

商丘市医疗保障局
商丘市 财 政 局 文件
商丘市卫生健康委员会

商医保〔2021〕6号

商丘市医疗保障局 商丘市财政局
商丘市卫生健康委员会关于印发《商丘市基本
医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值
付费实施办法（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局、财政局、卫健委，市城乡一体化示范区
人力资源和社会保障局，市医保中心，各相关医疗机构：

现将《商丘市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分
值付费实施办法》印发给你们，请遵照执行。

(此页无正文)



商丘市医疗保障局



商丘市财政局



商丘市卫生健康委员会

2021年8月13日

商丘市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费实施办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为持续推动医保支付方式改革,根据《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》(医保办发〔2020〕45号)、《国家医疗保障局关于印发按病种分值付费(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)、《商丘市人民政府关于印发商丘市全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案的通知》(商政办〔2021〕2号)和《商丘市医疗保障局关于推进印发商丘市区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)试点工作方案的通知》(商医保办发〔2021〕28号)等有关文件,结合我市实际,制定本办法。

第二条 本办法适用于医疗保障经办机构(以下简称经办机构)与全市定点医疗机构结算职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保人员发生的住院费用。

第三条 区域点数法总额预算和按病种分值付费(以下简称DIP)遵循“预算管理、总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”原则,并建立“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制,激励定点医疗机构建立健全与DIP相适应的内部管理机

制,合理控制医疗费用,提高医疗服务质量,保障参保人员权益。

第四条 本办法按病种分值付费是指在医保统筹基金支付本统筹区内住院医疗费总额预算内,根据各病种次均费用与本地所有出院病例的平均费用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疗机构调整系数,年终由医保经办机构根据定点医疗机构累计总分值,结合医疗机构调整系数,按约定规则进行住院费用结算的付费方式。按病种分值付费是医保经办机构与定点医疗机构的医疗费用的结算方式,参保人员基本医疗保险待遇按照本市基本医疗保险现行政策规定执行,不受本结算办法影响。

第二章 预算管理

第五条 市医保经办机构按照“总额控制、以收定支、收支平衡、略有结余”的原则,职工医保、城乡居民医保分别按照当年度医疗保险统筹基金预算收入的10%提取风险调剂金后确定年度全市医保基金预算总额。

城镇职工年度DIP住院医保基金预算总额,根据当年度预计征缴额度,结合各种风险、医疗费用增长等因素,扣除风险调剂金、门诊统筹、门诊慢性病、门诊重特大疾病、个人账户、生育保险、异地就医、手工(零星)报销及其他付费方式支出等,确定本年度城镇职工DIP住院医保基金预算总额。

年度 DIP 职工住院医保基金预算总额=年度统筹基金预算总额 - (风险调剂金、门诊统筹基金、门诊慢性病、门诊重特大疾病、异地就医、手工(零星)报销、生育保险等预算金额支出) - 其它方式结算预算金额(按床日、按人头等)

城乡居民年度 DIP 住院医保基金预算总额,根据当年度预计筹资总额,结合各种风险、医疗费用增长等因素,扣除风险调剂金、大病保险、生育补助、门诊统筹、“两病”、门诊慢性病、门诊重特大疾病、异地就医、手工(零星)报销及其他付费方式支出等,确定本年度城乡居民 DIP 住院医保基金预算总额。

年度 DIP 居民住院医保基金预算总额=年度统筹基金预算总额 - (风险调剂金、大病保险基金、生育补助、门诊统筹、“两病”、门诊慢性病、门诊重特大疾病、异地就医、手工(零星)报销等预算金额支出) - 其它方式结算预算金额(按床日、按人头等)

第三章 病种分值

第六条 病种分值是不同出院病例的标化单位,是反映不同病种组合资源消耗程度的相对值,数值越高,反映该病种的资源消耗越高;反之则越低。

(一) DIP 主目录确定

1. 病种分组。市医保部门根据国家医疗保障局按病种分值付

费（DIP）技术规范，采集最近三年住院全样本数据，通过“疾病诊断+治疗方式”客观匹配组合，在穷举与聚类的基础上，确定病种组合例数，同时需要兼顾病例入组率、病种变异系数（CV）与应用的便捷性、可比性之间的平衡，以例数临界值的方式区分核心与综合病种。例数在15（含15）例以上的为核心病种，例数在15例以下的为综合病种，核心病种例数约占85%，综合病种例数占15%，确定我市DIP病种主目录库。从核心病种中选取部分技术难度低、既往就诊人次高、适宜基层医疗机构开展诊疗的病种作为基层病种，以促进分级诊疗（基层病种目录库及分值表另行公布）。

2. 病种标准分值。基于全市定点医疗机构近三年出院病人的病种及费用情况，历史三年次均费用按照1:2:7的比例测算。参照国际标准分类，通过大数据分析测算，以“疾病诊断亚目分类”确定病种，结合治疗方法，分别计算出各病种的次均住院医疗费用（下称次均住院费用），以各病种次均住院费用与该地区所有病种次均住院费用的比值来确定各病种分值。职工医保、居民医保执行相同的病种和病种分值。计算公式为：

各病种标准分值=（各病种次均住院费用÷全部病例平均住院费用）×1000

（二）DIP辅助目录建立

在主目录病种分组共性特征的基础上，逐步建立完善反映疾病严重程度（包括CCI指数、疾病严重程度分型、肿瘤严重程度

分型、次要诊断病种以及年龄特征病种 5 类)与违规行为监管(包括病案质量指数、二次入院、低标准入院,超长住院及死亡风险指标)个性特征的辅助目录。在统一标准体系下,对疾病收治、诊疗行为的合规性进行快速识别、科学评价,与主目录关联,对其中对应分级目录的支付费用进行校正,促进医疗费用的精确预算、精细管理与精准支付(辅助目录库及分值表另行公布)。

第七条 病种目录动态调整。市医保部门制定完善病种目录调整规则,根据综合运行情况、病种数量及费用、专家意见等,原则上每年对 DIP 主目录库进行一次调整。及时将达到一定例数、费用稳定、通过经济性评价的病种纳入核心病种,将例数较少的病种调出核心病种。及时对有关病种分值进行校正。探索将运用新医疗技术、诊疗效果显著的病种纳入核心病种。积极推进病种分值确定衔接医疗服务价格调整、药品和医用耗材集中采购等政策。

第四章 医疗机构调整系数确定

第八条 根据各医疗机构级别、CMI 值(病例组合指数)、次均住院费用、平均住院天数、人次人头比、病种数量等客观差异及执行的收费标准等情况,合理确定各定点医疗机构的调整系数,作为医疗机构病种分值调整分配系数。

(一) 医疗机构等级系数。医疗机构等级系数按三级、二级、

一级三个层次确定。原则上一个自然年度内不做调整。计算公式为：

医疗机构等级系数 = Σ (本等级医疗机构某病种系数 × 该病种病例数) ÷ 本等级医院总病例数

本等级医疗机构某病种系数 = 本等级医疗机构该病种加权均费 ÷ 该病种加权次均费用

本等级医院机构该病种加权均费 = 近三年该病种次均费用按照 1:2:7 方式加权计算

需要个别调整医疗机构系数或新增定点医疗机构系数，由医保经办机构结合实际，组织医疗专家评估后对系数进行调整，报市级按病种分值付费工作领导小组审核后公布。

(二) 医疗机构加成系数。为鼓励医疗机构高质量发展，将医疗机构年度病例组合指数(CMI)、老年患者比例、儿童患者比例、重点专科、等级晋升、综合实力排名、新技术新项目、信用评级等作为加成调整合理确定加成系数，用于年度清算时对医疗机构或相关病种分值加成(办法另行制定)。

第五章 医疗机构病种分值确定

第九条 医疗机构病种分值基于目录库标准分值，根据医疗机构调整系数进行计算。

(一) 费用正常病例病种分值。指病种实际发生的住院医疗费用，在上年度同等级医疗机构该病种次均住院医疗费用 50%~

200%之间的病种。计算公式为：

医疗机构某病种分值(不含基层病种)=该病种标准分值×医疗机构等级系数(计算结果四舍五入到个位)

(二) 基层病种分值。基层病种均按照同质同病、同治同价的原则进行支付与结算,其目录库分值不再乘以医疗机构调整系数。计算公式为:

基层病种分值=该病种标准分值(计算结果四舍五入到个位)

(三) 辅助分型病例分值。对受疾病严重程度、年龄特征等特异变化影响的病种组合,基于辅助目录进行细化分型并确定调整系数,对病种组合分值进行个体特异变化校正,以最大程度地契合成本(计算公式另行公布)。

(四) 费用异常病例病种分值

1. 费用极高病例分值将费用超过病种组合支付标准2倍以上4倍(含4倍)以下的病例作为费用超高病例,其计算公式如下:

费用超高病例病种分值点值系数=(该病例医疗总费用÷上一年度同级别定点医疗机构该病种次均医疗总费用-2)+1

费用超高病例病种分值(异常病例校正)=费用异常病例病种分值点值系数×该病种标准分值×医疗机构等级系数

2. 费用极低病例将费用低于病种组合支付标准50%的病例作为费用超低病例,这部分病例将按照对应病种组合标准据实支付,其计算公式如下:

费用极低病例病种分值点值系数=该病例医疗总费用÷上一

年度同级别定点医疗机构该病种次均医疗总费用

费用极低病例病种分值（异常病例校正）=费用异常病例病种分值点值系数×该病种标准分值×医疗机构等级系数

第十条 特殊病例单议审核。对于医疗机构收治的急危重症、住院天数明显高于平均水平、费用偏离均值较大、ICU住院天数较长或者运用新技术新项目等特殊情况的病例，符合以下条件的，定点医疗机构可向医保经办机构提出申请，由市医保经办机构组织专家评议审核（原则上每季度1次）确定分值，不再纳入辅助分型病例、费用异常病例计算。

（一）危急重症抢救患者或死亡病例；

（二）病例实际住院费用超过上年度同等级医疗机构该病种次均费用4倍以上的；

（三）运用经卫生健康行政部门评审认定、公布并在市医保经办机构备案的临床新技术项目的病例；

（四）超出现行DIP目录库的病例或新发生的疾病病例；

（五）市医保经办机构核准可申请单议的其他情况。

定点医疗机构申请特殊病例单议数量，原则上不得超过当月该医疗机构DIP出院病例的3%（申请病例数计算结果向上取整至个位，不足1例的按1例计算）。

第十一条 无法入组病例

因病案数据质量等原因无法入组的病例，这些病例同样需要建立病例筛选与医疗专家集体评审机制，对个体差异、疾病严重

程度等偏差原因进行分析并予以支付。

第十二条 探索建立中医特色病种目录库,对同病同效的中医治疗病例给予西医治疗病例相同病种分值和支付标准,逐步将临床需求大、有中医特色的病种合理确定病种分值和支付标准,促进中医适宜技术的临床应用(办法另行制定)。

第十三条 探索建立完善床日病种目录库,逐步将指定病种长周期住院、精神病专科和护理医疗机构住院治疗等住院时间较长的住院病例合理确定病种分值。

第六章 点值确定

第十四条 结算点值是基于当年医保支付总额与医保支付比例核定年度住院总费用,并结合年度DIP总分值,计算结算阶段的分值点值,形成DIP支付标准。计算公式为:

年度结算点值=(年度DIP预算总额+年度个人负担费用+年度其他医疗保障费用)÷年度医疗机构结算总分值

年度各医疗机构总分值= Σ 〔各定点医疗机构病种分值×该定点医疗机构各病种例数〕

第七章 结算管理

第十五条 医保经办机构与定点医疗机构按照“总额控制、

以收定支、收支平衡、略有结余、月度预拨、年度清算”的方式进行DIP住院病例医保费用结算。为减轻各定点医疗机构垫付费压力，每年1月参照上年度各定点医疗机构同期费用预拨付一个月费用。

第十六条 月度预结算是经办机构按照预先设立的规则，综合考虑医疗机构的疾病收治、违规行为以及医疗保险基金的经营情况，合理确定全市医疗机构月度预算指标，在此基础上计算出各医疗机构月度预算金额，按比例进行预拨。结算时预留5%的质量保证金，用于年底DIP考核，根据考核结果进行返还。计算公式如下：

月度DIP住院预算=年度DIP住院预算÷12

月度DIP总费用=月度DIP住院预算+（月度住院总费用-月度统筹基金支付费用）

月度DIP总分值=∑各定点医疗机构月度分值

月度医疗机构分值=∑正常病例病种分值+∑辅助分型病例分值+∑基层病种病例分值+∑其他病例分值-∑月度审核稽核扣减分值（计算结果四舍五入到个位）

月度结算点值=月度DIP总费用÷月度总分值

定点医疗机构月预结算住院医保费用=定点医疗机构月度分值×月度结算点值-个人负担费用-其他医疗保障费用-违规扣除费用

定点医疗机构DIP月度拨付金额=定点医疗机构月度预结

算金额 × 95%

医保经办机构与医疗机构的结算，基于以上公式对每一个病例据实计算，并累计形成医保应支付给定点医疗机构的总额。上述公式计算中，如出现极端现象，如个人负担费用大于病组支付标准，会造成 DIP 应支付结果 ≤ 0 ，则按 0 予以支付。

第八章 年度清算

第十七条 年度清算流程。年度清算是指与定点医疗机构的数据核对，确定最终清算结果，完成年度结算。

（一）数据核对

将 DIP 业务的预清算数据反馈给定点医疗机构核对，收集处理定点医疗机构的反馈意见。

（二）确定清算结果

1. 完成 DIP 业务年度分值总和、结算点值、疾病严重程度校正总额、违规行为监管扣减总额、预决算支付总额、决算支付总额等数据的计算，形成最终清算结果。

2. 完成年度清算应付款项的数据汇总工作，汇总数据提交财务部门。

3. 每年 3 月底前完成上年度清算应付款项的拨付。

（三）年度清算公式

经办机构与定点医疗机构清算年度住院医保费用。计算公式

如下：

各定点医疗机构年度分值付费结算金额=定点医疗机构总分值×年度结算点值-个人负担费用-其他医疗保障费用-违规扣除费用-预付费。

年度全市 DIP 医疗机构住院总费用=本地住院医保基金年度预算费用+年度个人负担费用+年度其他医疗保障费用

年度结算点值=年度全市 DIP 医疗机构住院总费用÷年度全市医疗机构总分值(计算结果保留 2 位小数)

年度各医疗机构总分值=∑(各定点医疗机构病种分值×对应病种病例数量)

各定点医疗机构病种分值=∑正常病例病种分值+∑辅助分型病例分值+∑基层病种病例分值+∑其他病例分值-∑审核稽核扣减分值(计算结果四舍五入到个位)

第十八条 建立“结余留用，合理超支分担”的激励和风险分担机制。年终清算时，根据各定点医疗机构年度综合考评结果，制定年终清算方案。按照实际年度医疗机构 DIP 住院实际统筹基金总额(已扣除违规扣除费用)与年度定点医疗机构 DIP 分值付费结算金额(已扣除违规费用)的比较结果，确定追补金额，结合本年度已拨付金额和违约扣款金额，确定各定点医疗机构年度分值付费清算金额。

年度各医疗机构 DIP 住院实际统筹基金总额=(年度各医疗机构住院总费用-个人负担费用-其他医疗保障费用)-∑违规

扣除费用

年度各医疗机构 DIP 分值付费结算金额 = (年度 DIP 医疗机构住院总费用 - 个人负担费用 - 其他医疗保障费用) - Σ 违规扣除费用

年度 DIP 医疗机构住院总费用 = Σ (年度医疗机构各病种病组支付标准 \times 对应病种病例数量)

病种支付标准 = DIP 分值 \times 结算点值

(一) 当实际发生基金小于分值付费结算金额 85% (含 85%) 的, 按实际发生基金费用计算;

(二) 当实际发生基金在分值付费结算金额 85% - 100% (含 100%) 之间的, 按分值付费结算金额费用计算;

(三) 当实际发生基金超过分值付费结算金额 100% 的, 分段计算。100% 之上 110% (含 110%) 以下部分, 以风险调节金按不高于 70% 比例进行补偿; 110% 之上部分不予支付。

(四) 定点医疗机构年度内因违法违规受到相关责任部门暂停服务协议、解除服务协议等处理以及年终考核不合格的, 结余留用以及超支分担部分不予支付。

第十九条 清算总额。计算公式如下:

定点医疗机构年度 DIP 清算总额 = 定点医疗机构年度 DIP 最终确定额 + 质量保证金兑付金额 - Σ 定点医疗机构月度 DIP 预算金额 - Σ 违规扣除费用

第九章 其他结算方式病种

第二十条 DIP 主要适用于住院医疗费用结算（包括日间手术、省内异地联网就医），精神类、康复类及护理类等住院时间较长的病例不宜纳入 DIP 范围，可按床日付费计算。其他结算方式具体办法另行规定。

第二十一条 省内异地联网直接结算就医纳入就医地管理，执行就医地 DIP 点值、分值。

第十章 监督管理

第二十二条 定点医疗机构应按规定做好 DIP 管理工作，健全组织，加强管理制度建设，规范诊疗行为，坚持合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费原则，保证医疗服务质量，引导患者合理就医。

第二十三条 定点医疗机构应按照医保规定要求，及时做好本院信息系统与基本医疗保险结算信息系统对接工作，及时、规范、完整、准确地向基本医疗保险结算信息网络系统上传病案首页、住院结算清单等信息、数据。经办机构应指导定点医疗机构按规定开展月度申报结算工作，申报的数据指标内容应包含医疗总费用、医保垫付记账费用等。

第二十四条 定点医疗机构应严格控制参保人医保目录外

医疗费用负担比例。高值耗材的报销按照限价规定执行。经办机构定期公布各定点医疗机构参保人医保目录外医疗费用负担比例情况并纳入年度考核。

第二十五条 医疗保障部门应建立与 DIP 相适应的定点医疗机构监管制度,依托信息化手段,对 DIP 实施过程及结果进行事前、事中、事后全流程监管,并建立线上与线下相结合、费用审核与监督管理相联动的全方位监管模式。

第二十六条 医疗保障部门应充分利用人工智能和大数据分析等技术手段,对医疗服务相关行为和费用进行监控分析,重点对结算清单质量和日常诊疗行为、付费标准的合理性、参保人住院行为等开展监测,完善本管理区域医疗机构、医保医师、参保人、病种、病案填写等多维度的审核监督指标体系,重点分析次均费用、总费用、就医人次和病种变化情况等等与 DIP 运行密切相关的指标。

第二十七条 医疗保障部门应加强定点医疗机构参保人住院医疗费用及病案等资料信息的审核、管理,定期或不定期对各定点医疗机构进行稽查审核,抽查原始病历,对不据实上传疾病名称和手术名称按规定病种结算的,对定点医疗机构通过分解住院、挂床住院、降低标准收住院、诊断升级、高套分值、应对应而未对应病种、超医保支付范围以及开具大检查、大处方等不规范行为的,结算时当次住院费用视为违规费用,不纳入结算,并视情节按医疗保险有关规定处理。

第二十八条 经办机构应将疾病和手术操作编码准确率、人次增长率、人次人头比增长率、住院人均医保费用增长率、年度总体自费率、DIP 数据上传情况、患者满意度调查等纳入定点医疗机构年度考核范围,考核结果与履约质量保证金兑付相挂钩。

第二十九条 医疗保障部门应每半年或一年比照基线调查数据对 DIP 改革的实施效果进行周期性评价,从医保住院医药费用整体情况、资源使用的效率、医疗行为的改变,医疗质量的保证和参保患者的满意度等不同维度进行综合评价。

第三十条 本办法由市医疗保障局负责解释。相关单位在执行过程中遇有关问题请及时报告,由市医保部门组织认真研究,及时对有关问题进行明确,对有关内容进行修订完善或行文补充。

第三十一条 本办法自下发之日起施行。

