

中卫市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)结算办法(试行)

第一章 总则

第一条 为贯彻落实中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号)、自治区党委、人民政府《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》(宁党发〔2021〕13号)文件精神,持续推进医保支付方式改革,逐步建立起高效管用的医保支付机制,提高医疗服务透明度,提升医保基金使用效率。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)和《按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)》(医保办发〔2021〕27号)、自治区人民政府《关于进一步完善城乡居民基本医疗保险自治区级统筹制度的意见》(宁政规发〔2019〕4号)、自治区人民政府办公厅《关于生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》(宁政办规发〔2019〕9号)、《中卫市开展基本医疗保险按区域点数法总额预算和按病种分值付费省级试点工作实施方案》(卫医保发〔2022〕8号)精神,制定本办法。

第二条 本办法是在现有按病种分值付费的基础上,以大数据为支撑,实行区域医保总额预算和点数法相结合的病种分值付费方式(以下简称 DIP 付费)。住院付费方式形成以 DIP 付费为主,按床日、人头包干等付费方式为辅的多元化复合支付

方式。

第三条 本办法适用于全市范围基本医疗保险经办机构与自治区内参保人员在本市各定点医疗机构住院医疗费用(除精神病按床日、生育包干付费外)的结算。全市各级医疗保险经办机构按现有层级分级负责城镇职工及城乡居民基本医疗保险医疗费用的结算管理。

第四条 参保人员在各定点医疗机构住院发生、应由基本医疗保险基金支付的医疗费用,适用于 DIP 付费方式的,由医疗保险经办机构按本办法规定与定点医疗机构结算。其他补充保险按各自政策规定结算。

第五条 参保人员在定点医疗机构发生的住院医疗费用报销标准,按照区、市医疗保险政策规定执行。参保人员的医疗保险待遇不受各级医疗保险经办机构与定点医疗机构按病种分值结算管理的影响。

第六条 加快推进医保信息化建设,加强医保数据治理,统筹应用相关数据,合理确定病种及病种分值和点值,形成全市 DIP 目录库,推进医疗保险的区内异地费用同步结算和一体化管理。对按要求开展综合医改的县(区),在市级医保支付方式的政策框架下推进与之相适应的具体结算方式,并建立相配套的管理办法和具体考核办法。实现与自治区综合医改“总额付费,监督考核,结余留用,合理超支分担”支付政策有机衔接,促进综合医改顺利推进,实现防治结合。

第七条 按病种将付费单位转换成分值，年底根据各定点医疗机构提供住院服务的总分值和年初总额预算指标及调整因素,得出每个分值的实际价值，按照各定点医疗机构的分值实际价值付费的结算方式。

第二章 年度预算

第八条 定点医疗机构住院统筹基金实行收支预算与年度决算管理，收支预算与年度决算应向社会公布。预算编制由市级医疗保险经办机构根据“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，以保障参保人员基本医疗需求为前提，综合考虑基金收入、参保人群变动、医保政策调整、医疗卫生发展、物价变动因素、重大公共卫生事件、自然灾害等因素，合理确定全市年度住院医保基金预算支出总额，经医疗保障行政部门会同财政部门审核后执行。

(一)年度总额预算支出方案包括门诊统筹、门诊大病、区外异地就医直接结算、区内异地就医平台结算、按病种分值付费结算、异地就医零星报销、按床日及人头包干结算、国家集采药品耗材结余留用资金等，通过总额预算支出方案明确可用于 DIP 结算的基金总额。

(二)各定点医疗机构按本办法结算的年度住院统筹基金总量，按全市医疗保险年度总额预算支出方案分配下达的专项用于按病种分值结算定点医疗机构住院医疗费用的可支付总额确定。年终清算不足时，可动用历年累计结余基金和申请自治区调剂金调剂。

(三)在编制年度总额预算支出方案时，一般不得编制赤字预算，原则上本年度总额预算支出不低于上年度总额预算支出水平。对确因政策变化、公共卫生事件、流行性疾病暴发等客观因素，导致年度医保基金支出发生重大变动的，年度总额预算支出可按规定程序进行调整。

第三章 病种分组及分值管理

第九条 市医保局按照《国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范》，采集全市近三年全样本病例数据，通过“疾病诊断”与“治疗方式”组合进行病种分组，按一定病例数临界值确定核心病种。核心病种一般在国家病种目录库范围内确定，如确需增加部分病种，经市 DIP 评审委员会审核论证后扩展本地 DIP 付费目录。其他病例按规定聚类分组，形成综合病种，综合病种分为保守治疗组、诊断性操作组、治疗性操作组、相关手术组。

第十条 基于历史合理数据，计算病种的分值和点值。核心病种与综合病种分值为该病种平均住院费用与全部病例平均住院费用之比，计算公式为 $RW_i = (m_i/M) \times X$ 。其中： RW_i 为该病种分值， m_i 为该病种平均住院费用， M 为全部病例平均住院费用， X 为放大倍数（暂定按 1000 进行测算）（下同）。

第十一条 按照国家规范，根据诊断、治疗、行为规范等特异性特征建立辅助目录。核心病种组内差异 CV 值大于一定值的（现阶段确定为 0.7，运行中市医保局可根据实际情况调整），且按照合并症并发症指数(CCI)、疾病严重程度分型、

肿瘤严重程度分型、次要诊断病种、年龄特征病种等因素分型后，病组例数大于一定数量(现阶段确定为 5 例，运行中市医保局可根据实际情况调整)的，病种分值通过疾病严重程度辅助目录系数校正。疾病严重程度辅助目录校正系数= m_j/m_i 。其中 m_j 是指病种组合下第 j 类分型病例的平均住院费用。

第十二条 当年实际发生超过 8 例(运行中市医保局可根据实际情况调整)的新技术、新项目病种，经评审等程序纳入病种分组，其分值确定按照第八条有关规定执行。

第四章 费用结算

第十三条 定点医疗机构应在每月 10 日之前(遇节假日顺延)完成上月所有门诊及住院数据审核工作，并向医疗保险经办机构上传数据并报送结算对账表等相关资料，作为医保费用结算依据。

第十四条 医疗保险经办机构对参保人员在实施以按病种分值结算的各定点医疗机构住院发生的应由基本医疗保险基金支付的医疗费用，遵循“总量控制、预算管理、月预结算、年度清算”的原则，采用按病种分值付费的结算方式。计算公式为：定点医疗机构结算住院医保费用= $\sum [(\text{参保人员住院所属 DIP 组的病组支付标准} - \text{自费费用} - \text{特定自付费用} - \text{起付线}) \times \text{医保报销比例}] - \sum \text{扣减费用}$ 。其中，病组支付标准= DIP 分值 $\times$ 结算点值。自费费用为医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围外的医疗费用；特定自付费用是指按照自治区医保政策规定，须先个人支付一部分，其他部分才计入医保支付范

围的某些高值材料或项目费用；起付线是指自治区医保政策规定政策范围内先应由个人支付的部分；医保报销比例为自治区医保规定的政策范围内的支付报销比例；扣减费用是指基于违规行为监管辅助目录所发现的异常费用。

第十五条 医疗费用低于病种支付标准 50%的超低病例和高于病种支付标准 200%的超高病例为费用异常病例，其病种支付标准按照以下公式进行调校：

费用异常病例病种支付标准=费用异常病例调校系数×等级系数×病种分值×点值，其中超低病例调校系数=该病例医疗总费用/上一年度同级别定点医疗机构该病种平均医疗总费用，超高病例调校系数=(该病例医疗总费用/上一年度同级别定点医疗机构该病种平均医疗费用-2)+1。高于病种支付标准 400%的超高病例以及重病抢救的大额费用病例及无对应分值病例，定点医疗机构可在清算前申请特例单议，病种分值计算公式为： $RW=(m-\text{评审扣款})/M \times X$ 。

第十六条 同一病种在不同等级定点医疗机构的病种分值通过等级系数进行调节，等级系数根据各定点医疗机构级别、各等级定点医疗机构病种平均费用和该病种平均费用之比合理确定。

为推进分级诊疗，严控医药费用不合理增长，按照县级公立医院实际诊疗能力，对适合县级定点医疗机构诊治且具备诊治能力的病种，各等级定点医疗机构实行相同的等级系数。严格执行自治区关于参保患者转诊转院的相关规定，充分发挥县

级公立医疗机构在农村卫生服务网中的龙头和城乡卫生服务体系中的纽带作用。

定点医疗机构年内晋升等级的，次年起按照晋升后的等级系数执行。

第十七条 促进医疗机构提升医疗水平，二级医院按规定开展的三级、四级手术病种分值调节系数分别为 1.03、1.05；三级乙等医院按规定开展的四级手术病种分值调节系数为 1.03；支持传统中医科室（含民族医科室）和儿科的发展，经医疗机构申请，市医保和卫健部门认定后对应专科的病种病例，分值调节系数为 1.03。

第十八条 点值分为预算点值和结算点值，计算公式为：

（一）预算点值=优质区间的前三年加权平均年度住院总费用/病种年度总分值。

（二）结算点值=(全市住院医保基金年度预算支出总额/医保报销比例)/病种年度总分值。

第十九条 以上涉及医疗机构等级系数、调节系数值均为当前测算值，可根据实际运行情况由市级医疗保障行政部门适时调整。

第五章 月预结算

第二十条 依据上年度各定点医疗机构月均住院基本医保基金实际发生额和结算年度基金预算，参照医疗机构上年度医保服务情况及本年医疗资源变化等因素，确定本年度月预付额

度，次月根据病种分值与等级系数对各定点医疗机构上月发生的住院医保费用支付进行月预结算。

第二十一条 医疗保险经办机构按月预结算定点医疗机构住院医保费用，计算公式为：定点医疗机构月预结算住院医保费用= $\sum[(\text{参保人员住院所属 DIP 组的病组支付标准}-\text{自费费用}-\text{特定自付费用}-\text{起付线})\times\text{医保报销比例}]-\sum\text{扣减费用}$ 。病组支付标准=DIP 分值 $\times$ 结算点值。

第二十二条 各定点医疗机构应于每月 10 日之前，将上月出院的参保人员(城镇职工、城乡居民)结算资料报所在地医疗保险经办机构，医疗保险经办机构应在 20 个工作日内完成审核并支付月预结算费用。

第六章 年度清算

第二十三条 年度末，市级医疗保险经办机构负责对全市各定点医疗机构年度住院医保费用进行清算。清算按照下列公式计算：

各定点医疗机构年度住院医保费用= $\sum[(\text{参保人员住院所属 DIP 组的病组支付标准}-\text{自费费用}-\text{特定自付费用}-\text{起付线})\times\text{医保报销比例}]-\sum\text{扣减费用}$ 。

第二十四条 年度清算时，以人次人头比、人均病种医疗费用增长率等指标对定点医疗机构结算分值进行调节，计算公式为：

定点医疗机构年度清算分值=定点医疗机构年度总分值 $\times$

90%+定点医疗机构年度总分值 $\times 10\%$ $\times$ 调节系数,其中调节系数 $=(\text{人次人头比增长率指标}+\text{人均病种医疗费用增长率指标})/2$ 。调节系数低于 85%的,按 85%计算,高于 105%的,按 105%计算。当人次人头比增长率、人均病种医疗费用增长率为负数时,相关指标为 1。

人次人头比增长率指标 $=\text{同类别定点医疗机构平均人次人头比增长率}/\text{该院实际人次人头比增长率}$ 。其中,同类别定点医疗机构平均人次人头比增长率 $=\Sigma(\text{各定点医疗机构人次人头比增长率}\times\text{出院人数})/\text{同类别定点医疗机构出院总人数}$;该院实际人次人头比增长率 $=(\text{本年度出院人员人次人头比率}/\text{上年度出院人员人次人头比率})\times 100\%$ 。

人均病种医疗费用增长率 $=\text{同类别定点医疗机构人均病种医疗费用增长率}/\text{该院人均病种医疗费用增长率}$ 。其中,同类别定点医疗机构人均病种医疗费用增长率 $=\Sigma(\text{同类别各定点医疗机构人均病种医疗费用增长率}\times\text{病种人次数})/\text{同类别定点医疗机构病种总人次数}$;该院人均病种医疗费用增长率 $=(\text{本年度人均病种医疗费用}/\text{上年度人均病种医疗费用})\times 100\%$;该院人均病种医疗费用 $=\text{该院病种医疗费用}/\text{该院病种结算人次数}$ 。

第二十五条 建立“结余留用、合理补偿”的责任共担机制,根据医疗机构医保实际发生费用与按病种分值计算费用的比较结果,分别按照以下规则进行年度清算:

(一)医疗机构分值计算费用总额超过医保实际发生费用总额 105%的,以医疗机构医保实际发生费用总额 1.05 倍扣除违规费用计算;

(二)医疗机构分值计算费用总额占医保实际发生费用总额 100%至 105%(含)之间的,以分值计算费用总额扣除违规费用总额计算;

(三)医疗机构分值计算费用总额小于医保实际发生费用总额的,给予合理补偿。

第七章 监督管理

第二十六条 将按病种分值付费纳入医保协议管理,医疗保险经办机构与定点医疗机构签订医保服务协议,明确数据报送、费用审核、申报结算、费用拨付及争议处理等双方权利义务。按照相关法律法规及医保服务协议解决医疗保险经办机构与定点医疗机构在按病种分值付费中出现的各类纠纷。

第二十七条 建立病种分值对照诚信机制。定点医疗机构应加强病案质量管理,严格按照医疗保障基金结算清单及规范填报住院服务的个人信息、诊疗信息、费用信息,并按规定及时、准确上传至医保信息系统,医保结算清单填写要准确反映住院期间诊疗信息以及医疗收费明细,使用的疾病诊断编码应当为国家医保统一的版本。

第二十八条 定点医疗机构应坚持因病施治的原则,合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费,合理控制住院病人自费费用,自费费用最高比例按照测算结果确定,由市级医疗保

障行政部门公布，各参保患者出院结算时，其住院个人自费比例应低于公布的标准。个人自费比例高于标准的，差额部分在该定点医疗机构本年度决算总额中扣除。

第二十九条 定点医疗机构应当如实向相关部门报送药品、医用耗材的采购价格和数量。各定点公立医疗机构要严格落实国家集采药品、医用耗材政策，有效降低患者个人负担。

第三十条 医疗保险经办机构应当组织建立医疗保险按病种分值付费评审委员会，组织评审委员会专家对费用异常病例、无对应病种分值病例等进行评审。对于评审确认的违反临床规范、指南等相关费用，通过预算点值换算成分值并按一定比例放大，在月预结算和年度清算中予以扣除。造成其他医疗保障基金损失的，按有关规定处理。

第三十一条 发现定点医疗机构存在“诊断升级”“高套分值”“分解住院”“低标入院”“挂床住院”“体检住院”“推诿病人”“诱导住院”的不予结算相关病例分值，年终全额扣除其年度服务质量保证金。

第三十二条 定点医疗机构不得分解、转嫁参保人员住院期间的医疗费用。参保人员在同一医疗机构办理入院前 48 小时内因急诊急救发生的门诊医疗费用应转入住院费用，纳入住院费用一并计算，定点医疗机构未将其纳入住院费用的，参保人员可凭缴费发票和相关证明材料到医疗保险经办机构按住院政策规定报销，报销金额在该定点医疗机构年度决算总额中扣除。

第三十三条 对定点医疗机构以欺诈、伪造材料或者其他手段套取、骗取医保基金支出的，按《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》及定点医疗机构服务协议等有关规定处理。

第三十四条 各定点医疗机构应当按照医疗保险经办机构要求做好本院信息系统与医疗保险信息系统对接工作,及时、规范、完整、准确向医疗保险信息网络系统上传参保患者的就医信息。医疗保险信息系统信息作为费用审核、月预结算、年度清算、考核的依据。

第三十五条 各级医疗保障行政部门、医疗保险经办机构应当组织专门力量，充分利用大数据分析等技术手段,建立事前检查发现、事中查实纠正、事后妥善处理的监督机制，采取日常审核巡查、专项检查、年度考核等方法，加强按病种分值结算医疗费用管理工作，保证新制度顺利实施。同时加强社会监督，畅通投诉举报途径，落实举报奖励制度，发挥舆论监督作用，鼓励和支持社会各界参与监督，实现多方监督良性互动。

第三十六条 建立与定点医疗机构集体协商谈判机制，促进定点医疗机构集体协商，组织专家或委托第三方机构开展病种目录、分值动态调整等工作，推动形成共建共治共享的医保治理新格局。

第三十七条 建立按病种分值付费争议处理机制,按照“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”的原则，解决定点医疗机构提出的争议问题。

第三十八条 医疗保障行政部门应当对定点医疗机构开展绩效考核，按照协议约定将绩效考核与信用等级评定、年度清算等挂钩，保障支付方式改革良性运行和持续运转。

第八章 附则

第三十九条 由市级医疗保险经办机构牵头成立由医保、临床、财务、病案、信息等专家组成的病种分值评审委员会，对病种分组、分值确认、系数参数、考核管理指标调整等提出意见，报市级医疗保障行政部门审核发布。

第四十条 住院统筹费用结算时间以出院结算时间为准。

每年1月1日零时至当年12月31日24时为一个年度周期，当月1日零时至当月最后一日24时为一个月度周期。次年3月底前完成上年度的清算。

第四十一条 市级医疗保障行政部门会同市卫健、财政部门出台相关配套政策，确保《中卫市医疗保险区域点数总额预算和按病种分值付费管理办法(试行)》按规定有效执行。

第四十二条 本办法自2022年10月1日起执行。已出台的医疗保险住院医疗费用结算政策与本办法规定不一致的,按本办法规定执行。