

湛江市医疗保障局文件

湛医保〔2023〕88号

湛江市医疗保障局关于印发湛江市基本医疗保险住院医疗费用按病种分值付费（DIP）实施办法的通知

各县（市、区）医疗保障局、经开区人口和社会事务管理局，市医疗保障事业管理中心，各定点医疗机构：

现将《湛江市基本医疗保险住院医疗费用按病种分值付费（DIP）实施办法》印发给你们，请遵照执行。



湛江市基本医疗保险住院医疗费用按病种 分值付费（DIP）实施办法

第一章 总则

第一条 为加快建立管用高效的医保支付机制，进一步推进全市医保支付方式改革，保障参保人员基本医疗需求，引导医疗卫生资源合理配置，提升医保精细化管理服务水平，确保医保基金平稳高效运行，根据《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）、《国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（医保办发〔2021〕27号）、《广东省医疗保障局关于转发国家医疗保障局 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（粤医保发〔2021〕54号）和《广东省医疗保障局关于进一步推进全省 DRG/DIP 支付方式改革的通知》（粤医保发〔2022〕25号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 DIP 是深化医保支付方式改革的重要组成部分。DIP 以大数据为支撑，将区域总额预算、点数法和本地实际相结合，

推进分级诊疗医改方向的落实，提升基层定点医疗机构服务能力，进一步控制住院医疗费用的不合理增长，有效引导医疗机构提高服务质量，推动医疗保障事业高质量发展。

第三条 湛江市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和湛江市城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）参保人在本统筹区内的基本医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）发生的住院基本医疗费用，按照基本医疗保险有关规定，属个人支付部分的由定点医疗机构向参保人收取，属基本医疗保险统筹基金（以下简称医保基金）支付部分的由定点医疗机构记账，医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）按本办法与定点医疗机构进行结算。

第四条 本办法遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，在基本医疗保险市级统筹的基础上，按照“总额预算、病种赋值、月预结算、年度清算”的办法，将医保基金年度按 DIP 可分配基金总额，按定点医疗机构年度病种分值总和进行分配结算。

第二章 病种库、分值及医院系数的确定

第五条 根据《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 and DIP 病种目录库（1.0 版）的通知》（医保办发〔2020〕50 号），以湛江市定点医疗机构 2020—2022 年度住院病例的疾病诊断编码、手术及操作代码或治疗方式，制定本市 DIP 病种库。基于大数据分析将病例特征按共性特征聚类组合，将病种分为核心病种（包括基层病种、普通病种）、综合病种两部分。其中病种例数大于或等于 10 例的病种为核心病种，病种例数小于 10 例的病种为综合病种。病种库原则上按国家相关要求进行动态调整。

（一）基层病种。在核心病种中，确定适宜基层定点医疗机构开展的病种作为基层病种。

（二）普通病种。在核心病种中，除基层病种外的均为普通病种。

在中医医院或中医科（康复科）住院治疗的核心病种，中医临床路径清晰、诊疗规范明确、诊疗技术成熟、中医优势明显、费用明确、中医药费用与总费用占比大于或等于 60% 的病例，可组成中医优势病种。

第六条 病种分值作为医保基金支付的权重参数，按疾病发生的基本医疗费用之间的比例关系确定相应的分值，综合体现其医疗耗费成本。

（一）基层病种分值。以全市基层定点医疗机构基层病种与

基准病种医疗费用的比例关系，计算出基层病种分值。

（二）普通病种分值。以全市所有定点医疗机构病种与基准病种医疗费用的比例关系，计算出普通病种分值。

以上核心病种中，属于中医优势病种目录库的，其病种分值增加 5%。

第七条 系数的确定。充分考虑各类医院的实际医疗水平、医疗费用、服务广度、服务深度、政策导向和倾斜度等因素，计算出各定点医疗机构的病种结算系数。定点医疗机构的病种结算系数，分为基层病种结算系数和普通病种结算系数。综合病种按普通病种结算系数进行计算。

基层病种结算系数。定点医疗机构统一按基层病种分值库进行结算，结算系数为 1。

普通病种结算系数。定点医疗机构统一按普通病种分值库进行结算。定点医疗机构普通病种结算系数由基本系数和加成系数组成。普通病种结算系数=基本系数+加成系数。各项系数的计算结果向下取至小数点后三位。基本系数根据定点医疗机构的医疗机构等级、次均费用、年均住院人次和就诊病种数量等因素确定。加成系数根据病例组合系数、高水平医疗机构系数、中医医院系数、专科医院系数、妇幼保健院系数、老年患者比例系数、儿童患者比例系数等因素确定。

（一）基本系数

基本系数=(医疗机构等级×40%+次均费用×30%+年均住院人次×20%+病种数量×10%)×0.1

1. 医疗机构等级（权重 40%）

三级甲等综合医院 10 分（广东医科大学附属医院、湛江中心人民医院、广东省农垦中心医院、中国人民解放军南部战区海军第一医院）；三级其它医院 9 分（广东医科大学附属第二医院、湛江第一中医医院、湛江第二中医医院、廉江市人民医院、吴川市人民医院、徐闻县人民医院）；二级甲等综合医院 8 分；二级其它医院 7 分；一级医院 6 分；一级以下 5 分。

2. 次均费用（权重 30%）

以 2020-2022 年定点医疗机构三年平均次均费用计算得分。
次均费用 ≥ 15000 元，10 分；14999.99-9000 元，9 分；8999.99-7000 元，8 分；6999.99-4000 元，7 分；3999.99-2000 元，6 分；<2000 元，5 分。

3. 年均住院人次（权重 20%）

以 2020-2022 年定点医疗机构三年平均住院人次计算得分。
年均住院人次（2020-2022 年度）≥ 50000 人次，10 分；49999-30000 人次，9 分；29999-10000 人次，8 分；9999-5000 人次，7 分；4999-2000 人次，6 分；<2000 人次，5 分。

4. 病种数量（权重 10%）

定点医疗机构开展病种 ≥ 3000 种，10 分；2999-2000 种，

9 分；1999-1000 种，8 分；999-500 种，7 分；499-200 种，6 分；<200 种，5 分。

新定点的医疗机构，其医院结算系数按同级别定点医疗机构的最低系数执行，运行一年后重新计算系数。

（二）加成系数

加成系数=病例组合系数+高水平医疗机构系数+中医医院系数或专科医院、妇幼保健院系数+老年患者比例系数+儿童患者比例系数。加成系数计算结果，最高不超过 5 个百分点。

1. 病例组合系数

（1）病例组合指数=定点医疗机构总分值÷定点医疗机构总例数÷1000。计算范围为 DIP 结算的病例。

（2）同级别平均病例组合指数=同级别定点医疗机构总分值÷同级别定点医疗机构总例数÷1000。

（3）根据定点医疗机构病例组合指数和同级别平均病例组合指数差额的 10%，确定病例组合系数。具体计算如下：

当病例组合指数>平均病例组合指数，病例组合系数 =（病例组合指数 - 平均病例组合指数）×10%；

病例组合指数≤平均病例组合指数，病例组合系数=0。

2. 高水平医疗机构系数

（1）纳入省高水平医院的定点医疗机构，加成 2 个百分点；纳入省支持建设国际医学中心的定点医疗机构，加成 0.5 个百分

点；纳入国家医学中心、省级区域医疗中心的定点医疗机构，加成 2 个百分点。

（2）有市级、省级、国家级重点专科的定点医疗机构，分别加成 0.2、0.3、0.5 个百分点。

（3）本项系数最高加成 4 个百分点。

3. 中医医院系数或专科医院、妇幼保健院系数

纳入市定点医疗机构的中医医院，加成 2 个百分点；纳入省、国家定点医疗机构的中医医院，再多加成 1 个百分点；属专科的定点医疗机构及妇幼保健院加成 2 个百分点。

4. 老年患者比例系数

根据定点医疗机构 60 岁及以上老年人住院人次占比确定老年患者比例系数，最高加成 2 个百分点。具体计算如下：

当老年人住院人次占比 $> 50\%$ ，老年患者比例系数 = $(\text{老年人住院人次占比} - 50\%) \times 10\%$ ；

当老年人住院人次占比 $\leq 50\%$ ，老年患者比例系数 = 0。

5. 儿童患者比例系数

根据定点医疗机构 6 岁（含）以下儿童住院人次占比确定儿童患者比例系数，最高加成 2 个百分点。具体计算如下：

当儿童住院人次占比 $> 6\%$ ，儿童患者比例系数 = $(\text{儿童住院人次占比} - 6\%) \times 10\%$ ；

当儿童住院人次占比 $\leq 6\%$ ，儿童患者比例系数 = 0。

第八条 对定点医疗机构增加偏差病种的分值计算方式，以参保人出院的主要诊断编码、手术及操作代码或治疗方式确定其所对应的偏差分值。具体计算如下：

（一）该病种基本医疗总费用 < 上年度该病种标准分值所对应的基本医疗总费用的50%；

偏差分值 = 该病种基本医疗总费用 ÷ 上年度该病种标准分值所对应的基本医疗总费用 × 当年该病种标准分值。

（二）50% ≤ 该病种基本医疗总费用 ≤ 2.5倍；

偏差分值 = 该病种所对应标准分值。

（三）该病种基本医疗总费用 > 上年度该病种标准分值所对应的基本医疗总费用的2.5倍；

偏差分值 = (该病种基本医疗总费用 ÷ 上年度该病种标准分值所对应的基本医疗总费用 - 2.5 + 1) × 当年该病种标准分值。
所得分值最高不超过该病种标准分值 6 倍。

上年度该病种标准分值所对应的基本医疗总费用 = 上年度该病种对应的病种分值库分值 × 系数 × 上年度分值单价

该病种所对应标准分值 = 该病种对应的病种分值库分值 × 系数

第三章 病种分值付费

第九条 我市 DIP 分 2 个结算单元：全市职工医保（含职工

生育)为1个结算单元,全市城乡居民医保为1个结算单元。

第十条 职工医保结算单元年度按DIP可分配基金总额=当年度职工医保基金收入总额(包括职工医保基金,剔除一次性趸交收入后加上一次性趸交分摊计入额)-调节金(以当年度医保基金收入总额的5%计)-个人账户费用-门诊共济费用(统筹部分)-门诊特定病种费用-门诊诊查费-职工生育津贴-职工生育产前检查费用-异地联网即时结算费用-零星报销费用(不含已纳入定点医疗机构按分值结算的部分)-未纳入DIP的特殊病种费用-职工大额医疗费用补助-国家组织药品集中采购结余留用资金-其他支出。

城乡居民医保结算单元年度按DIP可分配基金总额=当年度城乡居民医保基金征收总额-调节金(以当年度医保基金收入总额的5%计)-普通门诊统筹费用-门诊特定病种费用-门诊诊查费-异地联网即时结算费用-零星报销费用(不含已纳入定点医疗机构按分值结算的部分)-未纳入DIP的特殊病种费用-大病保险费-国家组织药品集中采购结余留用资金-其他支出。

第十一条 定点医疗机构月度预结算费用,以其上月结算清单申报的统筹基金住院记账费用为基数,按照最高不超过80%的比例拨付,暂未拨付部分纳入年度清算。医保经办机构每月25日前将预结算费用划拨给定点医疗机构。全市月度预结算费用,根据年度基金预算总额执行情况每季度进行调整。

第十二条 参保人出院后10日内因同一疾病，重复在同一定点医疗机构住院的（恶性肿瘤放化疗、靶向治疗、儿童脑瘫及地中海贫血等治疗方式下结算的住院病例除外），不重复计算分值。

参保人在同一医院内部转科继续住院治疗的，按同一次住院结算。

第十三条 参保人在定点医疗机构住院应办而未办理即时结算的，当次住院费用仍统一纳入该定点医疗机构年终分值结算，参保人在医保经办机构报销的费用从该定点医疗机构医保基金应支付额中全额扣减。

第十四条 疾病主要诊断编码、手术及操作代码或治疗方式与分值库无法对应的，按综合病种计算病种分值。

第十五条 当年分值单价的确定。

定点医疗机构职工（城乡居民）医保年度总分值 = 当年定点医疗机构职工（城乡居民）医保病例分值（含日间手术分值）之和。

当年分值单价 = (年度按 DIP 可分配统筹资金总额 + 年度基本医疗范围内非统筹基金报销医疗费用总额) ÷ 当年定点医疗机构年度总分值之和。

第十六条 年度清算应支付额的计算。

当年度统筹基金应支付给定点医疗机构的基金总额（以下简称年度应支付总额） = (当年定点医疗机构年度总分值 × 当年分

值单价) - 年度基本医疗范围内非统筹基金报销医疗费用总额。

年度清算应支付额 = 年度应支付总额 - 年度月预结算总额 - 参保人在医保经办机构已报销的费用 - 单独支付费用。

年度基本医疗范围内非统筹基金报销医疗费用总额指起付线、段内自付、大病保险应支付金额或补充医疗保险应支付金额、医疗救助应支付金额等费用之和。

段内自付 = (基本医疗总费用 - 起付线) × (1 - 按统筹基金报销比例费用)

如定点医疗机构医保基金发生额未达到按上述公式计算出的年度应支付总额的，按实际发生统筹费用的 105% 为其年度应支付总额，但最高不超过按上述公式计算的年度应支付总额（定点医疗机构年度医保协议考核金根据考核结果支付）。

第四章 其它结算方式

第十七条 部分未纳入 DIP 的特殊病种，按床日、项目等方式进行结算。结算金额由定点医疗机构所处 DIP 结算单元的总控额中支付。

(一) 床日结算的病种及结算标准

1. 精神病：一级及以下定点医疗机构每床日 100 元，二级定点医疗机构每床日 135 元，三级定点医疗机构每床日 150 元。

2. 植物人：职工医保，一级及以下定点医疗机构每床日 240 元，二级定点医疗机构每床日 260 元，三级定点医疗机构每床日 270 元。城乡居民医保，一级及以下定点医疗机构每床日 200 元，二级定点医疗机构每床日 220 元，三级定点医疗机构每床日 240 元。

床日数 = 出院时间 - 入院时间。

床日结算金额 = 总床日数 × 对应等级床日结算标准。

（二）重度烧伤（烧伤面积 ≥ 40%，深度 II 度以上）按项目结算。

（三）特殊病例评议。建立特殊病例评议机制，通过评议的特殊病例按项目结算。

第十八条 日间手术。日间手术纳入 DIP 支付方式。定点医疗机构日间手术分值 = 该病种住院分值的 90% × 系数。符合开展日间手术的二、三级医院按照《国家卫生健康委办公厅关于印发第一批日间手术病种手术操作规范(试行)的通知》（国卫办医函〔2020〕1 号）、《国家卫生健康委办公厅关于印发第二批日间手术(操作)试点病种及术式推荐目录的通知》（国卫办医函〔2019〕904 号）、《国家卫生健康委办公厅关于印发日间手术推荐目录（2022 年版）的通知》（国卫办医函〔2022〕38 号）执行。

第五章 监督管理

第十九条 定点医疗机构须按照国家、省有关疾病诊断编码、手术及操作代码对疾病进行分类。

第二十条 定点医疗机构应向医保经办机构实时上传参保人住院医疗费用明细，每月 15 日前，须将上年度出院病人的结算清单上传至国家医保信息平台。

第二十一条 定点医疗机构应当按照数据传输接口标准真实、及时、规范、完整填写住院结算清单、病案首页，准确反映住院期间诊疗信息。

第二十二条 医保经办机构不定期对定点医疗机构进行检查，实行病案定期审核制度，建立结算清单质量监控平台，定期对定点医疗机构的结算清单质量评分公示，完善各项质量指标的监督机制。

第二十三条 定点医疗机构有分解住院、高套分值等违规行为的，该次住院不计算分值，并按本次住院上传该病例分值的 3 倍予以扣分。

第二十四条 定点医疗机构要严格按有关规定提供基本医疗服务，若使用超出基本医疗范围的医疗服务和用药，需由患者或其家属签字同意。

第二十五条 医保医师违反规定的，按有关规定进行处理。

第二十六条 医保经办机构对定点医疗机构实行年度考核，

设定六项考核指标:

(一) 总费用年增长率

定点医疗机构住院总费用增长率控制指标为 $\leq$ 床位增长率+10%，超出部分在当年年度结算时折算为分值进行扣减。定点医疗机构上年度住院总费用增长超过控制指标的，超出部分不纳入上年度住院总费用基数。公式如下:

定点医疗机构住院总费用增长超出部分扣分=总得分 $\div$ (1+总费用增长率) $\times$ (总费用增长率-床位增长率-0.1)

住院总费用增长率=当年住院总费用 $\div$ 上年住院总费用基数 $\times 100\% - 100\%$;

上年住院总费用基数=上年住院总费用-上年增长超标部分;

定点医疗机构属于下列情况的，当年及下一年不考核住院总费用增长率:

1. 定点医疗机构等级变更的;
2. 新增的定点医疗机构;

未纳入考核的定点医疗机构，当年住院总费用增长超过20%部分，不纳入次年住院总费用基数计算范围。

(二) 次均费用增长率

定点医疗机构住院次均费用增长率控制指标为 $\leq 5\%$ (中医医院为 $\leq 10\%$)，超出部分在当年年度结算时折算为分值扣减。定

点医疗机构上年度住院次均费用低于同级别医疗机构平均水平的不扣分。新增或等级变更的定点医疗机构，以上年度同级别定点医疗机构次均费用作为考核基数。定点医疗机构上年度住院次均费用增长超过控制指标的，超出部分不纳入次均费用基数计算。

公式如下：

定点医疗机构住院次均费用增长超出部分扣分=总得分÷
(1+次均费用增长率)×[次均费用增长率-0.05(中医医院为0.1)]。

住院次均费用增长率=当年住院次均费用÷上年度住院次均费用×100%-100%。

(三) 重复住院率

定点医疗机构各病种的年度重复住院率控制指标为≤30%(中医医院为40%)，重复住院率>30%(中医医院为40%)的，超出部分在当年年度结算时折算为分值进行扣减(恶性肿瘤放化疗、靶向治疗、儿童脑瘫及地中海贫血等治疗方式下结算的住院病例不纳入重复住院率指标计算)。公式如下：

重复住院人次=住院总人次-住院总人数；

重复住院率=重复住院人次÷住院总人次×100%；

重复住院率超出扣分=[重复住院率-30%(中医医院为40%)]
×当年定点医疗机构总得分。

(四) 跨县(市)住院率

定点医疗机构跨县（市）住院率（以下简称跨县（市）住院率）的控制指标为 $\leq 60\%$ ，全市二级（含二级）以下公立医院和民营医院参与跨县（市）住院率控制指标考核（三级医院、专科医院除外）。定点医疗机构各病种跨区域住院率 $> 60\%$ 的，在当年年度结算时折算为分值扣减。公式如下：

跨县（市）住院人次 = 住院总人次 - 所属地参保人住院人次；

跨县（市）住院率 = 跨县（市）住院人次 $\div$ 住院总人次 $\times 100\%$ ；

跨县（市）住院率超出扣分 = [跨县（市）住院率 - 60%] $\times$ 当年定点医疗机构总得分。

（五）“三大目录”外费用比例

对定点医疗机构年度“三大目录”外费用占住院总费用的比例实行控制，控制指标为三级定点医疗机构 15%、二级定点医疗机构 10%、一级及以下定点医疗机构 8%，超出部分费用折算为分值进行扣减。公式如下：

“三大目录”外费用比例 = 年度“三大目录”外费用总额 $\div$ 年度住院总费用 $\times 100\%$ ；

超出费用扣分 = （“三大目录”外费用比例 - 对应控制比例） $\times$ 该定点医疗机构当年度总得分。

（六）综合病种病例比例

对定点医疗机构全年综合病种病例数量进行考核。定点医疗机构全年综合病种病例数量比例控制指标为三级定点医疗机构

≤9%、二级定点医疗机构≤7%、一级及以下定点医疗机构≤5%，超出控制部分折算为分值进行扣减。公式如下：

综合病种比例 = 综合病种病例数量 ÷ 当年分值结算病例数量 × 100%；

综合病种比例超标扣分 = (综合病种比例 - 对应控制指标) × 当年综合病种总得分。

第二十七条 为保证医疗机构实际支付率与合理的医疗费用支出不出现较大偏差，提高对医疗机构合理控费引导，设置定点医疗机构年度扣分比例限额。

(一) 各项年度考核指标累计扣分最多不超过考核之前总得分的 30%。

(二) 各项年度考核最高扣分不超过该项规定考核指标的 10%。

(三) 当总费用增长率指标、次均费用增长率指标同时存在扣分时，只扣除其中扣分最多的指标项，另一项指标不重复扣分，最高扣分不超过考核指标的 10%。

第六章 附 则

第二十八条 市医保经办机构每年制定医保基金年度付费总额预算方案和年度结算方案，报市医疗保障局备案后执行。

第二十九条 在实施过程中,根据实际情况,市医疗保障局对相关条款、病种及相应的分值作适当调整。

第三十条 本办法自 2024 年 1 月 1 日起实施,有效期三年。原有规定与本办法不一致的,以本办法为准。

第三十一条 本办法由市医疗保障局负责解释。

附件: 1. 湛江市基本医疗保险住院费用按病种分值付费(DIP)

分值库—基层病种

2. 湛江市基本医疗保险住院费用按病种分值付费
(DIP) 分值库—普通病种

3. 湛江市基本医疗保险住院费用按病种分值付费
(DIP) 分值库—综合病种

4. 湛江市基本医疗保险住院费用按病种分值付费
(DIP) 分值库—中医优势病种

5. 湛江市基本医疗保险住院费用按病种分值付费
(DIP) 分值库—日间手术病种

6. 湛江市定点医疗机构 DIP 结算系数表

7. 湛江市按病种分值付费(DIP) 特殊病例专家评议
制度

公开方式：依申请公开

抄送：市卫健局，市财政局。

湛江市医疗保障局办公室

2023 年 12 月 29 日印发
