

厦门市医疗保障中心文件

厦医保中心〔2024〕40号

厦门市医疗保障中心 关于进一步完善DIP系数动态调整机制的通知

各相关定点医疗机构：

为深入推进DIP支付方式改革，根据国家相关文件精神，经研究决定进一步完善DIP系数动态调整机制。现将有关事项通知如下：

一、DIP等级系数

根据医疗机构功能定位、收治疾病难度系数、患者年龄分布等差异，DIP等级系数由基础等级系数和动态调整系数两部分构成。

(一) 基础等级系数 (L0)

机构级别	基础等级系数	备注
三级医疗机构	0.93	
二级医疗机构	0.72	除产科外机构
	0.70	产科专科机构
一级医疗机构	0.55	不加成动态调整系数

(二) 动态调整系数

1. 病种难度系数 (L1)

根据各医疗机构当年度核心(综合)病种病例组合指数(CMI), 计算机构 CMI (L_{bz}) 与同级别乙等机构 CMI 均值 ($\overline{L_{bz}}$) 的正向偏离值加成确定。每高出 5%, 系数加成 0.01, 三级医疗机构封顶加成 0.13, 二级医疗机构封顶加成 0.06。计算公式如下:

$$\text{当 } L_{bz} \geq \overline{L_{bz}}, L1 = \frac{L_{bz} \div \overline{L_{bz}} - 1}{5\%} \times 0.01;$$

$$\text{当 } L_{bz} < \overline{L_{bz}}, L1 = 0.$$

2. 年龄调整系数 (L2)

(1) 根据医疗机构当年度 6 周岁及以下儿童参保患者住院人次占比 (L_{n11}) 与同级别机构的均值 ($\overline{L_{n11}}$) 比较加成确定。每

高出 10%，系数加成 0.01，三级封顶加成 0.06，二级机构封顶加成 0.03。计算公式如下：

$$\text{当 } L_{n11} \geq \overline{L_{n11}}, L2a = \frac{L_{n11} - \overline{L_{n11}}}{10\%} \times 0.01;$$

$$\text{当 } L_{n11} < \overline{L_{n11}}, L2a = 0.$$

(2) 根据医疗机构当年度 70 周岁及以上参保患者住院人次占比 (L_{n12}) 与同级别机构的均值 ($\overline{L_{n12}}$) 比较加成确定。高出同级别机构的均值 ($\overline{L_{n12}}$) 的，系数加成 0.01；每高出 20%，系数加成 0.01，三级医疗机构封顶加成 0.03，二级医疗机构封顶加成 0.01。计算公式如下：

$$\text{当 } L_{n12} \geq \overline{L_{n12}}, L2b = \frac{L_{n12} - \overline{L_{n12}}}{20\%} \times 0.01 + 0.01;$$

$$\text{当 } L_{n12} < \overline{L_{n12}}, L2b = 0.$$

$$(3) L2 = L2a + L2b;$$

计算时，符合年龄特征辅助目录的病例不纳入统计。

3. 中医治疗系数 ($L3$)

(1) 根据医疗机构当年度住院中医治疗费用占比 (L_{zy1}) 与同级别机构的均值 ($\overline{L_{zy1}}$) 比较加成确定。每高出 3%，系数加成 0.01，三级医疗机构封顶加成 0.05，二级医疗机构封顶加成 0.03。计算公式如下：

$$\text{当 } L_{zy1} \geq \overline{L_{zy1}}, L3a = \frac{L_{zy1} - \overline{L_{zy1}}}{3\%} \times 0.01;$$

当 $L_{zy1} < \overline{L_{zy1}}$, $L3a=0$ 。

(2) 根据医疗机构当年度住院中医病种入组率 (L_{zy2}) 与该机构上年度入组率 (L_{zy3}) 比较加成确定。每提升 1%，系数加成 0.01，三级医疗机构封顶加成 0.03，二级医疗机构封顶加成 0.01；三年内新开展住院的机构不加成该系数。计算公式如下：

$$\text{当 } L_{zy2} \geq L_{zy3}, L3b = \frac{L_{zy2} - L_{zy3}}{1\%} \times 0.01;$$

当 $L_{zy2} < L_{zy3}$, $L3b=0$ 。

(3) $L3=L3a+L3b$ 。

4. 床日病种系数 ($L4$)

康复专科、精神专科以及其他床日病种病例数占比大于 50% 的机构，三级医疗机构加成 0.03，二级医疗机构加成 0.02。符合床日系系数加成条件的机构，不再加成病种难度系数 ($L1$)、年龄调整系数 ($L2$)、中医治疗系数 ($L3$)。

5. 重点专科系数 ($L5$)

医疗机构获评国家卫生部门评定的重点专科医疗机构每个科室加成 0.002，获评省卫生部门评定的重点专科医疗机构每个科室加成 0.001，同一科室不重复计算，最高封顶 0.015。

(三) 年底定点医疗机构等级系数 ($R1$)

1. 二三级医疗机构等级系数 ($R1$) = $L0+L1+L2+L3+L5$;

2. 符合床日病种系数 ($L4$) 加成的机构等级系数 ($R1$)

=L0+L4+L5;

3. 三级医疗机构动态调整系数封顶加成 0.15，二级医疗机构封顶加成 0.08。

二、质量评价系数 (R3)

(一) 住院结算清单上传率指标：原结算清单七天上传率指标修改为住院结算清单十四天（自然日）上传率指标。

(二) 结算清单质量评价指标 (N)：新增结算清单质量评价指标，根据定点医疗机构结算清单质控审核通过率确定。

当通过率 $\geq 99.5\%$ 时， $N=1$ ；当通过率 $< 99.5\%$ 时，通过率每降低 1%， N 调降 0.01，最多调降至 0.95。

结算清单质控审核通过率 = $\frac{\text{审核无异常的结算清单数量}}{\text{结算清单上传数量}} \times 100\%$

三、各医疗机构年度 DIP 分值 (Fn) 计算

(一) 医疗机构年度 DIP 分值 (Fn) = (医疗机构核心和综合病种分值 + 医疗机构基层病种分值 + 医疗机构其他病种分值) $\times$ R3;

(二) 医疗机构核心和综合病种分值 (Fa) = (Σ 核心和综合病种分值 - 审核扣除分值) $\times$ R1;

(三) 医疗机构基层病种分值 (Fb) = (Σ 基层病种分值 - 审核扣除分值) $\times$ 一级基础等级系数;

(四) 医疗机构其他病种分值 (Fc) = Σ 床日病种分值 + Σ 特例单议分值 + Σ 药品分值 + Σ 日间病种分值 - 审核扣除分值。

四、其他

本通知自 2024 年度起执行。



(此件主动公开)