

新余市人民政府办公室文件

余府办发〔2022〕33号

新余市人民政府办公室关于印发《新余市区域 点数法总额预算和按病种分值付费支付方式 改革工作方案》《新余市区域点数法总额 预算和按病种分值付费改革实施细则 (试行)》的通知

各县(区)人民政府、管委会,市政府各部门,市直各单位

《新余市区域点数法总额预算和按病种分值付费支付方式改革工作方案》《新余市区域点数法总额预算和按病种分值付费改革实施细则(试行)》已经市十届人民政府第24次常务会议研究同意,现印发给你们,请认真抓好贯彻执行。

新余市人民政府办公室

2022年11月10日

(此件依申请公开)

新余市区域点数法总额预算和按病种 分值付费支付方式改革工作方案

为贯彻落实《江西省医疗保障局关于印发 江西省推进 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划 的通知》（赣医保发〔2021〕22号）文件精神，积极推进我市基本医疗保障支付方式改革，更好地发挥医疗保障对医疗服务供需双方的引导和医疗费用的控制作用，现结合我市实际，特制定本方案。

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 and 习近平总书记视察江西重要讲话精神为指导，坚持以人民健康为中心的发展思想，不断深化医疗保障制度改革，充分发挥医保基金战略性购买作用，提高医保基金使用绩效，提升医保精细化管理服务水平，增强群众对健康服务的获得感、幸福感、安全感，促进分级诊疗制度建设，不断推进医疗保障事业高质量发展。

（二）工作目标。利用今年一年左右时间，通过实施医保支付方式改革，将医保总额预算与点数法相结合，实现住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式。建立现代化的数据治理机制，形成数据采集、存储、使用的规范和标准。逐步建立以病种为基本单元，以结果为导向的医疗服务付费体系，完善医保与医

疗机构的沟通谈判机制，加强基于病种的量化评估，促进医院管理现代化、科学化、精细化，全面建立全市统一、上下联动、内外协同、标准规范、管用高效的医保支付新机制。

（三）基本原则。坚持以人民为中心，把点数法和区域总额预算结合，促进医疗资源有效利用，着力保障参保人员基本医疗需求。坚持透明高效，以客观数据为支撑，充分反映医疗服务产出，调动医务人员积极性。坚持分级诊疗原则，鼓励基层医疗机构提高诊疗水平和收治能力。坚持尊重医学规律，以全市医疗数据为基础，统一执行国家医保局技术标准，建立病种组合及分值目录库动态调整机制，实现住院参保患者、住院医疗机构、住院病种全覆盖。

二、改革任务

（一）实行全市总额预算管理。按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，综合考虑各类支出风险的情况下，统筹考虑物价水平、参保人医疗消费行为、总额增长率等因素，建立健全医保经办机构与定点医药机构的协商谈判机制，合理确定医保总额预算指标。不再细化明确各医疗机构的总额控制指标，而是把项目、病种、床日等付费单元比照病种分值转换方法转换为一定点数，年底根据各医疗机构所提供服务的总点数以及地区医保基金支出预算指标，得出每个点的实际价值，按照各医疗机构实际点数付费。

（二）实现住院病例全覆盖。根据全市数据，按照统一病种组合规则，形成我市的病种分值目录核心病种与综合病种库。按照前3年全市定点医疗机构数据进行全样本数据病例平均医疗费用测算，确定核心病种的分值。对于综合病种、异常高值的病例，可通过病例单议、专家评审等方式确定病种分值。对于异常低值的病例，按实际费用确定病种分值。确定精神类、康复类及安宁疗护等住院时间较长的病例使用床日付费。

（三）制定配套的结算方式。根据按病种分值付费的特点，完善相应的医保经办规程和协议管理流程。医保经办机构按照本年度基金预算支出的总量，按月预付资金，年底按点数法结算。全市开展病种费用测算，分类汇总病种及费用数据，根据各病种平均费用等因素计算分值。试行分值浮动机制，引入医疗机构等级系数，区分不同级别医疗机构分值，并动态调整；对适合基层医疗机构诊治且基层具备诊治能力的病种，制定的病种分值标准在不同等级医疗机构应保持一致。年底对医疗机构开展绩效考核，按照协议约定将绩效考核与年终清算挂钩。

（四）建立数据保障体系。在我市上线国家医保信息系统和全市医疗机构已使用全国统一的医保信息业务编码的基础上，开展医保结算清单、医保费用明细表等的质量控制工作。加强数据治理能力建设，严格执行国家及省局关于数据填写、采集、传输、

储存、使用等有关管理办法。开展医保信息系统数据库动态维护和有关接口改造等工作，为医保支付方式改革和医保管理精细化打下基础。

（五）加强配套监管措施。针对病种分值付费医疗服务的特点，充分发挥大数据智能监管和全程医疗保险监督管理服务的作用，制定有关监管指标，实行基于大数据的监管；加强基于病种的量化评估，促进地区医疗服务透明化，避免高套编码、冲点数等行为；加强重点病种监测，确保医疗质量。

（六）完善协议管理。全市制定统一的协议文本，完善按病种分值付费相关内容，对总额预算、数据报送、分组、结算等予以具体规定，强化医疗行为、服务效率等内容。明确医疗机构、经办机构等权责关系，落实有关标准、制度。

（七）加强专业技术能力建设。成立包括医保经办机构、医疗机构以及第三方机构等组建的专家队伍。形成以保证质量、控制成本、规范诊疗、提高医务人员积极性为核心的按病种分值付费和绩效管理体系。

三、工作安排

（一）前期准备阶段（2022年3月—2022年10月）

1. 成立改革领导小组。成立区域点数法总额预算和按病种分值付费改革工作领导小组，领导小组组长由市领导担任，副组

长由市医疗保障局主要领导担任，统筹领导改革工作。领导小组下设办公室及若干实施小组，负责改革工作各项任务的组织和实施，指导全市医疗机构开展具体工作，研究解决改革中的问题和困难；办公室设在市医疗保障局。

2. 建立联席会议制度。协调各部门职能，加强对改革工作的协调和领导，审议拟出台的重大政策，及时请示报告重大事项，组织协调各有关部门共同推动改革工作开展。联席会议召集人由市政府副秘书长担任，副召集人由市医疗保障局主要领导担任，联席会议成员为市深化医疗保障制度改革领导小组相关部门分管领导。联席会议办公室设在市医疗保障局，负责日常工作。

3. 制定 DIP 项目实施进度计划表。明确具体的实施计划、工作步骤，分解具体任务，明确具体责任人，把握时间进度，全力参与改革工作，确保 12 月底 DIP 一体化结算管理系统正式运行。

4. 召开改革启动会。出台改革工作方案，召开由各联席会议成员单位，全市改革医院院长、医保科主任、病案室主任、质控科主任、信息科主任等参与的 DIP 改革启动和培训工作会议。

5. 组织开展培训。市级组织开展系列培训工作，分别针对医保管理部门、医保经办机构、医疗机构负责人、医疗机构医保经办部门、医疗机构病案编码部门等，开展 DIP 基本原理、医

疗机构等级系数确定、病案首页编码管理、信息系统接口改造、DIP 管理系统应用等培训。

6. 引入第三方技术团队，开展基础调研工作。参照其他地市做法，已向市政府、省医疗保障局请示，通过政府购买服务公开招标第三方团队提供技术支持服务；第三方技术团队，负责具体实施 DIP 相关技术，对目前医保基本情况、医保基金运行情况、医保支付政策情况、医疗机构和参保人情况、编码版本、信息化建设等情况进行调研。

7. 采集历史数据。由改革小组相关组成部门及第三方机构开展讨论，探讨数据收集及测算方法。完成一级及以上定点医疗机构近三年的电子病案首页数据采集，用于数据测算。

8. 掌握省医保平台 DIP 管理子系统的运用，做好相匹配的 HIS 系统接口改造。熟悉掌握省医保平台 DIP 管理子系统的运用，包括医保费用拨付方式、业务类型及病案首页上传接口等；根据国家统一确定的病种分值目录库、核心与综合病种的划分标准，结合本地数据，形成新余市的病种分值目录核心病种与综合病种库。根据省医保平台 DIP 管理子系统的各项参数要求，改造各定点医疗机构 HIS 系统接口，建立本地化的 DIP 网络。

9. 开展病种分值和医疗机构权重系数确定工作。与改革领导小组各成员单位共同讨论，确定核心病种分值及综合病种、异

常高值病种的分值确定方式，明确各定点医疗机构等级系数。

10. 制定相应的医保经办规程、协议管理流程和区域点数法总额预算管理方案。制定相应的医保经办规程、协议管理流程和区域点数法总额预算管理方案，明确月度审核重点、报表格式、结算申报方式、病案评审方式等业务流程。

11. 组建专家团队。组建一支由医院临床、医务、病案、医保、商业保险公司、软件技术人员等共同参与的医疗服务质量检查核心团队，开展数据质量评估，组织专家对医院病案进行审核评估，要求医院及时修改完善，确保上传信息的标准化、完整度和准确性。

（二）试运行阶段（2022年11月）

1. 及时收集并解决试运行阶段的有关问题。由市级经办机构及时收集试运行阶段发生的各种问题，并第一时间反馈给改革领导小组下设的有关实施小组，第一时间予以解决。

2. 根据运行反馈，调整、完善配套的有关政策。根据试运行情况，及时调整相应的医保经办规程、协议管理流程和区域点数法总额预算管理方案，调整预决算方法、月度审核重点、报表格式、结算申报方式、病案评审方式等，探索形成既符合上级文件精神，又符合实际操作运行的具有本土化特色的DIP运行体系。

3. 根据数据进行验证。利用 DIP 对定点医疗机构试运行，与现行付费方式并行运行比较，验证和完善 DIP 分组、分值、点值和系数等的合理性科学性，并适当的做出科学合理的调整，实现由现有的付费方式平稳过渡到 DIP。

（三）正式运行阶段（2022 年 12 月）

在完成试运行阶段后，DIP 平台正式上线投入运行，并及时分析、跟踪、评估系统运行情况，结合平台在实际运行过程中医保业务需求，及时对整个平台和 DIP 的应用功能进行迭代升级和拓展优化，确保 DIP 工作更加科学、合理。全年医疗机构结算费用先预付，之前的医疗数据在接口改造完成后补传。2023 年第一季度将 2022 年全年医疗费用统一按病种分值进行清算。

四、保障措施

（一）加强部门联动。各部门要从深化医药卫生体制改革的大局出发，统筹协调推进，制定具体方案实施计划，分解具体任务，明确具体责任人，把握时间进度，全力参与区域点数法总额预算和按病种分值付费改革工作。市医疗保障局牵头，开展数据质量评估、建立信息平台、病种付费标准的测算、组织实施等日常工作；市卫健委负责统筹协调病案首页数据采集工作，制定行业标准和规范、加强临床路径管理等，督促各改革医疗机构按时完成信息化和标准化改造，确保数据填报的准确、真实、及时，

并对医疗机构进行绩效管理与考评；市财政局负责保障医保支付方式改革工作的各项经费，做好医保基金的预决算组织工作。

（二）做好宣传引导。积极做好组织宣传，确保医疗机构、行政部门、参保群众充分了解和理解支付方式改革在提高医疗资源的使用效率、改善医疗服务可及性、提高医务人员积极性方面的重要作用，为改革工作营造良好舆论氛围。同时，加强医务人员培训、强化病案首页管理，提高疾病病案归类管理水平和疾病分组准确率。做好定点医疗机构全口径医疗服务信息的收集、汇总、分析，夯实大数据挖掘基础，确保医保支付方式改革工作的顺利推进。

（三）建立定期报告机制。定期总结工作进展及成效，将地方病种组合目录动态维护和分值付费标准测算等基础准备工作进展，以及具体的组织实施情况、开展效果等形成阶段性报告，按规定时间上报领导小组。

（四）加强监督考核。各部门要严格落实各项工作任务，及时掌握配合部门工作进展情况，涉及重大问题要主动提请领导小组协调解决，推动改革工作得到实质性进展。同时建立工作监督考核机制，将各改革医院的工作配合情况列入年度考核范围，与年终绩效、医保结算挂钩。

（五）强化交流评估。加强与其他改革地区交流学习，及时

总结推广好的经验做法，开展改革效果评估，对改革前后医疗费用、医疗服务数量和质量、医保待遇水平、参保人员健康水平等进行纵向评估，又与周边地区、经济和医疗水平相似地区进行横向比较，通过评估为完善政策提供支持。

附件：新余市区域点数法总额预算和按病种分值付费改革
工作领导小组名单

附件

新余市区域点数法总额预算和按病种 分值付费改革工作领导小组名单

- 组 长：张志坚 市委常委、常务副市长
- 副组长：章忠华 市政府副秘书长、市政府发展研究中心主任
- 李 宏 市医疗保障局党组书记、局长
- 成 员：高文庆 市财政局四级调研员
- 邓勇刚 市卫生健康委员会党组成员、副主任
- 甘丽华 市医疗保障局党组成员、副局长
- 李建平 市医疗保险基金管理中心主任
- 李青云 高新区党工委委员、党群工作部部长
- 罗艳兵 分宜县县委常委、副县长
- 朱华军 渝水区区委常委、常务副区长
- 陈晓勤 仙女湖区管委会委员、党群工作部部长

领导小组下设办公室，办公室设在市医疗保障局，由李宏同志兼任办公室主任。办公室主要职责：督促本项目工作任务有效推进，研究工作进程中存在的问题，提出建议，重大问题提请领导小组统筹协调解决。成立若干工作专班小组，专班小组由市医疗保障局有关科室负责人、市医疗保险基金管理中心副主任及有关科室负责人、县（区）医疗保障局负责人、各改革医院负责人、第三方人员、专家组成员等组成。

新余市区域点数法总额预算和按病种 分值付费改革实施细则（试行）

第一章 总则

第一条 政策依据。为深入贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，建立管用高效的医保支付机制，根据《江西省医疗保障局关于印发 江西省推进 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划 的通知》（赣医保发〔2021〕22号）文件要求，结合我市情况，制定本方案。

第二条 指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想和习近平总书记视察江西重要讲话精神为指导，坚持以人民健康为中心的发展思想，不断深化医疗保障制度改革，充分发挥医保基金战略性购买作用，提高医保基金使用效率，提升医保精细化管理水平，增强群众对健康服务的获得感、幸福感、安全感，全面做实市级统筹，不断推进医疗保障事业高质量发展。

第三条 工作目标。在全市定点医疗机构开展“区域点数法总额预算和按病种分值付费”改革工作，实施基金市级统筹收支预算管理、医保总额预算与点数法相结合，完善医保总额预算机制，构建医保基金支付从机构总额向区域总额转变，形成与本地

医保筹资水平和疾病特征相适应的医保按病种支付标准,利用共性特征聚类建立疾病与治疗的“度量衡”评价与支付体系,同时兼顾不同医疗机构定位、收治患者复杂程度、医疗行为规范程度的个性差异,根据各医疗机构的客观状况进行合理支付,逐步建立以保证质量、控制成本、规范诊疗、提高医务人员积极性为核心的按病种分值付费和绩效管理体系;发挥医保支付的激励约束作用,建立定点医疗机构自我约束机制和风险责任意识,有效控制医疗费用不合理增长;提高基金购买服务效率,确保医保基金可持续、健康发展;完善医保与医疗机构的沟通谈判机制,加强基于病种的量化评估,促进医院管理现代化、科学化、精细化;破解利益驱动难题,促进医疗机构回归医疗服务本身,推动医疗机构发展与医保基金监管之间的平衡,做实“略有结余”。

第四条 基本原则。

1. 坚持以收定支原则。根据全市当年职工医保基金和城乡居民医保基金征缴收入确定年度可支出基金。

2. 坚持区域总额预算原则。职工医保基金和城乡居民医保基金年度支出预算在市级统筹总额预算下分别单独制定,不再实行单个医疗机构总额预算管理的做法。

3. 坚持超支合理分担原则。对于采用新技术产生、以及经评审特病单议及其它据实支付的病例所形成的合理超支,由医疗

机构和医保基金按相关规定合理分担。

4. **坚持结余留用原则。**医疗机构通过合理优化诊疗方案，提高服务质量同时节省的医保基金可按规定留用。

5. **坚持统一技术标准。**统一执行国家医保局 DIP 病种分组、技术规范、病案首页编码管理，以及信息系统建设技术标准、结算清单和系统接口规范等，实现医保经办管理服务的标准化和规范化。

本办法适用于全市各级医保经办机构与全市 DIP 改革医疗机构的城镇职工医保、城乡居民医保住院以及经批准开展的日间手术费用结算。

第二章 总额预算管理

第六条 确定全市基本医保统筹基金预算支出总额。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，合理确定区域年度基本医保统筹基金预算支出总额。编制基金预算，需综合考虑下列因素

1. 本年度基金收入预算
2. 上年度基金的实际支出

3. 参保人群变动
4. 待遇标准等医保政策调整
5. 符合区域卫生规划的医疗卫生发展情况
6. 参保人员就医需求、物价水平等变动情况
7. 重大公共卫生事件、自然灾害等其他影响支出的情况
8. 其他因素。

第七条 设立市级调节金。按年度全市基本医保统筹基金支出总额预算指标 8% 设立市级调节金，主要用于年度清算时政策性合理超支分担、区域内集采药品和耗材的结余留用激励政策支出。

第八条 全市 DIP 住院统筹基金支出总额。在全市基本医保统筹基金预算支出总额的基础上，扣除市级调节金、异地就医、普通门诊诊察、特殊慢性病、双通道药品等统筹支出以及当年度其他不纳入按病种分值付费清算支出项目等费用，确定全市年度按病种分值付费住院统筹基金支出总额（以下简称“全市 DIP 住院统筹基金支出总额”）。

第九条 其他情况。年度内因相关重大政策调整、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情形发生需要调整全市 DIP 住院统筹基金支出总额或市级调节金支出总额的，根据实际情况调整。

第三章 DIP 目录库及病种分值

第十条 制定本地病种目录库。

1. 以各定点医疗机构前三年住院全部病例数据信息为主要依据，在《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》（以下简称：《技术规范》）病种库目录及分值基础上，利用全样本数据中“疾病诊断+治疗方式”的共性特征进行挖掘，聚类形成基于大数据的客观分组病种，并按照《技术规范》要求，实行统一编码。

其中，选取全市前三年平均每年病例数达到一定例数以上的病种作为核心病种，核心病种覆盖 85% 以上病例，其余未达到一定例数的病种作为综合病种。对于实际病例数较少、病种分值测算结果不稳定的，可对该类病种做好记录和分析；如确需增加部分病种，可对目录库进行扩展，予以标示后报省医疗保障局备案。

对于医疗机构历史数据中采用的国标版、临床版代码，要完成与医保版疾病分类与代码、手术编码等标准的映射与转换，以保证标准的一致和结果的可比。

2. 设立本地基层病种，遵循《技术规范》病种库目录，充分结合实际，通过专家论证，遴选出适宜在乡镇卫生院（社区医

院)或一级医疗机构收治的基层病种库,基层病种库应包含适宜日间病床(含中医适宜技术)收治病种,基层病种库分值保持不变,不受医疗机构等级系数影响。

3. 设立日间手术病种,遵循国家卫生健康委办公厅发布的日间手术(操作)改革病种及术式推荐目录,结合各定点医疗机构经市卫生行政部门批准开展日间治疗(日间放化疗和日间手术等)的病种纳入病种分值库。

第十一条 确定本地病种目录库病种分值。

1. 纳入区域总额预算的按病种、按床日、按项目等结算类型转换为一定分值,中西医则按“同病同分值”原则,结合疾病类型、诊疗操作、数据离散程度等计算分值,以全市前三年全部病例为统计口径(进入大病保险部分医疗费用不计入统计口径),统计出各年度平均住院医疗费用按 1:2:7 的比例计算出基准金额并设为 1000 分,其它病种按病种类别以全市前三年全部病例为统计口径(进入大病保险部分医疗费用不计入统计口径),统计出各年度平均住院医疗费用按 1:2:7 的比例计算出各病种平均住院医疗费用作为该病种支付标准,该病种综合支付标准和基准金额做比例关系计算其分值。

基准金额=大前年所有 DIP 病种平均住院医疗费用×10%+前年所有 DIP 病种平均住院医疗费用×20%+去年所有 DIP 病种

平均住院医疗费用 × 70%

各病种的支付标准=大前年该 DIP 病种平均住院医疗费用 × 10% + 前年该 DIP 病种平均住院医疗费用 × 20% + 去年该 DIP 病种平均住院医疗费用 × 70%

2. 核心（综合）病种的分值确立，计算公式如下

核心（综合）病种分值=（各病种的支付标准 ÷ 基准金额）
× 1000

统计过程中对于个别费用异常病例造成的较大偏差，可排除异常费用后重新计算分值。

3. 纳入区域总额预算的床日付费，如精神类疾病住院、儿童脑瘫康复、康复病人、临终关怀等按床日付费结算，结算方式如下

总床日数=出院时间-入院时间

床日结算总分值=总床日数*床日结算分值

床日结算分值=[(前三年全市所有该项目医疗总费用 ÷ 前三年全市所有该项目总床日数) ÷ 基准金额] * 1000

以上按床日付费项目转换分值时，均要按各病组类别区分，且不区分医疗机构等级，同时，计算床日总分值的总床日数不超过该病组前三年平均住院天数的 1.5 倍，并根据实际情况，适时调整。

4. 建立辅助分型病例调整机制。在主目录基础上，基于年龄、合并症、并发症、疾病严重程度等因素对病种细化分型，在病种分值的基础上予以调整校正。

5. 建立特殊病例单议机制。对于住院天数明显高于平均水平、费用偏离度较大、多种诊断与多种治疗方法叠加或者运用新医疗技术等有特殊情况的病例，如满足下述条件之一，由定点医疗机构向医保经办机构提出按特殊病例结算的申请，医保经办机构可提交给医保专家小组进行评议，对评议通过的，核减部分不合理费用后，比照病种赋值方法单独赋予分值

(1) 三级定点医疗机构住院费用超过 15 万元、一二级定点医疗机构住院费用超过 8 万元

(2) 单次住院医疗费用高于该病种支付标准 5 倍（含）及以上

(3) 单次住院日高于该病种平均住院日 5 倍（含）及以上。

原则上，定点医疗机构申请特殊病例单议的数量控制在该定点医疗机构年度病例总数 2‰的范围内。

6. 设置偏差病例规则。病例医疗总费用为该病种分值支付标准的 0.5 倍以下或 2 倍以上，并不适宜启动特殊病例单议机制时，视为费用偏差病例。

费用偏差病例病种分值计算公式如下：

医疗总费用为该病种分值支付标准 0.5 倍以下病例的分值=
(医疗总费用 ÷ 该病种分值支付标准) × 该病种分值

医疗总费用为该病种分值支付标准 2 倍以上病例的分值=
(医疗总费用 ÷ 该病种分值支付标准-1) × 该病种分值

第四章 医疗机构系数

第十二条 建立定点医疗机构系数动态调整机制。

1. 等级基准系数。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、医保信用、医管理平、协议履行情况等相关因素，设定定点医疗机构等级基准系数，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，原则上区域内技术级别最高的医疗机构等级基准系数最高，随着技术级别降低，等级基准系数逐步降低。新定点的定点医疗机构等级基准系数参照同级别、同类型的最低系数确定。医疗机构等级基准系数与年度结算挂钩。

2. 绩效考核系数。对定点医疗机构进行客观、公正、全面的绩效考核评价，实现对定点医疗机构系数的动态调整，并与年度结算挂钩。

(1) 协议履行考核：根据医保经办机构制定的年度考核办法，对纳入 DIP 支付方式改革的医疗机构进行考核，考核内容

为医疗机构 CMI 值、疾病和手术编码准确率、医保结算清单数据准确率、人次人头比增长率、年度总费用增长率、年度次均费用增长率、年度总体自费率、第三方患者满意度调查等，根据考核结果对定点医疗机构给予 0.01-0.05 的绩效考核系数奖惩。定点医疗机构年度 DIP 付费协议履行考核办法另行制定。

(2) 重点专科考核：对有国家、本省卫生部门评定的重点专科的定点医疗机构，上调机构系数 0.01-0.03。

(3) 违法违规考核：对违反《医疗保障基金监督管理条例》并受到医疗保障部门作出行政处罚的医疗机构，视情节轻重，下调医疗机构绩效考核系数 0.005-0.01。

(4) 重点工作考核：对未能按照国家、省、市医疗保障部门要求完成年度重点工作的，视情节轻重，下调机构医疗机构绩效考核系数 0.001-0.005。

第五章 分值统计和计算

第十三条 计算住院病种年度分值及分值单价。按照医疗机构年度住院服务的病例数结合病种分值、医疗机构付费系数(医疗机构等级基准系数和医疗机构绩效考核系数之和)以及纳入分值管理的按床日付费等结算类型转换为分值等,计算出各医疗机

构年度分值，进而计算出区域内所有医疗机构年度总分值；计算方式如下

1. 定点医疗机构年度分值=（各非基层正常费用病种分值×各病种病例数×医疗机构付费系数）+（各基层病种正常费用分值×各基层病种病例数）+（各类床日结算分值×各类患者床日数）+特殊病例单议分值+偏差病例分值-违规扣减分值；

2. 年度分值单价=（全市 DIP 住院统筹基金支出总额+纳入按病种分值付费范围的参保人年住院个人支付医疗费用总额）÷各定点医疗机构年度分值之和。

第十四条 分值规则。参保人在定点医疗机构发生的按分值结算的病种，按参保人出院的临床第一诊断（主要诊断）及其手术操作编码确定其所对应的分值。

1. 参保人出院后 10 日内因同一疾病，重复在同一定点医疗机构住院的（急性发作或其他特殊原因除外），不重复计算分值。

2. 住院参保人在同一定点医疗机构内部转科继续住院治疗的，按同一次住院计算。

3. 参保人在定点医疗机构住院发生按分值结算的基本医疗费用，未实行联网结算的，参保人在医保经办机构办理零星报销后，统一纳入该定点医疗机构的分值结算，参保人已支付的当次住院全部基本医疗费用计入该医疗机构参保人支付费用总额。

第六章 信用管理

第十五条 建立信用管理制度。采取百分制，纳入 DIP 支付方式改革范围的各医疗机构初始信用分值 100 分，根据以下行为进行奖惩

1. **协议履行奖惩**：对未能履行协议要求，发生严重损害参保人员权益行为的定点医疗机构，视情节轻重，发生一次扣除信用分 1-10 分；全年积极履行医保定点协议要求，未发生违反协议行为的，奖励信用分 5 分。

2. **违法违规奖惩** 对违反《医疗保障基金监督管理条例》并受到医疗保障部门作出行政处罚的医疗机构，视情节轻重，扣除信用分 11-20 分；全年未发生上述违法违规行为的，奖励信用分 5 分。

3. **医保结算清单数据奖惩**：对未能按照要求完整、规范上传医保结算清单数据的定点医疗机构，视情节轻重，扣除信用分 1-10 分；全年医保结算清单按照要求完整、规范上传的，奖励信用分 5 分。

4. **重点工作奖惩**：对未能按照国家、省、市医疗保障部门要求完成年度重点工作的，视情节轻重，扣除信用分 1-10 分；积极配合医保部门完成各项工作并表现突出的，奖励信用分 5-10 分。

5. 其他情形：经医疗保障部门认定，应纳入信用管理制度的其他情形，可适当给予定点医疗机构信用分数奖惩。

医疗机构信用分值 100 分封顶，超过 100 分按 100 分计算，医疗机构信用分 90 分(含)以上评为信用等级 A 级、80 分(含)-89 分(含)评为信用等级 B 级、80 分以下评为信用等级 C 级；信用分数在跨年度计算时具有延续性，只能依据上述条件进行增减，且与医保基金月度预付挂钩。

第七章 费用结算

第十六条 结算方式。为缓解定点医疗机构资金周转压力，提高医保基金结算效率，实行按月预付、年度结算。市医疗保险基金管理中心结合基金收支预算以及定点医疗机构近三年住院统筹基金实际支付额，在自然年度内，按月向定点医疗机构预付住院费用，并反馈病种分值审核、特例单议等情况。年终根据各定点医疗机构等级基准系数、绩效考核系数情况确定年度医疗机构付费系数，进行年度结算。

第十七条 月度预付。全市城镇职工、城乡居民统筹基金月预拨付金额根据近三年全市各定点医疗机构统筹地区内住院统筹基金实际支付金额，分年度按 1:2:7 比例计算的月平均值的 90% 进行月预拨付。

每月将按病种分值付费（DIP）预付定额与医疗机构本年度上月住院统筹基金实际发生额对比，若 DIP 预付定额大于实际发生额 90%，则按实际发生额的 90% 预付。市医疗保险基金管理中心每月 20 日前统筹安排统筹区内各级、各类医保账户将当月月度预付额付给各定点医疗机构；统筹区内各级、各类医保账户可按照其在全市基本医保统筹基金预算支出总额中各自预算占比分配月度预付支出额。医保部门可根据定点医疗机构实际运行情况，适当调整月度预付额。

对上年度医疗保障信用等级为 A 级的定点医疗机构，月度预拨付金额在拨付金额基础上增加 3%；信用等级为 B 级的定点医疗机构，按年度正常预拨付金额拨付；信用等级为 C 级的定点医疗机构，在拨付金额基础上下调 5%。

第十八条 年度清算。市医疗保障经办机构在全市 DIP 住院统筹基金支出总额的范围内，对各定点医疗机构按病种分值付费的结算费用进行清算。年终清算时，应当偿付给各定点医疗机构的住院医疗费用，按以下规则计算：

1. 各定点医疗机构年度 DIP 住院统筹基金清算支付总额=全市病种分值单价×各定点医疗机构年度分值-该医疗机构参保人年住院个人支付医疗费用总额。

2. 各定点医疗机构年终清算应偿付费用=各定点医疗机构

年度DIP住院统筹基金清算支付总额-月结已预付总额-违规核扣费用。

3. 年终清算后，定点医疗机构清算结果为负数的，则为医保基金超统筹支付费用，各定点医疗机构应在次年医疗保险基金中扣回。

4. 定点医疗机构暂停营业、关闭、破产的，应当在停业、关闭、破产的十个工作日内将当月或上月预付款退回医保基金；恢复营业的，在当月和下月（可跨年度）不再拨付相应的预付款。

第十九条 特办结算。因医疗保障重大政策调整导致医疗费用大幅增加超出年度住院统筹基金支付总额的定点医疗机构，可向市医疗保障经办机构提出书面申请，经核实后，合理超出部分的统筹记账费用，优先从市级调节金中予以适当补偿，仍不足部分按医疗保险住院统筹基金当年结余、历年结余中按顺序给予适当补偿。

突发公共卫生事件应急处置期间，国家、省对医疗费用支付方式有规定的，按其规定执行。

第二十条 费用审核拨付。医保经办机构可通过智能审核、人工复审和组织第三方专家评审等方式对医疗机构申报的医疗费用进行审核，发现医疗机构申报费用有不符合医保支付规定的，应告知医疗机构并说明理由。医疗机构应在规定时限内向医

保经办机构做出说明，逾期不说明的，医保经办机构可拒付有关费用。医保经办机构可根据实际情况进行进一步核实，对核实的不合理费用，医保经办机构按规定进行扣减。

医保经办机构和定点医疗机构建立基金收付对账机制，定期对账目。双方应积极完善结算系统，实现单据系统内上传。医保经办机构可根据相关规定在各定点医疗机构年终清算应偿付费用中纳入违规核扣费用项目核扣拒付及扣减费用。

第八章 监督管理

第二十一条 完善结算数据。定点医疗机构应在参保人出院结算后按照《医疗保障基金结算清单填写规范（试行）》的要求及时、完整、准确、规范填写医保结算清单等数据并及时上传。医保结算清单中常用的标量、称量等数据项应当使用国家和医保、卫生行业等相关标准。

其中，诊疗信息数据指标填报主要来自于住院病案首页数据，医疗收费信息数据指标填报口径应与财政部、国家卫健委、国家医保局统一的“医疗住院收费票据”信息一致。西医疾病诊断代码统一使用《医疗保障疾病诊断分类及代码（ICD-10 医保 V1.0 版）》，手术和操作代码统一使用《医疗保障手术操作分类与编码（ICD-9-CM3 医保 V1.0 版）》标准，中医病症诊断代码

统一使用《医疗保障中医病症分类与代码》(中医病症分类与代码医保 V1.0), 日间手术病种代码统一使用《医保日间手术病种分类与代码》进行分类编码。填写疾病诊断、手术及操作项目时应当同时填写名称及代码。

医保结算清单等数据超期未上传、上传无效(主要诊断为空或非标准主要诊断无法入组、主要诊断与主要手术不匹配、肿瘤类乱填报等), 相应病种按 0 分计算。

对病案质量通报中上传率、入组率、准确率低于 90% 的定点医疗机构限期进行整改。连续 3 个月准确率低于 90% 的, 对院领导进行约谈; 连续 6 个月准确率低于 90% 的, 暂停月度预付直至整改合格。

第二十二条 诊疗规范。 定点医疗机构要遵循合理检查、合理用药、合理治疗服务原则, 严格按照有关规定提供基本医疗服务, 使用超出基本医疗保险范围的医疗服务及药品、耗材, 应告知患者或其家属并签字同意; 特殊高值医疗服务及药品、耗材, 需经患者或其家属同意并签字的, 从其有关规定。

定点医疗机构应严格执行现行的出入院指征, 不得分解住院、挂床住院或让不符合出院条件的病人提前出院。定点医疗机构有义务和责任执行首诊负责制和等级定点医疗机构的有关规定, 实行分级诊疗, 严格掌握转诊转院指征。对不符合入院指征住院、分解住院、挂床住院, 以及无故推诿病人的, 经查实后,

所发生的费用医保经办机构可按有关规定进行处理，并在各定点医疗机构年终清算应偿付费用中纳入违规处罚费用项目进行核扣；按有关规定已接受处罚的，不再二次处理和费用核扣；定点医疗机构有分解住院、挂名住院、诊断升级、高套分值及降低服务质量等违规行为的，当次住院的分值不予计算，并按该分值的3倍予以扣减。

第二十三条 随机抽查。医保经办机构按比例随机抽查定点医疗机构病例，根据审核属违规的医疗费用，在定点医疗机构年终清算应偿付费用中纳入违规处罚费用项目进行扣减违规总金额。按有关规定已接受处罚的，不再二次处理和费用核扣。

第二十四条 建立监管机制。医保经办机构建立监管制度与考核机制，日常监管与定期监管有机结合，对定点医疗机构付费开展全过程监督。医疗机构应建立完善内部管控体系，严格执行方案内容。加强对病案首页、医保结算清单质量和诊疗行为、付费标准合理性、医保住院的常规运行指标的管理。

医保经办机构应加大对定点医疗机构执行服务协议情况的检查和基本医疗保险统筹基金支出的稽核。对定点医疗机构违反服务协议约定的，应当追究违约责任；涉嫌违法的，应及时向同级医保行政部门报告。

医保经办机构应加强对定点医疗机构遵守基本医疗保险法律、法规及有关规定的监督检查。定点医疗机构违反法律、

法规及有关规定的，行为发生地的医保经办机构应依法予以查处；属卫健、药监、价格监督管理等行政部门职责管理范围的，医保行政主管部门应及时移交相关部门处置；涉嫌犯罪的，应移送司法机关追究刑事责任。

市医保行政部门会同市卫健行政部门、市纪检监察部门、市市场监管部门建立医疗评议专家组，不定期组织专家对各定点医疗机构提供医疗服务和执行医疗保险政策规定等情况进行监督检查，加强对基本医疗保险费用支出的监管。

第二十五条 考核指标管理。医保经办机构采用日常考核与现场考核相结合的方式，及时统计年度考核指标数据和信用管理指标数据并定期将各项指标数据向定点医疗机构通报，年终结算时按规定对各定点医疗机构进行考核及信用等级评定。

第二十六条 建立联审互查制度。建立定点医疗机构联审互查制度，各级医保经办机构不定期组织定点医疗机构人员，对住院结算材料进行联审互查，对发现的违规问题进行深入剖析，并按照规定进行处理。

第二十七条 内部管理及内审。医疗机构应加强内部科室和医务人员的管理，防止服务不足和过度医疗，保证服务质量和参保人员权益。不得以医保费用为原因推诿拒收病人，不得将超过指标控制的医疗费用转嫁给参保人。

第二十八条 医疗费用管理制度。医疗机构应根据要求建立

院内医疗费用管理制度，建立健全考核评价体系，定期检查医保基金使用情况。对内部科室和医务人员提供的医保费用定期进行分析审核。医疗机构应对协议期间的医疗电子台账、纸质凭证等予以完整保留，以备核查，不得以电脑损坏、凭证丢失等理由拒绝提供并承担责任。医疗机构自查发现的问题，涉及医保基金的须及时上报给医保经办部门，并按相关规定年终清算应偿付费用中纳入违规处罚费用项目进行扣减。按有关规定已接受处理的，不再二次处理和费用核扣。

第二十九条 建立协商谈判机制。建立健全与定点医疗机构的协商谈判机制，组建医保支付制度评议组织，健全病种分值付费评议制度，建立病种组合目录、病种分值等动态维护机制，推动形成共建共治共享的医保治理新格局。

充分发挥医保支付制度评议组织作用，规范评议组织议事规则，定期组织召开评议组织会议，收集医疗机构意见建议，对DIP政策调整情况、特殊病例以及有争议的违规扣减分值内容及其他DIP付费相关重大事项开展评议，提出评议意见。

经办机构在开展DIP工作时，应主动接受纪检监察等部门及社会各界的监督。经办机构与医疗机构在DIP经办工作实施过程中出现的纠纷，按医疗服务协议及相关法律法规处理。

第三十条 协议管理。强化医保部门、定点医疗机构履约责

任，建立保证协议正常履行的监督机制和违约处理机制。经办机构与医疗机构签订医保服务协议时，要将 DIP 管理的相关要求写入医保服务协议，协议内容应包括 DIP 总额预算、数据报送、费用审核、申报结算、费用拨付及违约行为处理等内容。完善协议管理流程，对医疗机构及经办机构的基本权利义务，履行 DIP 管理的主要程序等内容予以明确，并建立医疗机构退出机制。

第九章 信息管理

第三十一条 信息管理。医疗机构应建立健全并规范管理医疗保障基础信息数据库，按照医保经办机构要求将参保人发生的诊疗服务和费用数据及其他审核结算所需信息按医保经办机构要求传输至医保经办机构信息系统，确保信息真实、准确、完整。

国家医保平台运行环境下，医疗机构应做好编码对接和维护工作，并做好院内信息系统与医保经办机构数据信息准确对应。医保经办机构更新的有关数据信息应及时通知医疗机构，医疗机构应当及时更新维护本地系统。

医保经办机构和定点医疗机构应当制定应急措施，任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人就医的，须启动应急措施并及时通知对方，保障参保人就医。

第十章 附则

第三十二条 本实施细则如与国家 and 上级相关政策、规定相抵触，执行国家和上级政策、规定。

第三十三条 在实施过程中，根据实际情况，市医疗保障局会同有关部门对相关条款作适当调整。

第三十四条 本实施细则由市医疗保障局负责解释。

第三十五条 新钢职工医保暂不纳入本实施细则实施范围。

第三十六条 本实施细则从 2022 年 11 月 1 日起试运行。原有结算细则与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

抄送：市纪委监委，市委各部门，市人大常委会，市政协，新余军分区，市中级人民法院，市检察院，群众团体。

新余市人民政府办公室秘书科

2022 年 11 月 11 日印发
