河南省医疗保障局

关于印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划实施方案》的通知

各省辖市、济源示范区、各省直管县（市）医疗保障局，局机关各处室、局属各单位：

为全面落实国家医疗保障局《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，省医疗保障局制定了《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划实施方案》，现印发给你们，请认真组织实施，确保工作取得实效。

2021 年 12 月 30 日

DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划实施方案

为贯彻落实国家医疗保障局《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，持续深入推进医保支付方式改革，进一步提升医保精细化管理服务水平，结合我省实际，制定本方案。

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，全面贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，按照“建立管用高效的医保支付机制”要求，坚持以人民健康为中心，总结推广 2019—2021 年 DRG/DIP 付费国家试点的有效做法，加快推进我省支付方式改革工作，推动医保高质量发展，促进供给侧结构性改革，维护参保人权益，切实增强人民群众获得感、幸福感、安全感。

二、工作目标

到 2023 年底，在省直、省辖市、示范区、省直管县（市）试点和病种分组全覆盖的基础上，实现 DRG/DIP 支付方式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，先期完成目标任务的地区不断巩固改革成果。强化医保基金区域总额预算管理，健全医保经办机构与医疗机构的谈判协商机制，强化风险分担、激励约束、质量评价机制，协同推

进医疗机构配套改革，激发定点医疗机构主动控制成本的内生动力，提高医保基金使用效率。到 2024 年底，全面完成以 DRG/DIP 为重点的支付方式改革任务，全省形成内外协同、标准规范、管用高效的医保支付新机制。

三、推进措施和任务分工

紧扣国家“实现四个全覆盖、建立完善四个工作机制、加强四项基础建设、做到四个到位”目标任务，分阶段、抓重点、阶梯式推进改革工作，积极统筹谋划，突出工作重点，注重提质增效，全面稳步推进，高质量完成支付方式改革各项任务。

（一）抓扩面：实现四个全覆盖

进一步加强完善 DRG/DIP 支付方式改革工作机制、配套政策、系统平台等基础性工作，梳理总结 DRG 可借鉴、DIP 可复制的改革经验并加以推广，在突出抓好医疗机构、医保基金全覆盖的同时，全面推动 DRG/DIP 支付方式改革向精细化纵深发展。

1. 抓统筹地区实际付费全覆盖。在 2021 年各统筹地区 DRG/DIP 支付方式改革试点全覆盖基础上，2022 年 1 月全部启动 DRG/DIP 支付方式改革实际付费。

牵头单位：省医保局医药服务管理处、省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022 年 1 月

2. 抓医疗机构全面覆盖。各统筹地区按两年安排实现符合条件的开展住院服务的医疗机构全面覆盖，2022年进度应不低于50%，2023年全省实现全面覆盖。鼓励有条件的统筹地区提前实现全覆盖。

牵头单位：省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022年不低于50%、2023年实现全覆盖

3. 抓病种全面覆盖（原则上达到90%）。各统筹地区按两年安排实现DRG/DIP付费医疗机构病种全面覆盖，2022年启动DRG/DIP实际付费的医疗机构病种入组率不低于90%，2023年启动DRG/DIP实际付费的医疗机构病种入组率不低于90%。鼓励入组率达到90%以上。

牵头单位：省医保局医药服务管理处、省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：实际付费的医疗机构当年实现病种全覆盖

4. 抓医保基金全面覆盖（原则上达到70%）。各统筹地区按两年安排实现DRG/DIP付费医保基金支出占统筹区内住院医保基金支出达到70%，2022年应不低于50%覆盖率，2023年应不低于70%覆盖率。鼓励有条件的统筹地区提前实现全覆盖，鼓励超过70%的基金总额预算覆盖率。

牵头单位：省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022年不低于50%、2023年不低于70%

（二）建机制：建立完善四个工作机制

坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，围绕“保基本、可持续、惠民生”的发展目标，瞄准建立管用高效的医保支付机制这个核心，到2022年底，突出建立和完善四个工作机制，不断推进医保支付方式改革内涵式、精细化发展。

1. 完善核心要素管理与调整机制。各统筹地区要突出病组（病种）、权重（分值）和系数三个核心要素，建立完善管理和动态调整机制，并不断完善各项技术标准和流程规范。加强病组（病种）管理，以国家分组为基础，结合本地实际，维护和调整病种分组，使之更加贴近临床需求，贴近地方实际，更利于开展病种费用结构分析；加强病组（病种）权重（分值）管理，使之更加体现医务人员劳动价值，更加体现公平公正；加强医疗机构系数管理，有效体现医疗服务技术含量。全省统一、逐年增加分级诊疗病种，引导常见病、多发病留在基层就诊，提升紧密型县域医共体及基层医疗机构改革绩效，促进分级诊疗，提高医疗服务资源和医保基金使用绩效。

牵头单位：省医保局医药服务管理处、省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022 年

2. 健全绩效管理与运行监测机制。各统筹地区要加强医保基金使用效率效果评价考核，不断提高有限医保基金使用绩效。各地要基于 DRG/DIP 付费改革，加强医疗服务行为的纵向分析与横向比较，建立医保基金使用绩效评价与考核机制，并充分利用考核评价成果建立激励约束机制，真正发挥医保支付“牛鼻子”作用。按照 DRG/DIP 付费国家、省医疗保障经办管理规程要求，对定点医疗机构 DRG/DIP 付费实施全流程监测和管理，构建“国家—省—市”多层次监测机制，加强数据分析，优化工作流程，提升信息化水平，建立管用高效的监测体系。

牵头单位：省医保服务中心，省医保统计分析中心、各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022 年

3. 形成多方参与的评价与争议处理机制。各统筹地区要建立相应技术评价与争议处理机制，形成多方参与、相互协商、公开公平公正的医保治理新格局，要立足当地实践，建立完善争议问题发现、研究解决和结果反馈机制，加强专业专家队伍建设、评议机制建设，支撑病种、权重（分值）和系数等核心要素动态调整，形成与医疗机构集体协商、良性互动、共治共享的优良环境。

牵头单位：省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022年

4. 建立相关改革的协同推进机制。各统筹地区要完善总额预算管理机制，大力推进病种分值付费等区域总额预算管理，减少直至取消具体医疗机构年度绝对总额管理方式；协同推进按床日付费、按人头付费机制改革，加强各种支付方式的针对性、适应性、系统性；在 DRG/DIP 政策框架范围内，协同推进紧密型医疗联合体“打包”付费；探索中医药按病种支付的范围、标准和方式，增加中医住院治疗病种和中医优势病种，支持和促进中医药传承创新发展；建立与国家医保谈判药品“双通道”管理、药品医用耗材集中带量采购等政策措施的协同推进机制，形成正向叠加效应。同步加强支付审核管理，完善基金监管机制，促进医疗机构强化管理，规范医疗服务行为。

牵头单位：省医保局医药服务管理处、医药价格和招标采购处、省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022年

（三）打基础：加强四项基础建设

支付方式改革是一项系统工程、战略任务，必须加强基础支

撑。要牢牢抓住专业能力、信息系统、技术标准和示范点四项建设任务，夯实基础，确保支付方式改革行稳致远。

1. 加强专业能力建设。在落实国家医保局“双百计划”的同时，省医保局继续发挥省级平台优势，采取请进来、走出去、现场指导等多种形式，每年再培训市级骨干100人（含各地医保局分管领导、医药处（科）负责人及相关业务骨干）、县（市）业务骨干100人。组织开发培训课件，分级分类培养相对固定、讲解能力强的培训人员。各地医保局负责加强本区域支付方式改革培训，实现经办机构和试点医疗机构培训全覆盖，重点做好病案、编码、信息系统、数据审核等专业人员的培训工作，每年不少于1000人，不断提升医保、经办人员能力素质，增加人才储备，更好适应改革需求。

牵头单位：省医保局医药服务管理处、省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022年

2. 加强信息系统建设。在严格执行国家标准规范和基础版本的基础上，省局统一设置DRG/DIP功能模块的规则、参数，其中DIP功能模块按照“五统一”标准（即：统一信息系统建设、统一数据采集标准、统一测算方法、统一基础代码、统一分组标准）设置，做好医保信息系统数据库动态维护、编码映射和有关接口改造等工作，实现与国家平台完全对接。

牵头单位：省医保局医药服务管理处、省医保统计分析中心、省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：按照国家局部署适时开展

3. 加强标准规范建设。坚持支付与监管并重，明确对定点医疗机构在 DRG/DIP 付费中发生的套高编码、降低住院指征收治住院和分解住院等违规行为的检查和处理办法，强化事前、事中、事后全流程监管。省医保服务中心按国家医保局统一要求，完善我省技术标准和经办流程规范，明确各个阶段、各个环节工作重点、主要内容、注意事项、建设标准等，指导督促各统筹地区落地落实；强化协议管理，在协议中明确 DRG/DIP 付费预算管理、数据质量、支付标准、审核结算、稽核检查、协商谈判、考核评价等要求，不断提高各统筹地区改革质量和效率，提高付费方式改革标准化、规范化水平。

牵头单位：省医保局医药服务管理处、基金监管处、省医保服务中心，省医保统计分析中心、各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：按照国家局部署适时开展

4. 加强示范点建设。通过试点城市、试点医院自愿申报，评选 DRG/DIP 支付方式改革国家级和省级示范点、示范医院。

发挥典型示范、辐射带动作用，在落实标准规范、完善工作机制、开展精细化管理等方面，引领改革向纵深发展。省医保局加强对国家示范点建设的指导和督导。各地医保局做好示范医院申报、评选、宣传等工作，调动定点医疗机构推进改革的积极性、主动性和创造性，评选结果向省局医药服务管理处备案。

牵头单位：省医保局医药服务管理处、省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医疗保障部门

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022年

（四）推协同：推进医疗机构协同改革

医保支付方式改革主要是医保与定点医疗机构之间的改革，要发挥好医保经办机构 and 定点医疗机构的作用，突出抓好医疗机构编码管理、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。

1. 编码管理到位。各统筹地区要确保国家15项医保信息业务编码在定点医疗机构的全面落地，重点优先实现医保疾病诊断和手术操作、药品、医用耗材、医疗服务项目编码的落地应用，并使用医保标准编码，按照《医疗保障基金结算清单填写规范》上传统一的医保结算清单。

牵头单位：省医保统计分析中心、省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医保经办机构

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022 年

2. 信息传输到位。各统筹地区要指导、督促辖域内医疗机构对标国家标准，组织力量校验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，做细医保结算清单贯标落地工作，落实 DRG/DIP 付费所需数据的传输需要，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。

牵头单位：省医保统计分析中心、省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医保经办机构

配合单位：各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022 年

3. 病案质控到位。各统筹地区要引导医疗机构切实加强院内病案管理，提高病案管理质量，支持定点医疗机构开发病案智能校验工具，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。

牵头单位：省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医保经办机构，各统筹地区试点医疗机构

完成时限：2022 年

4. 医院内部运营管理机制转变到位。各统筹地区要充分发挥 DRG/DIP 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。

牵头单位：各统筹地区试点医疗机构

配合单位：省医保服务中心，各省辖市、济源示范区、各直管县（市）医保经办机构

完成时限：2022年、2023年

四、工作要求

医保支付方式改革是一项关系民生的系统工程，是深化医疗保障改革、推动医保高质量发展的必然要求，各级医保部门要高度重视，充分理解支付方式改革的必要性、紧迫性，认真研究，积极探索，务实深入推进支付方式改革工作。

（一）加强组织领导

各统筹地区要进一步提高认识，统一思想，按照国家和省三年行动计划要求，结合本地实际，科学制定本地区工作方案，明确目标任务、进度安排、质量要求，细化医药服务、规划信息、筹资待遇、价格招采、基金监管、医保经办等责任分工，于1月30日前报省医保局。各级医保部门主要负责同志是医保支付方式改革工作的第一责任人，要加强对支付方式改革工作的领导，加强与财政、卫生健康等部门的沟通协调，明确目标任务、路径方法和各自责任，形成工作合力，联动推进改革工作。分管负责同志要靠前指挥，制定工作调度计划，严把时间节点，督导工作落实。省局将定期对本计划落实情况进行检查和通报，推动工作顺利开展。

（二）完善工作机制

各统筹地区要充分发挥经办机构在支付方式改革落地中的重要作用，各级经办机构要切实落实责任，按照统一要求、结合实际制定本地支付方式经办管理规程和定点医疗机构支付方式经办管理规程，规范流程、统一标准，推进支付方式改革取得实效。省医保局将建立交叉评估交流与集中调研机制，每年组织1次交叉调研评估活动，坚持目标导向和问题导向，及时发现解决改革中出现的困难和问题，确保高质量完成改革任务。

（三）积极宣传引导

各统筹地区要充分利用本地媒体、医保公众号、自媒体、宣传册等手段，积极做好支付方式改革宣传工作，确保相关部门、医疗机构、参保群众充分了解支付方式改革在提高医疗资源使用效率、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，为支付方式改革工作营造良好氛围。

（四）做好经验总结

各统筹地区要加强对先进经验、典型案例的总结宣传，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。各地在实施过程中的工作动态、成熟经验和意见建议，请及时报省医保局。