

荆门市人民政府办公室文件

荆政办发〔2022〕43号

市人民政府办公室关于印发 荆门市基本医疗保险按病种分值付费办法 (试行)的通知

各县、市、区人民政府，漳河新区，屈家岭管理区，荆门高新区，市政府各部门：

《荆门市基本医疗保险按病种分值付费办法（试行）》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真遵照执行。



荆门市人民政府办公室
2022年11月28日

荆门市基本医疗保险按病种分值 付费办法（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），加快建立管用高效的医保支付机制，根据《国家医保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）、《国家医保局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48号）和《省医保局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动方案的通知》（鄂医保发〔2021〕71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（以下简称DIP付费），是指利用大数据方法发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征对病案数据进行客观分组，并按相同规则赋予相应分值，形成每一个疾病与治疗方式组合的资源消耗标准。医保部门在总额预算机制下，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分值点值，并基于病种分值和分值点值形成支付标准，对定点医疗机构每一病例予以付费。

第三条 本办法适用于全市基本医保参保人员在本市范

围内定点医疗机构发生的应由基本医保统筹基金支付的住院医疗费用、日间手术费用等结算。启动初期，精神类、康复类、护理类等住院时间较长的病例，以及生育医疗费用暂不纳入DIP付费范围。

应由参保人员个人承担的住院医疗费用、日间手术费用等，执行《市人民政府关于印发荆门市基本医疗保险实施办法的通知》（荆政发〔2017〕25号）及相关规定，不受本办法影响。

第四条 DIP付费改革，坚持统筹地区、医疗机构、病组分组、医保基金“四个全面覆盖”，实行病种分值、经办规程、结算方式、监督考核“四个全市统一”，建立总额预算、病种赋值、月预结算、年度清算“四项工作机制”。

第五条 医保部门负责制定DIP付费改革方案及配套办法，并具体组织实施。

财政部门负责审核并汇总编制基本医保基金预决算草案，做好职责范围内医保基金的使用监管，保障DIP付费改革所需工作经费。

卫健部门负责定点医疗机构病案数据质控、医疗服务行为监管以及基层医疗机构的病案信息系统改造维护等工作，配合建立DIP专家库和基层病种目录，参与开展定点医疗机构权重系数调整和特殊病例分值评议。

行政审批部门负责DIP付费信息系统建设的立项和经费预

算，落实荆门政务云服务器资源配置，协助开展数据采集、存储和运用，做好网络技术支持等工作。

定点医疗机构负责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。

第二章 DIP 付费可支出总额

第六条 每年初，执行《荆门市全面做实基本医疗保险市级统筹实施方案》相关规定，按照以收定支、收支平衡、略有结余，制定市、县（市、区）基本医保基金年度支出计划，其中，本市范围内住院统筹、大病保险和意外伤害就医等类别及项目支出计划之和，即为市、县（市、区）基本医保基金用于DIP付费预算可支出总额，按职工医保和城乡居民医保分别建账、分账核算。

第七条 每年底，以市、县（市、区）当年度基本医保基金实际收入为基数，减去个人账户、普通门诊统筹、门诊慢特病、“两病”门诊用药保障、国家医保谈判药品保障、异地就医、生育医疗费用补助及生育津贴、补助长期护理保险和提取风险储备金等据实支付类别和项目资金后，剩余部分作为市、县（市、区）当年度基本医保DIP付费实际可支出总额。

第三章 DIP 病种目录及病种分值

第八条 病种目录库。依托DIP付费第三方技术支持公司，以“疾病诊断+治疗方式”为组合依据，对全市病案数据进行

穷举与聚类，形成 DIP 病种目录，同时充分考虑病例个性特征，建立以主目录为基础、以辅助目录为修正的 DIP 病种目录库。

纳入我市 DIP 目录库的病种名称及编码，应当与国家医保局颁布的 DIP 病种目录库（1.0 版）保持一致。我市特有但未纳入国家 DIP 目录库的病种，可对目录库进行扩展，报国家医保局备案后，由省医保局予以标识。

第九条 病种分类。根据全市实际发生的病例数量，将病种划分为核心病种、综合病种。具体为，按照国家医保局颁布的 DIP 技术规范，以前三年全市所有医保定点医疗机构出院病例标准化数据为基础，用医保版疾病诊断编码前 4 位（ICD-10）和手术操作编码（ICD-9-CM-3）进行聚类，病例数量大于等于 15 例的为核心病种，病例数量小于 15 例的为综合病种。

第十条 病种分值。以各病种近三年次均住院医疗费用（按连续三年次均费用 1: 2: 7 加权计算，以下简称平均费用），与全市所有出院病例平均费用的比例关系，确定病种分值，即： $\text{病种分值} = \text{病种平均费用} \div \text{全市所有出院病例平均费用} \times 1000$ 。在此基础上，建立同病种同分值、费用偏差病例分值校准、特殊病例分值评议、定点医疗机构权重系数等机制，多维度保证病种分值客观准确反映各病种的医疗资源消耗水平。

（一）同病种同分值。因相同疾病在我市范围内同等级别的定点医疗机构治疗的参保患者，不区分职工医保、城乡居民医保，执行同一病种分值。

（二）费用偏差病例分值校准。病例医疗费用与上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用相比，低于 50%或高于 200%时，纳入费用偏差病例管理，重新计算分值。其计算公式为：

费用低于 50%的病例病种分值=该病例医疗费用 ÷ 上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用 × 该病种分值。

费用高于 200%的病例病种分值=[(该病例医疗费用 ÷ 上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用 - 2) + 1] × 该病种分值。

建立与定点医疗机构等级相对应的偏差病例发生率控制指标和约束机制，并根据全市 DIP 运行情况，适时调整偏差病例发生率控制指标。偏差病例发生率控制指标和约束机制，由市医保部门结合工作实际另行制定。

（三）特殊病例分值评议。对于住院天数明显高于平均水平、费用离散程度较高、ICU 住院天数较长或运用新医疗技术等特殊病例，由定点医疗机构申请，经专家评议校准后，重新核定特殊病例分值。特殊病例分值评议具体办法和操作流程，由市医保部门会同市卫健部门制定。

（四）定点医疗机构权重系数。针对定点医疗机构之间治疗同种疾病医疗资源消耗存在差异，综合考虑定点医疗机构级别、病种结构、功能定位等因素，将全市定点医疗机构划分为三级医疗机构、二级医疗机构、一级及以下医疗机构等级层级，

按相同规则计算各定点医疗机构权重系数，并根据运行情况适时调整等级层级。定点医疗机构权重系数与病种分值挂钩。其计算公式如下：

定点医疗机构权重系数=（该等级的病种病例住院总费用/该等级的病种病例总分值）/（全市病种病例住院总费用/全市病种病例总分值）（保留四位小数）+加成权重系数。其中，加成权重系数依据 CMI 值、重点专科、中医优势病种、DIP 付费示范机构、不合理医疗费用等因素综合确定。权重系数确定办法，由市医保部门会同市卫健部门制定。

以定点医疗机构前 3 年实际等级计算权重系数（中医医疗机构适当提高），DIP 实施当年，定点医疗机构创建为更高等级时，比照该级别其他定点医疗机构权重系数执行。

在核心病种中选择适合二级及以下医疗机构收治的病种作为基层病种。基层病种的病种分值在不同等级的定点医疗机构保持一致，不与定点医疗机构权重系数挂钩。基层病种的范围及名称，由市医保部门会同市卫健部门确定。

各病种分值、各定点医疗机构权重系数和基层病种名称，由市医保部门按年汇编成册，分发至各定点医疗机构及其相关医务人员。

第十一条 DIP 病种目录、病种分值、定点医疗机构权重系数和基层病种等，根据实际运行情况、新技术应用和政策调整，实行动态管理。重点对国家、省重点专科以及采用新技术

的相关病种给予倾斜，激励引导定点医疗机构收治急危重症患者、疑难杂症患者，促进我市医疗卫生事业新业务、新技术的发展。

第四章 费用结算

第十二条 定点医疗机构发生的属于基本医保统筹基金支付的住院（含日间手术）医疗费用，由医保经办机构依照协议约定，采用 DIP 付费方式，按职工医保和城乡居民医保分别与其结算。具体结算流程为：周转金预拨、月预结算、年度清算，不再细化明确各定点医疗机构住院医疗费用年度总额控制指标。

第十三条 周转金预拨。每年 1 月 10 日前，市、县（市、区）医保经办机构向辖区内各定点医疗机构预拨一个月医保结算周转金（原则上为上年度 DIP 付费实际月平均结算金额），其中，市医保经办机构预拨付中心城区定点医疗机构的周转金，包含县（市、区）应当预拨付的额度。

第十四条 月预结算。每月 10 日前，市、县（市、区）医保经办机构根据辖区内各定点医疗机构申报的上月纳入 DIP 付费范围病例发生的基本医保统筹基金记账金额，按职工医保、城乡居民医保两个类别，分别按 95% 的比例予以预结算，剩余 5% 作为医保服务质量保证金，纳入年度考核兑现和清算处理。除当年新增定点医疗机构，当预结算累计金额超过该定点医疗机构上年度住院费用实际结算总额时，不再进行预结算。

各定点医疗机构应当在患者出院结算后及时审核病案数据，于 15 日内按规定内容和格式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，纳入月预结算范围。

医保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调校，并将结果反馈给定点医疗机构核对后，确认本月预结算金额。对有争议的医疗费用，通过专家评议方式予以解决。

我市全面做实基本医保市级统筹后，参保患者按规定在荆门市范围内跨行政区域发生的住院医疗费用，先由就医地医保经办机构按基本医保统筹基金记账金额的 95%与定点医疗机构预结算，计入患者参保地医保预结算支付统计范围。

第十五条 年度清算。年度清算工作由市医保经办机构统一组织实施，县（市、区）医保经办机构和第三方技术支持公司依各自职责密切配合。原则上，年度清算应当在次年 3 月 1 日前完成。

（一）清算年度。医保经办机构与定点医疗机构之间进行 DIP 付费结算的周期，以参保患者在定点医疗机构出院结算时间为准，每年 1 月 1 日至 12 月 31 日为一个结算年度周期。

（二）计算定点医疗机构年度病例总分值。一个结算年度内，全市各定点医疗机构收治的所有病例，按职工医保、城乡居民医保两个类别，分别统计、分别计算总分值。两类别的总

分值计算规则及方法相同。具体计算公式如下：

定点医疗机构年度病例总分值=Σ（核心病种分值×定点医疗机构年度内核心病种例数×定点医疗机构权重系数）+Σ（综合病种分值×定点医疗机构年度内综合病种例数×定点医疗机构权重系数）+Σ（基层病种分值×定点医疗机构年度内基层病种例数）+Σ（费用偏差病例分值×定点医疗机构权重系数）+Σ（特殊病例分值×定点医疗机构权重系数+Σ（其他病例分值×定点医疗机构权重系数）-本年度因未履行协议约定内容或违规扣减总分值。

（三）计算分值结算点值。按职工医保、城乡居民医保两个类别，分别计算结算点值，全市统一执行。具体计算公式如下：

职工医保分值结算点值=当年度全市职工医保 DIP 付费实际可支出总额 ÷（全市年度 DIP 付费职工医保病例统筹基金记账金额 ÷ 全市年度 DIP 付费职工医保病例医疗费用总额） ÷ 全市所有定点医疗机构职工医保病例年度总分值。

城乡居民医保分值结算点值=当年度全市城乡居民医保 DIP 付费实际可支出总额 ÷（全市年度 DIP 付费城乡居民医保病例统筹基金记账金额 ÷ 全市年度 DIP 付费城乡居民医保病例医疗费用总额） ÷ 全市所有定点医疗机构城乡居民医保病例年度总分值。

（四）计算定点医疗机构年度预清算总额。按职工医保、

城乡居民医保两个类别，分别计算各定点医疗机构预清算总额。具体计算公式如下：

定点医疗机构职工医保年度预清算总额=定点医疗机构职工医保病例年度总分值×职工医保分值结算点值-个人自负总费用-其他医疗保障费用-年度应扣减金额。

定点医疗机构城乡居民医保年度预清算总额=定点医疗机构城乡居民医保病例年度总分值×城乡居民医保分值结算点值-个人自负总费用-其他医疗保障费用-年度应扣减金额。

年度应扣减金额包括日常审核及专项检查应扣款费用，利用违规行为监管辅助目录对二次入院、低码高编、超长住院、死亡风险指标异常进行调校的费用，以及病案质量指数考核扣减费用。年度应扣减金额具体项目、标准及流程等，由市医保部门另行制定。

（五）计算年度清算金额。按职工医保、城乡居民医保两个类别，分别计算年度清算金额。两类别年度清算规则及方法相同。具体计算公式如下：

年度清算金额=定点医疗机构年度预清算总额-定点医疗机构月预结算总额。

年度清算具体实施方案及工作流程，由市医保部门结合工作实际另行制定。

第五章 监督管理

第十六条 规范医疗服务行为。各定点医疗机构应当按规

定做好 DIP 付费管理工作，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，控制自费费用不合理增长，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提前出院，不得转嫁参保人住院期间的医疗费用。住院病案首页应当真实、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。

第十七条 完善定点服务协议。设定重复住院增长率（人次人数比）、住院次均费用增长率、住院人次增长率、住院费用增长率、参保人员住院综合报销比例等控制指标，纳入定点医疗机构年度考核项目，并将考核结果与质量保证金返还、下一年度定点医疗机构权重系数确定相挂钩，强化对定点医疗机构在执行医保政策、费用控制、服务质量等方面的监管。具体控制指标、考核标准及挂钩办法，由市医保部门另行制定。

第十八条 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，经查实后，对当次住院的分值不予计算，并根据医疗保障基金使用监督管理条例等有关规定，按该病例分值的 2~5 倍予以扣减处理。

第十九条 建立全市统一的 DIP 专家库，定期组织专家对定点医疗机构实施 DIP 付费的病例，按一定比例进行集体评审。

DIP 专家库管理办法由市医保部门会同市卫健部门制定。

第二十条 医保部门应当定期向定点医疗机构通报 DIP 付费运行情况，按照定点服务协议约定，及时拨付医疗费用。

第二十一条 依托全省统一的医保信息系统，建立与 DIP 付费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。

第六章 附 则

第二十二条 第三方承办的大病保险和意外伤害就医资金，纳入 DIP 付费可支出金额计算范围后，一个结算年度周期内，第三方已支付给各定点医疗机构的大病保险和意外伤害就医费用，等额冲抵医保经办机构应当支付给各定点医疗机构 DIP 付费年度清算金额。

第二十三条 通过政府购买服务，公开招标 DIP 付费第三方技术支持公司，承担全市 DIP 付费的医疗费用统计、病种分组、病种分值及点值计算、医疗机构权重系数计算、省平台信息录入、配合市、县（市、区）开展 DIP 付费年度清算等工作。

第二十四条 与本办法不符的，以本办法为准。本办法未涉及的内容，按国家、省、市医保支付规定执行。国家、省另有规定时，从其规定。

第二十五条 本办法自发文之日起施行，有效期 2 年。

抄送：市委各部门，荆门军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委，市法院，市检察院。

荆门市人民政府办公室

2022年11月29日印发
