

漳州市医疗保障局

漳州市卫生健康委员会 文件

漳州市财政局

漳医保〔2022〕77号

漳州市医疗保障局 漳州市卫生健康委员会 漳州市财政局关于印发《漳州市区域点数总额 预算和按病种分值付费(DIP)管理办法》的通知

市医保基金中心，各县（区）医保局、卫健局、财政局，各有关定点医疗机构：

现将《漳州市区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)管理办法》印发给你们，请认真组织实施。

漳州市医疗保障局

漳州市卫生健康委员会

漳州市财政局

2022年09月30日

漳州市区域点数法总额预算和按病种 分值付费（DIP）管理办法

第一章 总 则

第一条 为加强我市基本医疗保险统筹基金（以下简称医保基金）管理，进一步推进我市医保支付方式改革，引导定点医疗机构（以下简称医疗机构）合理配置医疗资源，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长，提高医保基金使用绩效，更好地保障参保人权益，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）文件精神、《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革指导意见》（国办发〔2017〕55 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）等工作要求，结合我市实际，制定本办法。

第二条 坚持保障基本，把点数法和区域总额预算相结合，合理确定医保总额预算指标，促进医疗资源有效利用，着力保障参保人员基本医疗需求。坚持科学合理，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。坚持动态维护，建立专家评议工作机制，持续完善病种组合目录与病种分值。坚持统筹推进，深化医疗、医保、医药的联动改革，注重改革的系统性、整体性、协调性，发挥部门合力，多措并举。用 1-2 年的时间将我市医保总额预算与点数法相结合，建立住院医疗费用以按病种分值付费为主的多

元复合支付方式，实现医疗机构全覆盖。

第三条 本办法所称基本医疗保险基金区域点数法总额预算是指我市通过医保基金总额预算管理，根据年度医保基金收支预算，对定点医疗机构付费实行总额预算管理的支付方式。城镇职工基本医疗保险（含生育保险）统筹基金（以下简称职工医保基金）、城乡居民基本医疗保险基金（以下简称城乡居民医保基金）在区域医保基金总额预算内实行分账管理、分别核算。

第四条 按病种分值付费（DIP）是指在区域住院总额预算前提下，按照《医疗保障疾病诊断分类及代码（ICD-10 医保 V2.0 版）》和《医疗保障手术操作分类与编码（ICD-9-CM3 医保 V2.0 版）》标准，形成病种并赋予一定分值，医保经办机构以各医疗机构医保结算分值为医保支付依据，进行付费的一种支付方式。

第五条 本办法适用于我市医保经办机构与我市纳入 DIP 支付方式改革的定点医疗机构之间，应由医保基金支付的本地参保人员住院医疗费用结算。医疗机构与参保人员之间的住院医疗费用结算仍按住院医保待遇政策规定执行。精神病类病例（全市执行按床日付费的精神专科医院和综合医院精神科出院病例）、康复类病例（康复专科医院和综合医院康复科住院时间超过 60 天的病例）等暂不纳入 DIP 范围，按原支付方式执行。

第二章 总额预算管理

第六条 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以及医疗发展刚性需要为前提,合理确定年度区域可用于按病种分值付费医保基金额度。

第七条 合理确定年度区域总额预算指标,职工和城乡居民医保基金本年度可预算指标分别确定,方式如下:

(一) 我市医保基金本年度可预算总额

1. 职工医保基金:根据前三年统筹基金结余情况(按1:3:6加权平均)预留结余额度,或按预算年度统筹基金预算收入(不含当年一次性趸缴收入及利息收入)不低于3%的比例提取风险调节金,两者相比按就高原则确定基金留存数。基金预算收入减支风险调节金,即为职工医保基金本年度可预算总额。

2. 城乡居民医保基金:按预算年度基金预算收入(不含利息收入)不低于3%的比例提取风险调节金。基金预算收入减支风险调节金,即为城乡居民医保基金本年度可预算总额。

我市医保基金本年度可预算总额=职工医保基金本年度可预算总额+城乡居民医保基金本年度可预算总额。

(二) 本年度按病种分值付费(DIP)区域预算总额

1. 职工医保基金本年度可预算总额扣除当年职工大额医疗费用商业补充医疗保险保费及不纳入DIP付费项目(包括但不限于门诊医疗费用、市内未纳入DIP结算定点医疗机构住院和生育医疗费用、生育津贴支出等)的基金预算数、

城乡居民医保基金本年度可预算总额扣除当年城乡居民大病保险保费、家庭签约医生费用及不纳入 DIP 付费项目（包括但不限于门诊医疗费用、市内未纳入 DIP 结算定点医疗机构住院医疗费用等）的基金预算数，即分别为职工医保基金、城乡居民医保基金本年度 DIP 区域预算可用额度。不纳入 DIP 付费项目根据每年度 DIP 付费范围调整随之调整。

2. 职工医保、城乡居民医保 DIP 所涉医疗费用实际基金支出预测额原则上以上年度职工、城乡居民参保人员实际发生的医保基金支出分别乘以相应的职工医保、城乡居民医保基金预算收入增长率后确定，且增长率不得高于规定的公立医院医疗费用增长率。

3. 本年度按病种分值付费（DIP）区域预算总额的确定。将我市职工医保基金/城乡居民医保基金本年度 DIP 区域预算可用额度与相应的当年度职工医保/城乡居民医保 DIP 所涉医疗费用实际基金支出预测额分别进行比较，两者相比按就低原则确定为职工/城乡居民医保本年度按病种分值付费（DIP）区域预算总额。本年度按病种分值付费（DIP）区域预算总额=职工医保本年度按病种分值付费（DIP）区域预算总额+城乡居民医保本年度按病种分值付费（DIP）区域预算总额。

（三）年度按病种分值付费调剂金

年度按病种分值付费调剂金从职工、城乡居民医保基金本年度按病种分值付费（DIP）区域预算总额中各按 2% 分别划出确定。

（四）职工/城乡居民医保年度 DIP 预结算的医保基金

预算总额

职工/城乡居民医保年度 DIP 预结算的医保基金预算总额=职工/城乡居民医保本年度 DIP 区域预算总额-相应的年度按病种分值付费调剂金。

第八条 职工大额医疗费用商业补充医疗保险、城乡居民大病保险、居民医保意外伤害保险预留费用,按照医保部门与商业保险公司的协议执行。按照协议,商保公司返还给医保基金的盈余金额,纳入统筹基金当年滚存;应由医保基金负担的缺口金额从统筹基金的当年结余或历年滚存结余中支出。

第九条 市医保经办机构应当根据区域点数法总额预算管理及 DIP 相关规定合理测算,研究提出当年度全市区域总额预算方案,经报请市医保局研究同意后确定实施。

第三章 病种分值和病种分数的确定

第十条 病种分值作为基金付费的权重参数,按疾病发生的医疗费用之间的比例关系确定相应的分值,综合体现疾病医疗耗费成本的高低。

第十一条 市医保局按照国家医疗保障按病种分值付费技术规范,采集统筹区最近三年全样本病例数据,通过“疾病诊断”与“治疗方式”组合进行病种分组。入组病例数 15 例以上的确定为核心病种,核心病种一般在国家病种目录库范围内确定,如确需增加部分病种,可按有关程序,报国家医保局备案后进行扩展。不足 15 例的组成综合病种。核心

病种与综合病种组成我市病种主目录。

第十二条 基于历史合理数据，核心与综合病种分值为该病种平均住院费用与全部病例平均住院费用之比，计算公式为 $RWi = mi / M$ ，其中 RWi 为该病种分值（取小数点后三位数值）， mi 为该病种近三年全市权重平均住院费用（1: 2: 7）， M 为全部病例近三年全市权重平均费用。

第十三条 初步病种分值形成后，由市医保局牵头组织医保支付制度评议专家进行纠偏，确定病种分值库。

为保护和支持中医药发展，达到同效的中医治疗病例给予西医同病种分值标准。具体病例另行发文确定。

第十四条 各县（区）医保局应当组织属地分中心收集辖区内医疗机构执行 DIP 过程中出现的分值偏离问题，并上报市医保局，市医保局根据实际运行情况，适时组织医保支付制度评议专家对病种分值库进行纠偏及调整。

第十五条 建立特殊病例审核机制。对于因收治急危重、住院天数明显高于平均水平、ICU 住院天数较长或者运用新技术等特殊情况，单次住院医疗费用三级医疗机构 18 万元及以上、二级医疗机构 10 万元及以上的住院病例，定点医疗机构可向医保经办机构提出按特殊病例结算的申请，由医保经办机构提交医保支付制度评议专家组进行评议，评议通过的，按照实际发生合理部分统筹基金拨付，从当年度 DIP 预结算的医保基金预算总额中列支。

第十六条 设置偏差病例规则。对实际医疗费用严重偏离病种分值的病例病种分值进行校准，形成病种分数，使其

符合实际，治疗得到合理结算。病例医疗总费用在该病种组合合同级别医疗机构当年度平均住院总费用的 50%以下或 2 倍以上时，视为偏差病例。

第十七条 医疗机构病种分数按照如下方式进行确定：

（一）正常范围病种分数：病种实际发生的住院医疗总费用，在该病种组合合同级别医疗机构当年度平均住院总费用的 50%-200%之间的，以病种标准分值计算。

正常范围病种分数=该病种标准分值（以病种分值库为准）

（二）偏差病例分数：病例实际发生的住院医疗总费用，在该病种组合合同级别医疗机构当年度平均住院总费用的 50%以下的，按如下公式计算：

病例费用在 50%以下的病种分数=（该病例住院费用/该病种组合合同级别医疗机构当年度平均住院总费用）×该病种标准分值。

病例实际发生的住院医疗总费用，在该病种组合合同级别医疗机构当年度平均住院总费用的 200%以上的，按如下公式计算分值：

病例费用在 200%以上的病种分数=（该病例住院费用/该病种组合合同级别医疗机构当年度平均住院总费用-1）×该病种标准分值。

（三）定点医疗机构上传的病例，无法对应分值病种的，按照“该病例实际住院医疗总费用/全部病例近三年全市权重平均费用×0.8”折算该病例分数。由于罕见疾病等原因未纳入本地病种库的病例，由医疗机构提交申请，经医保部

门审核通过后，按照“该病例实际住院医疗总费用/全部病例近三年全市权重平均费用”换算该病例分数。

第十八条 为鼓励基层病种在基层医疗机构诊治，促进分级诊疗的形成，使基层医疗机构健康发展，由市医保局协同市卫生健康委员会根据基层医疗机构的特点确定基层病种，基层病种分值库中的分值，均为各医疗机构(含民营医疗机构)治疗对应病种的最终分数，不再乘以医疗机构系数，均按照同质同病、同治同价的原则进行支付与结算。偏差病例属基层病种的，纠偏后的分数、也不再乘以医疗机构系数。

第四章 医疗机构调节系数

第十九条 为区分不同类别以及同类别不同级别、不同服务管理水平的医疗机构收治患者的复杂程度和医疗资源消耗成本以及保障参保人员合法权益，设立医疗机构调节系数。调节系数应综合考虑参保人员住院医疗费用结构、定点医疗机构的级别、专科特色、病种结构类型等反映参保人员负担轻重因素及医疗机构综合水平和成本的相关因素。

第二十条 CMI(病例组合指数)计算。

(一) 确定全市各病种相对权重(RW): 综合反映各病种的疾病严重程度、诊疗难度和资源消耗情况。

病种 $RW = \text{某病种全市平均费用} / \text{全市所有住院病例平均费用}$

(二) 确定机构 CMI: 综合反映机构收治患者疾病复杂程度及治疗难度。

机构 $CMI = \sum (\text{某病种 } RW \times \text{机构该病种病例数}) / \text{该机构}$

总病例数

第二十一条 年度结算时，市医保局基于机构级别和专科类别，根据当年度各机构 CMI 及医院实际情况，区分不同类别以及同类别不同级别、不同服务管理水平的医疗机构，设定医疗机构等级系数及加成系数，具体办法另行下达。

第二十二条 为减轻参保人员住院费用负担，加强对医疗机构对医保与非医保之间的费用转移的监管，控制参保人员住院自费费用占比不合理增长，保障参保人员合法权益。将定点医疗机构年度收治病人发生医保政策范围外的医疗费用在总费用所占比例作为一项调节系数。当三级医院>17%、二级及以下医院>11%时，在确定定点医疗机构结算分值时，每超出比例一个百分点结算分值核减 0.5%。

第五章 医疗费用结算

第二十三条 定点医疗机构在医保病人出院后（一般 14 日内）及时完成病案审核，严格按照国家医疗保障基金结算清单（以下简称“医保结算清单”）规范填报住院服务的诊疗信息、费用信息，并按规定及时、准确上传至医保信息系统。医保结算清单填写应当如实反映住院期间诊疗信息，上传的疾病诊断编码和手术操作编码应当为国家医保统一的版本。

第二十四条 医保经办机构与定点医疗机构按照“基金预拨付、月度预结算、年预清算、年度清算”的方式进行医疗费用结算。

第二十五条 建立基金预拨付制度。为提高我市基本医疗保险定点医疗机构资金使用效率，提升定点医疗机构对参保人员的服务能力，由经办机构向定点医疗机构预拨周转金。各定点医疗机构基本医疗保险周转金额为上年度基本医疗保险住院统筹基金月平均额，用于定点医疗机构垫付我市基本医疗保险参保人员住院发生的医保待结算资金，采取借用方式周转使用，专款专用，不得挪用。

第二十六条 建立基金月度预结算制度。医保经办机构每月对定点医疗机构符合规定的统筹基金记账金额按 90% 预拨给各定点医疗机构。当本年度的基金预付金额大于按病种分值付费（DIP）区域预算总额时，拨给各定点医疗机构月度预结算金额根据基金预付超支比例相应折减。

第二十七条 建立年度清算制度

（一）清算年度

清算年度与医保结算年度相同，每一病例以费用结算数据和医保结算清单数据的上传完成时间为准。

（二）各定点医疗机构年度总分数和病种分值点值

1. 各定点医疗机构年度总分数 = $\{ \Sigma [\text{正常范围病种分数} + \text{偏差病例病种分数} + \text{未入组病例分数}] - \text{审核扣减分数} \} \times \text{各项调节系数} + \Sigma \text{基层病种分数}$ （包括基层病种偏差病例病种分数）。

2. 区域年度分数总和 = Σ 各定点医疗机构年度总分数。

3. 病种分值点值 = $\{ \text{职工/城乡居民医保年度 DIP 预结算的医保基金预算总额} - \text{市域外就医（含跨省联网）刷卡住院} \}$

由职工/城乡居民医保基金支付的基金支出-住院零星报销
由职工/城乡居民医保基金支付的基金支出-特殊住院病例
由职工/城乡居民医保基金支付的基金支出+ Σ 〔纳入DIP结
算定点医疗机构参保人员个人自付总额+其他医保基金（资
金）支付总额〕 $\} \div$ 区域年度分数总和。

4. 年度考核系数。对纳入DIP支付方式改革的定点医疗机构坚持“考核与付费”相结合的办法，将考核结果与定点医疗机构年度DIP结算医保基金控制总额挂钩，采取日常考核、现场考核与提取信息系统数据相结合方式，加强对相应医疗机构的行为，以及DIP实施的过程和结果进行监督和管理。

（三）各定点医疗机构年度DIP结算医保基金控制总额

各定点医疗机构年度DIP结算医保基金控制总额=该定点医疗机构年度结算总分数 $\times$ 病种分值点值 $\times$ 年度考核系数（质量评价系数）-该定点医疗机构参保人员个人自付总额-该定点医疗机构其他医保基金（资金）支付总额。

（四）各定点医疗机构年度DIP结算医保基金预清算支付总额

根据各定点医疗机构当年度纳入按病种分值付费范围参保人员住院发生的实际记账职工医保统筹基金/城乡居民医保基金与相应险种的年度DIP结算医保基金控制总额的比例关系，确定年度预清算支付金额。参保人员住院发生的实际记账职工医保基金=参保人员住院发生的系统记账职工医保基金/城乡居民医保基金-审核扣减金额。具体如下：

1. 当年度各定点医疗机构纳入按病种分值付费范围参保人员住院发生的实际记账职工医保基金/城乡居民医保基金在各定点医疗机构相应险种的年度 DIP 结算医保基金控制总额 90%以下的:

各定点医疗机构年度 DIP 结算医保基金预清算支付总额
=纳入按病种分值付费范围参保人住院发生的实际记账费用
总额 × 110%。

2. 当年度各定点医疗机构纳入按病种分值付费范围参保人员住院发生的实际记账职工医保统筹基金/城乡居民医保基金在各定点医疗机构相应的年度 DIP 结算医保基金控制总额 90%-100%之间（含 90%和 100%）的:

各定点医疗机构年度 DIP 结算医保基金预清算支付总额
=各定点医疗机构年度 DIP 结算医保基金控制总额。

3. 当年度各定点医疗机构纳入按病种分值付费范围参保人员住院发生的实际记账职工医保统筹基金/城乡居民医保基金在各定点医疗机构相应的年度 DIP 结算医保基金控制总额 100%-110%（含 110%）之间的，超支部分由当年度按病种分值付费调剂金按 60%的标准分担:

各定点医疗机构年度 DIP 结算医保基金预清算支付总额
=各定点医疗机构年度 DIP 结算医保基金控制总额+超支部分
× 60%。

4. 当年度各定点医疗机构纳入按病种分值付费范围参保人员住院发生的实际记账职工医保统筹基金/城乡居民医保基金在各定点医疗机构相应的年度 DIP 结算统筹基金控制

总额 110%以上的，100%-110%部分由当年度按病种分值付费调剂金按 60%的标准分担，110%以上部分不予支付。

各定点医疗机构年度 DIP 结算医保基金预清算支付总额
=各定点医疗机构年度 DIP 结算医保基金控制总额 × (1+10%
× 60%)。

年度按病种分值付费调剂金不足时各定点医疗机构的分担金额按比例折减。

(五)各定点医疗机构年度 DIP 结算医保基金清算支付金额

各定点医疗机构年度 DIP 结算医保基金清算支付金额=
各定点医疗机构年度 DIP 结算预清算医保基金支付总额-月
度预结算金额。

第六章 管理与考核

第二十八条 市医保局负责成立医保支付制度评议组织，按照国家、省要求，对病种范围、分值、医疗机构系数、年度医保总分值、特殊病例及其他医保支付制度有关事项进行评议。各县（区）医保局负责组织属地医保经办机构执行市医保局有关 DIP 工作的部署要求，指导各定点医疗机构做好区域点数法总额预算与按病种分值付费工作。

第二十九条 市医保经办机构应当根据保障参保人员健康需求和管理服务的需要，建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，出台区域点数法总额预算与按病种分值付费下的医保基金预算、结算、清算等具体经办规程，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付工作。

第三十条 医疗保障经办机构应加强定点医疗机构协议管理，将总额预算管理相关内容纳入医保服务协议，规范医药服务行为。

第三十一条 定点医疗机构应结合实际制定年度总额预算管理目标并严格执行。建立与总额预算管理相适应的内部管理制度和保障机制，强化对医务人员激励和约束，规范诊疗服务行为，合理控制医疗服务成本，加强药品供应保障，控制医疗费用的不合理增长。

第三十二条 医保经办机构采用日常稽核与现场考核相结合方式，组织对辖区内定点医疗机构落实政策，执行医保服务协议进行考核，形成年度综合考核分数，确定质量评价系数，为核定按病种分值付费年度统筹基金预结算支付额、年度清算等工作提供依据，具体考评办法见附件。

第七章 附 则

第三十三条 当年度按病种分值付费医保基金预算总额按医保年度编制下达，原则上不得调整。

第三十四条 本办法自 2022 年 10 月 1 日起实施，如遇国家、省有关政策调整，以国家、省最新规定为准。2022 年度第四季度按病种分值付费工作要求，另行通知。

附件：漳州市基本医疗保障定点医疗机构年度质量评价办法

附件

漳州市基本医疗保障定点医疗机构年度 质量评价办法

一、考评内容

漳州市基本医疗保障定点医疗机构年度质量评价重点围绕定点医疗机构落实 DIP 综合管理，执行医保服务协议，为参保人员提供服务情况并结合日常稽核及专项检查进行，以经办机构评分结合定点医疗机构总结自评的形式开展。

（一）考评项目

考评具体内容包括定点医疗机构综合管理、指标考核、日常稽核等项目。

（二）考评形式

由各县（区）医保局组织属地医保经办机构成立工作小组，采用日常考核、现场考核与提取信息系统数据相结合方式，对辖区内纳入 DIP 支付方式改革的定点医疗机构的服务情况进行评分，形成年度综合考核分数。市级相关医疗机构考评工作由市医疗保障基金管理中心组织实施。各县（区）考核结果报市医疗保障基金管理中心汇总。

二、质量评价

定点医疗机构年度考核分为 A、B、C 三个等次，并折合成质量评价系数，纳入 DIP 结算医疗机构系数权重计算。年度内被取消或暂停医保服务协议或发生欺诈骗保案件被移交公安部门立案处理的直接评定为 C。判断上述行为归属年

度时以取消或暂停医保服务协议生效时间或公安部门立案时间为准。

总评得分在 80 分以上（含 80 分）的定点医疗机构，年度定点服务工作评价为 A，质量评价系数确定为 1。

总评得分在 60 分以上（含 60 分）的定点医疗机构，年度定点服务工作评价为 B，质量评价系数确定为 0.98。

总评得分在 60 分以下的定点医疗机构，年度定点服务工作评价为 C，质量评价系数确定为 0.9。

三、工作要求

各定点医疗机构应积极配合年度考评工作，认真组织对照考评内容和标准开展自评，并围绕考评内容完成自评报告和工作总结，于下一年度 1 月底前向属地医保经办机构如实提交年度自评报告和医保工作总结，经核实与实际情况不符的，将予以双倍扣分。考评内容另行通知。

参加年度考评工作的人员应忠于职守、秉公办事，严格按照考评办法进行评分，在工作过程中应自觉遵守纪律，保持廉洁自律。

信息公开类型：主动公开

漳州市医疗保障局办公室

2022 年 9 月 30 日印发
