附件2

省本级按病种分值付费系数确定规则

省本级按病种分值付费（DIP）定点医疗机构按照结合实际，明确规则，合理设定的原则确定系数，激励引导定点医疗机构良性发展。

一、定点医疗机构系数

省本级医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）按病种分值结算的系数称为定点医疗机构系数（R1），包括基本系数和加成系数。

定点医疗机构系数（R1）=基本系数+加成系数。计算结果四舍五入取至小数点后四位。

（一）基本系数测算。

根据卫健部门划分的医疗机构级别，把省本级参与DIP付费的医疗机构划分为4个级别，分别是三级、市属二级、县属二级、一级及以下。基本系数以不同级别定点医疗机构相同核心病种医疗费用比例关系为基础，按照国家技术规范要求进行测算确定。

1.测算医院病种系数=某医院该病种加权均费/统筹区病种加权均费
 该医院该病种加权均费=∑(病例总费用×加权病例数)/加权总病例数

2.测算医院系数=∑(该医院某病种系数×统筹区某病种病例数) /该医院病例总数
 3.测算级别基本系数=∑(该级别某医院系数×该医院病例数)/级别病例总数

（二）加成系数测算。

定点医疗机构加成系数=重点专科+区域医疗中心+CMI系数+疾病覆盖系数+老年患者比例系数+儿童患者比例系数+中医加成系数。

1. 重点专科。

已完成国家级、省级、市级临床重点专科建设的定点医疗机构，每个重点专科按取得的相应等级（国家级、省级、市级）分别加成 0.003、0.002、0.001个系数（医疗机构同时取得国家级、省级、市级同一重点专科，按最高级别加成系数计算）。本系数加成不封顶。

2. 区域医疗中心。

属于国家区域医疗中心的定点医疗机构，加成0.02个系数。

3. CMI系数。

CMI系数根据各定点医疗机构核心病种病例组合指数（CMI值）确定。测算CMI值≥1时，加成0.01个系数；CMI值在1以上每增加0.1（含0.1），依次多加成0.005个百分点；CMI值<1时，不予加成。本系数加成不封顶。

CMI值=该定点医疗机构所有核心病种病例总分值÷该定点医疗机构核心病种总例数÷100。

当CMI值≥1，CMI系数=〔[（CMI值-1）÷0.1]+1〕×0.005;当CMI值<1，CMI系数=0。

4. 疾病覆盖系数。

定点医疗机构申报结算的核心病种数量占比本地病种核心病种数量≥35%的，加成0.05个系数；<18%的，加成-0.01个系数；<4%的，加成-0.05个系数。

5. 老年人患者系数。

定点医疗机构60岁（含）以上老年人住院人次占比≧50%加成0.035个系数；占比30%（含）-50%（不含）之间加成0.018个系数；占比在10%（含）-30%（不含）之间加成0.01个系数。

6.儿童患者系数。

定点医疗机构6岁（含）以下儿童住院人次占比≧50%加成0.04个系数；占比30%（含）-50%（不含）之间加成0.02个系数；占比在10%（含）-30%（不含）之间加成0.012个系数。

7.中医加成系数。

定点医疗机构所有出院病人中药饮片加中医诊疗项目费用占比医疗总费用≧50%加成0.1个系数；占比30%（含）-50%（不含）之间加成0.05个系数；占比在10%（含）-30%（不含）之间加成0.03个系数。

（三）定点医疗机构级别、相关资质或评级指标，以年度结束时的状态为准。计算重点专科系数时，属于同一证照或不同证照但属于同一法人、同一级别且有相关职能部门文件明确为统一管理的，则各院区均加成；其余不同证照的情形，只加成获得认证的院区。

（四）当年度新增定点或暂停服务协议（以暂停协议的起始时间为准,下同）的定点医疗机构，其定点医疗机构系数（R1）按基本系数执行，不计算加成系数。