韶关市基本医疗保险按病种分值付费（DIP）

实施细则

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为进一步完善基本医疗保险基金支付制度，提升医保精细化管理服务水平，引导医疗资源合理配置，维护参保人员医疗保障权益，根据《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）、《国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费(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)、《广东省医疗保障局转发国家医疗保障局DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（粤医保发〔2021〕54号)等有关规定，结合本市实际，制定本细则。

第二条 本细则适用于韶关市基本医疗保险参保人员在本市定点医疗机构发生的住院医疗费用结算。职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）分开列账、独立核算。

第三条 本细则遵循医保基金“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，实行“总额预算、病种赋值、月预拨付、年度清算”的结算模式。

第四条 按病种分值付费是指在基本医疗保险统筹基金支付本统筹区内住院医疗费的总额预算内，根据各病种均次费用与某固定值的比例关系确定相应的病种分值，按照医疗机构服务能力和水平确定医院系数，年终医保部门根据医疗机构得到的总分值和系数，按约定规则进行住院费用结算的付费方式。

第五条 按病种分值付费坚持中西医并重，支持中医药传承创新发展，促进医共体、卫生强基、高水平医院等方面建设，推动落实分级诊疗制度。

第二章 付费总额

第六条 根据全市当年度医保基金收入总额，结合上年度医保基金支出情况，合理确定年度付费总额。

第七条 职工医保付费总额＝当年职工医保基金收入总额-个人账户划拨支出-普通门诊统筹支出-门诊特定病种支出-异地就医结算支出-婚检支出-药品集中采购结余留用资金-其他政策性统筹基金支出-当年职工医保基金收入总额3%的风险调剂金。当年支出项目结余部分可结构调整计入当年度付费总额。

职工医保付费总额不得高于上年度付费总额的110%，同时不得超出当年各医疗机构统筹基金记账总额的110%，超出部分留作当期结余。

第八条 居民医保付费总额＝当年居民医保基金收入总额-普通门诊统筹支出-门诊特定病种支出-异地就医结算支出-婚检支出-家庭医生签约支出-药品集中采购结余留用资金-大病保险保费-其他政策性统筹基金支出-当年居民医保基金收入总额3%的风险调剂金。当年支出项目结余部分可结构调整计入当年度付费总额。

居民医保付费总额不得高于上年度付费总额的110%，同时不得超出当年各医疗机构统筹基金记账总额的110%，超出部分留作当期结余。

第三章 病种及病种分值

第九条 根据《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》，以国家和省DIP病种目录库为基础，结合本市一定时期历史结算数据，确定病种及病种分值，形成本市DIP病种分值目录库。

第十条 病种的确定。以国家医保版编码为基础，通过疾病诊断及治疗方式进行聚类，确定核心病种、综合病种、基层病种、中医优势病种、床日病种。

（一）核心病种：以医保版疾病诊断编码（ICD-10）和手术操作编码（ICD-9-CM-3）进行聚类分组，病例数达到10例及以上病种定为核心病种。

（二）综合病种：对低于10例的病种按病种属性进一步组合聚类，形成综合病种。

（三）基层病种：在核心病种中，筛选出部分适合基层医疗机构诊治的病种作为基层病种。

（四）中医优势病种：在省的中医优势病种范围内，同时符合以下两项要求的进入中医优势病种：1.医保结算清单的出院西医主要诊断、中医主要诊断同时符合《中医优势住院病种分值表》的中医诊断名称、诊断编码及西医诊断名称、诊断编码；2.中医综合治疗费用（指中药饮片费、中成药费以及治疗费中的中医及民族医诊疗类项目费用之和）占住院综合治疗费用（指治疗费、手术费、西药费、中药饮片费、中成药费之和）的比例大于50%。

（五）床日病种：精神病、传染病、长期卧床医疗康复、晚期姑息治疗等长期慢性病种形成床日病种。

第十一条 病种分值的确定。采用平均费用法，计算各病种的次均医疗费用，以所有病种的次均医疗费用为基准，确定病种分值。病种分值计算方式：病种分值＝该病种次均（日均）医疗费用÷所有病种次均医疗费用×100。

提高中医优势病种分值。同病种下仅有保守治疗方式的，中医病种治疗分值的计算方式为：保守治疗分值×1.5；同病种下仅有传统手术治疗方式的，中医病种治疗分值的计算方式为：传统手术分值×0.6。同病种下同时有保守治疗和传统手术诊治方式的，分别按上述规则计算后，取分值较高的作为中医病种治疗分值，且不得高于其他诊治方式（如：介入治疗、微创手术等）的分值。

第十二条 6岁（含）以下儿童（按入院日期）住院病例分值，在分值表列明的分值基础上上浮5%。

第十三条 符合基本医疗保险政策范围的日间手术医疗费用纳入DIP结算范围，实行同病同分值结算。

第十四条 病种分值一经确定，一个医保年度内不调整。因医疗技术发展、新药发明等原因，导致部分病种医疗费用明显增长时，经专家评估测算后调整病种分值。

第十五条 建立偏差病例校准机制。病例住院医疗总费用与该病种上年度次均住院医疗总费用偏差超出一定比例的，视为偏差病例，需重新计算分值进行校准。病例偏差率＝该病例的住院总费用÷上年度该病种次均住院医疗总费用（如上年度无该病种，取当年度该病种次均住院医疗总费用）。纳入中医优势病种的病例，同样适用偏差病例校准机制。

（一）偏差率≤0.5的，该病例分值=病种基础分值×偏差率。

（二）偏差率≥2且＜3的，该病例分值=病种基础分值×（偏差率-1）。

（三）偏差率≥3的，纳入年终专家评议范围，不计入月预拨付。

第十六条 建立高额费用病例评议机制。对于住院天数明显高于平均水平、费用偏离度较大、ICU住院天数较长或运用新医疗技术等原因导致的高额费用病例，医疗机构可提出高额费用病例结算申请，组织专家评议。

第四章 医疗机构权重系数

第十七条 综合考虑医疗机构级别、类型、功能定位、医疗水平、专科特色、次均费用等因素，合理确定各医疗机构权重系数。

第十八条 医疗机构权重系数由基本权重系数和考核权重系数组成。

第十九条 基本权重系数。原则上根据各医疗机构级别和类型等因素分为六档（详见系数表）。

（一）三级综合医疗机构为1.00；

（二）其他三级医疗机构（含中医院、妇幼保健院）为0.95；

（三）二级综合医疗机构（含按三级医院管理的医院）为0.85；

（四）其他二级医疗机构（含中医院、妇幼保健院）为0.80；

（五）一级中心卫生院和社区卫生服务中心为0.65；

（六）其他一级及未定级医疗机构为0.60。

新增纳入医保结算的一级及未定级医疗机构基本权重系数为0.60、二级医疗机构为0.80、三级医疗机构为0.95，两个医保年度保持不变。

各级各类医疗机构收治基层病种的基本权重系数统一为0.80。

第二十条 考核权重系数。由加成系数和扣减系数组成。

（一）加成系数（医疗机构加成系数累计不超过8%，超过8%按8%计算）

1.CMI值

CMI为医疗机构病例组合指数，计算公式为: CMI值=该医疗机构所有出院病例总分值÷该院出院总例数÷100。床日病种不纳入CMI计算。

当年度CMI≥1时，系数加成1%，CMI每增加0.1，系数依次再加成0.5%。该项最高加成2%。

2.老年患者占比

当年度医疗机构60周岁以上老年患者住院人次占比高于全市平均值10%的，系数加成1%,每增加5%，系数依次再加成0.5%。该项最高加成2%。康复医院、眼科医院不计算老年患者比例加成系数。老年病例总病例数不足200例的不进行系数加成。

3.儿童患者占比

当年度医疗机构6周岁以下儿童住院人次占比高于全市平均值10%以上的，系数加成1%，每增加5%，系数依次再加成0.5%。该项最高加成2%。儿童病例总数不足200例的不进行系数加成。

4.重点建设医院

属于省级区域医疗中心的医疗机构系数加成2%；属于广东省高水平医院的医疗机构系数加成1%。

5.重点专科

具有国家、省或市重点专科的，系数分别加成1%、0.4%、0.1%。同一专科只取最高认定的级别进行加成。只加成评定认证的具体医疗机构，医共体内其他医疗机构、独立结算的分院区等不加成。该项最高加成2%。

6.医保医药服务评价排名

在省组织的医保医药服务评价工作中，总得分全省排名前10%的，系数加成0.2%；单项维度得分全省排名前10%的，系数加成0.05%，单项维度系数加成累计不超过0.1%。当年度公布的评价结果运用于次年对本年度的清算工作。

7.医保电子凭证全流程应用

当年度实现挂号、住院登记、支付等全流程支持使用医保电子凭证的，系数加成0.2%。使用医保电子凭证结算（含门诊）占比超过10%的（按结算人次计算），系数再加成0.1%。

（二）扣减系数

1.年度住院总医疗费用增长率

住院总医疗费用增长率＝当年住院总费用÷上年住院总费用×100%－100%。增长率≤10%为达标，超过10%的，系数扣减0.5%，每超过5%，系数依次再扣减0.5%。该项最高扣减2%。支持紧密型县域医共体改革，紧密型县域医共体“年度住院总医疗费用增长率”≤10%的，该县域医共体内各医疗机构“年度住院总医疗费用增长率”均可视为达标。新设立的医疗机构从纳入医保定点起，3年内不纳入考核；当年新增诊疗范围或新增床位数产生的医疗费用不纳入考核计算；年度住院总费用低于200万元的医疗机构不纳入考核；职工医保或居民医保当年住院小于50人次的，相应险种不纳入考核。

2.“三大目录”外费用占比

对各医疗机构年度“三大目录”外费用占住院总费用的比例实行控制，三级医疗机构10%以内、二级医疗机构8%以内、一级及未定级医疗机构6%以内为达标，超过以上指标的，系数扣减0.5%，每超过1%，系数依次再扣减0.5%。该项最高扣减2%。“三大目录”外费用包括全自费费用、超医保支付标准费用。

3.费用偏差率

对各医疗机构全年费用偏差率≤0.5的病例数量占比进行考核，三级医疗机构10%以内、二级医疗机构8%以内、一级及未定级医疗机构6%以内为达标，超过以上指标的，系数扣减0.5%，每超过1%，系数依次再扣减0.5%。该项最高扣减2%。中医优势病种不纳入费用偏差率的指标考核。

4.年度医保结算清单疾病诊断和手术编码准确率

准确率＝(医疗机构年度住院总病例数-编码错误病例数）÷总病例数×100%。准确率≥95%为达标，低于95%的，系数扣减0.5%，每低于1%，系数依次再扣减0.5%。该项最高扣减2%。

5.年度内执行收费政策准确率

准确率＝(医疗机构年度住院医疗总费用-违规收费金额）÷医疗机构年度住院医疗总费用×100%，准确率≥95%为达标，低于95%的，系数扣减0.5%，每低于5%，系数依次再扣减0.5%。该项最高扣减2%。违规收费金额包括飞行检查、日常稽核、智能审核等当年确认违规收费的金额之和（含当年确认的历年违规收费金额）。

6.药品和医用耗材采购

纳入考核的医疗机构协议采购期内未按规定完成集中带量采购药品、医用耗材约定采购量的，系数分别扣减0.5%；纳入考核的医疗机构当年度药品、医用耗材线上采购率不达标的，系数分别扣减0.5%。该项最高扣减2%。

7.除上述情况以外，存在执行医保政策不到位、违反医保定点协议、未按规定退回医保预付金、未按规定配合医保部门工作等问题，或出现被其他行业主管部门处罚的重大问题，视情形系数扣减0.5%-2%。

第五章 月预拨付

第二十一条 当月医疗机构总分值确定。

当月医疗机构总分值＝（医疗机构当月非基层病种得分×医疗机构基本权重系数）+（医疗机构当月基层病种得分×基层病种基本权重系数）。职工医保和居民医保分别核算。

第二十二条 当月结算点值确定。

当月结算点值=（上年度付费总额月均支付额+全市当月按病种分值结算的参保人自付总额+相应的大额医疗费用补助、大病保险、医疗救助、公务员医疗补助等实行“一站式”结算总额）÷全市当月各医疗机构总分值之和。职工医保和居民医保分别核算。

第二十三条 医疗机构月预拨付金额确定。

医疗机构月预拨付金额＝（当月医疗机构总分值×当月结算点值-当月医疗机构按病种分值结算的参保人自付总额-大额医疗费用补助、大病保险、医疗救助、公务员医疗补助等实行“一站式”结算总额）×90%。职工医保和居民医保分别核算。

当计算出的月预拨付金额超过医疗机构统筹基金记账额的90%时，按医疗机构统筹基金记账额的90%进行预拨；当计算出的月预拨付金额低于医疗机构统筹基金记账额的90%时，按计算出的月预拨付金额预拨。

医疗机构发生的大额医疗费用补助、大病保险、医疗救助、公务员医疗补助等费用实行“一站式”结算，月预拨付时，按记账金额据实拨付。

第六章 年度清算

第二十四条 年度清算是指与医疗机构的数据核对，确定最终清算结果，完成年度结算。

第二十五条 偏差率≥3和高额费用病例的处理。

（一）偏差率≥3的病例，经专家评议后校正相关病例分值，或通过协商谈判赋予相关病例分值。

（二）高额费用病例。将清算当年各医疗机构DIP结算病例的实际医疗费用与全市次均医疗费用的比值乘以100，计算出每一个病例分值后减去病种分值表中对应的病种分值（床日病种除外），按分值差从高到低排序，排序在前1‰的病例（不足一人次的，按一人次算），医疗机构可提出按高额费用病例结算申请，经专家评议通过的，可按高额费用病例结算，病例分值＝（该病例实际医疗总费用÷当年度所有病种次均医疗费用）×100。医疗机构未提出申请或专家评议不通过的，不纳入高额费用病例结算。

第二十六条 医疗机构年度总分值确定。

医疗机构年度总分值＝[医疗机构非基层病种年度总得分×（基本权重系数+考核权重系数）]+[医疗机构基层病种年度总得分×（基层病种基本权重系数+考核权重系数）]。职工医保和居民医保分别核算。

第二十七条 年度结算点值确定。

年度结算点值是以医保总额预算为前提，用于计算病种支付标准，与医疗机构进行年度清算。年度结算点值=（年度付费总额+全年各医疗机构按病种分值结算的参保人自付总额+相应的大额医疗费用补助、大病保险、医疗救助、公务员医疗补助等实行“一站式”结算总额）÷各医疗机构年度总分值之和。职工医保和居民医保分别核算。

第二十八条 医疗机构年度清算总额确定。

根据年度结算点值和各医疗机构年度总分值确定年度清算总额。医疗机构年度清算总额＝医疗机构年度总分值×年度结算点值-医疗机构按病种分值结算的参保人自付总额-相应的大额医疗费用补助、大病保险、医疗救助、公务员医疗补助等实行“一站式”结算总额-违规扣款金额。医疗机构年度清算总额不得超过统筹基金记账额的110%。职工医保和居民医保分别核算。

医疗机构年度清算实际支付额＝年度清算总额-已支付的月预拨付总额。

第七章 结算管理

第二十九条 医疗机构应按照医疗保障疾病诊断分类与编码、医疗保障手术操作分类与编码以及病案管理等要求，对疾病病例进行分类编码，并按照《医疗保障基金结算清单填写规范》准确填写医保结算清单，在参保人出院结算后10日内上传。床日病种可每月结算上传。

第三十条 参保人出院后10日内因同一疾病，重复在同一医疗机构住院的（恶性肿瘤放化疗、急诊入院或其他特殊原因除外），不重复计算分值。

第三十一条 医疗机构应当为参保人就医办理联网直接结算，实时上传费用明细。参保人在本市医疗机构发生的按病种分值结算的住院医疗费用因医疗机构原因未记账的，参保人在医保经办机构办理零星报销后，统一纳入该医疗机构的分值结算，参保人已支付的当次住院全部医疗费用计入该医疗机构参保人支付费用总额。

第三十二条 医疗机构应于每月15日前向医保经办机构申报结算上月的医保费用，医保经办机构于当月底前完成费用审核和拨付。

第三十三条 医保经办机构原则上应在每年第一季度完成上年度的清算工作。

第八章 监督管理

第三十四条 医疗机构应规范医疗服务行为，做到合理检查、合理治疗、合理收费，严格控制医疗费用不合理增长。对出现推诿参保人或者不按照诊疗常规对参保人合理治疗的，各级医疗保障经办机构按服务协议规定处理。

第三十五条 各级医疗保障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，及时移交医疗保障行政部门处理。

第三十六条 医疗保障行政部门应加强对定点医疗机构遵守基本医疗保险法律、法规及有关规定情况的监督检查，对违反法律、法规及有关规定的医疗机构依法予以查处，对涉嫌犯罪的，移送司法机关追究刑事责任。

第九章 附则

第三十七条 本办法所称“统筹基金记账额”是指：属基本医疗保险基金支付范围由医疗机构记账的费用，不包括大额医疗费用补助、大病保险、医疗救助、公务员医疗补助等不属于基本医疗保险基金支付范围的费用。

第三十八条 根据省的要求，紧密型县域医共体经省批准后方可开展医保支付方式综合改革。

第三十九条 因突发流行性疾病和自然灾害等原因，医疗机构承担大批量急危重病患救治任务所发生的基本医疗保险基金支出，可从年度风险调剂金中支付，不足部分从基本医疗保险基金历年结余中支付。

第四十条 DIP结算以自然年度作为一个结算年度，即每年1月1日至12月31日。

第四十一条 本办法从2024年1月1日起施行，有效期2年。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。国家和省有新的规定，按新规定执行。

第四十二条 本办法由市医疗保障局负责解释。