

# 遵义市医疗保障局 遵义市卫生健康局 文件

遵市医保通〔2023〕12号

## 遵义市医疗保障局 遵义市卫生健康局关于印发 遵义市区域点数法总额预算和按病种 分值付费（DIP）实施办法 （修订版）的通知

各县、自治县、区（市）医疗保障局、卫生健康局，市直管理定点医疗机构：

现将《遵义市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）实施办法（修订版）》印发给你们，请认真贯彻执行。

附件：遵义市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）  
实施办法（修订版）



（公开属性：依申请公开）

（联系人：杨中华，联系电话：28221912）

附件:

# 遵义市区域点数法总额预算和按病种分值 付费（DIP）实施办法（修订版）

## 第一章 总 则

**第一条** 为建立管用高效的医保支付方式，提升医保基金使用效率、优化医疗资源分布、提高医疗服务质量、保障群众医疗权益，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）和《市人民政府办公室关于印发〈遵义市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）国家试点工作方案〉的通知》（遵府办发〔2021〕4号）等有关规定，结合遵义市实际，制定本办法。

**第二条** 按病种分值付费（以下简称“DIP”），是指利用大数据优势所建立的管理体系，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类，在一定区域范围的全样本病例数据中形成每一个疾病与治疗方式组合的标化定位，并根据医疗资源消耗程度赋予权值，客观反映疾病严重程度、治疗复杂状态

与临床行为规范。在总额预算机制下，根据年度医保支付总额、医保支付比例及各定点医疗机构病例的总分值计算结算点值。医保部门基于病种分值和结算点值形成支付标准，对定点医疗机构每一病例实现标准化支付，不再以医疗服务项目费用支付。

### **第三条 适用范围**

**（一）机构范围。**适用于遵义市开展住院业务的所有定点医疗机构。

**（二）病种范围。**适用于符合DIP付费要求的所有住院病种。医疗机构按床日结算类疾病、省定25种重大疾病结算病种及统筹区外异地就医暂不纳入DIP结算范围。

### **（三）基金范围。**

1. 职工医保纳入DIP付费的基金范围：基本医疗保险统筹基金、大额基金及生育保险基金（简称统筹基金，下同。不含公务员补助基金）；

2. 城乡居民医保纳入DIP付费的基金范围：基本医疗保险统筹基金、大病保险基金（不含医疗救助资金）。

**第四条** 遵义市参保人员在市内医疗机构发生的合规住院医疗费用，与医疗机构按照现行住院待遇政策结算。

**第五条** 有序推进DIP支付方式与紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称“医共体”）的有机衔接。对人、财、物等实现统一管理的紧密型医共体，可向市DIP支付方式改革领导小组办公室

室申请医共体“打包付费”。由市卫生健康局、市医疗保障局对照责任共同体、管理共同体、服务共同体、利益共同体4个维度11项评判标准进行评估。紧密型医共体建设评判标准具体按照《关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系（试行）的通知》（国卫办基层发〔2020〕12号）执行。

医共体符合DIP付费范围的医保基金统一纳入全市DIP总额预算。医共体应健全完善基层首诊、双向转诊、成本控制、协同分工等适应DIP支付方式改革的精细化管理机制，市医保部门汇总医共体所有成员单位分值及支付标准后，统一向医共体牵头单位进行打包结算。医共体牵头单位应严格按卫生健康部门医共体管理考核等规定，可对医共体成员单位进行二次分配。

## 第二章 总额预算管理

**第六条** 以全市为统一单位，按照城镇职工医保、城乡居民医保分为两个单元编制年度总额预算，综合考虑基金收入、上年度基金支出、医疗费用增长率、待遇标准等因素，合理确定全市DIP年度统筹基金总额预算。在DIP年度统筹基金总额预算中按一定比例提取DIP调剂金，DIP调剂金主要用于调剂合理超支分担部分及其他重大风险，若有结余转为下一年度DIP预算金额（不再另提取风险调剂金）。

年度内因重大政策调整或发生影响范围较大的突发事件、自然灾害或其他不可抗力等特殊事件，导致医疗资源消耗过大，确需调整DIP统筹基金总额预算和DIP调剂金时，由市医保部门根据实际情况制定调整政策后执行。

### 第三章 病种分组管理

**第七条** 在国家DIP标准病种目录库的基础上，结合全市定点医疗机构救治疾病特征和临床特点建立本地DIP病种主目录库，明确核心病种和综合病种。

**第八条** 以全市医疗机构近三年出院病案数据为基础，按照医保版疾病诊断及代码（ICD-10），结合医保手术操作分类与代码（ICD-9-CM-3）进行分类组合，确定病种例数临界值的方式区分核心与综合病种，临界值之上的病种作为核心病种，而处于临界值之下的作为综合病种。核心病种和综合病种组成本地DIP病种主目录库。

**第九条** 对于全市发生的常见、多发病例，在核心病种中选取一部分技术难度低、既往基层医疗机构就诊人次高、适宜基层定点医疗机构开展诊疗的病种作为基层病种。

**第十条** 确定中医类病种。探索康复类和护理类等住院时间较长病种的支付方式。

**第十一条** 在DIP病种主目录分组共性特征的基础上，逐步建立反映疾病严重程度、违规行为监管等个性特征的辅助目录，形成以主目录为基础、辅助目录为修正的DIP病种目录库。

**第十二条** 市医保部门综合DIP付费运行情况、病种数量和费用、专家意见等，对DIP病种目录库进行动态调整。DIP病种目录库原则上一个年度为调整周期，极端特殊情况经论证后适时调整。

#### **第四章 病种分值管理**

**第十三条** 通过大数据聚合和科学测算，综合每个病种近三年的住院医疗费用，去除费用极端值后，科学计算病种分值。

(一) 某病种标准分值(结果取小数点后4位有效数字) = (某病种组合平均医疗费用 ÷ 所有出院病例平均医疗费用) × 100。

(二) 各病种组合内病例的平均住院医疗费用，以近三年数据按照1:2:7加权计算该病种费用均值。

#### **第十四条 医疗机构病种分值确定**

(一) 正常病例病种分值。指病例实际发生的住院医疗费用，在上年度同级别医疗机构该病种次均住院医疗费用50%—200%(含)之间。计算公式如下：

某医疗机构某病种分值=该病种标准分值×医疗机构调整系数（基层病种按医疗机构基层病种系数计算）。

（二）费用超低病例病种分值。指病例实际发生的住院医疗费用，在上年度同级别医疗机构该病种次均住院医疗费用50%以下。计算公式如下：

费用超低病例病种分值=（该病例实际发生住院医疗费用/上年度同级别医疗机构该病种次均住院医疗费用）×该病种标准分值×医疗机构调整系数（基层病种按医疗机构基层病种系数计算）。

（三）费用超高病例病种分值。指病例实际发生的住院医疗费用，在上年度同级别医疗机构该病种次均住院医疗费用2倍以上。计算公式如下：

费用超高病例病种分值=〔（该病例实际发生住院医疗费用/上年度同级别医疗机构该病种次均住院医疗费用-2）+1〕×该病种标准分值×医疗机构调整系数（基层病种按医疗机构基层病种系数计算）。

（四）未按规定时间上传病例分值。在月预结算时分值按零计算，年终清算前完成补上传的按该病例分值的95%计算。

（五）未通过质控未入组病例分值。指医疗机构因质控数据错误等原因导致未入组的病例，在月预结算时分值按零计算，年终清算前完成修订上传的按该病例分值计算。



**(六)不全治疗病例分值。**对于转诊转院的不完全治疗情形，上级医疗机构转下级或同级医疗机构的，转出和转入医疗机构共同获得该病种分值，分值的分配按转出和转入医疗机构医疗费用占比计算；对于下级医疗机构因诊疗技术或设施设备不能满足疾病诊治需要，确需转上级医疗机构的，上下级医疗机构按入组病种获得相应分值。

**(七)超出遵义市现行DIP病种目录库的病种病例分值。**

1. 年终该病种病例数达到临界值及以上，经测算后，组织专家论证确定分值，论证确定的分值作为该病种标准分值；

2. 年终该病种病例数未达到临界值，该病例病种分值计算公式如下：该病例病种标准分值=该病例实际发生的医疗总费用/全市平均住院医疗费用×100。

**第十五条 特病单议。**有下列情形之一的，定点医疗机构可向医保经办机构申请特病单议，由市医保经办机构组织专家评议，评议审核后确定结算方式。对疾病主要诊断、治疗方式、资源消耗等相近的同类型病例，原则上每半年组织单议一次。

**(一)病例实际发生住院医疗费用超过上年度同级别医疗机构该病种次均住院医疗费用5倍以上的费用异常病例，并符合以下任一条件：**

1. 住院天数大于上年度同级别医疗机构该病种平均住院天数5倍及以上的；

2. 危重症抢救或死亡病例；

3. 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；

医疗机构申请上述特病单议数量原则上不得超过当年本院DIP总出院病例的2‰。

**(二) 市医保经办机构核准可申请单议的其他情况。**

**第十六条** 病种标准分值确定后，因医疗技术发展、国家政策调整等原因，需修改部分病种分值的，由市医疗保障局组织专家论证后进行调整，原则上一个年度为调整周期，极端特殊情况经论证后适时调整。

## **第五章 系数管理**

**第十七条** 引入医疗机构调整系数、病例加权系数用于医疗机构病种分值调整。

(一) 医疗机构调整系数。综合考虑定点医疗机构收费等级、CMI、医疗机构类别等因素，确定医疗机构调整系数。

(二) 基层病种系数，确定不同级别医疗机构基层病种系数。

(三) 加权系数。为鼓励定点医疗机构合理收治特殊人群病例，对65岁及以上老年、6岁及以下儿童、低体重儿、传染病等病例进行分值加权。

**1. 65岁及以上老年病例加权**

(1) 对定点医疗机构收治65岁—70岁老年病例，在该病种标准分值基础上予以分值加权，分值加权系数为0.2%。

(2) 对定点医疗机构收治70岁以上老年病例，在该病种标准分值基础上予以分值加权，分值加权系数为0.5%。

## 2. 儿童病例加权

(1) 低体重儿病例加权。对定点医疗机构收治出生体重小于1500g的低体重儿病例，在该病种标准分值基础上予以分值加权，分值加权系数为0.5%。

(2) 6岁及以下儿童病例加权。对定点医疗机构收治6岁及以下儿童病例，在该病种标准分值基础上予以分值加权，分值加权系数为0.5%。

## 3. 传染病病例加权

对定点医疗机构收治主诊断为传染病的病例，在该病种标准分值基础上予以分值加权，分值加权系数为0.5%。

同时符合以上加权条件的，加权系数予以叠加。

**第十八条** 探索将临床重点专（学）科等引入DIP付费环节，促进医疗机构高质量发展。

## 第六章 结算管理

**第十九条** 医保经办机构与定点医疗机构按照“月预结算、年预清算、年度清算”的方式进行DIP病例医保费用结算。

**第二十条 月预结算。**合理确定全市定点医疗机构月度预算指标，根据全市月度总分值，计算出全市月预结算点值，计算各定点医疗机构月预结算金额。

**(一) 全市月预算金额。**根据当年DIP统筹基金总额预算与上年度各月住院统筹基金支出比例关系确定。计算公式如下：

当年各月DIP统筹基金预算金额=（当年DIP统筹基金总额预算-调剂金）×上年度同期实际住院统筹基金占比。

注：上年度同期实际住院统筹基金占比=上年度同期实际发生住院统筹基金总额÷上年度实际发生住院统筹基金总额。

**(二) 全市月预结算总分值。**计算公式如下：

全市月预结算总分值=Σ（各医疗机构月预结算分值）。

注：医疗机构月预结算分值=Σ（医疗机构该入组病例分值×该病例实际报销比）

**(三) 全市月预结算点值。**计算公式如下：

全市月预结算点值（结果取小数点后6位有效数字）=（该月DIP统筹基金预算金额×该月入组病例实际发生住院统筹基金占比）÷全市月预结算总分值。

注：该月入组病例实际发生住院统筹基金占比=Σ（该月入组病例实际发生住院统筹基金）÷该月纳入DIP结算病例实际发生统筹基金总额。

(四) 月预结算费用。月预结算时按照DIP结算费用的5%预留质量保证金，待年度清算时按规定兑付。计算公式如下：

医疗机构DIP统筹基金月预结算费用= $\Sigma$ (医疗机构该入组病例分值×该病例实际报销比×全市月预结算点值)×95%。

当月医疗机构DIP入组病例实际发生统筹基金费用小于该医疗机构入组病例DIP统筹基金预结算费用的，按实际发生统筹基金费用的95%拨付。反之按DIP统筹基金预结算费用拨付。

**第二十一条** 年预清算。计算全市医疗机构年度预清算总分值，根据年度DIP统筹基金总额预算确定结算点值，形成支付标准进行年预清算。

(一) 全市年度预清算总分值。计算公式如下：

全市年度预清算总分值= $\Sigma$ (各医疗机构年度预清算分值)。

(二) 年预清算结算点值。计算公式如下：

年预清算结算点值(结果取小数点后6位有效数字)=(年度DIP统筹基金总额预算-调剂金)÷全市年度预清算总分值。

(三) 年预清算费用。计算公式如下：

医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用(结果取小数点后2位有效数字)= $\Sigma$ (医疗机构该病例分值×该病例实际报销比×年预清算结算点值)。

**第二十二条** 年度清算。建立“结余留用，合理超支分担”的激励和风险分担机制。年度清算时，根据医疗机构当年度DIP

病例实际统筹基金总额与年度DIP预清算费用之间的比值（取小数点后6位有效数字）关系，确定医疗机构年度统筹基金清算费用，并根据质量保证金兑付金额、月预结算费用、违规扣款金额等，确定年度清算总额。

### （一）清算金额

1. 当比值 $<60\%$ ，清算金额计算公式如下：

医疗机构年度DIP清算金额=该医疗机构年度DIP病例实际住院统筹基金总额。

2. 当 $60\% \leq$  比值 $<80\%$ ，清算金额计算公式如下：

医疗机构年度DIP清算金额=该医疗机构年度DIP病例实际住院统筹基金总额+(该医疗机构年度DIP病例实际住院统筹基金总额-该医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用 $\times 60\%$ )。

3. 当 $80\% \leq$  比值 $\leq 100\%$ ，清算金额计算公式如下：

医疗机构年度DIP清算金额=该医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用。

4. 当 $100\% <$  比值 $\leq 110\%$ ，超出部分分别由DIP调剂金、医疗机构各承担50%，清算金额计算公式如下：

医疗机构年度DIP清算金额=该医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用+(该医疗机构年度DIP病例实际住院统筹基金总额-该医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用) $\times 50\%$ 。

5. 当比值>110%, 超出110%部分基金不予支付。清算金额计算公式如下:

医疗机构年度DIP清算金额=该医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用+ (该医疗机构年度DIP统筹基金预清算费用 × 10% × 50%)。

(二) 清算总额。计算公式为:

医疗机构年度DIP清算总额 (结果取小数点后2位有效数字) =医疗机构年度DIP清算金额+质量保证金兑付金额-Σ (医疗机构DIP统筹基金月预结算费用) -违规金额。

## 第七章 监督管理及协议机制

**第二十三条** 医疗机构应当合理检查、合理用药 (耗材)、合理治疗、合规收费, 医保经办机构每月或每季度对医疗机构可疑违规病例进行核查, 建立沟通协商和专家评议机制, 确认医疗机构违规病例和扣款金额。

**第二十四条** 各医疗机构应按规定做好DIP管理工作, 规范诊疗行为, 保证医疗服务质量, 引导患者合理就医。

**第二十五条** 医疗机构应当按照医保部门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系统上传参保患者的就医信息。医疗保险信息系统数据作为费用审核、月预结算、年度清算、考核及分值、系数

调整的依据。未上传参保患者就医信息的医疗机构将不能进行医保支付结算。

**第二十六条** 医疗机构不得分解住院、诱导住院、挂名住院、编码套高或让不符合出院条件的参保患者提前出院等，出现以上情形经查实后，产生的费用基金不予支付，并按有关规定进行处理。对以欺诈、伪造材料或者其他手段套取、骗取医保基金，构成违法犯罪的移送司法机关，依法追究刑事责任。

**第二十七条** 医保经办机构定期组织专家对实施DIP的费用异常病例和非常见病例按一定比例抽查，进行集体评审，核定病种分值。

**第二十八条** 医保经办机构要认真开展医疗机构服务协议的日常管理考核工作，做好考核结果应用，并向定点医疗机构通报。同时不断规范经办流程，完善服务协议，对违反协议的医疗机构按照相关规定严肃处理。经办管理规程、医疗机构服务协议和监管考核办法另行制定。

## 第八章 附 则

**第二十九条** 本办法中所称的年度为自然年度，即每年的1月1日至12月31日。

**第三十条** 本办法自2023年1月1日起施行，原《遵义市医疗保障局 遵义市卫生健康局关于印发遵义市区域点数法总额预算和



按病种分值付费(DIP)配套政策文件的通知》(遵市医保通〔2021〕63号)文件中附件1《遵义市区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)实施办法(试行)》同时废止,其他附件与本文件不一致,以本文件为准。国家、省有新规定的从其规定。

**第三十一条** 本办法由遵义市医疗保障局负责解释。

---

遵义市医疗保障局办公室

2023年2月20日印发

共印2份