

# 黄冈市医疗保障服务中心文件

黄医保服发〔2022〕11号

## 关于印发黄冈市按病种分值付费（DIP） 医疗保障经办管理规程（试行）的通知

各县（市、区）医疗保障服务中心、龙感湖管理区医疗保险管理局：

现将《黄冈市按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）》印发给你们，请遵照执行。

黄冈市医疗保障服务中心

2022年10月14日



# 黄冈市按病种分值付费（DIP）医疗保障 经办管理规程（试行）

为贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，深化医保支付方式改革，提高医疗保障基金使用效率，积极稳妥推进我市区域点数法总额预算和按病种分值付费，规范按病种分值付费（DIP）的经办管理工作，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** 各县（市、区）医疗保障经办机构（以下简称经办机构）按照国家、省、市医疗保障政策要求，积极推进DIP经办管理服务工作，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** 市级医疗保障经办机构要切实落实指导和组织责任，统一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，并对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；

（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，合理制定 DIP 支付预算总额；

（四）确定统筹地区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。

## **第二章 协议管理**

**第五条** DIP 纳入协议管理。各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。

**第六条** 市医疗保障服务中心根据国家、省相关要求及《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 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）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，将 DIP 管理的医保总额预

算、分组方案、数据报送、费用审核、申报结算、费用拨付、高套分值、诊断与操作不符等违约责任、争议处理、监管与考核等内容予以规定，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。

**第七条** 各县（市、区）经办机构负责与辖区内定点医疗机构签订全市统一的医疗保障服务协议文本。启动年，已与定点医疗机构签订医疗保障服务协议的，可单独签订 DIP 医疗保障服务补充协议。

### **第三章 结算管理**

#### **第八条 开展月度预付与预扣**

医保经办机构对定点医疗机构符合规定的住院费用按照协议规定好的方式预拨付给各定点医疗机构。

#### **第九条 月度预结算的流程**

##### **（一）数据汇总阶段（次月 7 日前完成）**

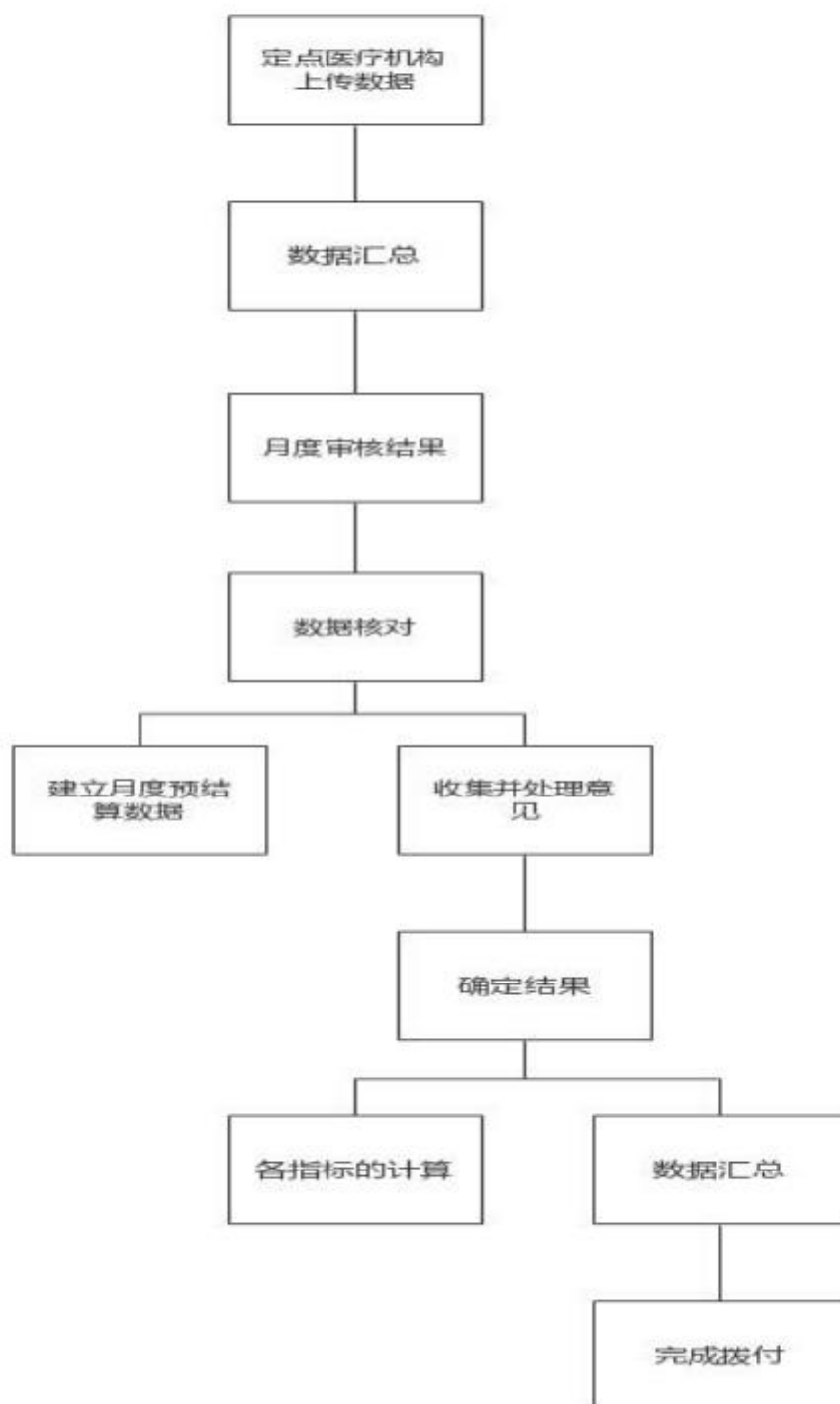
一是医保经办机构向本区域各定点医疗机构印发月度预结算通知，定点医疗机构上传数据。二是完成各定点医疗机构的月度审核工作，汇总各定点医疗机构的月度医保基金记账费用。

##### **（二）预结算数据核对阶段（次月 15 日前完成）**

一是完成当月的月度清算工作，建立定点医疗机构月度预结算数据。二是将当月预结算数据反馈给各定点医疗机构进行核对，收集、处理定点医疗机构的意见及建议。

##### **（三）确定月度预结算结果阶段（次月 25 日前完成）**

一是完成月度预结算的月度 DIP 结算范围病例发生的医保月度预结算金额等指标的计算，形成最终月度预结算结果。二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。三是完成月度预结算应付款项的拨付。



## 第十条 年预清算

年预清算主要是指与定点医疗机构核对数据及正式清算前进行的数据预处理，包括DIP各项指标的计算以及对定点医疗机构医保考核情况的评估。

### （一）清算时间

清算年度为每年1月1日至当年12月31日。

### （二）年预清算流程

#### 1. 数据准备（1月-3月）

一是向定点医疗机构印发年度清算工作通知，完成DIP业务的病案首页等数据上传工作。二是医保经办机构对定点医疗机构所上传的病案首页等数据进行核查。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的等级系数。五是完成费用偏差病例等的筛查与评审。

#### 2. 预清算（3月底前完成）

一是完成DIP补拨扣数据、零星报销数据的录入和确认工作。二是完成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。

### （三）年预清算的主要指标计算

主要包括病种分值结算点值、各定点医疗机构年度分值、各定点医疗机构审核扣减费用总额、各定点医疗机构年度统筹基金控制总额、各定点医疗机构年度统筹基金预清算支付总额、各定点医疗机构年度统筹基金清算支付金额。

### 1. 年度清算

年度清算是指与定点医疗机构的数据核对，确定最终清算结果，完成年度清算。

### 2. 数据核对（3月底前完成）

将DIP业务的预清算数据反馈给定点医疗机构核对，收集处理定点医疗机构的反馈意见。

### 3. 确定清算结果（4月底前完成）

一是完成 DIP 业务年度分值总和、结算点值、违规行为监管扣减总额、预清算支付总额、调节金、清算支付总额等数据的计算，形成最终清算结果。二是完成年度清算数据汇总工作，汇总数据提交财务部门。三是完成年度清算应付款项的拨付。

