

# 厦门市医疗保障中心文件

厦医保中心〔2024〕39号

## 厦门市医疗保障中心 关于开展门诊按病种分值付费（DIP）支付 试点工作有关事项的通知

各定点医疗机构：

为进一步深化区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）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，结合我市实际开展 DIP 门诊病种支付试点工作，有关事项通知如下：

### 一、试点机构

本市所有三级医保定点医疗机构。

### 二、试点病种

按照门诊临床路径明确、诊疗方案成熟、治疗费用稳定原则，

确定化疗、免疫治疗、乙肝治疗、血液透析等 8 个病种开展试点工作（见附件）。

### 三、医保结算

#### （一）病种分值确定

根据本统筹区内各病种近三年加权平均医保费用，结合临床意见确定。纳入门诊病种分值付费的病例，围绕治疗该疾病必须发生的检查检验和药品费用，按门诊病种项目分值（F1）计算。其余医保费用，纳入门诊病种目录分值（F2）计算。

#### （二）偏差病例调整机制

对年度实际医疗费用严重偏离该病种全市平均费用的病例，按以下方式进行分值校准：

1. 偏离系数确定。偏离系数（R）=各病例实际医保费用/该病种同级别医疗机构次均医保费用。

2. 偏差病例计算。

当  $R < 0.5$  时， $F2 = \text{标准分值} * R$ ；

当  $R > 2$  时， $F2 = \text{标准分值} * R * 90\%$ ；

#### （三）机构门诊病种结算分值的确定

机构门诊病种结算分值（Fn）=（ $\Sigma F1 + \Sigma F2$ -审核扣除分值）\*医疗服务质控系数。

#### （四）点值（U）的确定

点值（U）根据二三级医疗机构年度门诊医保费用预算总额与年度机构总分值的比例确定。

#### (五) 医疗机构门诊病种预清算总额 ( $M_n$ ) 的确定

医疗机构门诊病种预清算总额 ( $M_n$ ) =  $F_n \times U$ 。

#### (六) 年度门诊病种支付总额 ( $S_n$ ) 的确定

根据各医疗机构审核扣减后的合理门诊医保费用 ( $Y_n$ ) 与门诊病种预清算总额 ( $M_n$ ) 的比例关系, 按以下公式确定:

1.  $Y_n/M_n < 90\%$  时,  $S_n = Y_n \times 1.1$ ;
2.  $90\% \leq Y_n/M_n \leq 100\%$  时,  $S_n = M_n$ ;
3.  $100\% \leq Y_n/M_n \leq 110\%$  时,  $S_n = M_n + (Y_n - M_n) \times 60\%$ ;
4.  $Y_n/M_n > 110\%$  时,  $S_n = M_n + M_n \times 0.1 \times 60\%$ 。

当  $Y_n > M_n$  时, 超支部分由年度门诊付费调节金按比例支付, 年度门诊付费调节金不足时, 按实际偿付金额按比例折减。

### 四、申报流程

(一) 基础信息上传: 医疗机构应在就诊结算时同步将门诊诊断及对应医保版编码上传至医保信息系统。医保信息系统初筛出门诊病种预入组病例。

(二) 入组病种申报: 医疗机构在数据上传后三个工作日内, 核对系统返回的预入组病例信息, 对符合治疗方案的病例进行确认, 同时上传相关的电子病历信息。

### 五、工作要求

医疗机构应加强就诊信息填报管理, 严格遵守诊疗规范、临床指南和诊疗流程规范, 根据参保人实际情况拟定单次诊疗方案, 并规范收费。如被核实存在将门诊病种费用转移、分解等违规行

为将视情况予以扣除分值、剔除费用等处理。

## 六、其他

本通知自 2024 年 6 月起施行，结算日期在 6 月 1 日前的病例，按原方式结算。

附件：厦门市医疗保障定点医疗机构门诊病种目录（2024 版）



（此件主动公开）

附件

厦门市医疗保障定点医疗机构门诊 DIP病种目录

| 序号 | 病种名称   | 诊断编码  | 诊断名称               | 操作编码            | 操作名称      | 标准分值    | 备注                       |
|----|--------|-------|--------------------|-----------------|-----------|---------|--------------------------|
| 1  | 重度骨质疏松 | M81.9 | 未特指的骨质疏松           | —               | —         | 162.64  | 符合重度骨质疏松治疗方案，并上传骨密度测试结果。 |
| 2  | 性早熟    | E30.1 | 性早熟                | —               | —         | 160.31  | 符合性早熟治疗方案。               |
| 3  | 矮小症    | E34.3 | 身材矮小症，不可归类在他处者     | —               | —         | 145.66  | 符合矮小症治疗方案。               |
| 4  | 肿瘤化疗   | Z51.1 | 为肿瘤化学治疗疗程          | —               | —         | 209.43  | 符合肿瘤化疗治疗方案。              |
| 5  | 乙肝     | B18.1 | 慢性乙型病毒性肝炎，不伴有 δ 因子 | —               | —         | 96.29   | 符合乙肝治疗方案。                |
| 6  | 免疫治疗   | Z51.8 | 其他特指的医疗照顾          | —               | —         | 150.94  | 符合肿瘤免疫治疗方案。              |
| 7  | 血液透析   | —     | —                  | 39.9500         | 血液透析      | 522.25  | 符合血液透析治疗方案。              |
| 8  | 血液透析滤过 | —     | —                  | 39.9500+39.9501 | 血液透析+血液滤过 | 1047.25 | 符合血液透析滤过治疗方案。            |

说明：

一、限本市所有三级医保定点医疗机构。

二、门诊诊断编码按此次治疗的主要疾病（医疗资源消耗最多）填报，非本次治疗的疾病诊断编码不填报。医疗机构应加强就诊信息填报管理，严格遵守诊疗规范、临床指南和诊疗流程规范，根据参保人实际情况拟定单次诊疗方案，并规范收费。

三、申报流程

（一）基础信息上传：医疗机构应在就诊结算时同步将门诊诊断及对应医保版编码上传至医保信息系统。

（二）入组病种申报：医疗机构在数据上传后三个工作日内，对系统返回的预入组病例信息核对，对符合治疗方案的病例进行确认，同时上传相关的电子病历信息。非主要治疗疾病时，不应申报门诊病种。

四、纳入门诊病种分值付费的病例，围绕治疗该疾病必须发生的检查检验和药品费用，按门诊病种项目分值计算。其余医保费用，纳入门诊病种目录分值计算。