云浮市按病种分值付费（DIP）结算办法

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为建立管用高效的医保支付机制，进一步推进全市DIP支付方式改革，根据《广东省医疗保障局关于印发<广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法>的通知》（粤医保规〔2024〕11号）、《广东省医疗保障局关于进一步推进全省DRG/DIP支付方式改革的通知》(粤医保发〔2022〕25号)、《广东省医疗保障局转发国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范（2.0版）的通知》(粤医保便函〔2024〕1179号)、《广东省医疗保障局关于印发〈广东省按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）〉的通知》（粤医保规〔2023〕1 号）和《国务院办公厅关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称按病种分值付费（DIP）（以下简称DIP）,是利用大数据优势所建立的完整管理体系，发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征对病案数据进行客观分类，在一定区域范围全样本病例数据中形成每一个疾病与治疗方式组合的标化定位，客观反映疾病严重程度、治疗复杂状态、资源消耗水平与临床行为规范。医保部门基于病种分值形成支付标准，对医疗机构每一病例实现标准化支付。

第三条 本办法适用于我市医保经办机构与我市基本医疗保险定点医疗机构之间的医保住院医疗费用(含基层病种、日间手术、日间病房、中医特色治疗病种，以及精神类疾病、康复类病种的床日分值)结算，定点医疗机构与参保患者之间的医保医疗费用结算按医保住院医疗待遇政策规定执行。

以下情形的医疗费用不纳入DIP结算范围：

（一）当年度因参保人员欠缴医保费、超年度最高支付限额、当次政策范围内费用低于起付标准等原因导致出院结算时基本医疗保险统筹支付金额为零的病例不纳入DIP结算范围，但须纳入 5 项考核指标进行考核。

（二）参保人在定点医疗机构住院、急诊留院观察、日间病房（以下统称为住院）等发生的单独支付药品费用，由基本医疗保险统筹基金单独支付，不纳入DIP结算范围，但须纳入 费用考核指标进行考核。单独支付药品目录范围按国家和省有关规定执行。

（三）全市二级及以上公立医疗机构开展特需医疗服务项目的，按照相关要求备案后，符合条件的特需医疗服务项目相关费用不纳入DIP医疗总费用清算，不列入当次住院医疗总费用、次均费用、自费率等考核指标核算范围。定点医疗机构应提供规范的诊疗服务。

（四）定点医疗机构开展“免陪照护”医疗服务的，其服务费用不纳入DIP医疗总费用清算，不列入当次住院医疗总费用、次均费用、自费率等考核指标核算范围。定点医疗机构应提供规范的诊疗服务。

为促进生育医疗服务行为规范，职工生育住院医疗费用纳入医保支付方式改革范围，住院分娩、终止妊娠等医疗费用实行DIP付费结算。职工生育住院直接使用基本医疗保险病种分值库。

推进门诊特定病种医保医疗费用按DIP方式结算，具体实施细则另行制定。

第四条 本办法遵循医保基金管理“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，在医保基金全市统收统支的基础上，实行预算管理、总额控制、病种赋值、月度预付、年度清算。

第五条 按照国家DIP付费技术规范和病种目录库相关要求，结合本地医保筹资能力、定点医疗机构功能定位等，以本地历史数据为基础，实行总额预算管理，建立与定点医疗机构的有效协商机制，完善本地病种目录库、系数等配套政策。

第六条 DIP付费实施条件和数据准备、主目录策略与方法、辅助目录策略与方法、病种分值形成、分值付费标准测算、付费结算细则、监管考核与评价等，按照国家、省相关技术规范及省经办规程等有关规定执行。

第二章 基金付费总额预算

第七条 基金付费总额，是指专门用于参保住院病人，适用于DIP支付方式政策下，市内所有定点医疗机构进行DIP支付方式付费结算的统筹基金总额。

第八条 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）年度基金可用DIP支付方式付费结算总额预算分别确定，确定方式如下：

当年可用结算总额=当年统筹基金征收总额（不含当年一次性趸缴收入）–统筹划入个帐费用–需统筹基金支出的补充医疗保险保费–普通门诊费用–市内非DIP付费门诊特定病种费用–按项目结算费用–市外就医结算费用–当年征收总额1%风险调节金。

医保经办机构编制当年可用结算总额要以上年度按病种分值付费统筹基金实际支出为基础，可综合考虑当期基金结余情况、参保人员结构变化和就医情况、医疗服务水平、医疗费用增长等因素，当年可用结算总额增长要与我市经济社会的发展水平相适应，增长率不得高于 10%。

建立健全医疗机构使用医保基金激励约束机制。在按病种分值付费年度可分配资金总额内提取10%设立按病种分值付费风险调节金，经合理超支分担后的剩余部分，用于按病种分值付费年度清算的二次分配。二次分配具体实施按《云浮市医疗保障局关于加强医保基金总额预算管理深入推进按病种分值付费改革方案》执行。

第九条 对省级紧密型县域医共体医保支付方式综合改革试点县（市、区），在DIP政策框架范围内，按照省医保局部署做好医保支付方式综合改革试点。

第三章 DIP 病种库确定

第十条 按照国家技术规范，结合本地历史病例、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，形成核心病种和综合病种，建立本市病种分值库。分值库以结算年度前3年的病案数据，病例数达到10例及以上者定为核心病种。

第十一条 对低于10例的病种组合按类目或字母和手术操作分类聚类，形成综合病种。

第十二条 适合基层医疗卫生机构诊治且具备诊治能力的病种为基层病种，定点医疗机构诊治基层病种实行相同分值付费，即基层病种的基础系数为1。基层病种实行动态调整。

第十三条 中医类、康复类和严重精神障碍类病种范围的确定。

（一）中医类。充分发挥中医药的诊疗特色、技术价值与价格优势。在省公布的中医优势病种中遴选确定本市中医优势病种。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%。

在采用中医药治疗疗效不佳转为西医治疗的、治疗未完成即转入其他医疗机构治疗的，退出中医优势病种管理，按相应病种西医分值库的分值付费。

中医优势病种实施同病同治同分值。

（二）康复类。对于康复类病种急性期住院治疗的费用按正常病例实行DIP付费，对于转入康复期住院治疗的费用实施DIP床日分值付费。参保患者在定点医疗机构疾病急性期诊治结束或手术治疗结束，按照《日常生活能力评估表》评估结果在60分以下的或者根据《功能障碍者生活自理能力评定方法》（GB/T 37103-2018）对日常生活自理能力评定为“生活大部分自理”状态以下的患者，经综合评定需进行康复治疗的，自转入康复医疗机构首次住院之日起，基本医疗保险实行按床日分值付费。康复期参保患者第一诊断亚目须与分值表亚目一致。

康复类病种住院参保患者在康复期治疗期间，原则上在60天内未达到出院标准的，医疗机构不得要求患者出院或转院。急性期后转入本院康复科继续康复治疗的参保患者，视同一次住院，个人不再支付起付标准费用。康复病种康复期住院参保患者病情好转后，需转入下级医疗机构继续康复治疗的，转诊视同同一次住院，个人不再支付起付标准费用，按该级别医疗机构的支付标准实施按病种床日分值付费（DIP），进一步促进分级诊疗，减轻参保人负担。

（三）严重精神障碍类。精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍（偏执性精神病）、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍，以及其他需要住院治疗的精神类疾病，实施DIP床日分值付费。

第十四条 各病种分值计算方式。

西医病种的分值为前3个年度该病种次均总医疗费用的加权平均值（按年份由远至近设定为1:2:7）与基准病例次均费用的比值乘以基准分值1000所得。

床日分值为前3个年度按床日结算病例的日均总医疗费用的加权平均值（按年份由远至近设定为1:2:7）与全病种次均费用的比值乘以基准分值1000所得。

中医优势病种分值为西医相应病种保守治疗病种分值乘以1.3所得，如无对应的西医分值则按本条第一款计算后乘以1.3所得。

第十五条 未入组病例分值的确定。

定点医疗机构住院病例的主要诊断和手术操作编码与我市 DIP 病种分值库无法对应的，视为未入组病例，按比例折算分值。

未入组病例分值=该病例实际医疗费用÷当年度DIP付费病种分值库基准病种×85%。

第十六条 DIP付费病种分值库由市医保部门另行公布，实行动态调整，原则上2年调整一次，市医保部门根据上级部门的有关要求，结合我市实际，组织专家修改、完善DIP付费病种分值库，并公布执行。

第四章 定点医疗机构系数

第十七条 建立定点医疗机构系数动态调整机制。综合考虑定点医疗机构级别、功能定位、医疗水平、专科特色、病种结构等因素，设定定点医疗机构系数，区分不同级别、不同管理服务水平的定点医疗机构并动态调整。

第十八条 定点医疗机构系数分为基本系数和加成系数。定点医疗机构系数=基本系数×(1+加成系数)。

初始基本系数设置为：三级医疗机构0.9000，二级医疗机构0.6300，一级医疗机构0.3600。

严重精神障碍类初始基本系数设置为：三级医疗机构1，二级医疗机构0.9，一级医疗机构0.7。

1. 2026年基本系数：三级医疗机构按照2025年按病种分值付费结算系数确定；一、二级医疗机构以2025年所有病种次均医疗费用（2024年按病种分值付费基数增长超过5%部分不纳入）和三级医疗机构的比例关系确定；当年系数低于上年时，按上年系数确定；一、二级医疗机构基本系数不得超过三级医疗机构的初始基本系数，不低于本级别初始基本系数。

康复类：分值表分值为各级医疗机构的最终得分，不再乘以医疗机构系数

严重精神障碍类：云浮市（罗定）第三人民医院为0.97、新兴县第三人民医院为0.9、郁南县民安精神康复医院为0.91、云浮民安精神病医院为0.9、云浮市云安区人民医院为0.9、罗定康嘉精神病医院为0.9、罗定怡宁医院为0.9、罗定恒爱脑科医院为0.7。

今后年度定点医疗机构基本系数没有调整之前按2026年基本系数执行，如需调整，将由市医保部门按照上述办法和上级相关政策规定进行修改完善。

第二十条 设立CMI加成系数、老年患者比例加成系数、儿科患者比例加成系数、医院技术水平加成系数、广东省高水平医院重点建设单位加成系数等加成系数（加成系数设置细则详见附件1）。

第二十一条 新增定点医疗机构当年度系数取相应级别初始基本系数，不进行加成。

第二十二条 基层病种不执行定点医疗机构系数。

第五章 月度预付

第二十三条 全市月度预付基金总额为全市上年度统筹基金实际支付医疗机构住院费用总额月平均值。

第二十四条 各医疗机构月度预付根据月基金付费总额及当月全市病种分数总和进行。

第二十五条 当月的月度预付总额，医保经办机构在次月25日前将95%支付给医疗机构，剩余5%作为医疗服务质量保证金，按医疗服务质量考评结果支付给医疗机构。

第二十六条 医保经办机构根据基金及各医疗机构的运行情况，可适当调整月度预付额。

第六章 审核结算

第二十七条 病种基础分值按照病种库对应的疾病及操作取得。

病种床日分值结算分值=总床日数（出院时间－入院时间或康复治疗开始时间）×床日基础分值×医疗机构系数

床日分值结算不纳入辅助分型病种和费用偏差率、特例单议计算范围。

第二十八条 辅助分型病种分值=病种基础分值×(1+辅助目录调整系数)。费用偏差率在0.5倍以上、2倍以下的病例纳入辅助分型调整病例。辅助目录调整系数设置细则详见附件2，市医保部门可根据我市疾病谱实际情况适时调整。

第二十九条 计算每个病例的住院总费用与同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院总费用的偏差率，当偏差率较大时，按以下方法计算分值：

（一）非基层病种的费用偏差率=该病例当次住院医疗费用÷同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院总费用

（二）基层病种费用偏差率=该病例当次住院医疗费用÷全市定点医疗机构上一年度该病种次均住院总费用

如上年度同等级医疗机构无该病种时，取当前年度同等级机构该病种次均费用。

当偏差率<0.5时，该病例分值=病种基础分值×偏差率;

当偏差率>2时，该病例的病种分值=(偏差率-1)×病种基础分值;

第三十条 建立特例单议评议机制。定点医疗机构可向市医保经办机构申请按特殊病例计算分值，该类病例由市医保经办机构组织专家评议，对评审通过的病例，按实际费用结算；对评审不通过的病例，按原病种分值进行结算。具体实施按《云浮市按病种分值付费（DIP）特例单议工作实施细则》执行。

特殊病例申请的数量、审核通过的数量等信息要及时向各定点医疗机构公布。定点医疗机构申请的特殊病例数不得超过各定点医疗机构当年度DIP结算人次数的5‰（四舍五入至个位，不足1人次的，可按1人次计算）。

第三十一条 特例单议病例应至少满足以下一个条件：

（一）住院时间长：包括但不限于单次住院时间超过60天、单次住院时间超过上年度同级别定点医疗机构该病组（种）平均住院天数5倍（含）、监护病房床位使用天数超过该病例住院床位使用总天数60%（含）；

（二）复杂危重症，消耗医疗资源过高：包括但不限于急危重症抢救等导致单次住院费用超过该病组（种）支付标准5倍及以上的;

（三）多学科联合诊疗或转科诊疗的病例，需两个学科以上进行联合手术或者操作的病例等；

（四）使用新药耗新技术导致医疗费用高：包括但不限于使用未进行国家、省集采/谈判的药品和耗材费用较高的病例；

（五）现行分组方案未能包含的病例;

（六）医保部门明确的其他情况。

第三十三条 当年度分值点值的确定：

全市按病种分值付费病例基金支付率=全市按病种分值付费病例基金支付记账费用/全市按病种分值付费病例总医疗费用。

全市按病种分值付费病例总费用=分值付费可支付总额/全市按病种分值付费病例基金支付率。

当年度分值点值=全市按病种分值付费病例总费用/(各定点医疗机构病种分值总和-各定点医疗机构违规扣减分值)。

第三十四条 各定点医疗机构年度清算费用=〔（参保人住院所属DIP组的病组支付标准-自费费用-个人先自付费用-起付线）\*医保报销比例〕-违规扣减费用。

病组支付标准=DIP分值×分值点值。

第三十五条 对各定点医疗机构据实结算的统筹基金支付金额与按DIP分值计算的年度统筹基金应支付额进行比较(统称“清算比例”)后，按如下方式确定各定点医疗机构病种分值费用年度统筹基金决算金额：

清算比例低于70%(不含)的，将据实结算的统筹基金支付金额作为决算金额。

清算比例在70%—90%(不含)之间的，按照据实结算的统筹基金支付金额的110%作为决算金额。

清算比例在90%—100%(不含)之间的，按病种分值计算的年度统筹基金应支付额作为决算金额。

清算比例在100%(含)以上的，按病种分值计算的年度统筹基金应支付额作为决算金额。

第三十六条 定点医疗机构清算结果，预拨付和月度预结算大于年终决算金额的，则为医保基金超统筹支付费用，各定点医疗机构应返还医疗保险基金。

第三十七条 按照分级管理考评结果，返还按病种分值付费年度医疗服务质量保证金。

第七章 管理与监督

第三十八条 市医保部门成立DIP支付方式改革评议组织，按照《广东省医保支付制度评议组织议事规则》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。

第三十九条 医疗机构应配合DIP支付方式改革的工作要求，向医保经办机构实时上传参保人医疗费用明细，并在病人出院后10天内上传该参保人按照诊断编码(ICD-10医保版)和手术操作编码(ICD-9-CM3医保版)的结算清单。

第四十条 医保经办机构应不定期组织专家对医疗机构DIP支付方式改革工作开展检查，并实行病案定期审核制度。

第四十一条 医疗机构有分解住院、高套分值等违规行为的，本次住院不计算病种分数，并按该次住院上传病种分数的2-5倍予以扣分；违反法律法规的，按规定移交相关行政部门处理；构成犯罪的，依法移交司法部门追究相应法律责任。

第四十二条 医疗机构要严格按有关规定提供基本医疗服务，若使用超出基本医疗范围的医疗服务和用药，需由患者或其家属签字同意。

第四十三条 医疗机构年度考核设定五项考核指标，医疗机构年度住院总费用低于500万元的不参加指标考核。

第四十四条 各医疗机构职工医保和居民医保的住院总费用增长率控制指标为≤10%，超出10%部分在当年年度结算时折算为分数进行扣减。超过10%的部分不纳入DIP支付方式付费总额计算基数。

医疗机构当年住院总费用基数=该医疗机构上年住院总费用–该医疗机构当年增长超标部分；

医疗机构住院总费用增长率＝该医疗机构当年住院总费用÷该医疗机构上年住院总费用基数×100%–100%；

医疗机构住院总费用增长超出扣分＝当年住院总费用×（住院总费用增长率–10%）÷上年度分值点值。

第四十五条 以下情况由市医保经办机构核实，报市医保部门核准备案后，两个医保年度内不考核住院总费用增长率：

1.经卫健部门批准增加床位数≥30%且医护人员等相关配置符合国家、省有关规定的；

2.医疗机构等级变更的；

3.被上级医疗机构托管的。

第四十六条 不考核住院总费用增长率的医疗机构，当年住院总费用增长超过20%的部分不纳入次年住院总费用基数计算范围。

第四十七条 各医疗机构职工医保和居民医保的年度重复住院率控制指标为≤20%，重复住院率＞20%的，超出部分在当年年度结算时折算为病种分数进行扣减。

医疗机构重复住院人次＝该医疗机构住院总人次–该医疗机构住院总人数；

医疗机构重复住院率＝该医疗机构重复住院人次÷该医疗机构住院总人次×100%；

医疗机构重复住院率超出扣分＝（该医疗机构重复住院率–20%）×当年该医疗机构总得分。

第四十八条 各医疗机构职工医保和居民医保参保人住院，大型设备（CT、MRI）检查阳性率控制指标为≥70%。大型设备检查阳性率低于考核指标的，在当年年度结算时折算为病种分数扣减。

医疗机构大型设备检查阳性率超出费用＝（考核指标–当年该医疗机构大型设备检查阳性率）×当年该医疗机构大型设备检查总费用；

医疗机构大型设备检查阳性率超出扣分＝该医疗机构大型设备检查阳性率超出费用÷上年度分值点值。

第四十九条 各医疗机构职工医保和居民医保年度自费项目费用占住院总费用的比例控制指标为：三级医疗机构15%，二级医疗机构10%，一级医疗机构8%。超出部分费用折算为病种分数进行扣减。

医疗机构超出费用总额=（该医疗机构年度自费项目费用总额÷该医疗机构年度住院总费用–对应控制比例）×该医疗机构年度住院总费用；

医疗机构超出费用扣分=当年该医疗机构超出费用总额÷上年度分值点值。

第五十条 分职工医保和居民医保对各医疗机构全年零星报销病案数量（不含6个月以下新生儿、因交通事故或第三方责任的病案）进行考核，各医疗机构全年零星报销病案比例控制指标为三级医疗机构≤7%、二级医疗机构≤5%、一级医疗机构≤3%，超出控制部分折算为病种分数进行扣减。

医疗机构零星报销病案比例＝该医疗机构零星报销病案数量÷该医疗机构纳入分值结算病案数量×100%；

医疗机构零星报销病案比例超标扣分＝（该医疗机构零星报销病案比例－对应控制指标）×当年该医疗机构住院总得分。

第五十一条 根据本办法考核得分低于该医疗机构病种总分数60%的，按该医疗机构病种总分数的60%纳入年终结算。

第八章 其他

第五十四条 各定点医疗机构应真实、及时、规范、完整填写医疗保障基金结算清单、病案首页，准确反映住院期间诊疗信息。各定点医疗机构应按照DIP付费数据传输接口标准，在规定的时间内上传结算清单信息。

第五十五条 参保人在定点医疗机构住院发生按DIP分值结算的基本医疗费用，未实行联网结算的，参保人在医疗保险经办机构办理零星报销后，统一纳入该定点医疗机构的DIP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。

第五十六条 市内定点医疗机构按以下规定预拨医保周转金：纳入我市医疗服务质量考核的医疗机构：800分（含）以上的，支付该定点医疗机构上年度医保住院医疗费用实际结算额的（下同）11%；700分（含）－800分（不含），支付10%；700分（不含）以下的，支付9%。没有纳入我市医疗服务质量考核的镇卫生院（社区卫生服务中心）列入预拨医保周转金范围，按该定点医疗机构上年度医保费用实际结算额的8%预拨。

定点医疗机构预拨医保周转金计算结果不足5万元的，按5万元预拨。

第五十七条 预拨的周转金专款专用，用于医保参保人在医疗机构就医结算和支付医疗机构药品采购款。任何机构和个人不得挤占、挪用和借用，每年年末余额结转下一年度抵减周转金额度。

第九章 附则

第五十八条 因突发事件、医疗机构承担大批量急重参保人救治任务等合理超支所发生的医疗费，由医疗机构提出申请，市医保部门牵头，医保支付制度评议组织审核，报市政府批准后，从医保基金历年结余中支付。

第五十九条 DIP支付方式年度基金付费总额预算方案、年度结算方案由市医保经办机构拟定，报市医保部门核准备案后执行，并向医疗机构公布。

第六十条 本办法自2026年1月1日开始实施，有效期至2030年12月31日。《云浮市医疗保障局关于印发云浮市按病种分值付费（DIP）结算办法(试行)的通知》（云医保发〔2022〕35号）《云浮市医疗保障局关于开展康复类病种和严重精神障碍类病种医保支付方式改革的通知》（云医保发〔2024〕11号）同时废止。此前市、县（市、区）人民政府及其所属部门制定的有关医保支付方式改革的相关文件，与本办法不一致的，按本办法执行。

附件：1.云浮市按病种分值付费（DIP）医疗机构加成

系数设置细则

2.云浮市按病种分值付费（DIP）辅助目录调整

系数设置细则

附件1：

云浮市按病种分值付费（DIP）医疗机构

加成系数设置细则

加成系数由CMI加成系数、老年患者比例加成系数、儿科患者比例加成系数、医疗机构技术水平加成系数、广东省高水平医疗机构加成系数、医保医药服务评价排名加成系数组成。

一、CMI加成系数

CMI 为定点医疗机构病例组合指数，可综合反映定点医疗机构收治的病种结构及能力。

CMI加成系数由上年度的数据计算得出。定点医疗机构CMI值大于全市定点医疗机构CMI平均值的，每超出平均值10%的三级、二级和一级定点医疗机构分别加成1%、0.8%、0.6%。总病例数未达全市0.5%及核心病种数未达100 种的不进行加成。

计算公式为：

定点医疗机构 CMI 值=该定点医疗机构考核前所有病例原始总分值÷该定点医疗机构出院总病例数÷1000。

全市定点医疗机构CMI平均值=全市所有医疗机构考核前所有病例总分值÷全市所有医疗机构出院总例数÷1000。

二、老年患者比例加成系数

老年患者比例加成系数由上年度的数据计算得出。定点医疗机构老年患者(65岁以上)住院结算人次占比大于等于全市平均值，且本医疗机构老年患者住院结算人次占总住院人次比例低于50%的，每超出平均值10%三级、二级和一级定点医疗机构分别加成1%、0.8%和0.6%,最高加成3%。康复医疗机构、眼科医疗机构不计算老年患者比例加成系数。老年病例总病例数未达全市1%的不进行加成。

三、儿科患者比例加成系数

儿科患者比例加成系数由上年度的数据计算得出。定点医疗机构14岁以下儿童住院人次占比大于全市平均水平时，每超出平均值10%，三级、二级和一级定点医疗机构分别加成1%、0.8%和 0.6%,最高加成3%。康复医疗机构、眼科医疗机构不计算儿童患者比例加成系数。儿童病例总病例数未达全市1%的不进行加成。

四、医疗机构技术水平加成系数

定点医疗机构具有国家级、省级、市级重点专科、区域医疗中心、医疗救治中心（系数确定当年前5年期间获批的），每个按国家、省、市分别加成2%、1%、0.5%。同一专科按最高级别重点专科进行加成，不重复计算。每增加一个重点专科、区域医疗中心、医疗救治中心，按对应标准加成，全部最高加成不超过5%。

本项加成系数的定点医疗机构需填写《医疗机构技术水平加成系数申请表》及提供相关文件佐证材料提交辖区内县级医保经办机构汇总后，提交市级医保经办机构组织专家审定医疗机构技术水平加成系数。

五、广东省高水平医院重点建设单位加成系数

属于广东省高水平医院重点建设单位的定点医疗机构加成1%。

六、医保医药服务评价排名加成系数

省医疗保障部门每年度对全省定点三级、二级医疗机构医药服务开展评价，同时公布各级别医院医保医药服务评价报告结果。我市各定点医疗机构在全省同类同等级医疗机构医保医药服务评价综合排名进入前30%的系数加成0.5%，进入前20%的系数加成1%，进入前10%的系数加成2%。三级以下各定点医疗机构当年度在全市医疗机构医保医药服务评价排名进入前10名的系数加成0.5%，进入前5名的系数加成1%。

若省医疗保障行政部门不公布、延迟公布或未公布全部级别医院医保医药服务评价总分排名的，则下一医保年度不计算医保医药服务评价总分加成等级系数。

附件

**医疗机构技术水平加成系数申请表**

定点医疗机构名称（盖章）： 申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **加成项目** | **级别** | **数量** | **加成总比例** | **佐证材料份数** |
| 重点专科 | 国家级 |  |  |  |
| 省级 |  |  |  |
| 市级 |  |  |  |
| 区域医疗中心 | 国家级 |  |  |  |
| 省级 |  |  |  |
| 市级 |  |  |  |
| 医疗救治中心 | 国家级 |  |  |  |
| 省级 |  |  |  |
| 市级 |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |

附件2：

云浮市按病种分值付费（DIP）辅助目录调整系数设置细则

一、建立疾病严重程度目录

疾病严重程度分型辅助目录根据是否具有并发症/合并症、并发症/合并症危及范围及死亡状态等疾病数据特征，划定不同辅助目录等级并赋予加权系数，客观反映疾病的复杂程度以及资源的消耗水平。

（一）非肿瘤病例疾病严重程度分型标准，目录及加权系数。

1.死亡病例（IV 级）

死亡病例以住院天数 3 天为界分为两组，其中住院天数 3 天及 3天以下的作为Ⅳ-A 级，住院天数 3 天以上的作为Ⅳ-B 级。

2.重度病例（Ⅲ级）

重度病例是病情较为严重，除主要诊断以外，同时具有“功能衰竭、休克、菌血症、脓毒血症”等全身系统性并发症/合并症的次要诊断，且住院天数 3 天以上的病例。

3.中度病例（Ⅱ级）

中度病例是除主要诊断以外，同时具有“重要器官病损+重要脏器感染”等局灶性并发症/合并症的次要诊断，且住院天数 3 天以上的病例。

4.次要诊断病种辅助目录(I-A级)。将住院天数3天及3天以下的病例作为I-A级。

（二）肿瘤病例疾病严重程度分型标准，目录及加权系数。

恶性肿瘤疾病是指 ICD-10 前三位为 C00~D09 以及主要诊断为 Z51.0、Z51.1、Z51.2、Z51.8的病例。具体分型规则如下:

1.死亡病例（VI 级）

死亡病例以住院天数3天为界分为两组，其中住院天数3天及3天以下的作为 VI-A 级，住院天数3天以上的作为 VI-B 级。

2.放化疗病例（V 级）

放化疗病例是肿瘤放、化疗对资源消耗有显著影响，住院总费用明显高于同 DIP 其他病例的严重病例，其中Ⅴ-A 级作为放疗严重病例，Ⅴ-B 级作为化疗严重病例。

3.转移病例（IV 级）

转移病例是肿瘤有转移或在其他部位有并发肿瘤（次要诊断中含有肿瘤的诊断，所属类目与主要诊断不同），且住院天数3天以上的病例。

4.重度病例（Ⅲ级）

重度病例是病情较为严重，除主要诊断以外，同时具有“功能衰竭、休克、菌血症、脓毒血症”等全身系统性并发症/合并症的次要诊断，且住院天数3天以上的病例。

5.中度病例（Ⅱ级）

中度病例是除主要诊断以外，同时具有“重要器官病损+重要脏器感染”等局灶性并发症/合并症的次要诊断，且住院天数3天以上的病例。

6.次要诊断病种辅助目录(I-A级)。将住院天数3天及3天以下的病例作为I-A级。

（三）年龄辅助分型

年龄特征辅助分型，分为：0－28天、29天－1岁前、1－14岁、65岁及以上等类别。

二、病种辅助目录的应用

（一）纳入辅助分型调整系数计算的病例应同时满足以下条件:

1.符合辅助分型的类型及分型规则;

2.病例医疗费用偏差率在 0.5-2之间;

（二）符合病种辅助目录条件的病例，在主目录病种分值的基础上，应用病种辅助目录加权系数对病例的分值进行校正。

计算公式：符合病种辅助目录病例的分值=主目录病种分值×(1+病种辅助目录加权系数)

（三）当病例符合多个辅助分型规则时，按加权系数最高的执行。

（四）康复、床日病种病例不纳入辅助分型范围。

附件：1.非肿瘤病例疾病严重程度目录及加权系数

2.肿瘤病例疾病严重程度目录及加权系数

3.年龄辅助分型加权系数

4.辅助分型次要诊断表

附件1

**非肿瘤病例疾病严重程度目录及加权系数**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 级别 | 一级医院 | 二级医院 | 三级医院 |
| 死亡病例IV-A级 | 0.02 | 0.04 | 0.05 |
| 死亡病例IV-B级 | 0.1 | 0.16 | 0.2 |
| 重度病例Ⅲ级 | 0.05 | 0.08 | 0.1 |
| 中度病例Ⅱ级 | 0.02 | 0.04 | 0.05 |
| 次要诊断辅助目录I-A级 | -0.02 | -0.04 | -0.05 |

附件2

**肿瘤病例疾病严重程度目录及加权系数**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 级别 | 一级医院 | 二级医院 | 三级医院 |
| 死亡病例VI-A级 | -0.02 | -0.04 | -0.05 |
| 死亡病例VI-B级 | 0.05 | 0.08 | 0.1 |
| 放疗严重病例 | 0.1 | 0.16 | 0.2 |
| 化疗严重病例 | 0.05 | 0.08 | 0.1 |
| 转移病例 | 0.05 | 0.08 | 0.1 |
| 重度病例 | 0.05 | 0.08 | 0.1 |
| 中度病例 | 0.02 | 0.04 | 0.05 |
| 次要诊断辅助目录I-A级 | -0.05 | -0.08 | -0.1 |

附件3

**年龄辅助分型加权系数**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 级别 | 一级医院 | 二级医院 | 三级医院 |
| 0－28天 | 0.1 | 0.16 | 0.2 |
| 29天－1岁前 | 0.05 | 0.08 | 0.1 |
| 1－14岁 | 0.02 | 0.04 | 0.05 |
| 65岁及以上 | 0.05 | 0.08 | 0.1 |

附件4

**辅助分型次要诊断表**

|  |  |
| --- | --- |
| 一、功能衰竭、休克、脓毒症 | |
| 疾病编码 | 疾病名称 |
|  | 功能衰竭 |
| I50 | 心力衰竭 |
| I97.100x004 | 手术后心力衰竭伴肺水肿 |
| I97.101 | 瓣膜置换术后心脏功能衰竭 |
| I97.102 | 心脏手术后心力衰竭 |
| J96 | 呼吸衰竭 |
| N17 | 急性肾衰竭 |
| N18.902 | 慢性肾衰竭 |
| N19.x00 | 肾衰竭 |
| K72 | 肝衰竭 |
| O26.602 | 妊娠合并肝功能衰竭 |
| T86.401 | 移植肝功能衰竭 |
| R68.800x001 | 多脏器功能衰竭 |
| G93.900x001 | 脑干功能衰竭 |
| P28.500 | 新生儿呼吸衰竭 |
| P29.800x901 | 新生儿循环衰竭 |
| P29.000 | 新生儿心力衰竭 |
| P96.000 | 先天性肾衰竭 |
|  | 休克 |
| A48.300 | 中毒性休克综合征 |
| J80 | 成人型呼吸窘迫综合征 |
| O08.3 | 流产、异位妊娠和葡萄胎妊娠后的休克 |
| O75.1 | 产程和分娩期间或以后休克 |
| P96.804 | 新生儿休克 |
| R57.000 | 心源性休克 |
| R57.100 | 血容量不足性休克 |
| R57.101 | 失血性休克 |
| R57.200 | 脓毒性休克 |
| T78.000 | 有害食物反应引起的过敏性休克 |
| T78.200 | 过敏性休克 |
| T79.400 | 创伤性休克 |
| R57.8 | 其他休克 |
| R57.900 | 休克 |
| T80.500 | 血清引起的过敏性休克 |
| A40 | 链球菌性脓毒症 |
| A41 | 其他脓毒症 |
| P36 | 新生儿细菌性脓毒症 |
| 二、重要器官病损、重要脏器感染 | |
| 疾病编码 | 疾病名称 |
|  | 重要脏器（病损） |
| C71 | 脑恶性肿瘤 |
| C38.0 | 心脏恶性肿瘤 |
| C64 、C65 | 肾恶性肿瘤 |
| C22 | 肝和肝内胆管恶性肿瘤 |
| C34 | 支气管和肺恶性肿瘤 |
| C90 - C97 | 血液疾病 |
| C81 - C88 | 淋巴瘤 |
|  | 重要器官病损（肿瘤+化疗+放疗） |
| Z51.0 | 放射治疗疗程 |
| Z51.1 | 为肿瘤化学治疗疗程 |
| Z51.2 | 其他化学治疗 |
|  | 重要脏器感染（肺） |
| J12 | 病毒性肺炎，不可归类在他处者 |
| J13 - J18 | 肺炎 |
|  | 重要脏器感染（肝） |
| B15 - B19 | 病毒性肝炎 |
| K73 | 慢性肝炎，不可归类在他处者 |
| K74 | 肝纤维化和肝硬变 |
| K75 | 其他炎性肝脏疾病 |
|  | 重要脏器感染（胆囊） |
| K80.0 | 胆囊结石伴有急性胆囊炎 |
| K80.1 | 胆囊结石伴有其他胆囊炎 |
| K80.4 | 胆管结石伴有胆囊炎 |
| K81 | 胆囊炎 |
|  | 重要脏器感染（胰） |
| K85 | 急性胰腺炎 |
| K86.0 | 酒精性慢性胰腺炎 |
| K86.1 | 其他的慢性胰腺炎 |
| 备注：如医保疾病诊断编码有调整的，按调整后的编码执行。 | |