

孝感市医疗保障局 孝感市卫生健康委员会文件 孝感市财政局

孝医保发〔2022〕12号

关于印发孝感市区域点数法总额预算和 按病种分值付费配套文件的通知

各县(市、区)医疗保障局、卫生健康局、财政局,各定点医疗机构:

根据《孝感市按病种分值付费(DIP)实施方案(试行)》文件精神,现将孝感市区域点数法总额预算和按病种分值付费配套文件印发给你们,请认真遵照执行。

附件:1. 孝感市区域点数法总额预算管理试行办法

2. 孝感市区域点数法总额预算和按病种分值付费数据
管理办法

3. 关于公布病种目录库、病例分值确定办法的通知

4. 关于建立孝感市区域点数法总额预算和按病种分值付费病例专家评议评审制度的通知
5. 关于加强孝感市区域点数法总额预算和按病种分值付费监督管理的通知
6. 关于开展孝感市区域点数法总额预算和按病种分值付费工作考核评价的通知
7. 孝感市区域点数法总额预算和按病种分值付费医疗保障经办管理规程(试行)



孝感市财政局
2022年10月25日

孝感市区域点数法总额预算管理试行办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实《国家医保局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48 号)、《省医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动方案的通知》(鄂医保发〔2021〕71 号)和《孝感市按病种分值付费(DIP)实施方案(试行)》(孝医保发〔2021〕3 号),探索构建医疗保障区域点数法总额预算管理和运行体系,发挥医保基金战略性购买作用,加快建设基于数据治理机制的现代医保总额预算管理制度,强化预算约束机制,提高医保基金使用和资源利用效率,结合我市实际,制定本办法。

第二条 本办法所称区域点数法总额预算是指各级医疗保障经办机构(以下简称经办机构)基于基金支出预算合理确定地区内点数法总额预算指标,不再细化明确各医疗机构的总额控制指标,年底根据各医疗机构所提供服务的总点数以及地区点数法总额预算指标,得出每个点的实际价值,按照各医疗机构实际点数付费。

第三条 本办法适用于全市职工基本医疗保险、城乡居民医疗保险按 DIP 分值付费的基本医疗保险统筹基金总额预算管理。

第四条 区域点数法总额预算的基本原则:

(一)统一性原则。坚持全市统一确定区域点数法总额预算,

根据同病同筹的原则和相关测算的结果,在核心病种组里选择一部分医疗机构普遍能够收治的病种,形成同病同分值病种目录,实现全市同病同价。

(二)全面性原则。以区域点数法总额预算为主线,实行全口径、全过程、全员性、全方位预算管理,覆盖医保按病种分值付费业务,贯穿区域点数法监控、决算、分析和考核等各个环节。

(三)绩效性原则。建立区域点数法总额预算全过程绩效管理机制和评价机制,推进医保可持续良性发展,实现定点医疗机构基于 DIP 的价值医疗和成本管理。

第五条 市级经办机构负责审核确定全市区域点数法付费总额预算,指导各县(市、区)经办机构开展预算管理和评价等工作,对各县(市、区)和市级定点医疗机构预算管理情况进行过程控制和考核评价。

各经办机构负责制定本区域点数法总额预算指标,对辖区内定点医疗机构预算管理情况进行过程控制和考核评价。

各定点医疗机构根据预开展医疗机构内部预算绩效考核评价等工作。

第二章 区域点数法总额预算的确定

第六条 各经办机构按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则,以上年度基金的实际支出为基础分别编制职工、居民基本医疗保险基金支出预算总额,需综合考虑下列因素:

- (一)本年度基金收入；
- (二)参保人群变动；
- (三)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、物价水平等变动情况；
- (六)重大公共卫生事件、自然灾害等其他影响支出的情况；
- (七)其他因素。

第七条 每年初,各经办机构以当年度职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险基金支出预算为控制总额,各预留5%的调节金后,再按规定预留据实支付项目后,剩余的作为当年度区域点数法总额预算指标,并将区域点数法预算指标报市级经办机构进行审核。

(一)职工基本医疗保险统筹基金预留支出项目:门诊特殊慢性病支出、急诊及异地报销支出、异地联网结算支出、生育医疗费用及生育津贴支出、二次补助支出、长期护理保险费用支出、带量采购结余留用支出、按床日付费支出、其他支出。

(二)居民基本医疗保险基金预留支出项目:门诊特殊慢性病支出、普通门诊统筹支出、急诊及异地报销支出、异地联网结算支出、大病保险费用支出、生育医疗费用支出、带量采购结余留用支出、按床日付费支出、其他支出。

预留的各项支出以上年度各项实际支出金额为标准,综合考虑增长幅度、参保人群的变化、政策调整等因素确定。

第八条 市级经办机构对各县(市、区)确定的年度区域点数法总额预算指标进行审核,审核后汇总形成全市区域点数法总额预算指标,作为预算编制基础,过程控制标准。并测算职工医保、居民医保预算点值,形成预估支付标准。

第九条 每年 12 月,各经办机构分别核算职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险区域点数法实际可支出总额,并报市级经办机构审核。

以当年度职工基本医疗保险统筹基金预算支出为控制总额,在减去门诊特殊慢性病支出、急诊及异地报销支出、异地联网结算支出、生育医疗费用及生育津贴支出、二次补助支出、长期护理保险费用支出、带量采购结余留用支出等据实支付的金额后,剩余部分为当年度职工基本医疗保险区域点数法实际可支出总额。

以当年度城乡居民基本医疗保险基金预算支出为控制总额,在减去门诊特殊慢性病支出、普通门诊统筹支出、急诊及异地报销支出、异地联网结算支出、大病保险费用支出、生育医疗费用支出、按床日付费支出、带量采购结余留用支出等据实支付的金额后,剩余部分为当年度城乡居民基本医疗保险区域点数法实际可支出总额。

第十条 市级经办机构对各县(市、区)经办机构确定的职工、居民当年度区域点数法实际可支出金额进行审核,审核后汇总形成全市职工、居民区域点数法可支出总额。根据全市所有定点医疗机构年度职工医保、居民医保病例总分值,分别计算全市职工医

保、居民医保分值结算点值,各县(市、区)按全市统一结算点值分别计算区域内参保患者在全市各定点医疗机构年度预清算总额及年度清算金额,按在规定时间内拨付年度清算费用。

第十一条 各经办机构年度清算金额超出当年度职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险支出预算的,向市级经办机构报送基金支出分析报告,并按照程序用各县(市、区)的累计结余基金结算超出金额。使用累计结余基金时,需由各县(市、区)经办机构提出意见,经同级医疗保障部门、财政部门同意,报市级经办机构审核,由市级医疗保障部门、财政部门批准后方可使用。

第三章 区域点数法总额预算管理

第十二条 各定点医疗机构围绕区域点数法总额预算指标、医疗机构发展定位、区域发展和社会需求,编制总额预算指标。预算期为一年,与清算年度保持一致。具体包括以下各项指标的编制:平均分值、医保出院病例数、医保住院总费用、医保初始支付率、自费段占比、门诊住院费用比例、每指数病种单价、每指数药品单价、每指数耗材单价、医院医疗收入增幅、医保门诊总费用、医保门诊总人次、医保门诊次均药费、医保门诊人均费用、医保门诊人次人头比。

第十三条 预算的编制和审核。

(一)编制依据。各定点医疗机构应以市级经办机构确定的全市医保区域总额预算指标作为预算编制依据,结合上年度本医疗

机构实际运行情况及对预算指标编制的具体要求开展预算编制工作,并在规定时间内完整、准确、及时地完成预算编制工作。

(二)编制及审核。建立全市统一的预算编制系统。每年1月,市级经办机构公布全市区域点数法总额预算指标后,各县(市、区)经办机构组织本辖区定点医疗机构利用预算编制系统编制预算初稿,各县(市、区)对医疗机构区域点数法总额预算编制初稿提出初步审核意见和建议。各定点医疗机构根据各经办机构初步审核意见,对预算进行修订完善,形成预算编制最终稿,由各经办机构审核。

第十四条 建立预算执行的全程监管制度,对预算执行中出现的异常情况,要及时分析,提出解决办法,有效做到“成本控制、财务控制和行为控制”。

第十五条 预算下达后,一般不予调整。在预算执行过程中,如遇到国家和本市医保政策发生重大变化、以及定点医疗机构认为应该调整的其他重大事项等情况,导致无法执行现行预算或现行预算与实际差距巨大,可对预算进行适当的调整。定点医疗机构调整预算的,应向各经办机构提出书面报告,报告内容包括预算执行的具体情况、客观因素变化情况,提出预算的调整幅度。县(市、区)经办机构当对预算调整报告进行审核,然后进行调整。年度预算调整一般不超过二次。预算调整不能偏离年度区域点数法总额预算控制指标。

第十六条 建立孝感市区域点数法总额预算管理信息平台,

多层次、多级次和多维度的预算分析体系,通过信息化,全程管理控制预算执行情况。

第十七条 定点医疗机构加强预算管理的信息化建设,对预算编制、审核、执行、调整、决算、分析、考核的全过程实施管理。建立指标预警机制,对核心指标实时监控,及时发现异常情况,查找原因并采取相应管理措施。

各定点医疗机构要建立预算分析制度,全方位综合评价医疗机构当期预算完成情况,分析医疗机构医保预算执行情况,对于预算执行中发生的新情况、新问题及出现偏差较大的重大项目,重点分析预算执行差异原因,提出改进管理措施及建议。

第四章 区域点数法总额预算考核评价

第十八条 各县(市、区)经办机构对本辖区定点医疗机构医保区域点数法总额预算管理进行考核评价,考核评价结果作为下年度基金预拨付的主要依据。

第十九条 定点医疗机构应建立区域点数法总额预算绩效管理制度,围绕预算管理的主要内容和环节,完善各环节预算绩效管理流程,制定预算绩效管理制度和实施细则。定点医疗机构应当建立核心预算绩效指标体系,将预算考核结果作为业务综合考核、资源配置、年度评比、内部收入分配的重要依据。

第五章 附 则

第二十条 本办法由孝感市医疗保障局负责解释。

第二十一条 本办法自发布之日起施行,有效期 2 年。

孝感市区域点数法总额预算和按病种分值 付费数据管理办法

第一章 总 则

第一条 根据国家医疗保障局按病种分值付费(DIP)技术规范和数据安全管理办法,为加强数据质量控制,提高数据管理能力,保障数据安全可控,特制定本办法。

第二条 本办法所称数据是指按病种分值付费(DIP)数据,为定点医疗机构在医疗服务过程中产生的住院结算数据生成,包括历史数据和实时数据。历史数据为2019年至2021年定点医疗机构的病案首页数据;实时数据为定点医疗机构信息系统生成的医疗保障基金结算清单(以下简称医保结算清单)。

第三条 本办法包含但不限于数据采集与汇聚、质量控制、管理与应用、安全保护等数据生产周期内容。主要术语定义如下:

(1)数据采集与汇聚:指定点医疗机构将医保结算清单上传汇聚至结算清单数据库的过程。

(2)数据质量控制:指医疗保障部门基于DIP技术规范,按照标准统一、术语规范、内容准确原则对汇聚数据进行质量评估,指导定点医疗机构调整数据内容,减少差异表征,提高数据质量。

(3)数据管理与应用:指医疗保障部门基于DIP经办规程,开

展数据比对、医保结算等业务,以及向医疗保障系统内部、政府部门、合作单位提供数据共享。

(4)数据安全保护:包括数据采集、存储、传输、汇聚、挖掘、服务等环节中的安全管理,充分保障保护个人信息安全。

第四条 孝感市医疗保障局依法享有全市按病种分值付费数据权益权利,法律另有规定除外。

第二章 职责分工

第五条 市级医疗保障部门负责统筹协调全市数据管理工作。县(市、区)医疗保障部门负责落实上级数据管理要求,指导并督促定点医疗机构完善数据采集机制,提高数据质量,保障数据安全。

第六条 信息系统承建商负责配合医疗保障部门按照 DIP 技术规范,确保数据整体安全可控。信息系统承建商不得以任何理由拒绝向医疗保障部门提供数据,不得损毁、丢失和泄露数据。

第七条 定点医疗机构组建临床、医保、医务、统计、信息、病案和财务等方面的专家构成的 DIP 数据治理小组,明确职责范围,完善内部治理体系,向医疗保障部门提供及时、稳定、可靠的数据。

第三章 数据采集与汇聚

第八条 定点医疗机构按照《医疗保障基金结算清单填写规

范》要求进行数据采集填报,其中基础代码应符合国家医保版《医疗保障疾病诊断分类及代码(ICD—10)》、《医疗保障手术操作分类与编码(ICD—9—CM—3)》等 15 项信息业务编码标准要求。

第九条 定点医疗机构应于患者出院结算后及时审核病案数据,在 7 日内上传医保结算清单等数据信息,清单数据与结算数据保持一致。

第十条 定点医疗机构按照医疗保障技术标准和规范,对自有信息系统开展医保结算清单接口改造,采取接口方式向医疗保障部门上报数据。

第十一条 医疗保障部门和定点医疗机构联合开展基线调查,收集医疗保障基金运行数据,分析定点医疗机构服务行为以及患者就医负担,动态分析和客观反映医疗保障基金、支付方式和标准、病种费用差异等特异指征,全面反映按病种分值付费实施前后变化情况。

第四章 数据质量控制

第十二条 医疗保障部门基于及时性、完整性、合理性和规范性开展基础数据的审核管理和质量控制,指导定点医疗机构对数据更新、甄别、优化和维护,并对汇聚数据实行复核,确保数据处于最新、连续、有效、优质和安全的状态。

第十三条 定点医疗机构根据医疗保障部门反馈结果,迅速处置以下问题:

(1)当患者医保结算清单数据存在缺失、关键字段填写不完整,或者无法按病案管理规范要求填写完整,核心指标有缺漏项时,应对医保结算清单数据进行补充填写,保证必填字段和关键字段的数据完整。

(2)当诊断代码出现不规范,应结合诊断名称或诊断说明以及与标准代码目录的映射进行校验清洗。当手术操作代码出现不规范,应结合手术操作名称或说明以及与标准代码目录的映射进行校验清洗。

(3)当患者性别或年龄与诊断出现矛盾,或者出入院时间出现矛盾时,应结合结算清单其他变量,进行逻辑分析后,进行校正。

(4)当总费用与明细费用、主诊断与明细费用出现矛盾时,应结合医保明细数据进行费用层面的校验。

(5)当疾病诊断与手术操作出现矛盾时,应建立疾病诊断与手术操作的对应白名单目录,进行相互校验。

第十四条 市级医疗保障部门建立数据质量评审和评价机制,建立数据质量的智能发现、信息反馈、结果跟踪的闭环治理模式,及时掌握高编、多编、诊断与手术冲突、医院疾病谱变迁异常等重点问题,组织专家对按病种分值付费系统数据人工抽查和评审。确有必要时,市级医疗保障部门结合评审结果对定点医疗机构开展专题督查。

第十五条 市级医疗保障部门建立数据质量申诉机制,结合问题分类形成分级复核制度,与定点医疗机构建立多渠道沟通方

式。

第五章 数据安全

第十六条 市级医疗保障部门建立针对数据应用的审查、评估、报批制度,建立和完善数据存储、容灾备份、安全管理、访问控制、数据审计、定期巡查等方面的制度,开展数据对外服务保密审查、信息安全风险评估、个人信息安全影响评估等工作。

第十七条 市级医疗保障部门基于信息安全等级保护第三级要求完善信息系统建设,加强 DIP 数据相关系统安全保障。数据在管理和使用过程中应对数据进行必要的加密,并存储在安全可控的服务器上。

第六章 附 则

第十八条 本办法由孝感市医疗保障局负责解释。

第十九条 本办法自发布之日起施行。

关于公布病种目录库、病例分值确定办法的通知

为贯彻落实《国家医保局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48 号)、《省医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动方案的通知》(鄂医保发〔2021〕71 号)和《孝感市按病种分值付费(DIP)实施方案(试行)》(孝医保发〔2021〕3 号),依据国家相关文件及技术规范,结合本地实际,经本地实际客观数据分析、专家讨论研究,现将孝感市 DIP 病种目录库及分值、医疗机构等级系数和病例分值确定办法予以公布。

一、病种目录库及分值

病种目录库根据数据特征聚类分为主目录与辅助目录,以主目录为基础、以辅助目录为修正,共同构建既能反映疾病共性特征又能兼顾个体差异的客观体系:

(一)主目录

主目录是基于历史数据对同一诊断下不同治疗方式共性特征聚类组合而形成的病种,按例数维度收敛,将包含 15 例及以上病例数的病种组合作为核心病种,将包含 15 例以下病例的病种组合按照保守治疗、诊断性操作、治疗性操作、相关手术 4 个治疗方式

属性二次聚类形成综合病种。本市三级目录中包含核心病种及综合病种组。

当年实际发生超过 15 例的新技术、新项目等病种,经评审等程序纳入病种分组,按规定计算分值并纳入核心病种目录库。核心病种、综合病种目录及分值经试行后另行印发。

(二)辅助目录

辅助目录基于当年度实际数据产生,主要包括疾病严重程度辅助目录与违规行为监管辅助目录,对相应分级的主目录进行校正:

1、疾病严重程度辅助目录在主目录的基础上,基于年龄、合并症、并发症等因素,对当年度 CV 值高于 0.6 以上的病种进行细化分型。疾病严重程度辅助目录包括:

(1)CCI 指数:通过大数据建模技术测定每个诊断前 4 位编码的严重程度权重值,对住院病例的并发症/合并症进行定量描述,分为极严重、严重、一般和无四个等级。

(2)疾病严重程度分型:根据是否有并发症/合并症、并发症/合并症危及范围及死亡状态等疾病数据特征,将 DIP 内的病例区分为中度、重度及死亡 3 级不同的疾病严重程度,客观反映疾病的复杂程度以及资源的消耗水平。

(3)肿瘤严重程度分型:是针对肿瘤 DIP 的特异化校正目录,在疾病严重程度分型辅助目录的基础上叠加肿瘤转移、放化疗等将病例按照严重程度分为 5 级,以不同治疗方式对应的疾病发展

阶段更加精准地反映疾病严重程度对资源消耗的影响。

(4)次要诊断病种:将经综合评价确定为疾病严重程度较轻的病例纳入次要诊断病种辅助目录进行管理,合理评价次要诊断对病种分组内资源消耗的影响程度,对疾病个案进行校正以真实体现临床实际成本。

(5)年龄特征病种:利用疾病与年龄之间的关系建立年龄特征病种目录,重点针对18岁以下及65岁以上的病种进行筛查,对个体差异、疾病严重程度等原因进行分析以确立合适的校正权重,实现基于数据特征的医保支付调节,引导医院针对患者的病情采取合理的治疗方案。

疾病严重程度辅助目录不叠加计算,取其辅助目录项目中病例分值权重最大值为准。

2、违规行为监管辅助目录侧重于利用大数据所发现的医疗机构行为特征,建立针对违规行为的洞察发现与客观评价机制,引导定点医疗机构规范医疗行为,降低定点医疗机构组别高套、诱导住院、风险选择、分解住院的可能性,提高医疗质量。违规行为监管辅助目录包括:

(1)病案质量指数:是针对病案合规、编码套高及编码套低的综合性评价指标,客观反映定点医疗机构医保结算清单填写质量以及针对疾病诊断、治疗方式编码的不规范操作行为。其中编码套高采用均衡指数进行测算,利用同一疾病诊断中不同治疗方法的资源消耗程度与纵向往期数据、横向区域均值的偏离情况,对医

疗机构的套高病组进行发现与评估,对定点医疗机构同一诊断的治疗方法选择进行合理性评价。

(2)低标入院评分:结合本市实际经专家评议设定临界病种分值,针对临界分值之下的病例,根据该病组的发生概率,设定不同的权重,权重低的病组中大部分病例视作可以经门诊治疗不需住院的病例,客观还原医疗机构收治的病例的合规性与复杂程度,引导医疗机构合理利用医疗资源。

(3)二次入院评分:重点监管一定周期内因相同诊断在同级医院或者同一医院再次入院,以不同病种组合中二次入院发生的概率以及确定再次入院的间隔天数,排除计划再入院的病种组合影响,对超出平均的部分采取分级的方式进行量化评价。

(4)超长住院评分:将超出区域内每病种平均住院日 1 倍及以上的病例作为超长住院病例,通过大数据方法计算不同病种超长住院的发生概率,对资源消耗增加程度进行评估,以确定超长住院的合理性。

(5)死亡风险评分:基于病种组合死亡率与均值的偏离程度,评估每个病种的死亡风险,通过其不同风险分级总体病例中的占比,衡量病种组合中不该发生死亡病例的死亡率,借以判别医疗质量与救治能力。

(三)基层病种目录

依据主目录内的核心病种组合,按照二级及以下定点医疗机构近三年的住院病例数从高到低进行排列,取排序靠前的病种遴

选为基层病种,并通过专家评议确定。

基层病种目录及分值经试行后另行印发。

(四)按床日付费病种目录

住院天数超过 60 天(含)的精神类疾病、康复类疾病按床日分值付费;住院天数 60 天(不含)以下的精神类疾病、康复类疾病按病种分值付费。按床日付费病种目录及分值经试行后另行印发。

二、病例分值确定

以公布的各病种分值、按床日付费病种分值为基准,按以下方法确定病例分值:

(一)当年实际发生超过 15 例的新技术、新项目病种病例分值,年底按评审后确定的分值重新计算病例分值。

(二)疾病严重程度分型病例分值。

疾病严重程度分型病例分值=对应病种分值×疾病严重程度
辅助目录校正系数

(三)费用偏差病例分值。

当病例医疗总费用在该病种上一年度同级别定点医疗机构平均费用的 50%以下或 200%以上时,为费用偏差病例。其病种分值计算公式为:

费用在 50%以下的病例病种分值=该病例医疗总费用÷上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用×该病种分值。

费用在 200%以上的病例病种分值=[(该病例医疗总费用÷上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用-2)+1]×该病种

分值。

(四) 离散度较高病例分值

1、离散度较高病例分值计算公式为：

离散度较高病例分值 = 该病例专家评议系数 × 该病例医疗总费用 ÷ 上一年度全市出院病例平均费用 × 1000。

2、离散度较高病例范围：

符合以下条件之一的病例，可申请纳入离散度较高病例范围：

(1) 当病例医疗总费用为该病种上一年度同级别定点医疗机构平均费用 5 倍及以上；

(2) 该病例住院天数大于该医疗机构当年度平均住院天数 5 倍以上；

(3) 该病例的监护病房床位使用天数大于等于住院床位使用总天数的 60%；

(4) 运用创新医疗技术(是指 3 年内获得国家、省自然科学奖、技术发明奖、科学技术进步奖的医疗技术或治疗手段)的病例；

(5) 运用经市卫生健康行政部门评审认定、公布的临床高新技术、临床重大技术和临床特色技术的病例；

(6) 使用当年度新增国家谈判药品费用占该病例医疗总费用 10%(含)以上的病例。

3、离散度较高病例申报：

符合以上条件的病例由定点医疗机构向所属医保经办机构提出按离散度较高病例结算的申请。所属医保经办机构根据专家评

议结果,对评议通过、经审核后符合医保规定的离散度较高病例费用重新核定分值,不再纳入疾病严重程度分型病例、费用偏差病例计算。

(五)对于不能入组的病例,年底达到 15 例的按该病种的平均费用与所有病例的平均费用计算分值,未达到 15 例通过专家评议确定分值。

(六)违规辅助目录校正。利用违规行为监管辅助目录进行负向调校,参与各定点医疗机构年度预清算总分值计算。具体计算方法如下:

1、病案质量指数扣减金额=医疗机构病案质量调节金 $\times 50\%$ $\times (1 - \text{病案质量指数})$;

2、辅助目录扣减分值=二次入院辅助目录评分 $\times \sum [\text{定点医疗机构年度二次入院病种组合病例数} \times \text{对应病种分值} \times \text{医疗机构等级系数}] + \text{低标入院辅助目录评分} \times \sum [\text{定点医疗机构年度低标入院病种组合病例数} \times \text{对应病种分值} \times \text{医疗机构等级系数}] + \text{超长住院辅助目录评分} \times \sum [\text{定点医疗机构年度超长住院病种组合病例数} \times \text{对应病种分值} \times \text{医疗机构等级系数}] + \text{死亡风险辅助目录评分} \times \sum [\text{定点医疗机构年度死亡风险病种组合病例数} \times \text{对应病种分值} \times \text{医疗机构等级系数}]。$

三、建立动态调整机制

DIP 目录库及基层病种、各病种分值、医疗机构等级系数等实行动态调整机制,原则上每年调整一次。医疗保障部门每年根据

DIP 实际运行情况、新技术运用、政策调整等因素,确定当年 DIP 目录库及基层病种、各病种分值、医疗机构等级系数调整的范围和具体条件,研究制定调整工作方案,依法征求相关部门和有关方面的意见并向社会公布。

关于建立孝感市区域点数法总额预算和按病种分值付费病例专家评议评审制度的通知

为深入推进医保支付方式改革,提高医疗保障结算清单质量,规范医疗服务行为,确保按病种分值支付合理,根据《国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费(DIP)技术规范和 DIP 病种目录库(1.0 版)的通知》(医保办发〔2020〕50 号)和《孝感市按病种分值付费(DIP)实施方案(试行)》(孝医保发〔2021〕3 号)等规定,建立 DIP 病例专家评议评审制度。现就有关问题通知如下:

一、DIP 病例专家评议、评审的内容

DIP 病例专家评议是指定点医疗机构对费用离散度较高的特殊病例进行申报,医疗保障经办机构(以下简称经办机构)组织专家通过专家评议后重新核定特殊病例分值。

DIP 病例专家评审是指各级经办机构按规定抽取一定比例实施 DIP 付费的病例,组织专家对病案质量进行集体评审,评审结果用以量化病案质量调节金支付比例。

二、DIP 特殊病例专家评议

(一)评议流程

1、申请

定点医疗机构每年 12 月初对符合离散度较高病例范围的病

例,填写《孝感市特殊病例专家评议登记表》(附件 1),并将住院病历、费用结算单、医保结算清单、创新医疗技术(临床高新技术、临床重大技术、临床特色技术)佐证资料等材料报送至各医保经办机构,提出特殊病例专家评议的申请。

2、初审

各定点医疗机构医保办公室对申请专家评议的特殊病例进行初审,重点审核申报材料是否齐全、病例是否达到申报条件等,对初审符合条件的病例进行汇总后,提交各经办机构。各经办机构核查申报情况属实的进行专家评议。

3、专家评议

每年 12 月,各经办机构从 DIP 专家库抽取专家开展特殊病例评议工作,原则上专家不能对本单位材料进行评议,每一病例评议不少于 2 名专家;同时,邀请部分定点医疗机构病案管理人员、医保管理人员参与专家评议,负责登记、统计专家意见并对评审过程予以监督。

专家分别从诊断是否准确、检查是否合理、用药是否合理、治疗是否合理、收费是否合理等五个方面进行评议。每项打分共分五个级别“很好”、“好”、“一般”、“差”、“很差”,依次得 5 分、4 分、3 分、2 分、1 分。专家要确定特殊病例出院主要诊断及主要手术名称,并填写《孝感市特殊病例专家评议评分表》(附件 2)。

对于各经办机构在日常审核稽核中发现的问题疑点且双方有争议的病案,纳入专家评议。

(二)结果运用

各经办机构根据专家评议结果,经审核后符合医保规定的离散度较高病例重新核定分值,不再纳入疾病严重程度分型病例、费用偏差病例计算。重新核定分值计算公式如下:

1、离散度较高病例分值=离散度较高病例专家评议系数×该病例医疗总费用÷上一年度全市出院病例平均费用×1000。

2、离散度较高病例专家评议系数=该病例专家评议总得分÷该病例专家评议总分值。

三、DIP 病例病案质量专家评审

病案质量评审由病案质量指数考核和病案质量专家评审两部分组成。病案质量指数考核结果和病案质量专家评审结果在病案质量评审结果中各占 50%权重。

(一)病案质量指数考核

DIP 系统对所有参加 DIP 结算病例进行病案质量监控,按结算年度考核各医疗机构病案质量指数。病案质量指数包含合规性指数、编码套高指数和编码套低指数,各医疗机构病案质量指数由三个指数按照 0.2:0.3:0.5 的权重加权得出。

(二)病案质量专家评审

1、评审流程

(1)病案抽取

按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》(CT08.00.002)中科室分类代码前两位划分病例科室(大科室),各经办机构不定期

抽取该科室 DIP 病例总数的 2%(小数直接进位取整)参与专家评审,各科室病例按 2%比例计算,不足 1 例的按 1 例计算。

(2)材料报送

定点医疗机构将病案质量专家评审病例的住院病历、费用结算单、医保结算清单等材料报送至各经办机构。

(3)专家评审

各经办机构从 DIP 专家库抽取专家开展病案质量专家评审工作,原则上评审专家不能对本单位材料进行评审,每一病例评审不少于 2 名专家;同时,邀请部分定点医疗机构病案管理人员、医保管理人员参与专家评审,负责登记、统计专家意见并对评审过程予以监督。

评审专家分别从诊断是否准确、检查是否合理、用药是否合理、治疗是否合理、收费是否合理等五个方面进行评审。每项打分共分五个级别“很好”、“好”、“一般”、“差”、“很差”,依次得 5 分、4 分、3 分、2 分、1 分。评审专家要确定特殊病例出院主要诊断及主要手术名称,并填写《孝感市病案质量专家评审评分表》(附件 3)。

2、系数计算

各医疗机构病案质量专家评审系数=该医疗机构病案质量专家评审总得分÷该定点医疗机构病案质量专家评审总分值。

(三)结果运用

病案质量专家评审扣减金额=医疗机构病案质量调节金 50%×(1-医疗机构病案质量专家评审系数)。

四、其他

各定点医疗机构要对本单位申请专家评议的病例进行认真审核,保证参评资料符合条件、真实完整。各专家在评议评审工作中必须做到客观、公正,不得向他人泄露工作中涉及的相关数据、资料。

试点前期暂报送书面材料,待信息系统完成开发后,实行网上报送资料,网上专家评议评审。

本通知自下发之日起施行。

附件:1. 孝感市特殊病例专家评议登记表

2. 孝感市特殊病例专家评议评分表

3. 孝感市病案质量专家评审评分表

附件1

孝感市特殊病例专家评议登记表

医疗机构名称:

编号:

患者姓名		住院号		身份证号	
入院日期		出院日期		住院天数	
监护病房床位使用天数		谈判药品费用		创新医疗技术获奖证书编号	
临床高新技术、重大技术、特色技术认定文号		医疗总费用（元）		上一年度全市出院病例平均费用	
出院主要诊断及编码					
主要手术名称及编码					
出院其他诊断					
申报理由	经办人： 年 月 日				
初审意见	经办人： 年 月 日				

专家 评议 意见	专家评分	专家 1	专家 2	专家 3	专家 4	专家 5	专家 6	专家 7
	得分							
	评议结果	评议的出院主要诊断_____ 评议的出院主要手术_____ 评议情况_____ 专家评议累计有效得分：__，专家评议有效总分数：_ 经办人：_____年 月 日						
结算月份及评议前病种分值		结算月份：_____评议前病种分值：_____						
评议后病种分值		评议后病种分值_____ 经办人：_____年 月 日						

附件2

孝感市特殊病例专家评议评分表

医院名称		患者姓名		住院号		
医疗机构申报的主要诊断						
专家评分（选择打√）	很好	好	一般	差	很差	简要说明
诊断是否准确（5分）						
检查是否合理（5分）						
用药是否合理（5分）						
治疗是否合理（5分）						
收费是否合理（5分）						
评议结果	认为医疗机构出院主要诊断不正确，请填写正确的出院主要诊断： 认为医疗机构主要手术不正确，请填写正确的主要手术： 评议得分： 专家 年 月 日					

附件3

孝感市病案质量专家评审评分表

医院名称		患者姓名		住院号		
医疗机构申报的主要诊断						
专家评分（选择打√）	很好	好	一般	差	很差	简要说明
诊断是否准确（5分）						
检查是否合理（5分）						
用药是否合理（5分）						
治疗是否合理（5分）						
收费是否合理（5分）						
评审结果	评审得分： 专家： 年 月 日					

关于加强孝感市区域点数法总额预算和 按病种分值付费监督管理的通知

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》(中发〔2020〕5号)、《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)要求,大力推进大数据应用,推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革,针对病种分值付费医疗服务特点,实施大数据实时动态智能监控,建立监督检查常态机制,完善按病种分值付费的监管指标和监控体系,根据《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》(医保办发〔2020〕45号),将孝感市区域点数法总额预算和按病种分值付费监督管理相关要求通知如下:

一、建立科学治理体系,创新治理机制

建立按病种分值付费的标准体系。积极发挥病种分组的基础作用,实现对“疾病诊断+治疗方式”共性特征、“疾病严重程度”与“医院行为规范”个体差异的兼容与扩展,稳步推进统一数据标准体系下的医保支付与智能监管的融合,做实科学疾病分组的基础作用、支付单价标准的核心作用以及过程控制的关键作用,重点形成对不合理诊疗行为的快速识别、科学评价与合理纠正,促进对医

疗费用的精确预算、精细管理与精准支付。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,推动费用审核与现场稽核检查联动,创新治理机制,提高管理效率。

二、全面开展智能监管,建立问题发现机制

(一)建立数据异常问题发现机制

通过日常稽核、专项检查、数据筛查、人脸认证等手段,对各定点医疗机构医疗费用明显异常的数据加强监管,对定点医疗机构药品、耗材等采购入账数目与出库数目等进行比对,重点发现定点医疗机构通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料,或者虚构医药服务项目等方式,通过“假病人、假票据、假病情”骗取医疗保障基金的行为。

(二)建立费用异常问题发现机制

基于病种分值和分值点值,按照病种分值点值、药品分值点值与耗材分值点值,根据与标准比较、与自身趋势比较等维度,通过设定偏离度标准,对费用异常情况进行及时发现,促进定点医疗机构通过合理方式获得相应利润,积极提升医疗资源投入性价比。

(三)建立行为异常问题发现机制

充分利用人工智能和大数据分析等技术手段,对医疗服务行为和费用进行监测分析,以数据特征量化评估收治患者复杂程度、医疗行为规范程度,建立基于大数据的辅助目录,重点对定点医疗机构的结算清单质量和日常诊疗行为、付费标准的合理性、参保人

员住院行为等开展监测。逐步完善覆盖医保支付全口径、全流程的智能监控规则库,形成基于大数据病种分值的智能发现机制与过程控制机制,创建“公平、公正、公开”的支付与监管环境,保障医保基金管理秩序,促进医保治理生态平衡。

利用均衡指数(Balancing Index, BI)辅助目录建立对组别高套的问题发现机制。利用低标入院辅助目录建立对诱导住院的问题发现机制。利用二次入院辅助目录建立对分解住院的问题发现机制。利用超长住院辅助目录、死亡风险辅助目录对医疗机构服务质量进行分析与评价。利用疾病严重程度、年龄特征等辅助目录发现推诿患者、抑制需求现象。利用门诊与住院在人次、费用等方面的波动趋势,对门诊、住院期间的费用转移进行监测,发现不规范服务行为。

三、基于发现问题,建立评价与处罚机制

(一)建立综合评价分类评定机制

基于定点医疗机构病种组合分值及对应辅助目录所发现的各类问题,建立综合评价分类评定机制。按照“数据异常、费用异常、行为异常”三大内容,对相关定点医疗机构予以“红、黄、绿”三色综合评价。

对存在“数据异常”的,给予“红色”评定结果。

对存在“费用异常”的,指数单价由高到低排序,分布于最高值1的,给予“红色”评定结果;分布于最高值1%—1.5%之间的,给予“黄色”评定结果。

对存在“行为异常”的,按照所发现问题严重程度与造成后果,分别给予“红色”或“黄色”评定结果。具体“红色”与“黄色”的评价标准,根据大数据所发现所有问题的数量与严重程度,另行设定具体标准,并每年根据问题的发现情况予以同步调整。

以上三种情况以外的,给予“绿色”评定结果。

(二)建立对违规医疗行为的警示与处罚机制

对于“红色”“黄色”评定结果的定点医疗机构,根据定点医疗机构不同的违规行为,扣减相应分值和费用,并按照《孝感市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议(三类)》相应条款和《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)进行处理。

(三)建立基于标准体系的对话协调机制

对于发现的问题,通过信息化平台及时推送给相关定点医疗机构,定点医疗机构应及时采取管理措施予以纠正,形成双方互动协商机制。对费用调校有意见的,定点医疗机构可在5个工作日内提交相关书面凭证,针对病种分组或病例个案提出复核申请。对于复核通过的,纳入医保结算体系。

(四)增进医保监管与处罚的透明度

基于大数据病种分组的统一标准,增强定点医疗机构间的可比性,以有序竞争模式促进行业自我规范和自我约束;积极探索医疗保障基金监管诚信体系,加大对违规、失信行为的惩戒力度,提升行业诚信水平。

(五)加大智能监管培训与宣传力度

加大对定点医疗机构培训和宣传力度,提升定点医疗机构、医务人员对于规范医疗的认知,使之由政策要求转变为自觉行为,以“违必究、究必果”的医保透明化治理模式,促使定点医疗机构和医务人员对不规范医疗行为“不能违、不敢违、不愿违”格局的形成。

关于开展孝感市区域点数法总额预算和 按病种分值付费工作考核评价的通知

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》(中发〔2020〕5号)、《国家医保局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》(医保办发〔2020〕45号),持续推进医保区域点数法总额预算与按病种分值付费改革,开展现代医院管理制度建设,提高医保基金使用效率,现就加强区域点数法总额预算和按病种分值付费考核评价相关工作通知如下:

一、总体要求

(一)指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神,以人民健康为中心,建立健全医疗保障制度,发挥医保基金战略性购买作用,坚持公益性,提升医保精细化管理服务水平,提高医保基金使用绩效和医疗服务质效,为人民群众提供高质量医保服务。

(二)基本原则

坚持价值导向,提高医保基金配置和使用效率。以满足人民群众健康需求为出发点和立足点,依托医保 DIP 改革契机,以大

数据方法构建病种组合标准体系,建立基于疾病严重程度与资源消耗的量化治疗标准、药品标准和耗材标准,形成基于标准的医保治理机制,提高医保管理水平,引导医院回归功能定位。

坚持治理体系创新,建立医保基金与医院发展平衡机制。以 DIP 预算支付标准为导向,以 DIP 决算支付标准作为医保支付和管理的刚性举措,将 DIP 最终决算支付金额及实际记账金额的差值作为医疗机构“结余留用”奖励,促进医疗机构以收入为中心向以成本为中心转变,建立医保资源促进医疗机构发展的平衡机制,形成共同目标、共同价值、共同利益和协调发展等方面“同路人”格局,回归价值医疗本质。

坚持数据驱动,建立循证比较机制。依托 DIP 完整系统的应用体系,按照一般均衡理论,建立基于临床全样本数据的病种组合目录库,以透明、准确、客观、真实数据为支撑,根据医学规律和行业特点,强化医疗服务产出和绩效考核的分析应用,提升医保科学管理水平。

坚持系统整体协同推进,建立科学指标体系。加强全市医保信息系统建设,发挥大数据优势,建立医保考核评价的统一标准、关键指标、体系架构和实现路径,以点带面,聚焦重点,逐级考核,形成定点医疗机构医保管理提升的动力机制。

(三)工作目标

建立完善医保考核评价体系,坚持“公益导向、提升效率、利益平衡”,依托基于大数据的现代医保管理方法,不断优化医保考核

评价指标体系、管理评估和结果应用,强化医保基金的激励约束机制,推动公立医院提质增效、精细化管理、科学发展,促进医疗服务技术不断进步、就医更加便捷、服务更加贴心、管理更加科学、运行更加高效,有效满足群众多样化医疗卫生服务需求。

二、评价主体

市级医疗保障经办机构(以下简称经办机构)作为全市 DIP 考核评价的管理主体,指导各县市区经办机构开展 DIP 考核评价工作。

各县市区经办机构作为各县市区 DIP 考核评价的管理主体,按照 DIP 考核评价指标体系和考核办法,对辖区内定点医疗机构实施 DIP 考核评价工作,城区医疗机构由所属辖区医保经办机构考核,考核结果全市统一运用。

三、考核对象

全市参与 DIP 付费的所有定点医疗机构。

四、考核评价内容

DIP 考核评价指标体系包括组织管理和制度建设、数据质量指标、医疗服务能力指标、医疗行为和医疗质量指标、资源效率指标、费用控制指标、保护需方合理要求。

(一)组织管理和制度建设:定点医疗机构应建立相应的管理制度,包括病案管理、临床路径管理、成本核算管理、绩效考核制度等。

(二)数据质量指标:病案质量直接影响 DIP 分值和付费标准

测算的准确性,从医保结算清算的完整性、及时性、合理性、规范性等方面对病案质量进行评价。

(三)医疗服务能力指标:通过对收治病例病种平均分值(RW)、住院服务量、门诊服务量,反映医疗机构的服务能力,作为实施 DIP 的医疗机构间横向比较的指标。

(四)医疗行为和医疗质量指标:利用 DIP 中二次入院率、低标入院率、死亡风险评估等指标客观反映医疗机构的运营与诊治行为,实现医保的智能监管。

(五)资源效率指标:通过每指数病种单价现医疗资源的利用效率。

(六)费用控制指标:从医保住院人均费用、医保初始支付率,看定点医疗机构是否减少不合理用药和检查,使医药费用的快速上涨得到遏制,有效保障参保人员权益。

(七)保护需方合理要求:利用自费项目费用比例,病种费用流向监管措施对医疗服务成本在医保与自费之间、门诊与住院之间的比例进行监管,加大对成本转移的管理力度,以综合性措施整体保证医保基金安全、保障患者利益。

五、考核评价方式

组织管理和制度建设指标通过查看医疗机构相关制度进行考核评分;其余指标通过 DIP 付费系统提取相关数据进行考核评分。

六、考核评价程序

考核评价工作按照年度实施,考核数据时间节点为上年度 12 月 1 日—本年度 11 月 30 日。

(一)医院自查自评。各定点医疗机构对照考核评价指标体系,对上一考核时间段的医院绩效情况进行分析评估。根据考核指标和自评结果,定点医疗机构调整完善内部绩效考核和薪酬分配方案,实现外部绩效考核引导内部绩效考核,推动医院科学管理。

(二)医保考核评价。各县市区经办机构按照相应的时间节点,对辖区内定点医疗机构进行考核评价,形成评价分析报告,考核结果反馈给定点医疗机构。

七、考核评价结果应用

充分发挥绩效考核“指挥棒”作用,建立协调推进机制和绩效考核结果应用机制,形成工作合力,将考核结果作为 DIP 付费基金预拨付的重要依据。每年初,各级医保经办机构对上年度按病种分值付费实际结算总额 1 个月的月平均额度为基数,结合年度考核情况按比例一次性拨付给医疗机构。

1、年度考核 90 分以上的定点医疗机构,按基数的 100%进行预付;

2、年度考核 80—89 分的定点医疗机构,按基数的 80%进行预付;

3、年度考核 60—79 分的定点医疗机构,按基数的 60%进行预付;

4、年度考核 60 分以下的,不予预付。

八、组织实施

(一)切实加强组织领导。充分认识做好 DIP 考核评价工作的重要意义,充分发挥考核评价作用,促进定点医疗机构主动加强和改进管理,适时调整完善医保政策,确保绩效考核工作落到实处。

(二)充分运用考核结果。建立考核评价信息和结果共享机制,强化绩效考核结果应用,将考核评价结果作为全市医保基金预拨付的依据。

(三)形成改革发展合力。要把考核评价作为推动医保支付方式改革和深化公立医疗机构改革的重要抓手,探索应用 DIP 方法,形成医保改革和医疗改革联动,强化医疗机构管理,破解体制机制问题,推动医疗机构高质量发展。

附件:《DIP 考核评价指标体系》

附件

DIP 考核评价指标体系

一、组织管理和制度建设(10 分)

指标	应用	业务意义
组织管理和制度建设	医疗机构应有相应的管理制度建设,包括病案管理临床路径管理、成本核算管理、绩效考核制度等(缺少一个制度扣 3 分,扣完为止)	实施 DIP 付费后,医疗机构是否制定相应管理制度及措施,反映医疗机构参与度。

二、数据质量指标(20 分)

指标	应用	业务意义
无异常数据满分(20 分)。异常数据占总体数据 20% 及以上不得分(0 分);占 5% 以内按 95% 计分(19 分);占 5%—10% 以内按 90% 计分(18 分);占 10%—15% 以内按 80% 计分(16 分);占 15%—20% 以内按 50% 计分(10 分)。	及时性。未及时上传数据出现一次,数据异常数加一例。	在规定时间内(含数据校正时间)完成数据上传,以满足医保结算的需要。
	完整性。未按规定要求填写完整一次,数据异常数加一例。	医保结算清单按病案管理规范要求的填写完整,核心指标无漏项。
	合理性。不合理数据出现一次,数据异常数加一例。	包括性别与诊断、年龄与诊断的相符判断;出入院时间的逻辑判断;诊断与手术的逻辑判断;总费用与明细费用的逻辑判断;诊断与费用的逻辑判断等。
	规范性。不规范数据出现一次,数据异常数加一例。	包括病例诊断是否为规范诊断,以及诊断编码与诊断是否相匹配;手术操作编码是否为规范编码、诊断与操作不符等。

三、医疗服务能力指标(15 分)

指标	应用	业务意义
平均分 (5 分)	与预算值比较, 平均分下降超过 10% 及以上不得分; 下降在 10% 以内按 90% 计分。增幅超过 10%—15% 以内按 80% 计分; 超过 15%—20% 以内按 50% 计分; 超过 20% 及以上不得分; 增幅在 10% 以内满分。	体现医疗机构的能级, 直接反映医疗机构的学科建设水平。平均分代表了医院平均每例病人病情的复杂程度, 治疗难度, 反映医疗机构治疗疑难杂症的能力。
医保出院病例数 (5 分)	与预算值比较, 偏离正负 20% 及以上不得分; 偏离正负 5% 以内按 95% 计分; 偏离正负 5%—10% 以内按 90% 计分; 偏离正负 10%—15% 以内按 85% 计分; 超过 15%—20% 以内按 80% 计分; 达到预算值满分。	反映医疗机构规模及接诊能力。
医保门诊总人次 (5 分)	与预算值比较, 偏离正负 20% 及以上不得分; 偏离正负 5% 以内按 95% 计分; 偏离正负 5%—10% 以内按 90% 计分; 偏离正负 10%—15% 以内按 85% 计分; 超过 15%—20% 以内按 80% 计分; 达到预算值满分。	反映医疗机构规模及接诊能力。

四、医疗行为和医疗质量指标(25 分)

指标	应用	业务意义
二次入院率 (10 分)	低于全市平均值满分; 高于全市平均值扣分; 高出 20% 及以上不得分; 高出 5% 以内按 90% 计分; 高出 5%—10% 以内按 80% 计分; 高出 10%—15% 以内按 70% 计分; 高出 15%—20% 以内按 50% 计分。	该病种分组治疗不应发生重复住院病例的二次入院率。分解住院的审计机制。体现医疗机构服务管理、安全管理情况, 也间接反映医疗机构的救治能力和临床过程管理水平。

低标准入院率 (10 分)	低于全市平均值满分;高于全市平均值扣分;高出 20%及以上不得分;高出 5%以内按 90%计分;高出 5%—10%以内按 80%计分;高出 10%—15%以内按 70%计分;高出 15%—20%以内按 50%计分。	发现不该住院病例的收治情况,合理抑制医院不规范的收治行为,是低标入院的监管机制。体现医疗机构服务管理、安全管理情况,也间接反映医疗机构的救治能力和临床过程管理水平。
低风险组病例死亡率 (5 分)	低于全市平均值满分;高于全市平均值扣分;高出 20%及以上不得分;高出 5%以内按 90%计分;高出 5%—10%以内按 80%计分;高出 10%—15%以内按 70%计分;高出 15%—20%以内按 50%计分。	考核年度测算产生低风险组病例,其死亡率是指该组死亡的病例数占低风险组全部病例数量的比例,反映医疗机构医疗质量。

五、资源效率指标(5 分)

指标	应用	业务意义
每指数病种单价	偏离正 20%及以上不得分;偏离正 5%以内按 95%计分;偏离正 5%—10%以内按 90%计分;偏离正 10%—15%以内按 85%计分;偏离正 15%—20%以内按 80%计分;低于预算标准满分。	以年初的预算单价为标准,与同级同类的标准做比较,高于标准说明控费水平较弱;低于标准,说明控费水平较好。

六、费用控制指标(10 分)

指标	应用	业务意义
医保门诊人均费用 (5 分)	偏离正 20%及以上不得分;偏离正 5%以内按 95%计分;偏离正 5%—10%以内按 90%计分;偏离正 10%—15%以内按 85%计分;偏离正 15%—20%以内按 80%计分;低于预算值满分。	保门诊人均费用与预算值的比较。高于预算值说明控费水平较弱;低于预算值,说明控费水平较好。

医保初始支付率 (5 分)	根据支付率比例,以 100%为基准,低于 80%及高于 120%,不得分;100%—120%,计满分;90%—100%以内按 90%计分;80%—90%以内按 80%计分。80—90 以内按 80 计分。	医保运营状况评价,支付率低扣分。
------------------	--	------------------

七、保护需方合理要求(15 分)

指标	应用	业务意义
自费段占比 (5 分)	低于预算值满分,正偏离扣分;偏离 20%及以上不得分;偏离 5%以内按 95%计分;偏离 5%—10%以内按 90%计分;偏离 10%—15%以内按 85%计分;偏离 15%—20%以内按 80%计分。	利用病种费用流向监管措施对医疗服务成本在医保与自费之间流转进行监管,保障患者利益,是对 DIP 付费后改革效果的评估。
门诊住院费用比例 (5 分)	根据医疗机构自身的历史数据做对比,偏离 20%及以上不得分;偏离正负 5%以内按 95%计分,偏离 5%—10%以内按 90%计分;偏离 10%—15%以内按 85%计分;偏离 15%—20%以内按 80%计分。	利用病种费用流向监管措施对医疗服务成本在门诊与住院之间流转进行监管,保障患者利益,是对 DIP 付费后改革效果的评估。
医保门诊人次人头比 (5 分)	偏离正 20%及以上不得分;偏离正 5%以内按 95%计分;偏离正 5%—10%以内按 90%计分;偏离正 10%—15%以内按 85%计分;偏离正 15%—20%以内按 80%计分。	医保门诊人次人头比与标准值的比较(标准值:统筹区内同级同类标准)。医保人群的门诊挂号量(人次数/医保人群的门诊人头数;当该指标过高时,可能存在类似分解门诊的行为。

孝感市区域点数法总额预算和按病种分值 付费医疗保障经办管理规程(试行)

为积极推进按病种分值付费(DIP)(以下简称 DIP)国家试点工作,规范和统一全市 DIP 经办管理工作,根据《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》(医保办发〔2020〕45 号)、《国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办规程(试行)的通知》(医保办发〔2021〕27 号)和《孝感市按病种分值付费(DIP)实施方案(试行)》(孝医保发〔2021〕3 号)等规定,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,提升医保精细化管理水平。

第二条 各级医疗保障经办机构(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,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、监督管理、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。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。

第七条 市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》(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。

第八条 各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 信息系统建设与数据采集

第九条 市医疗保障部门建设全市统一的 DIP 信息系统,信息系统基本功能包含数据采集及质量管理、DIP 病种分组及分值测算调整管理(包括辅助目录确定)、医疗机构等级系数生成、医疗机构上传数据分值计算、费用审核结算管理、DIP 智能审核监控、DIP 预算管理及基金预警、DIP 考核与评价、DIP 专家评议管理

等,通过与医疗机构数据定时交互,医疗服务行为实时监管,医保大数据分析挖掘,为医保支付、基金风险监测、精准监管等提供有力支撑。

第十条 市医疗保障信息中心按 DIP 需求确定医疗机构信息系统与医保信息系统的数据接口标准,各县(市、区)信息部门应指导定点医疗机构按照 DIP 数据传输接口标准和要求及时改造接口、上传数据。

第十一条 各经办机构应加强对定点医疗机构数据采集工作的指导和培训。按照 DIP 要求,做好国家医疗保障信息业务编码标准的贯标应用工作,统一使用医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材等信息业务编码,医疗机构住院服务的诊疗信息、费用信息严格按照《医疗保障基金结算清单填写规范》采集填报,要准确反映住院期间诊疗信息以及医疗收费明细,并在住院病人出院结算后 7 日内完成相关信息的上传工作。

第十二条 各经办机构应加强对定点医疗机构上传数据的质量管理,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,并要求定点医疗机构在 5 个工作日内重新采集上传。

第四章 预算管理

第十三条 市级经办机构负责全市年度医保区域点数法付费总额预算管理工作,指导各县(市、区)开展预算管理和评价等工

作,对各县(市、区)和市级定点医疗机构预算管理情况进行过程控制和考核评价。

各县(市、区)经办机构对辖区内定点医疗机构预算管理情况进行过程控制和考核评价。

各定点医疗机构开展医疗机构内部预算绩效考核评价等工作。

第十四条 各经办机构按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则,以上年度基金的实际支出为基础分别编制职工、居民基本医疗保险基金支出预算总额,需综合考虑下列因素:

- (一)本年度基金收入;
- (二)参保人群变动;
- (三)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、物价水平等变动情况;
- (六)重大公共卫生事件、自然灾害等其他影响支出的情况;
- (七)其他因素。

第十五条 各经办机构设立病种分值付费病案质量调节金,主要用于年度清算时对辖区内医疗机构病案质量进行年度考核。

第十六条 每年 12 月,各县(市、区)经办机构分别核算职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险区域点数法实际可支出总额,并报市级经办机构审核。

以当年度职工基本医疗保险统筹基金预算支出为控制总额,

在减去门诊特殊慢性病支出、急诊及异地报销支出、异地联网结算支出、生育医疗费用及生育津贴支出、二次补助支出、带量采购结余留用支出等据实支付的金额后,剩余部分为当年度职工基本医疗保险区域点数法实际可支出总额。

以当年度城乡居民基本医疗保险基金预算支出为控制总额,在减去门诊特殊慢性病支出、普通门诊统筹支出、急诊及异地报销支出、异地联网结算支出、大病保险费用支出、生育医疗费用支出、带量采购结余留用支出等据实支付的金额后,剩余部分为当年度城乡居民基本医疗保险区域点数法实际可支出总额。

市级经办机构对各县(市、区)经办机构确定的职工、居民当年度区域点数法实际可支出金额进行审核,审核后汇总形成全市职工、居民区域点数法总额可支出总额。

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 医保基金预算支出的,由市级医疗保障部门根据实际情况调整。涉及年度基金收支预算总额调整的,应按规定程序报批。

第五章 病种分值和医疗机构等级系数确定

第十八条 制定本地病种目录库。市医疗保障部门根据《国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范》和《DIP 目录库(1.0版)》,以近三年出院病例标准化数据为基础,基于大数据分析将病例按共性特征聚类收敛形成核心病种、综合病种,同时充分考虑病

例个性特征,建立以主目录为基础、以辅助目录为修正的 DIP 目录库。对确需增加部分病种,经市医疗保障部门审核后可对目录库进行扩展,予以标识后报国家备案。

在核心病种中选择适合二级及以下医疗机构诊治且具备诊治能力、医疗总费用涵盖一定比例的病种作为基层病种,并予以标识。

第十九条 计算本地病种目录分值。市医疗保障部门按照连续三年平均费用 1:2:7 的加权作为各病种平均费用,按其与本地所有出院病例的平均费用之间的比例关系计算各病种分值。

各病种分值计算公式:

各病种分值 = 各病种平均费用 ÷ 全市出院病例平均费用 × 1000。

第二十条 定点医疗机构等级系数的确定。市医疗保障部门根据定点医疗机构级别、病种结构、功能定位等因素,按照疾病严重程度、治疗方式复杂程度和实际资源消耗程度相统一的原则,确定本市各医疗机构的等级系数。

基层病种的病种分值标准在不同等级的医疗机构保持一致。

第二十一条 建立疾病严重程度辅助目录调整机制。市医疗保障部门在主目录基础上,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 建立费用偏差病例调校机制。市医疗保障部门制定偏差病例规则,当病例医疗总费用在该病种上一年度同级别

定点医疗机构平均费用的 50% 以下或 200% 以上时,为费用偏差病例。其病种分值计算公式为:

费用在 50% 以下的病例病种分值 = 该病例医疗总费用 ÷ 上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用 × 该病种分值。

费用在 200% 以上的病例病种分值 = $[(\text{该病例医疗总费用} \div \text{上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用} - 2) + 1] \times \text{该病种分值}$ 。

第二十三条 建立特殊病例评议机制。市医疗保障部门对费用离散程度较高的病种建立专家评议制度并建立全市统一的 DIP 专家库,通过专家评议校准病种分值。各经办机构负责组织专家,在每年年度预清算前对各定点医疗机构费用离散程度较高的病种通过评议与协商沟通的方式校准病种分值。

第二十四条 建立动态调整机制。各经办机构要加强对 DIP 运行的分析,收集医疗机构对 DIP 的意见,将收集的意见定期反馈至市医疗保障部门。市医疗保障部门根据实际运行情况、新技术运用、政策调整等对 DIP 目录库及基层病种、各病种分值、医疗机构等级系数等实行动态调整。

第六章 医疗费用审核

第二十五条 各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。运用均衡指数等大数据手段,开展运行监测。对医疗机构申报的费用,应严格按照规定审核、结算、支付,确保医保

基金合理使用。

第二十六条 各经办机构应通过智能审核和人工审核对医疗机构申报的费用进行审核,重点对费用合理性、频繁转院、降低入院标准、分解住院、挂床住院、超医保支付范围、诊断升级、高套分值、诊断与操作不符等情形进行审核,经初审后存在违规的,反馈至医疗机构,并要求医疗机构在协议约定时间内予以申诉,经办机构进行复审后,确定属于将国家、省、市有关基本医疗保险政策规定不予支付的情形纳入医保支付、分解住院、挂床住院,诊断升级、高套分值、转嫁医疗费用、降低入院标准、诊断与操作不符等情形的,对当次住院的分值不予计算,并按该分值的 3 倍予以扣减。对于存在不合理收费、超医保支付范围等情形的,扣减明细费用。对于疑难情形,必要时可调取病例、现场核实;对双方有争议的医疗费用,可通过专家评议方式予以解决;对可能存在严重违规的情形,移交监督稽核部门。

经月度审核扣减的费用及分值纳入年度清算统一处理。

第二十七条 每月各经办机构对定点医疗机构上月上传的数据及费用审核结束后,应将本月结算数据、审核处理结果反馈给各医疗机构核对,确认本月度月预结算数据,用于年度清算。

第七章 医疗费用结算管理

第二十八条 基金预拨付。每年 1 月,各经办机构按照本年度基金支出的总量,预拨一定周期资金(原则上为上年度 DIP 实

际结算总额 1 个月平均额)给医疗机构。启动年可按上年度住院费用实际结算总额 1 个月的月平均额度拨付给医疗机构。

第二十九条 开展月度预结算。每月 20 日之前,各经办机构按照各定点医疗机构申报的上月纳入 DIP 范围病例发生的基本医疗保险统筹基金记账金额为基数,按照 90%的比例预拨给各定点医疗机构。除当年新增医疗机构,当医疗机构预拨金额超过该医疗机构上年度住院费用实际结算总额,不再进行预拨。

第三十条 建立 DIP 病例病案质量评审制度。市医疗保障部门制定病案评审规则,各经办机构定期组织专家,对定点医疗机构实施 DIP 的病例进行集体评审。评审病历存在扣分情形的,年度预清算前经办机构应将扣分对应的情形进行汇总,连同病例评审总得分一并向定点医疗机构进行反馈。

各经办机构按医疗机构 DIP 应结算费用的 5%作为病案质量调节金,并根据各定点医疗机构病例评审总得分,确定的病案质量指数兑付病案质量调节金。

第三十一条 开展年度清算。各经办机构根据区域 DIP 可支出总额,结合年度考核、病例评审等因素,开展年度清算工作,主要包括以下内容:

(一)清算年度:医疗保障部门与定点医疗机构之间进行 DIP 结算的周期,以参保人在定点医疗机构的结算时间为准,每年 1 月 1 日至 12 月 31 日为一个年度周期。

(二)计算各定点医疗机构年度病例总分值。

各定点医疗机构年度病例总分值 = $\Sigma(\text{核心病种分值} \times \text{医疗机构年度内核心病种例数} \times \text{医疗机构等级系数}) + \Sigma(\text{综合病种分值} \times \text{医疗机构年度内综合病种例数} \times \text{医疗机构等级系数}) + \Sigma(\text{基层病种分值} \times \text{医疗机构年度内基层病种例数}) + \Sigma(\text{按床日付费病种分值} \times \text{医疗机构年度内按床日付费床日数} \times \text{医疗机构等级系数}) + \Sigma(\text{费用偏差病例分值} \times \text{医疗机构等级系数}) + \Sigma(\text{离散程度较高病例分值} \times \text{医疗机构等级系数}) - \text{本年度违规扣减总分值}$

(三) 计算分值结算点值。

根据全市职工、居民区域点数法总额可支出总额及所有定点医疗机构年度职工医保、居民医保病例总分值, 分别计算全市职工医保、居民医保分值结算点值。

分值结算点值 = $(\text{当年度基本医疗保险 DIP 可支出总额} + \text{年度个人负担费用} + \text{年度其他医疗保障费用}) \div \text{当地所有定点医疗机构年度病例总分值}$ 。

(四) 确定各医疗机构年度预清算总额。

各定点医疗机构年度预清算总额 = $\text{定点医疗机构年度病例总分值} \times \text{分值结算点值} - \text{个人自负费用} - \text{其他医疗保障费用} - \text{年度应扣减金额}$ 。

年度应扣减金额包括日常审核扣款费用, 利用违规行为监管辅助目录对二次入院、低标入院、超长住院、死亡风险指标异常进行调校的费用以及病案质量指数考核的扣减费用。

(五) 计算年度清算金额, 并在第二年 1 月 31 日前向定点医疗

机构拨付上年度清算金额。

年度清算金额=定点医疗机构年度预清算总额-医疗机构月预结算预拨总额。

第八章 稽核检查

第三十二条 建立与 DIP 相适应的监管机制,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,推动费用审核与现场稽核检查联动,提高管理效率。

第三十三条 各经办机构应充分利用人工智能和大数据分析等技术手段,对医疗服务行为和费用进行监测分析,重点对医疗机构的结算清单质量和日常诊疗行为、付费标准的合理性、参保人员住院行为等开展监测。逐步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 各经办机构对定点医疗机构开展的稽核方式包含日常稽核、专项稽核、举报稽核和委托稽核等。

日常稽核:各经办机构主要通过数据监测发现的疑点问题或根据本地实际情况确定检查频率,进行现场稽核,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。

专项稽核:各经办机构以日常稽核发现问题为切入点,结合医保大数据分析、费用审核等发现的突出问题,针对多发或重大违规线索,制定切实可行的专项稽核计划,可组织医疗、病案等领域专

家开展专项稽核。

举报稽核：各医疗保障部门应当畅通投诉举报途径，对于受理的举报案件进行重点调查核实。

委托稽核：通过引入会计师事务所、商业保险公司、信息技术服务机构等专业力量，委托第三方进行稽核。

第三十五条 各经办机构在监管中发现定点医疗机构将国家、省、市有关基本医疗保险政策规定不予支付的情形纳入医保支付、分解住院、挂床住院，诊断升级、高套分值、转嫁医疗费用、降低入院标准、诊断与操作不符等违规行为的，经查实后，除按规定扣减分值外，并按基本医疗保险有关规定对定点医疗机构进行处理。

第三十六条 各经办机构应对在日常稽核、专项稽核等发现的共性违规问题，及时进行总结、归纳，并提交给市医疗保障部门，不断完善监控指标及规则，形成良性循环。

第九章 考核评价

第三十七条 市医疗保障部门建立全市统一的 DIP 考核评价制度，制定统一的考核办法，确定本地医疗机构考核评价指标。

第三十八条 各经办机构应按照考核办法的要求组织对辖区内定点医疗机构年度履行协议及执行政策情况进行考核，建立激励约束机制，加强考核结果应用，推进 DIP 的正常运行。

第三十九条 各经办机构要开展对 DIP 运行监测，定期向定点医疗机构通报 DIP 运行情况，对 DIP 运行成效进行周期性评

价。通过统一的考核评价指标体系进行综合评价,客观反映本区域 DIP 运行效果。

第十章 协商谈判与争议处理

第四十条 各经办机构应建立健全与定点医疗机构的集体协商谈判机制,协商谈判要充分考虑各类医疗机构的利益和发展,各级别、各类型医疗机构都可派代表参加协商谈判。

第四十一条 市级医疗保障部门组织专家或委托第三方机构开展病种组合目录、分值、医疗机构等级系数等动态调整机制,推动形成共建共治共享的医保治理新格局。

各经办机构应加强组织管理,建立协商谈判相关的工作机制。提出协商方案,接受医疗机构质询,通过充分的讨论的磋商,达成一致意见,同时收集医疗机构意见建议,对涉及 DIP 政策的共性意见,向市级医疗保障部门反映。

第四十二条 各经办机构应建立 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。经办机构与医疗机构在 DIP 经办工作实施过程中出现争议的,按相关法律法规及医疗服务协议处理。

第十一章 附 则

第四十三条 本规程由孝感市医疗保障局负责解释。

第四十四条 本规程自发布之日起施行,有效期 2 年。

孝感市医疗保障局

2022 年 10 月 25 日印发
