

宣 城 市 医 疗 保 障 局

宣 城 市 财 政 局 文 件

宣 城 市 卫 生 健 康 委 员 会

宣医保秘〔2021〕33号

关于印发《宣城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）暂行 办法》的通知

各县市区医疗保障局、财政局、卫生健康委，市医保中心，
各相关定点医疗机构：

现将《宣城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）暂行办法》印发给你们，请认真贯彻落实。
实施过程中，遇有重大问题应及时向市医保局报告。



宣城市财政局



宣城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）暂行办法

第一章 总则

第一条 为进一步完善基本医疗保险支付制度，以价值为导向促进医疗行为合理有效，提高基本医疗保险基金使用效率，助力分级诊疗，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《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》和《宣城市区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施方案》等要求，结合我市实际，制定本办法。

第二条 宁国市、绩溪县、旌德县医保经办机构与定点医疗机构之间结算职工和城乡居民基本医疗保险住院（含按项目、按病种付费等结算类型）费用，适用本办法。参保人员在定点医疗机构发生的住院费用，按照市级统筹有关政策结算。

第三条 宁国市、绩溪县、旌德县执行统一的DIP病种、病种分值。各县（市）医保部门分别计算辖区内分值点值，并与辖区内定点医疗机构进行结算。

第四条 生育定额报销、日间病床付费的病例及暂不具备按病种分值付费（DIP）条件的按原结算政策执行。

第五条 按病种分值付费（DIP）管理工作遵循“总额预

算管理、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则。

第六条 本办法所称按病种分值付费（DIP），是按照国家DIP技术规范，利用大数据优势，采集全市最近三年住院全样本病例数据，通过“疾病诊断+治疗方式”共性特征对病案数据进行客观分类和聚类组合，形成每一个疾病与治疗方式组合的标准化定位，即病种分值，同时在基本医疗保险基金总额预算机制下，根据年度医保支付总额、病例总分值等因素确定分值点值，医保部门基于病种分值和分值点值形成支付标准，结合疾病严重程度与违规行为监管辅助目录校正，医保经办机构对各医疗机构的基本医疗保险住院费用进行月度预结和年终清算。

第二章 总额预算管理

第七条 总额预算根据“以收定支、收支平衡、略有结余”原则合理编制。宁国市、绩溪县、旌德县分别制定本县域内职工医保、居民医保基金年度支出预算，单独核算。

第八条 职工医保统筹基金年度支出预算按照本县域内上年度职工医保统筹基金支出决算总额（含结余留用部分，不含超支分担及临时追加的预算部分）和统筹基金年度支出增长率综合确定。

职工医保统筹基金年度支出预算=上年度职工医保统筹基金支出决算总额×（1+统筹基金年度支出增长率）

综合考虑下一年度收入预算、重大政策调整和医疗服务数量、质量、能力等因素，通过协商谈判方式，确定并公布

当年统筹基金年度支出增长率。统筹基金支出增长率原则上不超过 10%。

第九条 职工医保上年度统筹基金收不抵支的，年度支出预算原则上不超过上年度统筹基金收入总额。

第十条 职工医保统筹基金年度支出预算确定后，对于确因政策变动、疾病暴发等客观因素，导致当年统筹基金支出发生重大变动的，预算应给予合理调整。调整额度由各级医保、财政等部门协商确定。

第十一条 居民医保基金对县域医共体实行按人头总额预付管理。居民医保基金按当年筹资总额扣除增量基金风险金（与上一年相比筹资增量 10%）和大病保险基金后，将 95% 的部分作为医共体按人头总额预算基金，交由医共体包干使用，负责承担辖区居民当年门诊和住院、按规定支出的家庭医生签约服务、县外住院（不含大病保险对象）等规定的报销费用。

第十二条 居民医保基金预付实行按季度预拨。医保经办机构在资金到账后按医共体预算标准及时将该季度居民医保基金拨付医共体牵头单位专用账户。

第十三条 设立县（市）年度调剂金。职工医保按本年度职工医保基金收入预算的 2.5%，居民医保按当年筹资总额扣除增量基金风险金和大病保险基金后的 5%，分别提取职工医保、居民医保年度调剂金。

第十四条 年度调剂金原则上按照以下顺序分配使用：

1. 按规定支付县域内招标采购的药品及耗材激励、不纳入医疗机构总额预算范围的病种及药品、诊疗项目和耗材的医保支出。

2. 定点医疗机构实际发生的医疗费用高于年度 DIP 结算费用合理超支部分。

3. 其他特殊情况下医保费用的合理支出。

第三章 管理运用

第十五条 核心病种与综合病种组成宣城市 DIP 目录库。入组病例数 15 例（含）以上的形成核心病种，核心病种直接纳入 DIP 主目录库；不足 15 例的病例再次根据解剖、病因、诊断及治疗的共性特征聚类组合形成综合病种。

第十六条 各定点医疗机构系数（A）=该医院差异系数×70%+该医院所在等级医疗机构的等级差异系数×30%。随着 DIP 改革的深入，会逐步提高等级差异系数的占比。

该医院差异系数=（该院 DIP 病例总费用/该院的 DIP 病例总分值）/（全市 DIP 病例住院总费用/全市 DIP 病例总分值）（保留 4 位小数）

等级差异系数=（该级别的 DIP 病例住院总费用/该级别的 DIP 病例总分值）/（全市 DIP 病例住院总费用/全市 DIP 病例总分值）（保留 4 位小数）。

第十七条 市医保部门负责制定 DIP 病种、病种分值，县（市）医保部门可根据本地具体情况，适当调整辖区内各定点医疗机构差异系数（A），并报市医保部门备案后执行。

第十八条 支持定点医疗机构开展新技术和提升重点扶持专科服务能力。定点医疗机构开展符合卫生行政和医保报销相关规定且为我市首次施行的医疗新技术时，在施行前2个月向辖区内医保部门报送《宣城市基本医疗保险新技术DIP申请表》（附件）及相关资料，医保部门会同当地卫健部门审核同意后向市级医保经办机构申报，市级医保经办机构在2个月内组织专家论证评议，按合理医疗服务费用确定相应DIP病种分值，报市级医保行政部门批准后执行。具体流程由市级医保经办机构制定。

第四章 病种分值

第十九条 根据医疗费用和结算政策规定，所有住院DIP病例可分为正常病例、无法分入现有DIP病种病例、高倍率病例、低倍率病例、精神类床日病例、日间手术病例和职工医保跨年费用按年度分割结算病例。

第二十条 病种分值计算：

1.正常病例病种分值=所属DIP病种次均费用÷全部病种住院次均费用×100×A。

2.无法分入现有DIP病种指分组结果不在宣城市DIP病种目录库的病例。无法分入现有DIP病种分值=（该病例总费用-不合理医疗费用）÷全部病种住院次均费用×100×A。

3.高倍率病例指当次发生的住院医疗费用高于全市该病种的住院次均费用2倍的病例，病种分值=对应的DIP病种分值×A+追加分值。其中追加分值=追加倍数×对应的DIP

病种分值，追加倍数=（该病例总费用-不合理医疗费用）÷全市该 DIP 病种住院均次费用-2（病组上限裁剪倍率）。

4.低倍率病例指当次发生的住院医疗费用低于全市该病种的住院次均费用 40%的病例，包括住院过程不完整病例和转院病例，病种分值=（该病例总费用-不合理医疗费用）÷全市该病种的住院次均费用×该 DIP 病种分值×A。

5.精神类疾病按床日付费进行结算，具体规程另行制定。

6.支持符合条件的医疗机构开展“日间手术”。“日间手术”病例，分值得按其实际费用折算分值再上浮 15%计算，最高不超过本医疗机构该 DIP 病种分值的 90%。折算分值=（该病例实际发生医疗费用-不合理医疗费用）÷全市该病种的住院次均费用×100×A。

7.职工医保跨年费用按年度分割结算病例为因政策原因于 12 月 31 日办理结算的病例。其病种分值按照患者在 12 月 31 日前和后的住院天数占该病例总住院天数的比例分为两部分，12 月 31 日前病种分值纳入上年度年终清算，12 月 31 日后病种分值纳入结算日期所在月份月度结算。

跨年费用按年度分割结算病例 12 月 31 日前病种分值=对应的 DIP 病种分值×（12 月 31 日-病例入院日期）/病例住院天数×A。

跨年费用按年度分割结算病例 12 月 31 日后病种分值=对应的 DIP 病种分值×（病例出院日期-12 月 31 日）/病例住院天数×A。

第二十一条 市医保部门根据并发症/合并症指数（CCI）、疾病严重程度分型、肿瘤严重程度分型、次要诊断、年龄特征等设置疾病严重程度辅助目录，根据病案质量指数、二次入院评分、低标入院评分、超长住院评分、死亡风险评分等设置违规行为监管辅助目录。根据病种辅助目录规律设置辅助目录调整系数。辅助目录校调病例分值按照各病种分值与辅助目录调整系数乘积确定，且不再纳入偏差病例计算。

第二十二条 市医保部门会同宣城市基本医疗保险支付方式改革专家组专家，在试点区域定点医疗机构发生的常见、多发病种，根据病种服务技术难度、治疗过程复杂程度，遴选基层病种。基层病种实行同病同价，不论医疗机构系数，均按照同一分值进行结算。鼓励基层医疗机构诊治基层病种，引导和促进分级诊疗的形成，促进基层医疗机构的健康发展。

第二十三条 对于参保人员在出院后 15 日内，再次以同一 DIP 病种住入同一家医院且无合理理由的，原则上将上次住院的病种分值进行减半计算（恶性肿瘤放、化疗，血液透析，器官移植患者等除外）。

第二十四条 建立特殊病例单议专家审核协商机制。特病单议是 DIP 改革中对费用差异过大等特殊病例，通过专家集体讨论评审，确定该病例核准分值或病例分组结果是否存在不合理的情况。

特病单议病例由医院提交，市级医保经办机构原则上每季度组织特病单议评审会，从市支付方式改革专家库随机抽取专家成员共同对医院提交的病例进行特病单议。特病单议评审结果纳入年终清算。

第五章 月度结算

第二十五条 在次月月底前完成上月住院病例结算。

（一）医保基金结算清单上传。定点医疗机构在每月 15 日前完成上月住院病例的医保基金结算清单上传工作，逾期未上传或上传不完整的病例按 0 分计算分值。

（二）病例入组。各县（市）医保经办机构应在每月 20 日前，完成病例数据入组、初审及入组结果下发工作。

（三）反馈调整。定点医疗机构在收到入组结果后 15 日内，完成对入组结果的核对及医保基金结算清单数据的调整反馈工作。未按时完成反馈工作的，按已下发的分组结果纳入年终清算。

（四）终审确认。市级医保经办机构在接收定点医疗机构反馈意见后的 10 个工作日内，完成终审确认及入组工作，并将最终入组结果下发定点医疗机构。反馈调整的结果纳入年终清算。

第二十六条 月度分值点值计算

县域内职工、居民医保月度分值点值=[职工、居民医保月度住院医保基金预算支出总额+（月度本县域职工、居民医保参保人员在本地住院总费用-月度本县域职工、居民医

保参保人员在本地住院按项目付费报销的职工、居民医保基金总额)]÷县域内医疗机构职工、居民医保月度总分值。

县域内职工医保月度住院医保基金预算支出总额=统筹基金年度支出预算÷12-月度门诊基金支出-本地参保人员市外异地住院月度基金支出-月度本地参保人员中心报销的医保基金总额-月度按项目付费等规定的优先支付费用+(市内县外人员本地住院即时结算月度基金收入-本地参保人员市内县外住院即时结算月度基金支出)。

县域内居民医保月度住院医保基金预算支出总额=[(筹资总额-增量基金风险金-大病保险保费)×95%]÷12-月度门诊基金支出-本地参保人员市外异地住院月度基金支出-月度按规定支出的家庭医生签约服务基金-本地参保人员中心报销的医保基金总额-按项目付费等规定的优先支付费用+(市内县外人员本地住院即时结算月度基金收入-本地参保人员在市内县外就医住院即时结算月度基金支出)。

若该月度的职工、居民医保住院医保基金预算支出总额大于月度住院按项目付费报销的职工、居民医保基金总额，该月度的职工、居民医保住院医保基金预算支出总额调整为住院按项目付费报销的职工、居民医保基金总额。若该月度住院按项目付费报销的职工、居民医保基金总额大于该月度的职工、居民医保住院医保基金预算支出总额，该月度的职工、居民医保住院医保基金预算支出总额不做调整。

职工、居民医保跨县域住院以就医地月度分值点值进行

月度结算。

第二十七条 月度结算额

定点医疗机构职工、居民医保月度结算额=〔医疗机构职工、居民医保当月分值×职工、居民医保月度分值点值-（月度本县域职工、居民参保人员在本院住院的总费用-月度本县域职工、居民参保人员在本院住院按项目付费报销的职工、居民医保基金总额）〕×90%

第二十八条 月度预付以各定点医疗机构当月申报的纳入DIP结算范围病例发生的统筹基金记账金额为基数，由各县（市）医保经办机构按照90%的比例预拨付给各定点医疗机构，剩余10%纳入年终进行清算。

第六章 年终清算

第二十九条 年终清算。在下年度的第一季度内完成年终清算。

定点医疗机构年终清算总额=定点医疗机构DIP病种付费总额-当年已预付的月度结算额-审核扣减金额

定点医疗机构DIP病种付费总额=定点医疗机构年度总分值×年度分值点值-（年度本县域参保人员在本院住院的总费用-年度本县域参保人员在本院住院按项目付费报销的医保基金总额）

定点医疗机构年度总分值=该医疗机构月度总分值之和+分组调整分值+特病单议追加分值+本地住院零星报销费用分值+跨年结算病例12月31日前病例分值-扣除分值+年终

考核奖励分值

县域内年度分值点值= $[(\text{年度 DIP 总额}+(\text{年度本县域参保人员在本地住院的总费用}-\text{年度本县域参保人员在本地住院按项目付费报销的医保基金总额}))]\div\text{县域内年度总分值}$ 。

职工医保县域内年度 DIP 总额=统筹基金年度支出预算-门诊年度基金支出-本地参保人员市外异地住院基金支出-按项目付费等规定的优先支付费用+(年度市内县外参保人员在本地住院按项目报销的职工医保基金总额-年度本地参保人员市内县外住院按项目报销的职工医保基金总额)。

居民医保县域内年度 DIP 总额=(筹资总额-增量基金风险金-大病保险保费) $\times 95\%$ -年度门诊基金支出-本地参保人员市外异地住院基金支出-按规定支出的家庭医生签约服务基金-按项目付费等规定的优先支付费用+(年度市内县外参保人员在本地住院按项目报销的居民医保基金总额-年度本地参保人员市内县外住院按项目报销的居民医保基金总额)。

若该年度的职工、居民医保住院医保基金预算支出总额大于年度住院按项目付费报销的职工、居民医保基金总额,该年度的职工医保住院医保基金预算支出总额调整为住院按项目付费报销的职工医保基金总额,该年度的居民医保住院医保基金预算支出总额不做调整。若该年度住院按项目付费报销的职工、居民医保基金总额大于该年度的职工、居民医保住院医保基金预算支出总额,该年度的职工、居民医保

住院医保基金预算支出总额不做调整。

职工、居民医保跨县域住院以就医地年度分值点值进行年终清算。

第三十条 本地住院零星报销病例月度按项目进行结算，年终按其所属病例类型确定 DIP 分值并纳入该定点医疗机构 DIP 病种总分值进行年度清算。

第三十一条 试点地区纳入 DIP 结算范围的医疗机构按项目实际发生的统筹基金合规支付总额大于 DIP 年终清算金额的，超过 DIP 年终清算金额的 15%以下（含）部分定为医保清算后补偿范围，通过年度调剂金予以补偿。超过年终清算金额的 15%以上部分不予补偿。

各医疗机构调剂金补偿金额=年度调剂金金额×（各医疗机构清算后补偿范围÷医保清算后补偿范围合计）×清算补偿比例。（用于补偿的年度调剂金金额不得超过医保清算后补偿范围合计）

年度绩效评价为优秀的，清算补偿比例为 100%；年度考核为良好的，清算补偿比例为 80%；年度考核为较差的，不予清算补偿。

第七章 监督管理

第三十二条 各级医疗保障、卫生健康、财政等部门要按各自职责，加强对 DIP 工作的组织领导和监督管理。医保部门牵头组织制定相关配套政策，监督指导支付方式改革推进工作，优化对医疗机构的绩效评价。卫生健康部门要加强

医疗卫生机构服务能力建设。财政部门要会同相关部门做好基金收支预算，加强基金管理。

第三十三条 各县（市）医保部门应建立与定点医疗机构的谈判协商机制，及时解决DIP实施过程中遇到的困难和问题。进一步完善定点医疗机构及医保医师协议管理，将定点医疗机构开展DIP后的平均住院费用的控制效果、医保绩效考核和分配情况纳入定点医疗机构协议管理范围，明确双方权利义务。对分解住院、升级诊断、医保基金结算清单填写不规范、提供医疗服务不足、推诿病患、提高自费比例等行为，要根据《定点医疗机构服务协议》进行处理；情节严重的，根据《社会保险法》《医疗保障基金使用监管条例》等给予相应处罚，并进行情况通报、约谈负责人、追究相关责任。

第三十四条 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，不得人为减少必要的医疗服务而影响医疗质量；定点医疗机构应合理控制住院病人自费的药物、材料和诊疗项目费用；病人住院期间实施的各项检查和治疗，应与病人的病情及病程记载相符合，不应提供与本次住院治疗无关的医疗服务；不得“挂名（床）住院”和“分解住院”；不得要求参保病人在院期间医保结算后转自费住院。

第三十五条 定点医疗机构应加强医保基金结算清单质量管理，统一执行国家颁布的疾病分类编码、手术操作编

码、诊疗项目编码、药品分类编码、医用耗材编码、医疗保障基金结算清单等标准。严格按照疾病诊断标准规范填写疾病名称、手术操作名称，出院诊断按病人就诊住院时的主要疾病、合并症、次要疾病正确选择主要诊断及相关的主要手术操作，并依次填写，避免和防止人为的疾病诊断升级。

第三十六条 对“高套分值”、“分解住院”、“体检住院”、“挂名（床）住院”、“不符合入院指征住院”、“将住院费用分解至门诊、零售药店或让病人单独自费结算”、“不满一个疗程并且无合理原因、无特殊原因把本院有条件有能力诊治的病人推转到其他定点医疗机构”的病例，不予结算病种分值，并按该病例分值的2倍扣罚分值。“要求参保病人在院期间医保结算后转自费住院”的病例，按该自费住院病例对应病种分值的2倍扣罚分值。

第三十七条 建立DIP绩效评价管理制度，并对定点医疗机构进行年度评价，对评价结果较差的定点医疗机构酌情扣减分值，扣除的分值作为激励分值奖励给评价优秀的医疗机构。具体评价办法另行制定公布。

第八章 附则

第三十八条 本办法自2021年9月1日起施行。

第三十九条 本办法由宣城市医疗保障局负责解释。

附件

宣城市基本医疗保险新技术 DIP 申请表

申请单位(公章):

申 请 日 期: 年 月 日

宣城市医疗保障局制

医疗机构名称		医疗机构等级		
法定代表人姓名		法定代表人联系电话		
单位经办人		联系电话		
新技术开展负责人		联系电话		
单位地址及邮政编码				
新技术原入组情况	病种名称		病种编码	
	病种分值			
	本单位病种均费		病例数	
新技术病案基本情况	主要诊断		ICD10 编码	
	主要手术		ICD9-CM-3 编码	
	其他特征			

调整建议	<input type="checkbox"/> 新增（拆分）病种 <input type="checkbox"/> 调整入组 <input type="checkbox"/> 其他
申请理由	1、宣城市以外医院开展新技术的情况，包括费用、疗效、例数等内容。 2、本院新技术病例情况，包括临床症状、体征、辅助检查、诊疗经过等，附医疗机构新技术申报资料及病例相关数据。
申请单位 意见	<div style="text-align: right;"> 法定代表人签字： （盖章） 年 月 日 </div>
县市区 卫健部门 意见	<div style="text-align: right;"> （盖章） 年 月 日 </div>
县市区 医保部门 意见	<div style="text-align: right;"> （盖章） 年 月 日 </div>