

河南省医疗保障局
关于印发《河南省按病种分值付费（DIP）
医疗保障经办管理规程（试行）》的通知

豫医保办〔2021〕60号

各省辖市、济源示范区、各省直管县（市）医疗保障局：

现将《河南省按病种分值付费（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。

2021年10月18日

河南省按病种分值付费（DIP）医疗保障 经办管理规程（试行）

为深化医保支付方式改革，提高医疗保障基金使用效率，积极稳妥推进区域点数法总额预算和按病种分值付费，按照《国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费（DIP）的经办管理规程（试行）的通知》（医保办发〔2021〕27号）有关规定和要求，结合我省实际，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 各统筹地区医疗保障经办机构（以下简称经办机构）要按照国家和省医疗保障政策要求，积极推进DIP经办管理服务，做好协议管理，开展数据采集和信息化建设，建立区域总额预算管理，制定分值等指标，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 经办机构要依据本规程制定适合本统筹地区的DIP经办管理规程、扎实推进规程落实。

第四条 DIP业务的主要内容包括：区域总额预算管理；协议管理和协商谈判；数据质量管理；病种目录、病种分值和等级系数确定；月审核结算和年度清算；监管考核与评价。

第五条 DIP主要适用于统筹地区医保住院医疗费用结算（包括日间手术等）。

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。可单独签订DIP医疗服务协议，也可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，完善协议管理流程，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、分解住院、低标准入院等违约行为进行重点关注并提出具体处理办法。

第三章 数据采集

第九条 统筹地区应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 经办机构要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接口。

第十一条 经办机构要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 经办机构要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当为国家医保统一的版本。

第四章 预算管理

第十三条 各统筹地区要按照“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 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；符合区域卫生规划的医疗卫生发展情况；

参保人员就医需求、物价水平等变动情况；重大公共卫生事件、自然灾害及其他影响支出的情况等因素。

第十五条 上年度医保基金收不抵支的，以当年医保基金预算收入作为医保基金年度预算支出总额。

第十六条 经办机构根据实际设立本统筹地区年度按病种分值付费调节金（以下简称区域调节金），主要用于年度清算时合理超支分担。

第十七条 以年度住院医保基金预算支出为基础，扣除区域调节金、异地就医费用等不纳入DIP结算的费用，确定年度DIP医保基金支出。

第十八条 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区域调节金的，由统筹地区根据实际情况调整。

第五章 病种分组和分值确定

第十九条 制定本地病种目录库。省医疗保障局统一组织使用各统筹地区报送的历史数据，以国家预分组结果为基础，形成河南省DIP病种目录库。各统筹地区结合省预分组结果确定本地病种分组及病种分值等，形成本地目录库。对于基础病种、中医优势病种等病种的新增与调整，各统筹地区做好记录和分析，报省医疗保障局统一测算和标识。如确需增加的病种，由省医疗保障局统一上报国家医疗保障局备案。

第二十条 计算病种的分值和点值。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。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。

第二十一条 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。

第二十二条 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。

第二十三条 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、协议履行情况等相关因素，设定定点医疗机构等级系数，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 经办机构应指导定点医疗机构按规定开展月度申报结算工作。实行月度拨付，年度清算。

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、低标准入院等情形进行审核，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。经办机构可按国家和省规定向定点医疗机构预付一部分医保资金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可以按国家和省规定预拨专项资金。

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一定比例扣除，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。也可根据地方实际按月结算。

第三十条 有条件的地区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、区域调节金等因素，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 对定点医疗机构年度履行协议、执行医保政策情况进行考核，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，可纳入定点医疗机构协议考核，采用日常考核与现场考核相结合的方式，协议考核指标应包括DIP运行相关指标。

第三十八条 考核指标要与定点医疗机构绩效考核相结合，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。

第三十九条 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。

第九章 协商谈判与争议处理

第四十条 经办机构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。

第四十一条 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。

第四十二条 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。

第四十三条 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。

第四十四条 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 附则

第四十五条 本规程由河南省医疗保障局负责解释。

第四十六条 本规程自发布之日起施行。