

关于印发《淄博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》的 通知

各区县医疗保障分局、财政局、卫生健康局，高新区、经开区医疗保障分局、财政局、地方事业局：

现将《淄博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》印发你们，请认真贯彻执行。

淄博市医疗保障局

财政局

卫生健康委员会

2021年8月6日

淄博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

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）《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）和《淄博市人民政府办公室关于推进区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作的实施意见》（淄政办发〔2021〕11号），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）与淄博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发生的住院费用。

第三条 按病种分值付费（以下称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 年度DIP住院支出总额预算的确定。计算公式如下：

职工/居民年度DIP住院支出总额预算=年度职工/居民医疗保险预算总收入-市级风险备用金-门诊统筹支出-门诊

慢性病补助支出-异地联网结算支出-零星报销支出-其他付费方式支出。

第五条 年度 DIP 住院调节金的确定。计算公式如下：

年度 DIP 住院调节金=（市级风险备用金-DIP 住院支出总额预算外的其他预算支出超支调剂金额-国家谈判药品费用的超支调剂金额）×30%

第六条 病种目录库的确定。以国家预分组结果为基础，结合我市实际，确定各病种及病种分值等，形成淄博市 DIP 目录库。

第七条 基准病种的确定。筛选临床路径明确、并发症与合并症少、诊疗技术成熟、质量可控且费用稳定的病种作为基准病种，测算其次均住院费用并确定其病种分值。

第八条 核心病种和综合病种的确定。根据定点医疗机构近 3 年出院病例的疾病主要诊断、手术与操作，以年发生病例数 15 例作为临界值筛选出核心病种，其他病种作为综合病种。

第九条 病种标准分值的确定。根据各病种及基准病种的医疗费用，分别计算出各病种标准分值。计算公式如下：

各病种标准分值=各病种的次均住院费用÷基准病种的次均住院费用×基准病种分值。

第十条 疾病严重程度辅助目录调整系数确定。疾病严重程度辅助目录基于年龄、合并症、并发症等因素对病种细化分型，确定各辅助分型调整系数，在病种标准分值的基础上予以调整校正，确定其病种分值。

第十一条 费用异常病种分值确定。费用异常病种不再纳入疾病严重程度辅助目录，计算公式如下：

1.3 倍以上的病种分值=（该病种的住院医疗费用÷该病种的次均住院费用-1.3+1）×该病种的病种标准分值

80%以下的病种分值=该病种的住院医疗费用÷该病种的次均住院费用×该病种的病种标准分值

第十二条 特殊病种分值确定。符合以下条件之一的病例，可申请纳入特殊病种范围：（1）该病例住院天数大于该医疗机构当年度平均住院天数 3 倍以上；（2）该病例实际医疗费用超出该病例实际分值与上年度病种每分值费用的乘积，且超出金额为该医疗机构年度前 10 位；（3）该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%；（4）运用创新医疗技术（是指 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。

年度结算时，由定点医疗机构按照规定格式、规定内容、规定时间向医保经办机构提出按特殊病例结算的申请，申请病例数不超过各定点医疗机构当年度 DIP 人次的千分之五

（申请病例数计算结果取整至个位，不足 1 例的按 1 例计算），由经办机构组织专家评议确定特殊病例。专家评审费用，按国家省规定标准，纳入同级财政预算。经评议确定的

特殊病种不再纳入疾病严重程度辅助目录、费用异常病种，计算公式如下：

特殊病例分值=该病例合理住院费用÷该病种的次均住院费用×该病种的病种标准分值

第十三条 无分值病种分值确定。未列入 DIP 病种目录库的病种为无分值病种，计算公式如下：

无分值病种分值=（该病种合理住院医疗费用÷基准病种的次均住院费用）×基准病种分值×90%

第十四条 外聘专家病种分值确定。定点医疗机构引入外市专家来我市会诊或手术的病例，上浮该病例病种分值的5%作为该病种的分值。

第十五条 日间手术病种分值确定。对纳入我市日间手术试点定点医疗机构申请的日间手术病种和术式，经专家评议后确定各医疗机构日间手术病种分值。

第十六条 按病种收费及中医优势病种病种分值确定。对纳入按病种收费及中医优势病种管理的病种，经专家评议后确定病种分值，不再纳入疾病严重程度辅助目录、费用异常病种、特殊病种，加成系数不再调整。

第十七条 目录外自费项目超标病种分值确定。定点医疗机构年度收治病人发生医保目录外项目的医疗费用在总费用中所占比例>10%时，在确定定点医疗机构结算分值时将该病种的病种分值核减5%；所占比例>30%时，该病种的病种分值按0分计算。在上述计算定点医疗机构病种分值结算住

院支出时，若 DIP 年度结算额大于定点医疗机构统筹基金实际垫付记账费用，按统筹基金实际垫付记账费用予以支付。

第十八条 病种分值动态调整机制。对病种分值偏离度超过 1.3 倍以上和 0.8 倍以下的病种，以及收治病例超过 15 例以上未公布分值的病种，适时修订分值。

第十九条 定点医疗机构等级系数由基本系数和加成系数组成。综合考虑不同级别的定点医疗机构基金平均支出比例关系、功能定位、医疗技术水平、专科特色、病种结构类型、医保管理水平等反映医疗机构综合水平和成本的相关因素，设定医疗机构等级系数及加成系数。

第二十条 基本系数的设定。按三级综合甲等定点医疗机构（职工医保 1、居民医保 1）、其他三级定点医疗机构（职工医保 0.78、居民医保 0.82）、二级综合甲等定点医疗机构（职工医保 0.6、居民医保 0.8）、其他二级定点医疗机构（职工医保 0.52、居民医保 0.7）、一级定点医疗机构（社区卫生服务中心）（职工医保 0.45、居民医保 0.6）、甲等镇卫生院（职工医保 0.35、居民医保 0.5）、其他镇卫生院（职工医保 0.32、居民医保 0.42）等 7 个类别设定基本系数。

第二十一条 加成系数的设定。对基层医疗机构、中医医疗机构以及国家级、省级重点学科设定加成系数。基层医疗机构、中医医疗机构加成系数为基本系数乘以 0.1；国家级、省级重点学科加成系数 ≤ 0.05 。

确定医疗机构加成系数时，定点医疗机构级别、相关资质或评级指标，以当年度年 12 月 31 日 24 时状态为准。当年度新增定点医疗机构、暂停协议或因违规解除服务协议定点医疗机构，医疗机构等级系数不予加成。

第二十二条 建立周转金预拨制度。经办机构年初按照不超过年度定点医疗机构住院支出预算计划的 1/12 预拨医保结算周转金，按照“年初预拨，年末对账”方式管理。

第二十三条 建立月度预结算制度。计算公式如下：

职工/居民月度 DIP 住院支出预算总额=职工/居民年度 DIP 住院支出预算总额÷12

职工/居民月度 DIP 预拨付比例=月度 DIP 住院支出预算总额÷定点医疗机构 DIP 月度统筹基金实际垫付记账费用总和（月度 DIP 预拨付比例≤1）

职工/居民定点医疗机构月度 DIP 预结算费用=该定点医疗机构月度 DIP 统筹基金实际垫付记账费用×职工/居民月度 DIP 预拨付比例

第二十四条 建立年度结算制度。以参保人在定点医疗机构结算时间为基准，每年 1 月 1 日零时至当年 12 月 31 日 24 时为一个年度周期。计算公式如下：

各定点医疗机构年度分值=该定点医疗机构当年度发生的各住院病例病种分值总和×定点医疗机构等级系数

全市定点医疗机构年度分值总和=各定点医疗机构年度分值总和

全市年度结算点值=〔职工/居民年度 DIP 住院支出总额
预算+（市级风险备用金-DIP 住院支出总额预算外的其他预
算支出超支调剂金额-国家谈判药品费用超支调剂金额）×
70%〕÷全市定点医疗机构年度分值总和

各定点医疗机构 DIP 年度结算额=该定点医疗机构年度
分值×全市年度结算点值

第二十五条 定点医疗机构 DIP 年度支付额的确定。当
年度统筹基金实际垫付记账费用小于 DIP 年度结算额的 90%
时，以该医疗机构当年度统筹基金实际垫付记账费用予以支
付；当年度统筹基金实际垫付记账费用在 DIP 年度结算额的
90%-100%（含上下限）时，以该医疗机构 DIP 年度结算额予
以支付。

第二十六条 建立年终清算制度。计算公式如下：

定点医疗机构 DIP 年终清算额=定点医疗机构 DIP 年度
支付额-该医疗机构月度预结算费用总和-该医疗机构病例审核
违规费用扣减额-该医疗机构履约保证金扣除额

定点医疗机构医保服务质量履约保证金按照该机构年
度预结算费用的 5%提取。

第二十七条 建立合理超支分担机制。当年度统筹基金
实际垫付记账费用大于 DIP 年度结算额时，在以该医疗机构
DIP 年度结算额基础上，对超额部分予以调剂补偿。具体方
法如下：超额在 100%-115%（含）的部分，由年度 DIP 住院
调节金按 80%分担比例支付，年度 DIP 住院调节金不足时，

各定点医疗机构的调节金分担金额按比例折减。超额 115%以上的部分，由定点医疗机构承担。

第二十八条 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。

第二十九条 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。

第三十条 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。

第三十一条 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。

第三十二条 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。完善基于管理区域、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、CMI 增长和病种变化情况 etc 与 DIP 运行密切相关的指标。

第三十三条 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标准分值、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。

第三十四条 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。

第三十五条 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。

第三十六条 本办法根据 DIP 运行情况，由市医疗保障、卫生健康、财政部门适时调整。

本办法自 2021 年 9 月 10 日起施行,有效期至 2024 年 12 月 31 日。2021 年试运行期间医保结算参照本办法执行。《关于印发淄博市基本医疗保险病种分值付费暂行办法的通知》(淄人社发〔2018〕108 号)同时废止。