仙桃市基本医疗保险按病种分值付费

实施办法

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为进一步提高医疗保险基金使用效率，提升医保精细化管理服务水平，切实保障参保人员合法权益，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技术规范和DIP病种目录库（1.0版）的通知》（医保办发〔2020〕50号） 《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（医保办发〔2024〕9号） 《湖北省按病种分值（DIP）付费工作指南》（鄂医保发〔2024〕44 号） 《省医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动方案的通知》（鄂医保发〔2021〕71号）等精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称按病种分值付费（以下简称“DIP”），是指利用大数据方法发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征对病案数据进行客观分组，形成每一个疾病与治疗方式组合的资源消耗标准，在总额预算机制下，合理确定区域内医保总额预算指标，不再细化明确各医疗机构的总额控制指标，年底根据区域内年度医保支付总额、医保支付比例、各定点医疗机构病例总分值计算分值点值，对医疗机构每一病例实行基于病种分值和分值点值形成支付标准予以付费。

第三条 实施DIP坚持“预算管理、总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，引导定点医疗机构规范医疗服务行为，控制不合理费用，发挥医保支付杠杆作用，促进医疗、医药资源合理配置。

第四条 本办法适用于（全市所有符合条件的定点医疗机构）全市职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险，在本市范围内定点医疗机构发生的应由医疗保险统筹基金支付的住院费用的结算（包括生育住院和无第三方责任外伤）。日间手术病种纳入DIP付费范围。精神类疾病住院费用暂不纳入DIP付费范围，按床日付费方式管理。

第五条 按病种分值付费是医疗保障经办机构对市内定点医疗机构申报的住院医疗费用进行支付管理的政策依据。参保人员在定点医疗机构发生的住院医疗费用分别按职工基本医疗保险和居民基本医疗保险待遇政策规定执行。

第六条 医保、财政和卫健部门根据各自职能，协同推进DIP支付方式改革。医保部门负责建立各定点医疗机构DIP基础数据、DIP病种目录库，确定病种分值点值，年度基金预决算编制和医保基金监管工作；财政部门负责审核并汇总编制基本医疗保险基金预决算草案，会同医保部门做好医保基金监管等工作；卫健部门负责定点医疗机构病案数据质控、医疗服务行为监管以及基层医疗机构的病案信息系统改造维护等工作；各定点医疗机构负责做好病种编码对应工作，规范病案首页的书写，按要求及时准确上传医疗保障基金结算清单数据等工作。

第二章 DIP总额预算的确定

第七条 按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，以上年度基金的实际支出为基础分别编制基本医疗保险、大病（大额）医疗保险基金预算总额，需综合考虑下列因素：

（一）本年度基金收入；

（二）参保人群变动；

（三）待遇标准等医保政策调整；

（四）符合区域卫生规划的医疗卫生发展情况；

（五）参保人员就医需求、物价水平等变动情况；

（六）重大公共卫生事件、自然灾害等其他影响支出的情况；

（七）其他因素。

第八条 以当年度职工基本医疗保险统筹基金、城乡居民基本医疗保险基金支出预算为控制总额，按规定预留相应支付的预算金额后，剩余部分作为当年度按病种分值付费总额预算指标。

年度DIP职工住院医保基金预算总额=年度统筹基金预算总额-(生育津贴支出、门诊统筹基金支出、门诊慢特病支出、单独支付药品支出、异地就医支出、DIP 调节金、其他方式等预算金额支出）。

年度DIP居民住院医保基金预算总额=年度统筹基金预算总额-(生育津贴支出、门诊统筹基金支出、门诊慢特病支出、单独支付药品支出、异地就医支出、DIP 调节金、其他方式等预算金额支出）。

DIP 调节金是为补偿医疗机构DIP合理超支费用的医保基金，纳入整体区域总额预算管理，在DIP预算总额外单独设立。 DIP 调节金总额按一定比例从上年度本市符合 DIP支付范围的医保基金实际记账费用总额中确定，提取比例根据本市整体区域总额预算和上年度调节金实际使用情况进行调整。

第九条 因突发重大公共卫生事件等客观因素，造成实际发生的住院医疗费用应由统筹基金支付部分与DIP年度预算总额差额过大时，由市医疗保障部门提出方案，按程序申请对支出预算进行调整。

第三章 DIP总额预算管理

第十条 各定点医疗机构围绕市级经办机构确定区域点数法总额预算指标、医疗机构发展定位、区域发展和社会需求，结合上年度本医疗机构实际运行情况及对预算指标编制的具体要求开展预算编制工作，并在规定时间内完整、准确、及时地完成预算编制工作。市经办机构应对医疗机构区域点数法总额预算编制初稿提出初步审核意见和建议。预算期为一年，与清算年度保持一致。具体包括以下各项指标的编制：平均分值、医保出院病例数、医保住院总费用、医保初始支付率、自费段占比、门诊住院费用比例、每指数病种单价、每指数药品单价、每指数耗材单价、医院医疗收入增幅、医保门诊总费用。

第四章 病种目录库

第十一条 DIP目录库。根据国家DIP技术规范、湖北省按病种分值（DIP）付费病种库（2024年版）统一目录范围，采集全市近三年定点医疗机构住院数据进行聚类分组形成本地DIP目录库。

第十二条 主目录。主目录是在湖北省DIP病种目录库范畴内，基于历史数据，以“疾病诊断+治疗方式”进行聚类形成的病种分组，包括核心病种与综合病种。其中例数15例及以上的病种组合形成核心病种；例数15例以下的，按照保守治疗、诊断性操作、治疗性操作、相关手术4个维度重新聚类形成综合病种。

第十三条 按照湖北省DIP病种目录统一的要求，从省统一DIP基层病种库中，遴选出本地基层病种、中医优势病种：

（一）基层病种为技术难度低、住院费用低、适宜基层医疗机构开展诊疗的多发病、常见病；

（二）中医优势病种为中医院特色优势明显、治疗方案确切、临床疗效突出、出院标准明确以及符合手术治疗指征，采用中医治疗并达到西医同等疗效的中医病种。中医优势病种目录和支付标准按省医疗保障局有关规定执行。

第十四条 辅助目录。在主目录病种分组基础上，建立反映疾病严重程度的辅助目录。疾病严重程度辅助目录包括：CCI指数、疾病严重程度分型、肿瘤严重程度分型、次要诊断病种以及年龄特征病种5类辅助目录。

第五章 病种分值及调节系数

第十五条 病种基础分值（RWi）。用于综合反映各DIP病种的病情严重程度和诊治消耗医疗资源的情况，按照该病种组合内所有病例次均费用与全市所有病例次均费用的比值来确定，其计算公式如下：

病种基础分值：RWi病种=（mi÷M）×100。

其中：mi为该病种组合内所有病例次均费用；M为全市所有病例次均费用。

为综合反映历年疾病及费用的发展趋势，原则上次均费用均以近3年的往期数据按照1:2:7的加权形式计算该费用均值。

第十六条 费用偏差病例分值。当病例医疗总费用在该病种上一年度同级别定点医疗机构平均费用的50%以下或200%以上时，为费用偏差病例。其病种分值计算公式为：

费用在50%以下的病例病种分值=该病例医疗总费用/上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用×该病种分值。

费用在200%以上的病例病种分值=〔（该病例医疗总费用/上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用-2）+1〕×该病种分值。

第十七条 定点医疗机构权重系数确定。定点医疗机构权重系数综合考虑不同级别不同医疗机构之间服务能力，成本差异等因素，按照疾病严重程度、治疗方式复杂程度和实际资源消耗程度相统一的原则，结合医疗机构历史数据，合理确定医疗机构的权重系数。

第十八条 临床重点专科加权系数。通过卫生健康行政部门或中医药管理行政部门认定的市级及以上的临床重点专科，按照国家级2%、省级1%分别设置临床重点专科加权系数。

第十九条 特殊病例分值。对于医疗机构收治的急危重症、费用偏差较大、ICU住院天数较长或者运用新技术新项目等特殊情况的病例（原则上未入组病例不纳入特殊病例），定点医疗机构可向医疗保障经办机构提出申请，由医疗保障经办机构组织专家评议，对评议通过的病例重新核定分值。申请特殊病例需符合以下条件之一：

（一）该病例住院天数超过上年度同级别定点医疗机构该病组该病种（DIP）平均住院天数3倍（含）的。

（二）该病例住院总费用超过上年度同级别定点医疗机构该病组该病种（DIP）次均住院费用3倍（含）的。

（三）该病例的监护病房床位使用天数超过该病例住院床位使用总天数60%（含）的。

（四）需要转科、多学科联合诊疗疑难危重复杂病例。

（五）因运用创新医疗技术和创新药品导致费用较高的病例。

（六）因药物或医疗器械临床试验导致进入低倍率范围的病例。

（七）现行分组方案未能包含的病例。

（八）医保部门认为不适合按 DIP 支付的其他病例。

第二十条 医疗机构病种结算分值，按以下类别进行合计（各类别病例分值计算公式将另行制定）。其计算公式如下：

医疗机构结算分值=∑（RW正常费用病例）+∑（RW费用偏差病例）+∑（RW基层病种病例）+∑（RW中医优势病种病例）+∑（RW空白病例）+∑（RW特殊病例）。

第二十一条 根据省医疗保障局相关政策文件要求及本地实际情况，做好DIP目录库及基层病种、中医优势病种、各病种分值、医疗机构权重系数等动态调整。

第六章 预结算与清算

第二十二条 医保结算清单数据上传。定点医疗机构应在规定时间内完成病案数据审核、质控，并准确无误地将“医疗保障基金结算清单”数据上传至省医疗保障信息平台。年度因医保结算清单质控未予通过的住院病例，其关联的住院费用（包括大病保险、医疗救助、个人账户等）均不予结算，由医疗机构自行承担。

（一）为参保个人办理出院结算后15天内将参保人本次就医结算清单上传至湖北省医疗保障信息平台；

（二）次月10日（含10日）前完成上月全部住院患者医保结算清单上传和修改工作；

（三）次年1月15日（含15日）以前完成上年度全部住院患者医保结算清单上传和修改工作。

第二十三条 经办机构按照“基金预拨付、月度预结算、年度预清算、年度清算”的方式对职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险分别进行医疗费用结算。

第二十四条 基金预拨付。当年DIP月度预结算金额未确定前，经办机构按照上年度DIP月均预结算金额的85%按月预拨给医疗机构；当年DIP月度预结算金额确定后，经办机构按照DIP月度预结算金额按月预拨给医疗机构。

第二十五条 月度预结算。DIP年度预算总额留取5%的年终质量考核金，剩余的部分平均分配到月，作为月预结算总额。定点医疗机构DIP月预结算费用=月预结算总额\*DIP结算申报费用占全市DIP申报总额的比值。

第二十六条 年度预清算。经办机构与定点医疗机构之间进行DIP付费结算的周期，以参保人在定点医疗机构的结算时间为准，清算时段为每年1月1日至当年12月31日，期间完成DIP结算申报、审核等住院病例纳入相应年度清算。

1.定点医疗机构年度分值=〔定点医疗机构病种分值总和－本年度违规扣减总分值〕\*权重系数。

2.全市点值=〔DIP年度预算总额+个人负担费用+其他基金支付费用〕/全市定点医疗机构年度病例总分值。

3.各定点医疗机构DIP年度统筹基金预清算支付总额=〔定点医疗机构年度分值\*全市点值-个人负担费用-其他基金支付费用〕\*年度考核系数。年度考核系数确定方法另行制定。

第二十七条 年度清算。建立“结余留用，合理超支分担” 的激励和风险分担机制。年度清算时，根据定点医疗机构当年度DIP申报结算费用总额与年度DIP预清算费用之间的比值关系，确定定点医疗机构年度医保基金清算费用，并根据质量考核情况、月度预结算费用、审核和违规扣减金额等，确定年度清算总额。

(一）质量考核合格的清算方法

1.当比值≤100%，清算金额计算公式如下：

定点医疗机构年度DIP清算金额=该定点医疗机构年度DIP 病例实际住院医保基金总额+(该定点医疗机构年度DIP医保基金预清算费用-该定点医疗机构年度DIP病例实际住院医保基金总额）×50%。结余留用总量不超过医保基金记账金额的30%。

2.当100%〈比值≤110%，在当年基金有结余情况下，超出部分由医保基金和定点医疗机构各按5:5分担。

3.当比值>110%，超出110%部分基金不予支付。

(二）质量考核不合格的清算方法

1.当比值<100%，清算金额计算公式如下：

定点医疗机构年度DIP清算金额=该定点医疗机构年度DIP病例实际住院医保基金总额。

2.当比值>100%，超出部分基金不予支付。

第七章 监督与管理

第二十八条 规范管理。经办机构要将DIP付费纳入医保协议内容，制定DIP经办管理规程，明确DIP数据报送、费用审核、申报结算、费用拨付等办理流程。各定点医疗机构应建立与DIP支付方式改革相配套的管理制度，并规范药品使用、诊疗及收费行为，提高医疗服务质量，引导患者合理就医。将定点医疗机构DIP付费执行情况纳入协议管理和绩效考核。

第二十九条 违规处罚。对定点医疗机构高套分值、诊断升级、分解住院、低标入院、挂床住院、转嫁医疗费用、推诿患者、医疗服务不足等违规行为，视情节严重程度按相关规定处理。

第三十条 医疗机构应遵循合理检查、合理用药、合理治疗、合理诊断原则，严格执行首诊负责制和出入院及转院标准，不得分解住院、挂床住院或将不符合入出院条件的参保人住院或提前出院，不得转嫁参保人住院期间的医疗费用，经查实违反相关规定的，按相关规定处理后，纳入年度考核。

第三十一条 医疗机构应严格控制参保人个人全额自费(目录外费用）负担比例，不得诱导或主动要求参保人住院期间门诊或院外购药、检查等，否则相应费用将由医疗机构承担。对于目录外药品、诊疗项目及限价的高值耗材的名称、数量等详细情况应当明确告知参保人并经其签字同意后方可使用。高值耗材的报销按照限价规定执行。

第三十二条 医疗机构要注重医保信用建设。采取切实措施提高医保医师及医疗机构的医保信用。

第三十三条 医疗机构应按照规定及时上传医保结算清单，切实提高病案质量，按照有关要求准确填写住院病例。医疗保障部门将组织对医疗机构上报的结算资料进行审核，重点审核因病情危重、医疗复杂、长期住院、未公布分值等折算分值的病例。疾病和手术操作编码填写不及时、不规范、不合理、不完整的，经查实扣减相应分值并纳入年度考核。

第三十四条 医疗保障部门工作人员，在按病种分值结算管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，按照有关规定给予相应处分；构成犯罪的，移交有关部门处理。

第八章 附 则

第三十五条 经办机构应建立与定点医疗机构协商谈判机制，对DIP付费运行中遇到的问题通过双方谈判和磋商妥善解决。遇重大问题及时向医疗保障行政部门报告。

第三十六条 市外参保人员在我市定点医疗机构发生的医疗费用和我市参保人员在市外就医费用结算，按国家、省、市有关规定执行。

第三十七条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第三十八条 本办法自2025年1月1日起执行，实施期间上级有新规定的从其规定。原《仙桃市区域点数法总额预算和按病种分值付费经办管理规程（试行）》（仙医保发〔2022〕27、28号）废止。

附件：1.关于做好按病种分值付费监督管理工作的通知

 2.仙桃市DIP病种目录库、医疗机构权重系数及病例分值确定办法

附件1

关于做好按病种分值付费监督管理工作的通知

为建立健全按病种分值付费（以下简称DIP）监督检查常态化工作机制，完善DIP支付方式改革配套监管指标和监管体系，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》和医保服务协议，现就做好按病种分值付费监督管理工作有关事项通知如下。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心，加快推进仙桃市医保基金监管制度体系建设，构建DIP付费全流程安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为，不断提高人民群众获得感，促进我市医疗保障制度健康持续发展。

二、目标任务

贯彻落实国家、省关于基金监管的各项工作要求，结合仙桃市实际，按照“点面结合、立体防控”的思路，采取医保智能审核与人工审核相结合的方式，积极稳妥推进DIP付费监督管理。通过发挥医保政策杠杆作用，有效遏制可能存在的医疗机构分解住院、高套分值、转嫁医疗费用等违规行为，达到规范医疗机构医保服务行为、保证医疗服务质量、促进医疗保障基金高效运行的目的。

三、具体措施

DIP付费监管工作以智能监管和大数据分析为基础，遵循“公平、公开、公正”的原则，科学、真实反映医疗机构的实际工作情况。

（一）监管范围。市域内所有开展DIP支付方式改革的定点医疗机构。

（二）监管内容

**一是数据质量监管。**医疗保障基金结算清单是否按《医疗保障基金结算清单填写规范》要求填写完整，核心指标无漏项；数据上传是否在规定的时间内完成，以满足医保结算需要；性别与诊断、年龄与诊断的相符判断，出入院时间的逻辑判断，诊断与手术的逻辑判断，总费用与明细费用的逻辑判断，诊断与费用的逻辑判断是否合理；病案诊断是否规范，诊断编码与诊断是否相匹配；手术操作编码是否为规范编码、诊断与操作是否相符等。

**二是医保费用监管。**是否存在将不属于医保支付范围内的项目或费用纳入医保支付范围，或将属于医保支付范围内的项目或费用转为参保人自费；是否存在违反医疗服务项目价格标准，分解项目收费、重复收费、套用收费、串换项目收费、超标准收费等行为。

**三是医保服务行为监管。**是否存在分解住院、挂床住院、诊断升级、高套分值、转嫁医疗费用、降低入院标准等违规行为。

（三）监管方式

采取“两结合”的方式进行监管，即医保智能审核与人工审核相结合。

**1.智能审核。**

一是充分运用湖北省医疗保障信息平台和湖北省医疗保障局统一发布的规则，对医疗机构DIP付费数据进行全覆盖审核；依据《医疗保障基金结算清单填写规范》等规定，制定质控规则进行数据筛查。

二是利用DIP违规行为监管辅助目录，对医疗机构的结算清单质量和日常医保服务行为等开展监测。利用大数据所发现的医疗机构行为特征，建立针对违规行为的洞察发现与客观评价机制，引导医疗机构规范医保行为，降低医疗机构组别高套、诱导住院、风险选择、分解住院的可能性，提高医疗质量。违规行为监管辅助目录包括：病案质量指数、低标准入院评分、二次入院评分、超长住院评分、死亡风险评分。

**2.人工审核。**

一是医疗机构对智能审核结果存在异议的，可提出申诉，通过合议、专家评审等程序，形成双方互动协商机制。二是充分利用“大数据+人工”筛查手段，通过大数据分析比对发现疑点问题，有针对性地采用实地、书面、网络和询问等方式实施人工审核。三是对举报投诉等问题线索开展专项稽核。四是开展病案质量专家评审，通过查看主要诊断和手术名称等，发现虚构诊断（手术）、调整诊断（手术）以获得更高分值等行为。

（四）违规处理

依据《医疗保障基金使用监督管理条例》和《基本医疗保障定点医疗机构服务协议》，对医疗机构违规行为进行处理。

**1.轻微违规行为。**对医疗保障基金结算清单填报不正确、不规范、不完整，如使用无效主诊断、参保人基本信息异常、主要诊断、其他诊断、主要手术（操作）、其他手术（操作）等信息填写错误等情况，未造成基金损失的，医疗机构应按规定立即整改。

**2.一般违规行为。**对不符合国家《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《湖北省基本医疗保险、生育保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录》限定支付范围等政策规定的、超出《仙桃市医疗服务价格收费》和省级文件等造成基金损失的，不予支付违规费用；因医疗保障基金结算清单主要字段填写不规范，造成基金损失的，对基金损失予以追回。

**3.严重违规行为。**对将国家、省、市有关基本医疗保险政策规定不予支付的情形纳入医保支付、分解住院、挂床住院、诊断升级、高套分值、转嫁医疗费用、降低入院标准等违规行为的，经查实后，对当次住院分值不予计算，并按该分值的1倍予以扣减。对虚假住院、虚构诊断及医药服务项目等违规行为，经查实后，对当次住院分值不予计算，并按该分值的3倍予以扣减。

查实定点医疗机构某一行为同时违反以上多条规定的，按最高处理条款处理。医疗机构出现严重违反医保服务协议行为的，在追回违规费用的基础上，还应依据协议条款给予中止协议、解除协议等处理，涉嫌欺诈骗保的，由同级医保行政部门进行查处。

四、工作要求

（一）提高思想认识。医保基金支付方式改革和基金监管是保障基金安全运行、维护参保群众和医疗机构合法权益的两个重要手段，对医疗机构病案管理、成本核算管理、临床路径管理和绩效考核等方面提出更高的要求。各医疗保障经办机构、各医疗机构要充分认识做好DIP付费模式下监管工作的重要意义，确保DIP付费工作合规、高效运行。

（二）明晰职责分工。医疗保障经办机构要按照各自职责，共同做好DIP监管工作。市医疗保障服务中心负责按照医保服务协议明确的违约情形和条款及时对违约医疗机构作出协议处理，涉嫌欺诈骗保的及时移交市医疗保障核查中心实施行政处罚；市医疗保障核查中心负责按照行政处罚程序，及时发现和查处欺诈骗保行为，必要时移交司法、纪检监察机关。

附件2

仙桃市DIP病种目录库、医疗机构等级系数及病例分值确定办法

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技术规范和DIP病种目录库（1.0版）的通知》（医保办发〔2020〕50号）《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（医保办发〔2024〕9号）《省医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动方案的通知》（鄂医保发〔2021〕71号）等精神，结合工作实际，制定本办法。

一、病种目录库及分值

病种目录库根据数据特征聚类分为主目录与辅助目录，以主目录为基础、以辅助目录为修正，共同构建既能反映疾病共性特征又能兼顾个体差异的客观体系。

（一）主目录

主目录是在湖北省DIP病种目录库范畴内，基于历史数据对同一诊断下不同治疗方式共性特征聚类组合而形成的病种，按例数维度收敛，将包含15例及以上病例数的病种组合作为核心病种，将包含15例以下病例的病种组合按照保守治疗、诊断性操作、治疗性操作、相关手术4个治疗方式属性二次聚类形成综合病种。本市三级目录中包含核心病种及综合病种组。

具体核心病种、综合病种目录及分值另行公布。

（二）辅助目录

辅助目录基于当年度实际数据产生，主要包括疾病严重程度辅助目录与违规行为监管辅助目录，对相应分级的主目录进行校正：

1.疾病严重程度辅助目录在主目录的基础上，基于年龄、合并症、并发症等因素，对当年度CV值高于0.6以上的病种进行细化分型。疾病严重程度辅助目录包括：

（1）CCI指数：通过大数据建模技术测定每个诊断前4位编码的严重程度权重值，对住院病例的并发症/合并症进行定量描述，分为极严重、严重、一般和无四个等级。

（2）疾病严重程度分型：根据是否有并发症/合并症、并发症/合并症危及范围及死亡状态等疾病数据特征，将DIP内的病例区分为中度、重度及死亡3级不同的疾病严重程度，客观反映疾病的复杂程度以及资源的消耗水平。

（3）肿瘤严重程度分型：是针对肿瘤DIP的特异化校正目录，在疾病严重程度分型辅助目录的基础上叠加肿瘤转移、放化疗等将病例按照严重程度分为5级，以不同治疗方式对应的疾病发展阶段更加精准地反映疾病严重程度对资源消耗的影响。

（4）次要诊断病种：将经综合评价确定为疾病严重程度较轻的病例纳入次要诊断病种辅助目录进行管理，合理评价次要诊断对病种分组内资源消耗的影响程度，对疾病个案进行校正以真实体现临床实际成本。

（5）年龄特征病种：利用疾病与年龄之间的关系建立年龄特征病种目录，重点针对18岁以下及65岁以上的病种进行筛查，对个体差异、疾病严重程度等原因进行分析以确立合适的校正权重，实现基于数据特征的医保支付调节，引导医院针对患者的病情采取合理的治疗方案。

疾病严重程度辅助目录不叠加计算，取其辅助目录项目中病例分值权重最大值为准。

2.违规行为监管辅助目录侧重于利用大数据所发现的医疗机构行为特征，建立针对违规行为的洞察发现与客观评价机制，引导定点医疗机构规范医疗行为，降低定点医疗机构组别高套、诱导住院、风险选择、分解住院的可能性，提高医疗质量。违规行为监管辅助目录包括：

（1）低标准入院评分：结合本市实际经专家评议设定临界病种分值，针对临界分值之下的病例，根据该病组的发生概率，设定不同的权重，权重低的病组中大部分病例视作可以经门诊治疗不需住院的病例，客观还原医疗机构收治的病例的合规性与复杂程度，引导医疗机构合理利用医疗资源。

（2）二次入院评分：重点监管一定周期内因相同诊断在同级医院或者同一医院再次入院，以不同病种组合中二次入院发生的概率以及确定再次入院的间隔天数，排除计划再入院的病种组合影响，对超出平均的部分采取分级的方式进行量化评价。

（3）超长住院评分：将超出区域内每病种平均住院日1倍及以上的病例作为超长住院病例，通过大数据方法计算不同病种超长住院的发生概率，对资源消耗增加程度进行评估，以确定超长住院的合理性。

（4）死亡风险评分：基于病种组合死亡率与均值的偏离程度，评估每个病种的死亡风险，通过其在不同风险分级总体病例中的占比，衡量病种组合中不该发生死亡病例的死亡率，借以判别医疗质量与救治能力。

（三）基层病种目录

依据主目录内的核心病种组合，按照二级及以下定点医疗机构近三年的住院病例数从高到低进行排列，取排序靠前的病种遴选为基层病种，并通过专家评议确定。基层病种目录及分值另行公布。

二、医疗机构权重系数

医疗机构权重系数综合考虑不同级别不同医疗机构之间服务能力，成本差异等因素，按照疾病严重程度、治疗方式复杂程度和实际资源消耗程度相统一的原则，合理确定医疗机构的权重系数。结合上一年度历史数，按照如下原则设定：

(一）按照医疗机构级别系数和医疗机构系数相结合的方式，为不同级别不同医疗机构设置相应的医疗机构权重系数；

(二）医疗机构权重系数按以下方式确定：

医疗机构权重系数由医疗机构级别系数和医疗机构系数构成，医疗机构级别系数和医疗机构系数比例通过测算论证后确定。

医疗机构级别系数确定方法：

医疗机构级别系数=(该级别的病种病例住院总费用/该级别的病种病例总分值）/(全市病种病例住院总费用/全市病种组病例总分值)(保留四位小数）

全市医疗机构按三级、二级、 一级划分为三个级别。

医疗机构系数确定方法：

医疗机构系数=(该医疗机构病种病例总费用/该医疗机构的病种病例总分值）/(全市病种病例住院总费用/全市病种病例总分值)(保留四位小数）

(三）定点医疗机构上年度入组病例不足50 例以及新增定点医疗机构的医疗机构权重系数按级别系数确定。

(四）医疗机构权重系数根据实际情况动态调整，原则上， 从DIP付费结算办法执行的次年起，医疗机构系数逐步下降，级别系数逐步增加，逐步实现医疗机构权重系数与级别系数等同。

三、病例分值确定

以公布的各病种分值为基准，按以下方法确定病例分值：

（一）当年实际发生超过5例的新技术、新项目病种病例分值，年底按评审后确定的分值重新计算病例分值。

（二）疾病严重程度分型病例分值

疾病严重程度分型病例分值=对应病种分值×疾病严重程度辅助目录校正系数

（三）费用偏差病例分值

当病例医疗总费用在该病种上一年度同级别定点医疗机构平均费用的50%以下或200%以上时，为费用偏差病例。其病种分值计算公式为：

费用在50%以下的病例病种分值=该病例医疗总费用÷上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用×该病种分值

费用在200%以上的病例病种分值=〔（该病例医疗总费用÷上一年度同级别定点医疗机构该病种平均费用-2）+1〕×该病种分值

（四）对于不能入组的病例，不予计算分值。

（五）违规辅助目录校正。利用违规行为监管辅助目录进行负向调校，参与各定点医疗机构年度预清算总分值计算。具体计算方法如下：

违规辅助目录扣减分值=二次入院辅助目录评分×∑〔定点医疗机构年度二次入院病种组合病例数×对应病种分值×医疗机构等级系数〕+低标入院辅助目录评分×∑〔定点医疗机构年度低标入院病种组合病例数×对应病种分值×医疗机构等级系数〕+超长住院辅助目录评分×∑〔定点医疗机构年度超长住院病种组合病例数×对应病种分值×医疗机构等级系数〕+死亡风险辅助目录评分×∑〔定点医疗机构年度死亡风险病种组合病例数×对应病种分值×医疗机构等级系数〕

四、建立动态调整机制

DIP目录库及基层病种、各病种分值、医疗机构等级系数等实行动态调整机制，原则上每年调整一次。医疗保障部门每年根据DIP实际运行情况、新技术运用、政策调整等因素，对当年DIP目录库及基层病种、各病种分值、医疗机构等级系数进行动态调整，征求有关方面的意见后进行公布。