

安徽省医疗保障局
安徽省卫生健康委员会
安徽省财政厅 文件

皖医保秘〔2021〕9号

安徽省医疗保障局 安徽省卫生健康委员会
安徽省财政厅关于印发《安徽省基本
医保区域点数法总额预算和
按病种分值付费试点工作
指导方案》的通知

各有关市医保局、卫健委、财政局：

现将《安徽省基本医保区域点数法总额预算和按病种分值付

费试点工作指导方案》印发给你们，请遵照执行。



安徽省医疗保障局



安徽省卫生健康委员会



安徽省财政厅

2021年2月1日

安徽省基本医保区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作指导方案

为深入贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》建立管用高效的医保支付机制，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）、《安徽省人民政府办公厅关于推进紧密型县域医共体建设的意见》（皖政办〔2019〕15号）等文件要求，结合我省实际，制定区域点数法总额预算和按病种分值付费（以下简称DIP）试点工作指导方案。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心的发展思想，不断深化医疗保障制度改革，充分发挥医保基金战略性购买作用，完善紧密型城市医疗联合体和紧密型县域医共体医保总额预算机制，构建医保基金支付从机构总额向区域总额转变，进一步做实市级统筹，促进分级诊疗制度，实现价值医疗和价值医保，不断推进医疗保障事业高质量发展。

（二）基本原则

坚持区域总额预算。职工医保基金和城乡居民医保基金在区

域（设区的市域，以下同）总额预算下分别单独制定，不再实行单个医疗机构总额预算管理的做法。

坚持机构病种全覆盖。原则上区域内所有承担住院职能的医疗机构全部纳入区域总额预算内；支持将患者就诊较多的区域外医疗机构纳入，除按床日付费等特殊情况下，原则上所有结算类型病种均应纳入。

坚持分级诊疗原则。在设定各级各类医疗机构病种分值时，体现对基层医疗机构的支持和倾斜，鼓励基层医疗机构提高诊疗水平和收治能力。

坚持统一技术标准。统一执行国家医保局 DIP 病种分组、技术规范、病案首页编码管理等；统一执行国家医保局信息系统建设技术标准、结算清单和系统接口规范等。

（三）试点目标

在国家级试点芜湖、淮南、阜阳、宿州、宣城、黄山市和省级试点安庆市开展 DIP 试点，在调剂金设立、预算总额确定、病种分组、分值计算、系数调整、分值转换、特例单议、医共体及医联体衔接、异地就医支付、分级诊疗、协议完善、月度结算、年底清算、系统改造、病案编码、培训宣传等方面进行积极探索，逐步建立全省可借鉴推广的 DIP 管理运行机制。

二、具体措施

（一）规范按病种分值付费流程

1. 合理确定年度区域总额预算指标

参考上年度职工医保基金实际支出额度（不含划入个人账户额度，下同）、本年度预计筹集额度、各种风险及合理增长因素，在提取储备金（累计基金结余原则上支持9个月以上支出）后，合理确定本年度区域总额预算指标。

参考上年度城乡居民医保基金实际支出额度、本年度预计筹集额度，考虑各种风险及增长因素，在按规定提取风险金（当年度新增筹资总额的10%及累计占当年筹资总额10%）后，合理确定本年度区域总额预算指标。

2. 设立市级调剂金

各试点城市要在完成医保基金市级统筹管理基础上，设立市级调剂金。原则上按照确定的本年度区域总额预算指标的5%左右设立市级调剂金，其中职工医保不低于2.5%、城乡居民医保5%左右。市级调剂金不纳入紧密型县域医共体总额预算指标范围。

各试点城市研究规范市级调剂金使用办法，规范市级调剂金的合理使用，实现调剂平衡作用。

3. 确定住院病种分值

各试点城市要收集近三年来区域内住院全部病例数据信息，在国家医保研究院提供的DIP病种参考分值基础上，组织专家进一步优化病种目录结构，调整并确定各病种分值。病种分值实行动态调整。原则上要将按项目、按病种付费等所有结算类型的病种转换为分值，中西医“同病同分值”鼓励将按床日付费等结算类型转换为分值。

4. 建立特例单议制度

各试点城市要建立特例单议制度，对于特殊病种、费用偏离分值过高等情况，可通过专家评审等方式确定病种分值。对于异常低值病种可按照实际费用确定病种分值，也可探索通过其他合理方式确定分值。

5. 设定医疗机构等级系数

组织专家，综合考虑各定点医疗机构等级、功能定位、技术水平、专科特色、病种结构、次均费用、主要收治患者年龄、专科类型以及绩效考核结果等综合因素确定不同医疗机构系数。等级系数实行动态调整。原则上区域内技术级别最高的医疗机构等级系数最高，随着技术级别降低，等级系数逐步降低。

6. 计算住院病种点数

按照医疗机构提供住院服务的病例次数与病种分值及医疗机构系数等，计算出各医疗机构点数（分值*病例数*系数），进而计算出区域内所有医疗机构总点数。不纳入分值管理的按床日付费等结算类型可不转换为点数。

7. 计算住院病种点值

年度区域总额预算指标在扣除当年市级调剂金、大病保险、大病救助等基金后的额度平均分配到每月（年），再扣除区域外当月（年）医保基金支出、当月（年）门诊（含普通门诊、慢性病门诊、大额门诊及有偿签约服务医保支出等）、不转换为分值结算的按床日付费等结算类型基金支出等不纳入分值范围的额度，除

以当月（年）总点数，得出当月（年）住院病种点值。

8. 按住院病种点值付费

各试点城市医保部门每月（年）按照病种点值乘以不同医疗机构每月（年）总点数乘以该医疗机构住院当月（年）平均实际报销比例或（1—自付比例）的额度付费。

各试点城市也可在确定年度总额预算指标后，扣除区域外、门诊、大病保险、大病救助、调剂金、不转换为分值结算的按床日付费等结算类型基金支出等额度来确定区域内医疗机构住院部分总额预算指标。将住院部分预算指标平均分配到每月，来计算病种分值。并实行按月预结算或预付，年终按分值清算。

9. 年度调剂平衡

市级调剂金可按规定支付区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、紧密型县域医共体合理超支部分经考核后合理分担，也可采取计算各医疗机构或县域医共体病种分值点数之和占市域内总点数的比例等方式进行二次付费，以及其他特殊情况下医保费用的合理支出。

（二）做好与县域医共体有效衔接

1. 遴选基层收治病种

各试点城市要遵循国家局 DIP 病种目录，结合我省基层医改“50+N”及“100+N”病种库，充分结合当地实际，通过专家论证，遴选出适宜在乡镇卫生院（社区医院）或一级医疗机构、县

级医院或二级医疗机构适宜收治病种目录。基层医疗机构适宜收治病种库应包含适宜日间病床（含中医适宜技术）收治病种，基层收治病种分值原则上相对保持不变，不受医疗机构等级系数影响。

2. 落实县域医共体“打包”付费

各试点城市开展紧密型县域医共体的县（市、区），要支持并开展紧密型县域医共体城乡居民基本医保基金按人头总额预付（算）管理做法。按照县域当年预计筹资总额在提取风险金、调剂金、大病保险等资金后的 95%按人头总额“打包”预算给各县域医共体，实行结余留用，合理超支分担。

3. 完善县域医共体考核机制

各试点城市要参照国家卫健委办公厅、国家医保局办公室及国家中医药管理局办公室《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），选择县域医共体医保支付相关监测指标，并根据 DIP 工作需要新增部分监测指标进行考核，考核结果可作为医疗机构系数调节及调剂金使用参考依据。

（三）调整完善医保经办服务

1. 扩展医保数据交换接口。各试点城市要严格按照国家医保信息系统建设规范，扩展医保结算系统与各医疗机构间数据传输接口，确保医疗机构病案首页信息、医保结算单信息等完整准确上传。

2. 开发 DIP 管理系统。各试点城市要研究开发 DIP 管理信息系统，并与基本医保结算系统互联互通信息共享，实现 DIP 病种库的动态维护管理、等级系数计算管理、分值计算管理、预算指标管理、清算管理、绩效考核管理、运行情况监测分析等功能。

3. 完善医保协议。各试点城市可通过签订补充协议等方式，将按病种付费相关内容，对总额预算、数据报送、分组、结算等予以具体规定，突出规范医疗行为、提升服务效率和质量等内容。明确医疗机构、经办机构等权责关系，落实有关标准、制度等。

4. 加强异地就医管理。严格落实异地转诊备案政策，努力提高异地就医特别是长三角地区医保公共服务便利化，鼓励各试点城市开展“同病同治同保障”改革，进一步引导参保群众合理有序就医。各试点城市要开展异地就医费用控制机制探索，加强异地就医医保基金监管协同。

5. 加强医保基金监管。各试点城市要加强医保基金监管，动态监测医保基金支出进度和各级医疗机构基金支出占比情况。研究适应 DIP 管理规律的医保基金监管措施，在原有医保基金监管措施基础上，将医疗机构高套编码、冲点数等行为纳入监督重点内容。

三、保障安排

（一）组织保障

1. 成立领导小组

各试点城市要会同卫生健康、财政等部门，在政府指导下成

立试点工作领导小组。领导小组下设办公室，设在医保局。明确领导小组及办公室职能。

2. 组建专家组

各试点城市要组建由医保部门、卫生健康部门、财政部门、高校、研究机构、医疗机构、信息专家等人员组成的专家团队。分别参与方案设计、病种分值调整、基层病种遴选、等级系数调整、调剂金使用、绩效考核、系统改造等指导、培训、监督考核工作。

3. 开展系列培训

各试点城市要开展系列培训工作，分别针对医保管理部门、医保经办机构、医疗机构负责人、医疗机构医保经办部门、医疗机构病案编码部门等，开展 **DIP** 基本原理、医疗机构等级系数确定、病案首页编码管理、信息系统接口改造、**DIP** 管理系统应用等培训。

(二) 进度安排

1. 2021 年 2 月底前

各试点城市要成立 **DIP** 试点工作领导小组和办公室；按照国家局要求上报医疗机构近 3 年来病种数据；研究 **DIP** 试点工作方案；开展病案编码员培训、**DIP** 原理培训、**DIP** 模拟运算培训等。

2. 2021 年 3 月底前

各试点城市要完成 **DIP** 试点工作方案，组建市级专家组，启

动 DIP 试点工作。并开展优化病种分组、遴选基层病种，拟定补充协议、开展病案首页编码培训等工作。

3. 2021 年 6 月底前

各试点城市要完成与医疗机构签订 DIP 试点工作补充协议；开展医疗机构信息系统接口改造；开发 DIP 管理信息系统；开展病种分值调整确定工作；开展医疗机构等级系数确定与调整工作等；全面启动按病种分值实际付费。

4. 2022 年 3 月底前

各试点城市要开展区域内县域医共体及各医疗机构按病种分值付费清算工作；开展 DIP 试点工作的评估研究；完善 DIP 试点方案。

各试点城市在 DIP 试点过程中，遇到重大问题要及时向省医保局、省卫健委、省财政厅报告，以便进一步研究完善政策，推进 DIP 试点顺利进展。

