

厦门市医疗保障中心文件

厦医保中心〔2023〕61号

厦门市医疗保障中心关于 建立 DIP 床日病种疾病分期辅助目录的通知

各相关定点医疗机构：

为深化我市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）方式改革，完善契合疾病治疗特点的精细化支付体系，根据国家、省相关精神，结合我市实际，经市医保行政主管部门研究同意，现就 DIP 床日病种及其疾病分期辅助目录的有关事项通知如下：

一、床日病种

（一）床日病种类型：医疗机构收治的部分需要长期住院治疗且日均费用较稳定的住院病例，纳入 DIP 床日病种（见附件），采用床日分值付费，医疗机构可自行申报，未申报的纳入病种分值付费：

1. 精神病类：主要诊断为精神和行为障碍（F00-F99）的精

神病类出院病例。

2. 医疗康复类：包括痴呆、功能障碍（脑梗除外）、脑出血康复治疗、脑梗死康复治疗、大脑性瘫痪（脑瘫）及其他康复治疗等六类出院病例。

3. 安宁疗护类：包括呼吸衰竭（呼吸机依赖）、肝衰竭、肿瘤姑息性医疗、肿瘤晚期对症治疗等四类出院病例。

（二）申报方式：床日病种由医疗机构自行申报，精神类专科医院无需申报，通过住院医保结算清单上“医保支付方式”中选择“5. 按床日付费”进行床日病种申报。

二、疾病分期辅助目录

（一）辅助目录类型：根据疾病发展过程中资源消耗差异，建立配套床日病种疾病分期辅助目录。首批确定精神和行为障碍、脑梗死康复治疗 2 类疾病分期辅助目录，医疗机构根据发病时间、诊疗方案及疾病诊疗发展申报。

（二）辅助目录申报：符合辅助目录申报范围的床日病种的住院医保结算清单，将自动纳入疾病分期计算。医疗机构需根据实际情况，填报该次住院具体分期类型、时长，未填报分期情况的，统一纳入最后一期计算。

三、医保结算

（一）床日病种标准分值=该床日病种加权日均医保费用÷固定参数。

（二）疾病分期病种辅助目录床日标准分值=主目录病种床日标准分值×各分期加权系数。

（三）年度结算时，床日病种不另加成医疗机构等级系数。

(四)经审核认定为诊断升级、高套分值的,按核定后结果确定其实际分值,并加扣其高套部分分值。

四、其他事项

(一)各定点医疗机构应严格落实住院医保结算清单填写规范和要求,及时、准确上传住院医保结算清单,同时按实际诊疗情况上传疾病分期相关数据,做好相关诊疗档案记录。

(二)医疗机构应严格掌握出入院指征,不得降低住院标准,不得挂床、虚假住院及违反医疗规程提前出院、分解住院。

五、本通知自 2024 医保年度起执行

附件:厦门市 DIP 床日病种组合及疾病分期辅助目录表



(此件主动公开)

厦门市医疗保障中心

2023 年 9 月 26 日印发

厦门市DIP床日病种组合及疾病分期辅助目录表

序号	病种名称	病种编码	每床日分值 (三级)	辅助目录类型	疾病分期	疾病分期 辅助目录 调整系数	每床日分值 (二级)	每床日分值 (一级)	备注
1	精神和行为障碍	F00-F99	6.2	精神分裂疾病 分期（限三级 机构）	I 期	1.2903	4.00	3.00	出院西医主诊断编码需符合病种编码范围。
					II 期	1.0171			
					III 期	0.9355			
2	痴呆	G30/F01/F03	7.49	—	—	—	—	—	出院西医主诊断编码需符合病种编码范围。
3	呼吸衰竭（呼吸机依赖）	J96:96.7201	36.01	—	—	—	—	—	出院西医主诊断编码且至少一个手术操作编码需同时符合病种编码范围。
4	肝衰竭	K70.4/K71.1/K72.0/K72.1/K72.9	17.46	—	—	—	10.74	—	出院西医主诊断编码需符合病种编码范围。
5	肿瘤姑息性医疗	Z51.5+C00-D48	18.15	—	—	—	11.17	8.38	出院西医主诊断编码且至少一个其他诊断编码同时满足病种编码范围。
6	功能障碍（脑梗除外）	F45.803/G24.9/R13.x/R47	12.48	—	—	—	7.68	5.76	出院西医主诊断编码需符合病种编码范围（脑梗相关康复治疗除外）
7	脑出血康复治疗	I69.0/I69.1/I69.2	12.96	—	—	—	7.98	5.98	出院西医主诊断编码需符合病种编码范围。
8	肿瘤晚期对症治疗	Z51.9+C00-D48	14.73	—	—	—	9.06	6.00	出院西医主诊断编码且至少一个其他诊断编码同时满足病种编码范围。
9	脑梗死康复治疗	I63/I69.3/I69.4/I69.8	12.98	脑梗死康复治疗疾病分期 （限三级机构）	急性期	1.0913	7.99	5.99	出院诊断需符合病种编码范围且符合脑梗康复治疗。对于治疗方案符合要求的加成辅助目录调整系数。
					恢复 I 期	1.1900			
					恢复 II 期	1.0121			
					后遗症期	0.6876			
10	大脑性瘫痪[脑瘫]	G80	13.56	—	—	—	8.34	6.26	出院西医主诊断编码需符合病种编码范围（脑梗相关康复治疗除外）。
11	其它康复治疗	G81/G82/Z50.1/Z50.5/Z50.9	11.82	—	—	—	7.33	5.44	出院西医主诊断编码需符合病种编码范围（脑梗相关康复治疗除外）。

说明：

一、床日病种采用医疗机构自行申报的方式，精神专科医院无需申报。

二、疾病分期病种辅助目录：限三级机构，符合疾病分期病种辅助目录的病例均应申报床日结算。辅助目录分期由医疗机构申报，未申报的病例均按最后一期标准支付。

（一）精神和行为障碍（主要诊断编码为F20、F22、F25）：

1.自患者确诊为急性期之日起开始计算，1-30天为Ⅰ期（符合急性期诊疗方案，同时PANSS量表总分≥62分）；31-61天为Ⅱ期（符合急性期或巩固期诊疗方案的，同时PANSS量表总分≥55分）；61天及以上为Ⅲ期。根据实际病情确定最终分期结果，年度内每个患者仅支付一次Ⅰ期及Ⅱ期。

2.精神疾病急性期范畴，要求参保患者应符合现行国际疾病分类与诊断标准，PANSS量表总分≥62分且至少存在以下情形之一：a明显的精神症状(思维、情感、行为、认知、睡眠等);b潜在风险(自杀、攻击暴力、共患严重躯体疾病、生活自理困难等);c发生伤害自身或他人的行为。

（二）脑梗死康复治疗：自患者脑梗死发病之日起开始计算，1-14天为急性期、15天-90天为恢复Ⅰ期，91天-180天为恢复Ⅱ期，181天及以上为后遗症期。

三、各定点医疗机构应严格掌握出入院指征，不得降低住院标准，不得挂床、虚假住院及违反医疗规程提前出院、分解住院。经审核认定为诊断升级、高套分值的，按核定后结果确定其实际分值，并加扣其高套部分分值。