附件2

关于《深圳市医疗保障住院医疗费用按病种

分值付费（DIP）实施细则（试行）（征求意见稿）》的起草说明

为更好地适应本市医疗保障新形势新要求，持续优化医保支付方式，建立管用高效的医保支付机制，经分析研究并广泛听取意见的基础上，结合我市支付方式改革实际，起草了《深圳市医疗保障住院医疗费用按病种分值付费（DIP）实施细则（试行）（征求意见稿）》（以下简称《实施细则》），现将有关情况说明如下：

一、起草背景

2023年1月，省医保局印发《广东省按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）》（粤医保规〔2023〕1号，以下简称《经办管理规程》），对DIP付费方式在预算管理、病种确定、审核结算、考核评价、协议谈判等方面提出了具体要求，并明确要求各市应当依据本规程制定适合本市的DIP经办管理规程或细则。

2023年，我市《深圳市医疗保障定点医药机构医疗费用支付办法》（以下简称《支付办法》）启动修订，主要规定我市医保支付整体制度框架，《实施细则》作为配套政策，明确《支付办法》中关于医疗保障住院医疗费用医保支付相关条款的具体实施细则。

二、主要内容

本《实施细则》体例参照《经办管理规程》，共分为10章43条，分别是总则、协议管理、信息系统建设与数据采集、预算管理、病种分值确定、审核结算、稽核检查、考核评价、协商谈判与争议处理、附则。对比之前做法，主要调整了以下内容：

**（一）增设年度按病种分值付费调节金。**确定划出住院年度可分配总额的2%作为本市年度按病种分值付费调节金，主要用于年度清算时合理超支分担。通过2021年年度清算数据，医疗机构超标费用大概占年度可分配总额的1%，由于划分一定比例设置调节金后，用于计算分值的总额将缩小，可能导致更多医疗机构超标，通过单独划分2%的调节金，进一步为医疗机构因收治危重症病人导致的费用超标提供保障。厦门、珠海调节金比例分别设置为2%、3%。

**（二）DIP适用范围扩展至按床日付费病种及打包收付费病种。**将精神类、康复类及护理类等住院时间较长的病例组成床日病种、实行打包收费的日间手术及住院病例组成打包收付费病种，纳入总额预算下的按病种分值管理，避免部分医疗费用出现“跑冒滴漏”问题，确保住院医疗费用在总额控制下平稳可控。浙江、广州、厦门等地也设置床日病种或病组，将床日费用纳入总额管理。

**（三）调整病种分值计算方法。**落实《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》（以下简称《DIP技术规范》）和《经办管理规程》要求，将病种分值的计算方法由固定参数法改为基准病种法，体现各病种资源消耗水平与基准病种资源消耗的相对变化关系，实现分值精准化，使各病种比价关系更加明晰。选择“急性阑尾炎:腹腔镜下阑尾切除术”作为基准病种，基准病种分值设为1000分。目前，常用的分值确定方法有固定参数法、平均医疗费用法及基准病种法。《经办管理规程》要求为平均医疗费用法或基准病种法。广州也为基准病种法，以“急性阑尾炎:腹腔镜下阑尾切除术”作为基准病种，基准病种分值设为1000分。

**（四）建立辅助目录分值调整机制。**根据《DIP技术规范》和《经办管理规程》要求，在主目录基础上，基于年龄、合并症、并发症、违规行为监管个性特征等因素建立辅助目录，在病种分值的基础上予以调整校正，使分值设定更加符合临床实际。广州、厦门等地已建立年龄、合并症、并发症等反映疾病严重程度的正向辅助目录，我市在此基础上，增加违规行为监管个性特征因素，为后期建立负向辅助目录提供政策依据。此外，借鉴广州做法，增加重症监护辅助目录，进一步支持医院收治危急重症病人。

**（五）完善偏差病例校准机制。**将偏差病例由病种次均医疗费用3倍以上或者30%以下调整为2倍以上或者50%以下，与《DIP技术规范》保持一致。费用超低病例按实际费用折算分值，费用超高病例超2倍以上的部分分担比例从70%提高到80%，进一步加大医院分担力度的同时，又防止分担比例过大导致医疗机构一味冲高费用。目前，广州也采用2倍以上或者50%以下作为临界值。

**（六）建立特病单议机制。**对于住院天数明显高于平均水平、费用偏离度较大、ICU住院天数较长或者运用新医疗技术等特殊病例，定点医疗机构可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按DIP付费人次的千分之一，与国家《DIP技术规范》保持一致。广州、厦门、杭州、南京等地已建立特病单议机制，明确申请条件和申请例数。

**（七）建立特殊项目分值调整机制。**对协议期内国家医保谈判药品、罕见病治疗药品；应用于同一住院过程的联合手术、联合治疗且暂无相应DIP病种的医疗技术，如区域热循环灌注热疗、机器人辅助手术、白内障摘除及人工晶体置入；临床必需且对DIP病种分值有较大影响的其他项目。如肿瘤靶向治疗、免疫治疗及化疗，特需医疗服务项目等项目，经市医保支付制度评议组织评议后，确定为特殊项目，对特殊项目费用单独计算加成分值，进一步支持国谈药落地和新技术项目应用。北京、广州分别建立除外支付和加成分值方式保证特殊项目的费用得到合理补充。

**（八）完善医院系数调整机制。**通过扩大加权系数设置范围，对于重点科室（含特色专科）、医学中心、区域医疗中心、医学研究中心等按照国家、省、市不同等级阶梯式设置不同加权系数，实现费用偿付的差异化匹配。符合DIP经办规程中综合考虑定点医疗机构的级别、功能定位、医疗水平、专科特色等相关因素，设定定点医疗机构等级系数，区分不同级别、不同管理服务水平的定点医疗机构分值的要求。广州、厦门、南京、杭州等地也以建立以医院级别为等级系数、专科特色为加权系数的医院系数确定机制。广州对重点专科按市级、省级、国家级分别加成，并将国家医学中心、国家区域医疗中心及省支持建设的国际医学中心纳入加成范围。

**（九）优化结余留用机制。**基金使用率在70%—90%时，结余留用比例由固定比例10%调整为阶梯式比例0-10%，避免使用率在70%左右时结余留用比例出现断崖式变化，医疗机构为达到70%而冲费用、冲分值。根据广州做法（结余留用比例=10%-10×(基金使用率-90%)2，80%为门槛线），结合我市实际（70%为门槛线），将结余留用比例计算公式调整为：结余留用比例=10%-2.5×(基金使用率-90%)2。为引导医疗机构提供充足医疗服务，设置二次函数，使用率越接近90%，结余留用比例越高。结余留用金额计算基数由实际统筹基金记账总额调整为年度预清算支付总额，一定程度上缓冲由结余留用比例的下调导致医疗机构结余留用金额的减少，同时也与基金使用率在90%-100%时的计算口径保持一致，方便理解和经办操作。

**（十）优化考核指标及考核系数计算方法。**原十五日内再入院率指标，需人工核对，影响年度清算进度。将原十五日内再入院率指标调整为人次人头比增长率指标，可直接通过系统数据测算，减少人工核对程序，提高年度清算效率。厦门、杭州等地也采用人次人头比增长率作为考核指标。原平均住院时间指标，可能对医疗机构有不合理限制。将原平均住院时间指标调整为门诊住院比增长率指标，主要核定门诊和住院的收治情况，反映医疗机构效率维度。调整各指标分值核算方法，由之前的直接数值法，考核结果系数低于0.97的按0.97，高于1.03的按1.03计算改为四等分等级划分法，确保考核结果更有区分度，更能充分发挥考核的激励约束作用。