

文山州区域点数法总额预算和按病种分值 付费（DIP）实施办法（试行）

政策解读



一、前言

2021年9月26日，文山州医疗保障局、文山州卫生健康委员会文山州财政局联合下发《文山州区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）实施办法（试行）》，我州正式实施国家区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）改革试点实际付费工作，为使社会各界和广大人民群众了解相关政策知识，保障政策顺利实施，现将政策解读如下：

二、制定政策的目的、背景和依据

目的

全面落实国家区域点数法总额预算和按病种分值付费（简称DIP）试点工作任务，规范我州DIP运行，为DIP工作开展提供政策依据和技术支撑。

背景

1. 党中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）指出“大力推进大数据应用，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式”；
2. 国家医疗保障局办公室下发《关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发〔2020〕45号）、《关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点城市名单的通知》（医保办发〔2020〕49号），文山州被纳入试点城市名单；
3. 州委、州人民政府高度重视，要求严格落实国家试点工作要求。

依据

1. 国家医疗保障局办公室下发《关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发〔2020〕45号）；
2. 《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范和DIP病种目录库（1.0版）》

三、目标和任务

目标

1. 建立现代化的数据治理机制，形成数据采集、存储、使用的规范和标准；
2. 建立以病种为基本单元，以结果为导向的医疗服务付费体系；
3. 建立平等高效谈判机制，促进医疗机构主动降低成本，有效控制医疗费用不合理增长；
4. 建立以保证质量、控制成本、规范诊疗、提高医务人员积极性为核心的绩效管理体系，发挥医保支付的激励约束作用；
5. 通过实施DIP国家改革支付工作，使我州区域点数法总额预算和按病种分值付费改革走在国家试点城市前列。

任务

1. 实行区域总额预算管理
2. 实现住院病例DIP全覆盖
3. 制定配套的结算管理方式
4. 建立核心数据库
5. 完善基金监管措施
6. 加强协议管理
7. 加强专业技术能力建设

四、主要内容

政策主要内容

第一章 总则。明确制定《DIP实施办法（试行）》的政策依据、按病种分值付费的路径和方法、按病种分值付费覆盖的范围及推进按病种分值付费工作各部门工作的职责任务。

第二章 总额预算管理。明确职工医保和城乡居民医保基金总额预算方法、按病种分值付费基金预算总额的范围和按病种分值付费调节金提取办法，特殊情况下住院总额资金超过预算总额情况下的处理办法。

第三章 病种分组管理。明确病种组合规则、病种目录库形成办法，规定我州病种目录库分为核心病种、综合病种和基层病种，在病种目录库的基础上建立疾病严重程度辅助目录和违规行为监管目录，建立起基于大数据的信息数据库。

第四章 病种分值管理。明确病种目录库病种基础分值计算方式，不能入组病种和费用偏差病例分值计算方式，疾病严重程度、重点专科疾病、老幼患者疾病、使用中医药和集采药品等病种正向激励的分值调校系数，同时对出现违规行为的病种分值给予相应的惩罚。

第五章 医疗机构等级系数。明确医疗机构等级系数的计算方法，通过使用医疗机构等级系数调校的方式，将各级医疗机构分值调整到合适的范围，保障医疗机构按病种分值结算费用相对稳定。

第六章 结算管理。明确医保经办机构每月与医疗机构开展费用结算的方式，资金拨付比例；明确分值点值、按病种分值计算医疗机构总额资金的方式，通过实施结余留用、超支合理分担的清算方式，鼓励医疗机构加强成本核算，加强内部管理，减少不合理支出，降耗增收。

第七章 监督管理。要求医保与医疗机构建立协商谈判和沟通机制，公平磋商争议病例费用；要求医疗机构要加强医疗服务管理，规范诊疗行为，加强数据治理，及时上传结算清单；同时要求医保经办机构要认真开展督查指导，规范按病种分值付费运作，督促医疗机构履行协议，遵守医保管理规范。

第八章 附则。明确我州按病种分值付费结算周期，政策执行时间、医疗机构结算等级以及按病种分值付费险种范围。

五、政策涉及范围

涉及
范围

城镇职工和城乡居民基本医疗保险

开展住院医疗服务的188个定点医疗机构

城镇职工和城乡居民参保人员

六、待遇标准

参保人待遇标准

参保人待遇标准不变，按照原政策结算住院费用，自付费用将逐步降低。

定点医疗机构待遇标准

一、月度预结算：对各医疗机构当月产生的合规医保费用，拨付90%，剩余10%年终清算支付。

二、年度清算：各定点医疗机构住院发生的按项目计算的基本医疗费用总额与各定点医疗机构年度统筹基金按分值预结算支付总额比值（简称比值）进行清算，在合理区间内给予奖励和通过按病种分值付费调剂金分担部分费用，超出合理区间的费用由各医疗机构自行承担。

（一）比值 $<80\%$ 时，各定点医疗机构年度结算支付总额=各定点医疗机构住院发生的按项目计算的基本医疗费用总额+各定点医疗机构按病种分值预结算支付总额与各定点医疗机构按项目结算总费用差额的30%资金。

（二） $80\% \leq \text{比值} \leq 100\%$ 时，各定点医疗机构年度结算支付总额=各定点医疗机构年度统筹基金按分值预结算支付总额。

（三） $100\% < \text{比值} \leq 105\%$ 时，各定点医疗机构年度结算支付总额=各定点医疗机构年度统筹基金按分值预结算支付总额+各定点医疗机构按病种分值付费调剂金。

七、注意事项

影响病种入组的因素

系统接口对接不顺畅

医保编码贯标不落实

医保结算清单不规范

病种分组未全覆盖

影响分值结果的因素

医院有分解住院、诱导住院、挂名住院、超长住院、诊断升级、高套分值等违规行为

医院住院总费用年增长率、住院次均费用增长率、住院人次增长率、全自费费用比例等指标超标

结算清单主要诊断和手术操作填写错误

低倍率或高倍率费用偏差病例异常

年度清算费用扣减的原因

出现违规行为监管病例

考核指标超过正常值

日常和年度考核综合结果不达标

智能审核监管违规费用扣减

八、优惠政策

以下五种情形病种分值提高，相应病种费用增加

1. 疾病严重程度处于重度、危重以上的病种，分值调校系数分别为1.01-1.02。

2. 对应国家和省级开展的专科病种，分值调校系数分别为1.02和1.01。

3. 65岁以上老年人和6岁以下儿童所患伴有并发症/合并症的病种，分值调校系数1.01。

4. 中医药费用占该病例总费用60%及以上的，其分值调校系数1.01，占比每增加10%，分值调校系数增加0.01。

5. 集采药品（含谈判药品）占该病种药品总费用60%及以上的，其分值调校系数为1.01，占比每增加10%，分值调校系数增加0.01。

九、关键词诠释

按病种分值付费
(Diagnosis-
Intervention
Packet, DIP)

根据医保结算清单第一诊断（ICD-10前4位编码），结合手术及操作编码（ICD-9-CM-3）所形成的病种，赋予一定分值，在总额预算机制下，根据年度医保支付总额、医保支付比例及各医疗机构病例的总分值计算每一分值的单价。医保部门基于病种分值和分值单价形成支付标准，对医疗机构每一病例实现按病种分值支付，不再以医疗服务项目费用支付的方式。

CCI指数

通过大数据建模技术，采用大量数据拟合不同分类下病例费用随诊断数量及诊断前4位编码的变化关系，测定每个诊断前4位编码的严重程度权重值。

保守治疗组

将未包含手术及操作的组合作为保守治疗组合，按照诊断分类（ICD-10第一位）进行聚类。

九、关键词诠释

诊断性操作组

将操作（ICD9-CM-3）属性为“诊断性操作”的组合，叠加主诊断类目（ICD-10前三位）进行聚类，构建诊断性操作组。

治疗性操作组

将操作（ICD9-CM-3）属性为“治疗性操作”的组合，叠加主诊断类目（ICD-10前三位）形成治疗性操作组，并依据严重程度分为三个等级，Ⅲ级包含呼吸机、气管插管、临时起搏器、中心静脉压监测等操作，Ⅱ级包含血液透析、骨髓穿刺等操作，其他操作归入Ⅰ级。

相关手术组

将操作（ICD9-CM-3）属性为“手术”的组合，叠加主诊断类目（ICD-10前三位）聚类形成相关手术组，并进一步按手术操作所对应的复杂程度、资源消耗程度拆分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ三个等级。

十、政策实施预期效果

对医疗机构

促进医疗机构不断提高医疗技术质量，谋求发展技术含量较高的医疗服务项目服务参保患者，有利于行业内形成良性竞争，利于医疗机构的发展；促进医疗机构加强内部精细化管理，建立以保证质量、控制成本、规范诊疗的管理体系。强调数据标准化管理，提高医疗机构信息化管理水平。

对参保人

减少了不必要的医疗服务，减少了诱导需求和医疗浪费，控制了不合理的医疗费用，减轻参保人自付负担。

对医保管理

有效控制医疗费用不合理增长，提高医保基金使用效率；以加强数据管理为重点工作，提高医保基金精细化管理水平。