云浮市按病种分值付费（DIP）结算办法(试行)（征求意见稿）

**第一章 总则**

**第一条** 为加快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)《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)《国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》(医保办发〔2021〕27号)以及《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)精神，从2023年1月1日起，统一按照国家DIP技术规范开展付费。结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法DIP支付方式付费结算,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、中医特色治疗病种，下同)结算，精神类疾病按床日付费结算。定点医疗机构与参保患者之间的医保住院医疗费用结算仍按医保住院医疗待遇政策规定执行。

**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，按照医保办发〔2020〕50号、医保办发〔2021〕27 号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–需统筹金支出的补充（大病）医疗保险保费–普通门诊费用–市内门诊特定病种费用–按床日结算费用–按项目结算费用–市外就医结算费用–当年征收总额3%调节金。

**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，协同推进“打包”付费。按照医保基金“以收定支、略有结余”的原则，实行总额预付、结余留用、合理超支分担的医保支付方式。即：县（市、区）域内当年医保基金收入，预留2％的调剂金和8％的风险金后，余额作为医共体的总额付费金额，由医共体承担辖区内医保参保人当年县域内、外就医发生的医疗费用。

第三章 DIP 病种库确定

**第十条** 以结算年度前3年的病案数据，以诊断编码(ICD-10医保版)和手术操作编码(ICD-9-CM3医保版)为参数进行统计分组，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例的病种组合按病种属性进一步组合聚类，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**  参照国家技术规范成组标准，探索以中医操作为主要手术操作的病例进行组合，充分考虑中医操作与诊断的关系，聚类形成中医操作综合病种。

**第十四条** 病种基础分值=（各病种次均医疗总费用÷全市出院病例次均费用）×1000。

**第十五条** 从2023年1月1日起，执行省医疗保障局统一印发的《DIP付费病种分值库》（待省印发后，由市医疗保障局转发执行）。其中，DIP付费病种分值库基层病种的分值，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。

**第十六条** DIP付费病种分值库实行动态调整，市医保部门根据上级部门的有关要求，结合我市实际，每年组织专家修改、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1，二级医疗机构0.7，一级医疗机构0.4。

**第十九条** 2023年基本系数：三级医疗机构（指我市2022年按病种分值付费第1集团，下同）按照2022年按病种分值付费结算系数确定；一、二级医疗机构以2022年所有病种次均医疗费用（2021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；一、二级医疗机构基本系数不得超过三级医疗机构基本系数的最低值。今后年度定点医疗机构基本系数没有调整之前按2023年基本系数执行，如需调整，将由市医疗保障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、广东省高水平医院建设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的95%。

**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** 医保经办机构每月25日前将上月月度预付额的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分值。

**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)。已按辅助分型调整的病例不再纳入费用偏差病例计算。辅助目录调整系数设置细则详见附件2。

**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：

费用偏差率=该病例的住院总费用/同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院总费用。

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)×基础分值;

偏差率>2.5的病例纳入年终专家评审范畴，由专家组评议后校正有关病例的分值。

**第三十条** 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，特殊病例申请比例不得超过本医疗机构按分值付费病例的5‰。该类病例由市医保经办机构组织专家评议，评审通过的病例按特殊病例计算分值，评审不通过的病例仍按上述常规方法计算分值。特殊病例分值由专家评议确定。

**第三十一条** 特殊病例应至少满足以下一个条件：

1.住院天数是本医疗机构当年度平均住院天数5倍以上的病例;

2.住院总费用超出该病种基准分值与上年度结算点值的乘积，且超出金额为本医疗机构当前年度前10位病种的病例;

3.监护病房床位使用天数占住院床位使用总天数60%及以上的病例;

4.运用创新医疗技术(指3年内获得国家、省自然科学奖、技术发明奖、科学技术进步奖的医疗技术或治疗手段)的病例;

5.运用经市卫生健康行政部门评审认定、公布的临床高新技术、临床重大技术和临床特色技术的病例。

**第三十二条** 定点医疗机构总分值为核心病种、综合病种、辅助分型病例、费用偏差较大病例、特殊条件病例经医疗机构系数加权后的分值总和。

**第三十三条** 当年度结算点值的确定：

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。

当年度结算点值=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）\*医保报销比列〕-违规扣减费用。

病组支付标准=DIP分值×结算点值。

**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，或作为次年预拨付金额。

**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服务质量考评金。

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六项考核指标，医疗机构年度住院总费用低于300万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%，10%-12%设置为缓冲区，超出12%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–12%）÷上年度结算点值点值。

**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住院次均费用增长率控制指标为≤5%，5%-6%设置为缓冲区，住院次均费用增长率＞6%的，超出部分在当年年度结算时折算为病种分数扣减。其中，新增或等级变更的医疗机构以上年度同级别且同性质的医疗机构平均次均费用作为考核基数。医疗机构上年度住院次均费用增长超过5%的，超出部分不纳入次均费用基数计算。

医疗机构住院次均费用增长率＝当年该医疗机构住院次费用÷上年度该医疗机构住院次均费用×100%－100%；

医疗机构住院次均费用增长超出扣分＝（该医疗机构住院次均费用增长率－6%）×当年该医疗机构住院总费用÷上年度结算点值点值。

**第四十八条** 参保人出院后15天内再次因同一疾病住院的视为重复住院。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。

**第四十九条** 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（大型X光机）检查阳性率控制指标为≥50%（本考核项目数据由卫健部门提供）。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÷上年度结算点值点值。

**第五十条** 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÷上年度结算点值点值。

**第五十一条** 分职工医保和居民医保对各医疗机构全年非常见病种病案数量（含按非常见病种核算的病案，不含按床日结算及大病单议病案）进行考核，各医疗机构全年非常见病种病案数量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。

医疗机构非常见病种比例＝该医疗机构非常见病案数量÷该医疗机构纳入分值结算病案数量×100%；

医疗机构非常见病种比例超标扣分＝（该医疗机构非常见病种比例－对应控制指标）×当年该医疗机构住院总得分。

**第五十二条** 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。

**第五十三条** 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10万元及以上的病案作为大病病例进行单议，由市医保部门组织医药、医保专家评审。评审合格的，按实际费用结算；评审不合格的，按当次基本医疗保险基金统筹基金应付金额的50%结算。统筹基金应付金额从所属集团总控额中列支。

第八章 其他

**第五十四条** 精神疾病住院费用实行按床日结算，具体结算标准如下：一级医疗机构每床日160元，二级医疗机构每床日190元，三级医疗机构每床日200元。

床日数＝出院时间－入院时间；

床日结算金额＝总床日数×对应等级床日结算标准。

各医疗机构按床日结算总额不得超过其按项目结算总额的105%，床日结算金额从当年医保统筹基金中单列支付。下一年度按床日结算标准如需调整，每年11月由医疗机构向市医保经办机构提出申请，由市医保经办机构核实，报市医保部门核准备案后公布执行。

**第五十五条** 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。

**第五十六条** 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。

**第五十七条** 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。

**第五十八条** 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

**第五十九条** 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。

**第六十条** 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。

**第六十一条** 本办法自2023年 1 月 1 日开始实施，有效期至2025年 1 2月 31 日。《云浮市医疗保障局关于印发云浮市基本医疗保险住院医疗费用按病种分值付费结算办法的通知》（云医保发〔2020〕41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。

公开方式：主动公开