云浮市按病种分值付费（DIP）结算办法(试行)政策解读

一、制定文件的依据

1.《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)。

2.《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)。

3.《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)。

4.《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)。

二、文件制定过程

根据省政府的工作部署，在省医保部门的业务指导下，我市于2017年12月印发了《云浮市基本医疗保险住院医疗费用按病种分值结算办法》（云府办〔2017〕62号），2020年进行了修订，2018年1月起我市已全面实施按病种分值付费。自实施按病种分值结算以来，基本医疗保险住院医疗费用不合理增长的势头得到有效控制，群众满意度较高。

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)和《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，全省原开展按病种分值付费的市，要实行精细化管理，向按病种分值付费（DIP）支付方式改革转变，建立完善符合国家DIP技术规范的各项制度，于2022年12月31日前制定本市开展DIP支付方式改革的实施细则，从2023年1月1日起，统一按照国家DIP技术规范开展付费。

根据上述要求，我局多次组织医药服务管理业务骨干队伍参加国家和省医疗保障局举办的培训班，学习全国统一的按病种分值付费(DIP)技术规范；赴国家试点城市广州市、省试点城市河源市、汕头市，以及工作做得较好的潮州市学习按病种分值付费(DIP)成功经验。结合我市实际，在2022年10月初，我局拟定了《云浮市按病种分值付费（DIP）结算办法（试行）（征求意见稿）》，广泛征求各县（市、区）人民政府、市直有关单位意见建议，在《政府信息公开网》云浮市医疗保障局网站公开征求社会公众意见。在此基础上，综合形成了《云浮市按病种分值付费（DIP）结算办法（试行）（再次征求意见稿）》。综合两次征求意见，形成了《云浮市按病种分值付费（DIP）结算办法(试行)》（送审稿）（以下简称《办法》）。经市政府同意，由市医疗保障局印发，从2023年1月1日开始实施。

三、文件的主要内容

（一）总则。总则明确了制定本《办法》的文件依据、按病种分值付费（DIP）的概念、适用范围和基金使用原则。根据国家医疗保障局和省医疗保障局的工作部署，按照国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范开展付费。按病种分值付费（DIP）是根据“疾病诊断+治疗方式”形成病种，赋予一定分值。原按病种分值付费是根据出院病案首页第一诊断（ICD-10前4位编码），结合手术及操作编码（ICD-9-CM-3）形成病种，赋予一定分值。按病种分值付费（DIP） 细分病种比原来大幅度增加，赋予分值更精准。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结算，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。

（二）基金付费总额预算。职工医保和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，根据当年统筹基金征收总额（不含当年一次性趸缴收入），扣减先行支付费用（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），以及当年征收总额3%调节金后，余额全部用于市内定点医疗机构按病种分值付费（DIP）分配。

（三）DIP病种分值库。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；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；适合基层医疗机构诊治且具备诊治能力的病种为基层病种；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。由于我市从2021年2月上线国家医保系统，该系统近期才匹配了结算模块，具功能不够完善，各地还需自行开发符合地方实际的功能模块才能上传结算清单。到目前为止，我市还有部分医疗机构不能按国家和省医疗保障局要求上传结算清单，导致没有符合编制病种分值库要求的结算年度前3年病案数据。按照省医疗保障局的指导意见，可借鉴国家试点城市河源市的病种分值库，确定我市2023年执行的病种分值库。以后年度由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。

（四）定点医疗机构系数。按照国家医疗保障局按病种分值付费（DIP）技术规范要求，DIP支付方式不分医疗机构集团，通过所有出院病种医疗费用的对比确定医疗机构系数。初始基本系数确定以2021年我市定点医疗机构次均住院费用为重要参考，通过比对，初始基本系数设置为：三级医疗机构0.9，二级医疗机构0.63，一级医疗机构0.36。2023年是我市执行按病种分值付费（DIP）的第一年。按照国家医疗保障局的技术规范要求，参考国家试点城市河源市的做法，确保我市定点医疗机构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，不低于初始基本系数。同时，通过设立加成系数，对CMI值大于平均值、老年患者(65岁以上)住院结算人次大于平均值、18岁以下儿童住院人次大于平均水平、国家或省级重点专科、区域诊疗中心、医疗技术牵头单位、广东省高水平医院等给予系数加成，充分体现收治病人的难易程度和技术创新能力。

（五）月度预付。月度预付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%，各医疗机构月度预付额按照上述总额及当月全市病种分数总和进行。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。

（六）审核结算。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。先计算出点值（分值单价），再计算病组支付标准（DIP分值×结算点值）。

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。

同时，设置节余留用奖励。对基金使用率率在70%至90%之间的，给予10%奖励。对基金使用率率高于90%低于100%的医疗机构，给予不高于10%的奖励。

（七）管理与监督。设定住院总费用增长率、重复住院率、大型设备（CT、MRI）检查阳性率、自费项目费用占比、非常见病种病案数量占比5项考核指标对定点医疗机构进行年度考核。这些指标都符合医改工作要求，目的是促进医疗机构合理收治、合理诊治、合理检查、合理用药，控制医疗费用不合理增长，减轻参保群众医疗负担，促进医保制度可持续发展。

云浮市医疗保障局

2022年12月29日