保基金支付。

清算比例在115%—120%（含）之间的，按病种分值计算的年度统筹基金应支付金额与DIP超支分担金额之和作为决算金额。合理超支数额在20%（含）以内的，30%由医保基金支付。

清算比例在120%以上的，按病种分值计算的年度统筹基金应支付金额作为决算金额。

合理超支分担基金，用DIP区域调节金支付，以DIP区域调节金为限，分段给予超支医疗机构同比例补助。DIP超支分担和节余留用清算金额根据医保基金运行情况适时调整。

2. 清算总额

计算公式：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+医保服务质量保证金兑付金额- Σ 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）

3. 清算流程

经办机构根据基金收入、DIP医保基金支出，结合协议管理、考核、监测评估等因素，开展年度清算工作（4月底前完成）。

（二）年度清算流程

1. 经办机构计算全市年度分值和点值，市、县（市、区）经办机构根据点值和各定点医疗机构的年度分值，计算各定点医疗机构DIP医保统筹基金年度预清算支付总额。

2. 经办机构组织对医疗机构进行协议管理考核，稽核部门审核稽核扣减、违规处罚情况，反馈定点医疗机构确认违规扣

减金额。

3. 经办机构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、区域调节金等因素，计算结余留用或超额补偿金额，并经数据质控后，会议研究确定各定点医疗机构的年度医保基金清算金额。

4. 经办机构（财务部门）根据会议确定的各定点医疗机构清算金额，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，并及时拨付医保基金。

第八章 稽核检查

第四十四条 依据《医保基金使用监督管理条例》《酒泉市基本医疗保险稽核规程（试行）》的规定，按照定点医疗机构医保服务协议确定的有关DIP内容，综合运用人工审核和大数据监管，进行事前、事中、事后全流程监测，常态化开展日常稽核，实现费用审核与稽核检查联动，提高稽核监管效率。

第四十五条 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。

第四十六条 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。对稽核发现的违法违规行为，依法依规给予处理。

第四十七条 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。

第九章 考核评价

第四十八条 考核评价主体和对象

（一）考核评价主体

市、县（市、区）医保部门负责全市DIP支付方式改革的运行监管，对定点医疗机构进行年度考核评价。

（二）考核评价对象

全市纳入DIP付费开展住院业务的所有定点医疗机构均作为考核评价对象。

第四十九条 考核评价方式和内容监管考核以基于大数据分析为主，结合客观资料查阅、分析、随访等过程评价。监管考核设置相关指标，重点监管医保结算清单合规性、编码套高、低标入院、二次入院、超长住院等违为。采用日常考核与定期考核有机结合，纳入年度医保服务协议考核评价一并进行。

（一）日常考核（占年度考核得分的20%）

医保经办机构每月抽取定点医疗机构不少于10%的病历进行考核。通过智能审核监控系统，审核医疗机构上传数据，对智能审核可疑数据进行人工抽审。

（二）定期考核（占年度考核得分的80%）

由医保经办机构组织人员全面实施考核。原则每年度开展一次，次年3月底前完成上年度医疗机构DIP付费情况的考核。考核内容包括定点医疗机构组织管理和制度建设、医疗服务能力、医疗行为、医疗质量、资源使用效率、费用控制及参保人员满意度等内容。

（三）考核评价评分指标

1. 组织管理和制度建设：包括组织保障、病案管理、临床路径管理、成本核算管理、绩效考核等配套制度建设、数据信息审核机制建立等。

2. 医保结算清单质量：包括医保结算清单的完整性、主要诊断选择合理性、医疗费用结算的准确率等。

3. 医疗行为：包括非计划二次入院、低标入院、超长住院、平均住院日等。

4. 费用控制：包括住院病人门诊缴费等。

5. 患者满意度：患者对医疗机构医保服务质量等级评价等。

6. 加分指标项：为建立考核激励机制，鼓励医疗机构提高医疗服务能力建设，设置CMI值、病案首页合规性、院内组织

DIP相关培训等加分指标项。当考核总分大于100分的，以100分计算。

第五十条 考核评价流程

（一）医疗机构自评

当年12月底前，各定点医疗机构对照考核内容和标准进行自查，自查情况报同级医保经办机构。

（二）经办机构考评

次年1月中旬前，按照属地管理原则，医保经办机构对照考核评价要求和评分标准，对定点医疗机构进行考核评价。

（三）医保部门复评

次年1月底前，市级医保部门和经办机构根据日常工作情况，对照考核评价内容和标准对定点医疗机构进行复评。

（四）考核评价结果通报

次年1月底前，市级医保部门综合初评、复评情况，确定定点医疗机构最终考核评价结果，并在全市范围内通报。

第五十一条 考核评价办法。采取线上考核与线下(现场)考核、定性考核与定量考核、日常考核与年度考核相结合的方式，通过调取相关数据，查阅相关资料，随访参保人员等办法对定点医疗机构进行考核评价。线上考核指标由市级医保部门统一提取数据进行评分，线下考核由市、县(市、区)医保部门及经办机构自行安排。日常考核评价以医保经办机构平时工作中收集的违法违规违约记录为主；定期考核评价由医保部门组

织人员全面实施考核。

第五十二条 兑现与激励坚持“考核与付费”相结合的办法，建立监管结果与医保服务质量保证金兑付、病种分值年度清算挂钩机制。

（一）质量保证金兑付

医保经办机构根据年度考核结果兑付医疗机构医保服务质量保证金。医保服务质量保证金兑付比例具体标准：考核得分 ≥ 95 分，医保服务质量保证金兑付比例为100%； $90 \leq$ 考核得分 < 95 分，以95分为基准，每减少1分扣减保证金的0.5%； $85 \leq$ 考核得分 < 90 分，90分以下部分，每减少1分扣减保证金的1%； $80 \leq$ 考核得分 < 85 分，85分以下部分，每减少1分扣减保证金的1.5%； $75 \leq$ 考核得分 < 80 分，80分以下部分，每减少1分扣减保证金的2%； $70 \leq$ 考核得分 < 75 分，75分以下部分，每减少1分扣减保证金的2.5%； $65 \leq$ 考核得分 < 70 分，70分以下部分，每减少1分扣减保证金的3%； $60 \leq$ 考核得分 < 65 分，65分以下部分，每减少1分扣减保证金的3.5%；考核得分 < 60 分，不予兑付。

（二）病种分值年度清算

根据《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》等监管考核规定，对于经查实的以下违规行为，在扣除年度考核得分的同时，将在年度清算时予以扣减分值，且违规病例费用不得以其他任何形式给予基金拨付。

1. **编码套高。**经查实编码套高的病例，按该病例套高后的分值予以扣除，并处以2-5倍违约分值扣减。

2. **非计划二次入院。**同一参保人员同级医院二次入院针对因相同诊断在同级医院或同一医院再次入院，按照7天、14天、30天、90天分别进行细化分析，重点监管7天内的分解入院。确定为非计划二次入院的，当次住院分值不予计算，并处以1-2倍违约分值扣减（除外因素包括急危重症、恶性肿瘤放化疗、肾功能衰竭、血液病等特殊病情需要及其他特殊情形）。

3. **低标入院。**将可以经门诊治疗不需住院的病人收治入院的，当次住院分值不予计算，并处以1—2倍违约分值扣减。

第十章 协商谈判与争议处理

第五十三条 协商谈判

协商谈判包含病种分组、分值确定、定点医疗机构等级系数确定、特殊病例评审等工作，推动形成共建共治共享医保治理格局。

（一）协商谈判主体

1. 协商谈判主体是医保经办机构和参与按DIP付费管理的定点医疗机构。医保经办机构委派相关人员（含第三方服务机构人员）参加协商谈判。定点医疗机构指派1—2名代表参加协商谈判。

2. 市级医保部门及经办机构成立谈判评审专家组，进一步

加强医保支付方式改革专家组建设，构建多方参与、相互协商、公开公平公正的医保治理新格局，持续优化完善对总额、权重、分值、调节系数等支付核心要素的谈判协商机制，立足酒泉实践，以客观费用为基础，由医疗机构代表、行业（学）协会和医保部门共同协商付费改革中的矛盾争议，并做好谈判协商记录。

（二）协商谈判流程

1. 启动协商谈判工作。协商谈判前应先开展调查摸底、资料收集、意见征集等工作，制定协商谈判议程、确定协商谈判内容，市级医保部门及经办机构负责人审定后实施。

2. 召开协商谈判会议。依据协商谈判议程召开会议，接受医疗机构质询，参会代表发表意见，充分讨论和磋商，形成最终意见，全体成员代表签字确认。对存在较大争议的意见，按照民主集中制少数服从多数原则，采取投票方式确定，超过三分之二以上赞成票为通过。

3. 协商谈判结果反馈。协商谈判结果于5个工作日内向提出单位书面反馈，必要时可在一定范围内公示。协商谈判未达成一致意见的，按照争议处理相关条款执行。

第五十四条 争议处理

（一）争议处理坚持“协商为主、公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”原则。

（二）纳入DIP付费的定点医疗机构可针对DIP支付方式改

革中出现的协商谈判未果争议问题和各类纠纷向所在辖区医保部门及经办机构提出申请。

（三）医保部门及经办机构在收到争议申请十五个工作日内进行审查，争议申请自医保部门及经办机构收到之日起即为受理，对不予受理应告知原因。

（四）医保部门及经办机构在实际核查中可要求申请争议处理的定点医疗机构提供相关材料，就争议事项和内容进行审查论证。并就审查内容、过程及争议事项的审查意见，告知定点医疗机构，并组织协商谈判，双方达成一致后，形成争议处理决定，无法达成一致意见的提请同级医保行政部门仲裁或上级医保经办机构协调处理。市级医保行政部门为争议处理的最终单位。

（五）医保行政部门职责。制定完善谈判协商与争议处理机制，对谈判协商与争议处理全流程监督，对医保经办机构提请的争议事项进行仲裁。

（六）医保经办机构职责。受理争议申请，组织相关人员查阅资料、集体讨论、协商谈判，依照规定程序拟定争议处理结果。

（七）定点医疗机构职责。提出合理的争议问题，提供相应材料，配合医保经办机构对争议事项审核，执行争议处理结果。

第五十五条 意见建议收集反馈

医保部门建立面向医疗机构、医务人员的意见收集和反馈邮箱，并挂网运行，不断提升医疗机构、医务人员在支付方式改革工作中的参与度，充分发挥医疗机构和医务人员专业优势，为规范管理、完善分组等提供依据和支撑。充分发挥医保部门 DIP 支付方式改革意见收集与反馈邮箱的作用，多措并举畅通意见收集反馈渠道。

按照“属地管理”原则，指定专人负责，及时收集、及时反馈，并对意见进行分类整理汇总，按照职责范围逐级报送、逐级反馈。

第十一章 附则

第五十六条 本规程自印发之日起执行，《酒泉市医疗保障局关于印发<酒泉市按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）>的通知》（酒医保发〔2023〕88号）废止，若国家及省有新规定的从其规定。

第五十七条 本规程由酒泉市医疗保障局负责解释。