化州市医疗保障局
化州市财政局文件
化州市卫生健康局

化医保〔2024〕69号

转发茂名市医疗保障局 茂名市财政局 茂名市卫生健康局关于印发《茂名市基本医疗保险住院医疗费用按病种分值付费（DIP）结算办法（修订版）》的通知

市医疗保障事业管理中心，市各定点医疗机构：

现将《茂名市医疗保障局 茂名市财政局 茂名市卫生健康局关于印发<茂名市基本医疗保险住院医疗费用按病种分值付费（DIP）结算办法（修订版）>的通知》（茂医保〔2024〕

50号）转发给你们，请认真贯彻执行。

化州市医疗保障局　　化州市财政局

化州市卫生健康局

2024年12月31日

茂名市医疗保障局
茂名市财政局文件
茂名市卫生健康局

茂医保〔2024〕50号

茂名市医疗保障局 茂名市财政局 茂名市卫生健康局关于印发《茂名市基本医疗保险住院医疗费用按病种分值付费（DIP）结算办法（修订版）》的通知

各区、县级市人民政府，各经济功能区管委会，市政府各工作部门、各直属单位:

《茂名市基本医疗保险住院医疗费用按病种分值付费（DIP）结算办法（修订版）》已经市人民政府同意，现印发

给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。

茂名市医疗保障局

茂名市财政局

茂名市卫生健康局

2024年12月30日

茂名市基本医疗保险住院医疗费用按病种分值付费（DIP）结算办法（修订版）

第一章 总则

第一条 为持续推进医保支付方式改革，提升医保治理现代化水平，建立管用高效的医保支付管理和激励约束机制，规范医疗服务行为，提高医保基金使用效率，切实保障基本医疗保险参保人员的权益，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）、《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）、《广东省医疗保障局关于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）、《广东省医疗保障局办公室转发国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（粤医保办函〔2024〕164号）、《广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法》（粤医保规〔2024〕11号）和《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）等文件精神，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），是指利用大数据方法、智能化技术发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征对病案数据进行客观分组，形成每一个疾病与治疗方式组合的资源消耗标准，在总额预算机制下，合理确定区域内医保总额预算指标，不再细化明确各医疗机构的总额控制指标，年底根据区域内年度住院可分配基金总额、医保实际住院报销比例、各定点医疗机构病例总分值、医疗机构系数、考核指标等计算分值点值，对医疗机构每一病例实行基于病种分值和分值点值形成支付标准予以付费。

第三条 我市城镇职工基本医疗保险（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）参保人员，在本市范围内定点医疗机构住院（含日间手术）发生的医疗费用，由医保经办机构按照“预算管理、总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，与定点医疗机构实行DIP支付方式结算，适用本办法。

当年度因参保人员欠费、超年度最高支付限额、当次医疗总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6项激励约束考核指标进行考核。

单独支付药品（包括协议期内和已转为医保目录常规药品的国家医保谈判药品、竞价药品及其同通用名同具体剂型药品、“岭南名方”医疗机构制剂，下同）费用不纳入DIP结算范围，对合理使用单独支付药品费用按规定单独核算保障。单独支付药

品目录范围按国家和省有关规定执行。

第四条 对省级紧密型县域医共体医保支付方式综合改革试点，在DIP政策框架范围内，按照省医疗保障局部署做好医保支付方式综合改革试点。

第五条 参保人员与定点医疗机构的住院医疗费用结算按我市现行医保待遇政策规定结算和享受，不受本办法影响。

第六条 建立DIP支付方式改革专项工作小组，统筹推进改革工作，实行联席会议制度，定期听取和研究有关事项，协商处理DIP支付方式改革有关重大争议。

第七条 由市医疗保障局牵头，健全完善DIP支付制度评议组织，评议组织参与政策制定和实施全过程，建立健全议事规则，实行议事会议制度，在此基础上，按照国家和省有关规定，健全完善协商谈判机制、特殊病例单议机制和意见收集反馈机制，建立医保数据工作组机制，健全医疗保障部门与医疗机构之间的良性互动机制，构建协商共治格局。

第二章 总额预算

第八条 严格落实预算法及其实施条例、社会保险基金财务制度等法律法规和制度文件的要求，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，加强医保基金收支预算管理，以医保基金年度支出预算为基础、以保障参保人员基本医疗需求为出发点，综合考虑上年度DIP统筹基金实际支出情况、

参保人员结构变化、就医增长情况、医疗服务水平、医疗消费价格指数等因素，科学编制DIP年度区域总额预算（即DIP年度住院可分配基金总额，不含年度风险调剂金），由市级医保经办机构按职工医保和居民医保分别编制，按程序报批后执行。

年度清算时，若编制的DIP年度区域总额预算未超出当年度基本医疗保险统筹基金总收入剔除用人单位和个人一次性缴纳的医保费、年度风险调剂金、DIP区域调节金、预拨付的周转金和各项非DIP结算基金后剩余的实际DIP年度住院可分配基金总额的，编制的DIP年度区域总额预算可按约定全部用于结算清算；若编制的DIP年度区域总额预算超出实际DIP年度住院可分配基金总额的，按实际DIP年度住院可分配基金总额进行结算清算，确保医保基金当期收支平衡。

全市基本医疗保险普通门诊统筹当年度结余基金滚存计入当年度基本医疗保险统筹基金当期结余，纳入DIP当年度住院可分配基金总额进行分配。

第九条 优化年度风险调剂金和DIP区域调节金，分险种核算。

年度风险调剂金按当年度基本医疗保险统筹基金总收入的3%计提，主要用于但不限于防范和垫付基本医疗保险基金待遇支付风险和收支缺口。

DIP区域调节金按当年度基本医疗保险统筹基金总收入

（剔除年度风险调剂金后）的2%计提，主要用于但不限于年度清算时合理超支分担和二次分配。

第十条 当年度内因重大公共卫生事件、自然灾害、相关重大政策调整、基金运行出现风险等特殊情况需要调整DIP年度住院可分配基金总额、年度风险调剂金、DIP区域调节金等收支预算的，由市医疗保障局会同市财政局提出调整方案，按程序报市政府审议确定。

第三章 病种目录

第十一条 以《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》以及《医疗保障疾病诊断分类及代码（ICD-10医保版）》《医疗保障手术操作分类与编码（ICD-9-CM3医保版）》等为基础，结合我市历年住院数据比对形成客观分类及组合，建立我市DIP病种目录库。

第十二条 市级医保经办机构应基于国家和省DIP病种目录库以及本地大数据测算科学建立以主目录为基础，以辅助目录为修正的全市统一的DIP病种目录库，每年根据医疗发展、疾病特征与临床特点实行动态调整。确定的当年度DIP病种目录库原则上于每年5月底前由市医疗保障局会同市卫生健康局联合发文公布，公布后年度内原则上不作调整。

第十三条 DIP病种主目录的确定。

以我市区域内近年往期住院病例标准化数据为基础，通过疾病“主要诊断和治疗方式”的规则进行聚类，针对临床手术操作的复杂性，对出现一个以上相关手术操作的，相关操作资源消耗达到该病例原费用10%以上情形的可单独成组。我市DIP病种目录库基于疾病与治疗方式的共性特征组合分组，形成核心病种、综合病种、中医优势病种、基层病种和按床日付费病种等主目录（附件1）。

鼓励基层病种在基层医疗卫生机构诊治，推动分级诊疗制度深入实施。

第十四条 开展康复病种医保支付方式改革。我市根据省第一批选取的脑梗死、脑出血、脑肿瘤、颅脑损伤、脊髓损伤等五大类疾病在设置有康复科（含中医康复科）的定点医疗机构或具备提供康复医疗服务能力的基层定点医疗机构开展康复病种医保支付方式改革，康复病种分为急性期和康复期，相应的医疗费用实行分开结算，统筹纳入本办法管理。

对于康复病种急性期住院治疗的费用继续实施按病种分值付费。经定点医疗机构综合评定需要进行康复治疗的，参保患者转入康复期住院治疗的康复病种费用，实施按床日付费，纳入本办法规定进行结算清算，不受定点医疗机构系数影响，按床日付费的康复病种住院人次数不纳入重复住院率计算。具体按照《茂名市医疗保障局关于开展康复病种医保支付方式改革的通知》（茂医保〔2024〕25号）有关规定

执行。

第十五条 DIP 病种辅助目录的确定。

（一）在主目录病种分组共性特征的基础上，根据收治患者复杂程度和疾病复杂性、多样性等特点，基于年龄特征、疾病严重程度、合并症、并发症等因素对病种细化分型，建立辅助目录分值调整机制，确定各辅助分型调整系数，在病种分值的基础上予以调整校正。

已纳入特殊病例、按儿童病种分值加成病例、按床日付费病种（含康复病种）、中医优势病种的病例不再纳入辅助目录分值调整机制。

（二）DIP 病种辅助目录的应用

1.我市正常入组 DIP 主目录核心病种（含基层病种）的 DIP 结算病例纳入 DIP 病种辅助目录计算范围。

2.符合病种辅助目录计算条件的病例，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。

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）。

3.同时符合疾病严重程度及年龄特征病种辅助目录的，按加权系数高的辅助目录分型执行，不叠加计算。若同时符合同一辅助目录分型中不同级别病例条件的，按对应辅助目录分型中级别高的加权系数执行，不叠加计算。

第十六条 基准病种和病种分值的确定。

（一）在近年区域内实际发生的住院病例中选择一种普遍开展、临床路径明确、并发症与合并症少、诊疗技术成熟且费用相对较稳定的病种作为基准病种，根据往期历史数据进行加权平均的方式计算确定基准病种次均住院费用，其分值设为1000分。

（二）病种分值是依据每一个病种的资源消耗程度所赋予的权值，反映的是疾病的严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度，根据每一病种历史数据加权计算的次均住院费用与基准病种次均住院费用的比值确定。

病种分值=（该病种次均住院费用÷基准病种次均住院费用）×1000。

6周岁（含）以下儿童病种分值=该病种分值×105.3%。

第十七条 特殊项目病例分值的确定。

特殊项目病例是指该病例费用明细中有区域热循环灌注热疗、体外膜肺氧合（ECMO）治疗项目费用的病例。

特殊项目病例分值=该病种分值+特殊项目病例加成分值。

特殊项目病例加成分值=该病例特殊项目实际医疗费用÷上年度分值点值。

第十八条 按床日付费病种分值的确定。

按床日付费病种日均分值=该病种日均住院费用÷基准病种次均住院费用×1000。

按床日付费病种分值=总床日数×按床日付费病种日均

分值×103%。

总床日数=出院时间-入院时间。

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等6种严重精神障碍疾病确诊患者的住院医疗费用，不纳入DIP结算范围，实行按床日定额结算，定额标准由市级医保经办机构另行制定，报市医疗保障局审定后执行。

第十九条 未入组病例分值的确定。

定点医疗机构上传的住院病例的主要诊断和手术操作编码与我市DIP病种目录库无法对应的，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÷上年度分值点值×85%。

第二十条 特殊病例分值的确定。

在DIP病种主目录库范围内，对住院天数明显高于平均水平、费用偏差度较大、ICU住院天数较长或者运用新医疗技术等特殊病例，定点医疗机构应按照特殊病例申请条件要求（附件2）通过国家医保信息平台或线下方式向医保经办机构提出特殊病例结算申请，由市级医保经办机构按月或季度组织专家评议评审和协商谈判，经审核通过的病例调整其支付标准并重新核定其分值后进行结算，审核不通过的病例按原病种分值进行结算。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。

三级甲等定点医疗机构、其他三级定点医疗机构、二级甲等定点医疗机构、其他二级定点医疗机构、一级及以下定点医疗机构申请的特殊病例数分别不得超过各定点医疗机构当年度DIP结算人次数的5‰、4‰、3‰、2‰、1‰（四舍五入至个位，不足1人次的，可按1人次计算）。

特殊病例分值=该病例实际医疗费用÷上年度分值点值。

建立特殊病例目录增补机制，2025年起，符合特殊病例申请条件（附件2）第六、七项要求的创新医疗技术、临床高新、重大和特色技术以及应用新药耗新技术（含罕见病用药）的病例，当年度累计达到5例及以上且符合病种分组条件的，由定点医疗机构在当年6月和12月分别向市级医保经办机构提出，经组织专家评议评审和协商谈判，报请市级医疗保障行政部门审定后，可增补为病种目录库核心病种，按增补后的病种分值进行结算清算。

第二十一条 费用偏差病例分值的确定。

该病例当年度实际医疗费用与同级别定点医疗机构相应病种分值费用标准的比值在50%以下或200%以上的，视为费用偏差病例，其比值设定为费用偏差系数。

同级别定点医疗机构相应病种分值费用标准=（该病例相应病种分值×上年度分值点值×同级别定点医疗机构基本系数）。

费用偏差系数=该病例当年度实际医疗费用÷同级别定

点医疗机构相应病种分值费用标准×100%。

当费用偏差系数<50%时，该病例实际分值=该病例费用偏差系数×该病例对应的病种分值。

当费用偏差系数>200%时，该病例实际分值=[（该病例费用偏差系数-2）+1]×该病例对应的病种分值。

第四章 机构系数

第二十二条 定点医疗机构系数由基本系数和加成系数组成，精确到小数点后4位。

定点医疗机构系数=基本系数×（1+加成系数）。

当年度新增的定点医疗机构、暂停协议或因违规解除协议的定点医疗机构执行对应级别类型基本系数，加成系数为0。

第二十三条 基于医疗机构的级别、功能定位、医疗水平、物价水平、专科特色等因素，以各级别类型医疗机构之间治疗同种疾病所需次均住院费用的比例关系合理设定定点医疗机构基本系数（附件3）。

当年度等级变化的定点医疗机构需按程序向属地医保经办机构提出变更申请，申请通过后次月起按变更后对应的定点医疗机构级别类型基本系数执行。

根据区域医疗资源配置、功能定位的变化以及年度清算等情况，如需调整，由市级医保经办机构于每年3月底前提

出基本系数的调整方案，报市医疗保障局审核确定后，按规定向定点医疗机构公布，公布后年度内不作调整。

第二十四条 为体现定点医疗机构医疗水平和收治病人的差异，基于疾病难易程度，设置加成系数，由CMI值、老年患者比例、儿科患者比例、重点专科等加成系数组成（附件4），最高加成不超过13.8%（国家和省对最高加成系数指标有新规定的，从其规定）。

第五章 激励约束机制

第二十五条 为促进医疗机构良性发展，控制医疗费用不合理增长，提高管理水平，提升服务质量，维护医保基金安全，年度清算时，设置次均住院费用增长率、重复住院率增长率、联网直接结算率、实际住院报销比例、诊断和手术编码准确率、药品和耗材集中采购指标等6项激励约束考核指标（附件5），按一定比例转换为考核权重系数。

考核权重系数=（次均住院费用增长率指标×30%+重复住院率增长率指标×30%+联网直接结算率指标×10%+实际住院报销比例指标×10%+诊断和手术编码准确率指标×10%+药品和耗材集中采购指标×10%）×100%。

当考核权重系数低于95%时，按95%计算，当考核权重系数高于105%时，按105%计算。

第二十六条 建立医药服务评价和绩效考核机制。

根据协议管理、服务质量、基金监管等有关规定，制定定点医疗机构医药服务评价工作机制，评价结果与DIP支付挂钩。具体由市医疗保障局按程序另行制定。

第六章 月预结算

第二十七条 周转金预拨付机制。

基本医疗保险基金预付周转金（以下简称“周转金”），是为帮助定点医疗机构缓解医疗费用垫支压力、提高医疗服务能力、增强参保人员就医获得感设置的周转资金，用于药品和医用耗材采购等医疗费用周转支出，不得用于医疗机构基础建设投入、日常运行、偿还债务等非医疗费用支出。药品和医用耗材集中带量采购医保基金专项预付按原规定执行。

符合国家、省和市医保部门规定的周转金预拨付条件的定点医疗机构应于每年度1月上旬自愿向属地医保经办机构申请周转金预拨付，属地医保经办机构初审后上报市级医保经办机构审核。市级医保经办机构根据基本医疗保险基金结余情况，按照前三年基本医疗保险基金月平均支出额为基数，会同财政部门合理确定周转金预拨付定点医疗机构范围及基础规模，原则上于每年第一季度结束前按规定向符合条件的定点医疗机构预拨付1个月结算额度的周转金。周转金预拨付实行按年度核定，年底前各级医保经办机构要与定点

医疗机构做好对账核算工作，通过交回支出户或冲抵结算金额的方式予以收回。

当职工医保统筹基金累计结余可支付月数低于12个月，居民医保基金累计结余可支付月数低于6个月，或上年度已出现当期赤字或按照12个月滚动测算的方法预计本年度赤字的，全市不实行周转金预拨付机制。

当年度新增的定点医疗机构不预划拨周转金。

第二十八条 月度审核与数据核对。

各定点医疗机构应于患者出院结算后及时审核病案数据，在10日内按相关规定上传医保结算清单等相关数据信息。结算数据和清单数据全部上传的住院病例纳入月度预结算范围。各级医疗经办机构对各定点医疗机构上传的数据及费用进行审核和质控，并将结果反馈给各医疗机构核对后，确认本月度预结算数据，用于年度清算。

第二十九条 DIP月度预结算。

每月20日前，各级医保经办机构以上上年度DIP应支付基金总额的月均支出为基数，按照不高于85%的比例预拨付给各定点医疗机构。当年度DIP月度预结算基金总额不得超过DIP年度区域总额预算的85%。

定点医疗机构DIP月度预结算额不含日常审核扣减费用和单独支付药品费用，单独核算。

市级医保经办机构应根据医保基金运行监测及各定点医疗机构月度预结算等情况，合理调整DIP月度预结算额度。

探索开展对定点医疗机构申报月度结算费用按季度予以DIP预清算。

第七章 年度清算

第三十条 年度清算。

DIP结算年度以自然年度（即每年1月1日至12月31日）为一个结算年度周期，按职工医保和居民医保两个类别，分别统计和计算各定点医疗机构的病例总分值、分值点值、年度清算总额、年度应支付总额和年度清算实际支付金额等，以病例出院结算时间为准，跨年度住院病例应当按规定办理中段结算。

DIP年度清算工作由市级医保经办机构负责组织实施，形成年度清算工作方案上报市医疗保障局批复后执行。DIP年度清算工作应当于次年5月底前完成，清算结果按程序向市政府报告。

2024年的DIP年度清算工作按本办法和《茂名市DIP病种目录库（2024年版）》规定执行。2025年起，按本办法和《茂名市DIP病种目录库2.0版》规定执行。

第三十一条 定点医疗机构年度病例总分值的确定。

定点医疗机构年度病例总分值=[（核心病种总分值+综合病种总分值+费用偏差病例总分值+按床日付费病种（精神类）总分值+中医优势病种总分值）×该定点医疗机构系数+

基层病种（含中医基层病种）总分值+按床日付费病种（康复类）总分值+未入组病例总分值+特殊病例总分值]×考核权重系数。

第三十二条 分值点值的确定。

当年度分值点值=（DIP 年度住院可分配基金总额÷全市所有定点医疗机构实际住院报销比例）÷∑全市各定点医疗机构年度病例总分值。

第三十三条 定点医疗机构年度清算基金总额的确定。

定点医疗机构年度清算总费用=该定点医疗机构年度病例总分值×当年度分值点值。

定点医疗机构年度住院非 DIP 结算费用=该定点医疗机构住院总费用-（DIP 记账金额-单独支付药品费用）。

定点医疗机构年度清算基金总额=该定点医疗机构年度清算总费用-该定点医疗机构年度住院非 DIP 结算费用。

当定点医疗机构清算基金总额小于零时，按零计算。

第三十四条 定点医疗机构年度应支付基金总额的确定。

建立“结余留用，合理超支分担”的责任共担机制，结算年度内，以各定点医疗机构 DIP 记账金额（剔除单独支付药品费用）与定点医疗机构年度清算基金总额的比值作为清算比例指标，合理确定年度应支付基金总额（含该定点医疗机构实际合理超支分担金额）（附件 6）。

第三十五条 实行 DIP 年度清算基金二次分配制度，分

险种核算，与定点医疗机构考核权重系数挂钩。

二次分配基金总额=（DIP 年度住院可分配基金总额-∑定点医疗机构年度应支付基金总额）+（DIP 区域调节金-∑定点医疗机构实际合理超支分担金额）。

二次分配基金点值=二次分配基金总额÷∑（定点医疗机构 DIP 记账金额 × 考核权重系数）。

定点医疗机构获得二次分配基金=二次分配基金点值 × 该定点医疗机构 DIP 记账金额 × 考核权重系数。

当职工医保统筹基金累计结余可支付月数低于 12 个月，居民医保基金累计结余可支付月数低于 6 个月，或上年度已出现当期赤字或按照 12 个月滚动测算的方法预计本年度赤字的，当年度不实行 DIP 清算基金二次分配制度。

第三十六条 年度清算实际支付基金的确定。

定点医疗机构年度清算实际支付基金=该定点医疗机构年度应支付基金总额+该定点医疗机构获得二次分配基金-∑该定点医疗机构 DIP 月度预结算额-日常审核违规扣减费用-周转金。

第八章 监督管理

第三十七条 规范医疗服务行为。各定点医疗机构应当按规定做好 DIP 结算管理工作，规范诊疗行为，保证医疗质量，严格执行首诊负责制和出、入院及转院标准，控制医疗

费用不合理增长，切实保障参保人员权益。不得分解住院、挂床住院或将不符合出院条件的参保人员提前出院，不得转嫁参保人员住院期间的医疗费用。

第三十八条 规范上传结算清单数据。定点医疗机构应按要求改造医院端信息系统，做好病种编码对应，规范病案首页书写，按要求及时准确上传医保结算清单数据等工作。住院医保结算清单应当真实、及时、规范、完整，准确反映住院期间诊疗信息，疾病及手术编码应当符合 DIP 技术规范及国家医保编码应用相关要求。

第三十九条 严格处理违规行为。对定点医疗机构存在将国家、省和市有关基本医保政策规定不予支付的情形纳入医保支付、分解住院、挂床住院、诊断升级、低码高编、转嫁医疗费用、降低入院标准等违规行为的，按照社会保障法、医疗保障基金使用监督管理条例等法律法规有关规定处理。

第四十条 定点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。

第四十一条 依托全省统一的医保信息系统，建立与 DIP 相适应的医保智能监管系统，开展大数据智能监控，及时发现并查处医保违规违法行为。

第九章 附则

第四十二条 由市医疗保障局根据国家和省的政策部署要求，结合区域医疗卫生发展、医疗资源配置调整、年度清算结果等情况，按程序对我市 DIP 政策进行适时调整。

第四十三条 我市 DIP 经办规程由市级医保经办机构结合国家和省有关规定另行制定。

第四十四条 根据省有关要求，开展本地住院医疗费用年度清算时，同步开展省内跨市住院医疗费用年度清算，清算所涉及的病种分值、分值点值、医疗机构系数、考核权重系数等规则按照就医市同一清算年度数据执行。跨省住院医疗费用年度清算按照国家有关规定执行。

第四十五条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第四十六条 本办法自印发之日起施行。2023 年 10 月 20 日印发的《茂名市医疗保障局 茂名市财政局 茂名市卫生健康局关于印发〈茂名市基本医疗保险住院费用按病种分值付费（DIP）结算办法〉的通知》（茂医保〔2023〕52 号）同时废止。之前制定有关政策与本办法不一致的，按本办法执行。

附件：1.DIP 病种目录库主目录规则

2.特殊病例申请条件

3.定点医疗机构基本系数

4.加成系数指标

5.六项激励约束考核指标

6.年度应支付基金总额的确定规则

附件 1

DIP 病种目录库主目录规则

一、核心病种。以我市区域内近年实际发生的住院病例数据，以疾病诊断分类与代码和手术操作分类与编码组合进行穷举和聚类，原则上达到 15 例及以上的病种确定为核心病种。

二、综合病种。对低于 15 例的病种依据治疗方式的具体属性进一步聚类组合，形成综合病种。

三、中医优势病种。将以纯中医或以中医特色治疗为主，中医特色优势明显、治疗路径清晰、临床路径成熟的病例进行聚类组合，遴选中医及民族医诊疗类项目和中药类费用在病例实际住院总费用中占比达到 50%及以上且病例数达到 10 例及以上的病例形成中医优势病种。

四、基层病种。在形成核心病种和中医优势病种目录库的基础上，结合我市实际，遴选出病情简单、适宜在基层医疗卫生机构收治的基层病种和中医基层病种，形成基层病种目录。属于基层病种的正常病例和费用偏差病例分值不受医疗机构基本系数的影响。

五、按床日付费病种。以我市区域内近年实际发生的精神类等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的病例数据，达到 5 例及以上的，以及执行省统一的按规定转入康复期住院治疗的康复病种，形成按床日付费病种目录，实行按床日分值付费。

附件 2

特殊病例申请条件

符合以下条件之一的病例，可申请纳入特殊病例范围：

一、病例住院天数大于该定点医疗机构当年度平均住院天数 5 倍以上；

二、病例实际医疗费用超出该定点医疗机构上年度该病例次均住院费用，且超出金额为该定点医疗机构当年度前 10 位的病例；

三、病例的监护病房床位使用天数大于等于住院床位使用总天数的 60%；

四、病例的实际医疗费用（含单独支付药品费用），三级和二级定点医疗机构分别大于等于 20 万元和 10 万元的；

五、精神类疾病合并艾滋病、结核病等传染病的，当诊治其他疾病的专项医疗费用（仅指治疗其他疾病的专项检查、专项治疗及专项药品费用）累计超过该病例住院总医疗费用 50%及以上且医疗机构认为不适宜按床日分值付费的；

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

七、运用经市级以上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。

附件 3

定点医疗机构基本系数

按卫生健康部门核定的定点医疗机构等级设定 5 个级别类型基本系数，具体设定如下：

1.三级甲等定点医疗机构的基本系数设定为 1；

2.其他三级定点医疗机构的基本系数设定为 0.95；

3.二级甲等定点医疗机构的基本系数设定为 0.80；

4.其他二级定点医疗机构的基本系数设定为 0.75；

5.一级及以下定点医疗机构的基本系数设定为 0.5。

附件 4

加成系数指标

年度清算时，设置 4 项加成系数指标，具体如下：

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。

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÷该定点医疗机构住院总病例数÷1000。

当该定点医疗机构 CMI 值大于同级别定点医疗机构 CMI 平均值时，加成 1%；每超出平均值 10%的，依次再加成 1%。

住院病例数少于同级别定点医疗机构住院总病例数的 1%或少于 100 种核心病种的定点医疗机构不进行加成。

二、老年患者比例加成系数

定点医疗机构老年患者（60 周岁及以上）住院结算人次占比大于全市平均值时，加成 1%；每超出平均值 10%的，依次再加成 1%；最高加成不超过 2%。康复医院、眼科医院不进行加成。

三、儿童患者比例加成系数

定点医疗机构 14 周岁及以下儿童住院人次占比大于全市平均值时，加成 1%；每超出平均值 10%的，依次再加成

1%；最高加成不超过2%。康复医院、眼科医院不进行加成。

四、重点专科加成系数

（一）获得国家医学中心或国家区域医疗中心建设单位（含协同单位）的加成2%。

（二）属于广东省高水平医院重点建设医院的加成2%。

（三）纳入省级及以上改革试点医院的加成1%，属于省级及以上医疗救治中心的加成1%，最高加成不超过3%。

（四）定点医疗机构具有经卫生健康行政部门备案的国家级、省级、市级重点专科的，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，按标准加成，最高加成不超过5%。

附件 5

六项激励约束考核指标

年度清算时，设置 6 项激励约束考核指标，具体如下：

一、次均住院费用增长率指标

定点医疗机构年度次均住院费用增长率指标=（同级别所有定点医疗机构次均住院费用增长率+2）÷（该定点医疗机构次均住院费用增长率+2）×100%。

定点医疗机构次均住院费用增长率=该定点医疗机构当年度次均住院费用÷该定点医疗机构上年度次均住院费用×100%-1。

同级别所有定点医疗机构次均住院费用增长率=同级别所有定点医疗机构当年度次均住院费用÷同级别所有定点医疗机构上年度次均住院费用×100%-1。

定点医疗机构次均住院费用=该定点医疗机构住院总费用÷住院总人次数。

定点医疗机构次均住院费用增长率为负增长且高于同级别所有定点医疗机构次均住院费用增长率的不纳入考核，指标值为 1。

二、重复住院率增长率指标

定点医疗机构重复住院率增长率指标=（同级别所有定点医疗机构重复住院率增长率+2）÷（该定点医疗机构重复住院率增长率+2）×100%。

定点医疗机构重复住院率增长率=该定点医疗机构当年度重复住院率÷该定点医疗机构上年度重复住院率×100%-1。

同级别所有定点医疗机构重复住院率增长率=同级别所有定点医疗机构当年度重复住院率÷同级别所有定点医疗机构上年度重复住院率 × 100%-1。

重复住院率=（住院总人次数-住院总人数）÷住院总人次数 × 100%。

对于相同疾病诊断 7 天内（含 7 天）二次或二次以上住院的，纳入重复住院率计算，合并按一次住院计算，按照资源消耗多、住院医疗费用高所对应病例的分值进行结算。

主要诊断为慢性肾功能不全（透析治疗）、恶性肿瘤（放疗、化疗、靶向治疗、内分泌治疗和免疫治疗）、心力衰竭合并心功能三级及以上、慢性呼吸衰竭、艾滋病、肺结核的住院人次数以及按床日付费的精神障碍疾病和康复病种住院人次数不纳入重复住院率计算，按单次进行分值结算。

定点医疗机构重复住院率增长率为负增长且高于同级别所有定点医疗机构重复住院率增长率的不纳入考核，指标值为 1。

三、联网直接结算率指标

定点医疗机构联网直接结算率指标=（该定点医疗机构住院患者联网直接结算人次数÷住院总人次数）÷A × 100%。

A 为联网直接结算率控制指标值，设定为 96%。

6 个月以下新生儿、因交通事故或第三方责任的病例不纳入联网直接结算率计算。

四、实际住院报销比例指标

定点医疗机构实际住院报销比例指标=该定点医疗机构当年度实际住院报销比例÷该定点医疗机构上年度实际住院报销比例×100%。

定点医疗机构实际住院报销比例=该定点医疗机构住院记账金额÷该定点医疗机构住院总费用×100%。

五、诊断和手术编码准确率指标

定点医疗机构诊断和手术编码准确率指标=（该定点医疗机构抽查住院总病例数-抽查发现编码错误病例数）÷该定点医疗机构抽查住院总病例数×100%。

六、药品和耗材集中采购指标

药品和耗材集中采购指标=（定点医疗机构药品和耗材线上采购率指标×20%）+（定点医疗机构药品和耗材约定采购量完成率指标×40%）+（定点医疗机构药品和耗材约定采购量预报率指标×40%）×100%。

定点医疗机构药品和耗材线上采购率指标=（该定点医疗机构药品和耗材平台集中采购总额÷该定点医疗机构药品和耗材实际采购总额）÷95%。

定点医疗机构药品和耗材约定采购量完成率指标=该定点医疗机构药品和耗材实际平台集中采购量÷该定点医疗机构药品和耗材约定采购量×100%。

定点医疗机构药品和耗材约定采购量预报率指标=（该定点医疗机构药品和耗材采购预报量÷该定点医疗机构药品和耗材上一年度实际使用量）÷70%。

非公立定点医疗机构药品和耗材集中采购指标值为1。

附件 6

年度应支付基金总额的确定规则

一、定点医疗机构清算比例指标=该定点医疗机构当年度 DIP 记账金额（剔除单独支付药品费用）÷该定点医疗机构年度清算基金总额 × 100%。

二、当清算比例指标≤70%时，以该定点医疗机构当年度 DIP 记账金额（剔除单独支付药品费用）作为年度应支付基金总额。

当 70%<清算比例指标≤90%时，以该定点医疗机构当年度 DIP 记账金额（剔除单独支付药品费用）的 110%作为年度应支付基金总额，最高不超过该定点医疗机构年度清算基金总额。

当 90%<清算比例指标≤100%时，以该定点医疗机构年度清算基金总额作为年度应支付基金总额。

当清算比例指标>100%时，10%（含）以内部分的合理超支费用，按照 70%比例由 DIP 区域调节金进行分担，超出 10%以外部分的超支费用不予分担。

三、当∑各定点医疗机构合理超支费用 × 70%≤DIP 区域调节金时，各定点医疗机构实际合理超支分担金额=该定点医疗机构合理超支费用 × 70%。

当∑各定点医疗机构合理超支费用 × 70%>DIP 区域调节金时，各定点医疗机构实际合理超支分担金额=DIP 区域调节金 ×（该定点医疗机构合理超支费用 ÷∑各定点医疗机构合理超支费用）。

公开方式：主动公开

抄送：省医疗保障局，市委办、市府办。

茂名市医疗保障局办公室　　2024年12月30日印发

公开方式：主动公开

化州市医疗保障局办公室　　2025年1月21日印发