

关于印发铁岭市 DIP 支付方式改革三年行动计划（2022-2024 年）的通知

各县(市)区医保局、财政局、人社局、卫健局、市场局,市医疗保障事务服务中心,各定点医药机构:

现将《铁岭市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》印发给你们,请认真贯彻执行。

铁岭市医疗保障局

铁岭市财政局

铁岭市人力资源和社会保障局 铁岭市卫生健康委员会 铁

岭市市场监督管理局

2022 年 11 月 16 日

各县（市）区医疗保障局，市医疗保障事务服务中心，各定点医疗机构：

现将《铁岭市 DIP 支付方式改革三年（2022-2024 年）行动计划》印发给你们，请认真贯彻落实。

铁岭市医疗保障局

2022 年 6 月 27 日

（信息公开形式：主动公开）

铁岭市 DIP 支付方式改革三年（2022-2024 年）行动计划

按照《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48 号）和《关于印发辽宁省医保支付方式改革三年（2022-2024 年）行动计划的通知》（辽医保发〔2022〕1 号）要求，结合我市实际，制定本行动计划。

一、总体要求

（一）工作目标。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心，以加快建立管用高效的医保支付

机制为目标，利用 3 年时间，加快推进按病种分值付费（DIP）支付方式改革，实现医疗机构、病种和医保基金全覆盖。完善医保支付方式改革工作机制，加强基础设施建设，协同推进医疗机构配套改革，建立上下联动、内外协同、标准规范、管用高效的医保支付管理体系，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治患者的内生动力，切实保障广大参保人员基本医疗权益和医保制度长期可持续发展。

（二）总体安排。2022 年全面启动 DIP 支付方式改革，并于 2022 年底实现模拟付费；2023 年实现 DIP 实际付费，完善信息化建设，提高结算清单质量，提高经办服务和协议管理能力，加强基础设施建设，提高基金智能审核和监管能力，协同推进医疗机构配套改革，深入推进 DIP 支付方式改革；2024 年底前，DIP 付费覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖，全面完成三年行动计划任务，勇于创新，以“数字赋能”解决改革中遇到的问题，保质保量完成改革任务，努力打造“精品工程”。

二、全力推进 DIP 付费全覆盖

积极推进医疗机构、病种分组、医保基金三个方面全覆盖，全力推进DIP付费，实现从粗放式向精细化纵深发展。

（一）抓医疗机构全覆盖。逐步将符合条件的开展住院服务的医疗机构全部纳入DIP付费范围，按计划逐年提高DIP医疗机构占比，2023年底前不低于40%，2024年底前实现全覆盖。

（二）抓病种全覆盖。逐步提高DIP付费医疗机构住院病种入组率，2022年、2023年分别达到80%以上、90%以上。

（三）抓医保基金全覆盖。逐步提高DIP付费医保基金支出占统筹区内住院医保基金支出，2023年底前实现基金支出占比70%以上。

三、建立完善DIP付费工作机制

牢牢抓住机制建设这个核心，不断推进医保DIP支付方式改革向内涵式、精细化发展。

（一）完善核心要素管理与动态调整机制。突出病种、分值系数、点值等核心要素，建立动态调整机制，完善流程管理。

加强病种管理：以国家分组为基础，结合本地实际，维护和动态调整病种分组，缩小组内变异，使之更贴近临床需求，贴近

本地实际，有利于开展病种费用结构分析，客观反映疾病的严重程度；

加强病种分值管理：使之充分发挥医保基金引导医疗资源优化配置的作用，向疑难重症和新医疗技术倾斜，更加体现医务人员劳动价值，更加体现公平公正，客观反映治疗的复杂程度；

加强医疗机构系数管理：有效体现医疗服务技术含量，促进分级诊疗，推进医疗机构成本核算、绩效管理，客观反映医疗资源的消耗程度；

加强点值管理：以医保基金区域总额预算为总量，大幅提高医疗服务资源和医保基金使用绩效，客观引导医疗机构建立内生动力。

（二）健全绩效管理与运行监测机制。以不断提高医保基金使用绩效为目标，完善组织管理和制度建设、病案质量、医疗服务能力、医疗行为、医疗质量、资源效率、费用控制、患者满意度等 DIP 考核指标体系；发挥新医保信息平台技术优势，运用大数据分析，加强医疗服务行为纵向分析与横向比较；充分利用考核评价成果建立激励约束机制，坚持“考核与付费”相结合，将

考核结果运用到质量保证金拨付、医疗机构信用等级评定等环节，真正发挥医保支付“指挥棒”作用。

按照 DIP 付费国家医疗保障经办管理规程要求，围绕 DIP 付费全流程管理链条，强化运行监测和数据分析，建立健全日常监测和周期性评价相结合的医保支付方式监测体系，综合、全面和真实地反映支付方式改革的整体效果。日常监测侧重于医保结算清单质量、日常医疗服务行为规范性、付费标准合理性、医保住院常规运行指标等方面；周期性评估侧重于医保费用整体情况、医疗行为的改变、医疗质量的保证和参保患者满意度等方面。

（三）形成多方参与的谈判协商与争议处理机制。建立医保经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，促进各级医疗机构集体协商，通过平等协商谈判科学确定 DIP 各项参数，着力构建多方参与、相互协商、公开公平公正的医保治理新格局。要建立技术评价与争议处理机制，规范争议问题发现、研究解决和结果反馈等流程，畅通问题反馈路径，确保争议问题得到及时有效解决。加强专家队伍和评议机制建设，有效支撑病种、分值、系数和点值等核心要素动态调整。

（四）建立相关改革的协同推进机制。完善医保基金总额预算，逐步推行以区域（或一定范围内）医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。加强医保支付的针对性、适应性、系统性、协同性，探索对易产生不合理住院高人次、高费用等病种开展目标性总控；协同推进医疗康复、慢性（重症）精神疾病、部分传染病等中长期住院病种按床日付费；积极探索适应门诊保障机制的医保 DIP 支付方式；在 DIP 政策框架内，协同推进医共体总额付费，促进形成医共体内部激励机制；探索中医药按病种付费的范围、标准和方式，支持和促进中医药传承创新发展；探索建立国家医保谈判药品“双通道”管理、药品和医用耗材集中带量采购等政策措施协同推进机制，形成正向叠加效应。同步加强支付审核管理，不断完善与 DIP 付费相适应的基金监管机制和手段，促进医疗机构强化管理，规范医疗服务行为。

四、夯实 DIP 付费基础

医保支付方式改革是一项系统工程，要夯实专业能力、信息系统、技术标准等基础建设，确保改革行稳致远。

（一）加强专业能力建设。积极组织参加国家、省医保部门组织的培训，组织全市经办机构和重点医院进行师资和骨干培

训，组织定点医疗机构全员培训。逐步规范培训内容，丰富培训形式，保证培训规模，确保培训质量，推动形成干中学、学中干的良性互动机制。建立交叉评估交流与集中调研机制，积极参加省局组织的交叉调研评估活动，适时组织骨干人员到省内外调研学习。市医保局牵头组建由医保行政、经办机构、医疗机构相关专家和相关专业人员组成的工作专班，强化对全市医保支付方式改革的业务培训和综合评估。

（二）加强信息系统建设。按照国家下发的统一基础版功能模块的应用要求，结合我市实际，科学合理设置全市医保信息平台 DIP 功能模块规则和参数，做好与国家及省医保信息平台实时有效对接，确保模块应用和数据传输上下通畅、安全可靠。

（三）加强标准规范建设。遵循国家及省确定的改革方向、步骤和路径，明确各阶段、各环节工作重点、主要内容、注意事项、建设标准等，落实国家及省 DIP 付费技术标准和经办流程规范，落实医保支付方式改革各项工作任务，不断提高改革质量和效率，提升医保支付方式改革标准化、规范化水平。强化医保协议管理，在协议中明确 DIP 付费预算管理、数据质量、病案质量、支付标准、审核结算、稽核检查、协商谈判、考核评价等要求，

对定点医疗机构在 DIP 付费中发生的违约行为进行重点关注并提出具体处理办法。

（四）加强创新能力建设。在落实国家有关标准规范和工作机制框架内，聚焦改革中重点、难点问题，合力攻坚，提高专业能力和信息化水平，组织开展示范医院建设等方面发挥典型示范作用。要在开展绩效评估、成效评估和风险评估等方面率先取得进展，并及时总结改革成效和工作经验，发挥好示范作用。

五、推进医疗机构协同改革

医保支付方式改革直接作用对象是定点医疗机构，要引导和协调医疗机构重点推进编码管理、信息传输、病案质控、内部运营机制建设等四个方面的协同改革，做到四个到位。

（一）编码管理到位。全面推进标准化是 DIP 付费改革的重要支撑。各级各类定点医疗机构要确保国家 15 项医保信息业务编码全面落地、规范使用，按照《医疗保障基金结算清单填报规范》及时上传统一的医保结算清单。

（二）信息传输到位。医疗机构及时、准确、全面传输 DIP 付费所需信息是医保支付方式改革的基础。市医疗保障事务中心要指导、督促辖区内医疗机构对标国家标准，逐项确认医保结算

清单接口文档及各字段数据来源,梳理医保结算清单数据项的逻辑关系和基本内涵,动态维护,做细医保结算清单贯标落地工作,落实DIP付费所需数据的传输要求,确保信息实时传输、分组结果和有关管理指标及时反馈并能实时监管。

(三)病案质控到位。病案管理是DIP分组的核心。要引导医疗机构切实加强病案管理,提高病案质量。实施DIP付费的医疗机构,应按国家有关要求建立电子病历管理制度,并按照DIP付费管理及基金监管需求,及时上传电子病历信息。探索应用人工智能技术,使用病案内涵与疾病诊断和手术操作编码、分组结果匹配关系的校验工具。开展病案质量专项督查,提高医疗机构病案首页以及医保结算清单报送的完整度、合格率、准确性。

(四)医院内部运营管理机制转变到位。医保支付方式改革的主要目的,是引导医疗机构改变当前粗放式、规模扩张式运营机制,转向更加注重内涵式发展,更加注重内部成本控制,更加注重体现医疗服务技术价值和减轻参保患者医疗费用负担。要充分发挥DIP支付方式改革付费机制、管理机制、绩效考核评价机制等引导作用,推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变,在促进医院精细化管理、高质量发展的同时,提高医保基金使用绩效。

六、工作要求

深化医保支付方式改革是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键环节，是深化医疗保障改革、推动医保高质量发展的必然要求。要进一步提高认识，加强组织领导，完善工作机制，积极稳妥地推进DIP支付方式改革。

（一）加强领导，压实责任。市医保局负责改革整体推进工作，成立由医保行政、经办、医疗机构专家及第三方公司组成的支付方式改革工作领导小组，下设工作专班，统筹完成结算办法、考核监管办法和经办规程等政策起草工作，并指导市医疗保障事务服务中心和各定点医药机构做好各项改革工作。市医疗保障事务服务中心具体负责医保支付方式改革的实施和指导各县（市）区经办工作，进一步规范流程、统一标准，做好数据监测等工作，并于每季末将工作进展情况报送市医疗保障局，并逐级报省医疗保障局。

（二）加强沟通，密切协作。建立横向协作，纵向联动的沟通协调机制。支付方式改革工作领导小组横向要加强与财政、卫生健康等部门的沟通协调，形成工作合力；纵向要形成市、县医保部门与第三方公司、医疗机构的联动机制，各相关部门均要明

确责任领导和责任人，建立畅通的沟通协调机制，确保按照全市统一的时间表、路线图强力推进，保证各项改革任务如期落实到位。

（三）加强宣传，争取支持。医保支付方式改革涉及多方利益，社会关注度高，要加强宣传解读和舆论引导，形成广泛的社会共识，为改革创造良好、宽松的工作环境。要加强效果评估，讲好改革故事，用事实讲道理，用数据讲效果，及时宣传支付方式改革的进展和成效，争取社会各方的理解和支持。要充分展现改革惠及人民群众、引导医疗机构加强管理以及促进医保基金提质增效的重要意义。

附件：

2022-2024 年铁岭市医疗保障局

DIP 支付方式改革行动计划主要工作安排表

序号	工作阶段	工作内容	计划完成时间
1	筹划部署	按照国家整体任务安排，整体谋划部署改革	2022 年 3 月



铁岭市行政规范性文件

	阶段	工作。	底前
2	(2022年1-5月)	确定第三方公司，签订协议，制定改革实施计划。	2022年3月底前
3		召开全市DIP支付方式改革启动会议	2022年5月底前
4		制定结算办法、考核监管办法、协议管理和经办规程等相关工作制度。	2022年9月底前
5	深化推进阶段 (2022年6-12月)	进一步加强人员专业能力建设，积极开展DIP相关业务培训，规范培训内容，丰富培训形式，培养本市DIP业务骨干。	
6		推进医疗机构协同改革，对医疗机构的编码管理、信息传输、病案质控、内部运营机制建设等四个方面的协同改革做重点推进引导	

		和协调。	
7		实现模拟支付。	
8		总结 2022 年改革工作经验,制定优化完善工 作计划,针对性解决本市存在的问题、不足, 提高改革质量水平。	2023 年 4 月 底前
9	优化完善	实现实际支付。	
10	阶段 (2023 年 1-12 月)	对标国家四个全面覆盖、四个制度机制、四 项基础建设、四个方面,完成各项阶段性任 务指标。	
11		围绕改革的层次效益进行考核验收,评选一 批优秀单位和先进个人,并召开全市 DIP 改 革总结大会。	
12	长效运行 阶段 (2024 年	总结 2023 年改革工作经验,深入研究改革中 遇到的新问题、新情况。	2024 年 4 月 底前

 铁岭市行政规范性文件

13	1-12 月)	突出加强精细化管理、促进高质量发展，结合 DIP 付费运行监测和考核评估情况，持续优化政策体系、加强协商谈判、推进协同改革、建立长效机制，不断提升改革落地的质量效果。	
14		持续探索研究改革创新点，不断推进支付方式改革向纵深发展，力争成为改革样板。)	