

潮州市医疗保障局

潮州市财政局文件

潮州市卫生健康局

潮医保规〔2022〕2号

关于印发《潮州市基本医疗保险按病种分值 付费（DIP）结算办法》的通知

各县（区）医疗保障局、财政局、卫生健康局，市医疗保障事业管理中心，各基本医疗保险定点医疗机构：

现将《潮州市基本医疗保险按病种分值付费（DIP）结算办法》印发给你们，请遵照执行。



潮州市基本医疗保险按病种分值付费（DIP） 结算办法

第一章 总则

第一条 为进一步完善本市基本医疗保险支付制度，规范医疗费用结算，推动医疗服务的精细化管理，保障参保人的基本医疗保险权益，根据国家和省相关文件精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市基本医疗保险参保人（下称参保人）在本统筹区内的基本医疗保险定点医疗机构（下称定点医疗机构）发生的基本医疗费用，按照本市医疗保险有关规定，属个人支付范围的由定点医疗机构向参保人收取；属基本医疗保险基金支付范围的由定点医疗机构记账，医疗保障经办机构再按本办法与定点医疗机构进行结算。

参保人在县（区）属定点医疗机构发生的医疗费用由所在县（区）医疗保障经办机构负责结算及基金拨付；在市属定点医疗机构发生的医疗费用由市医疗保障经办机构负责结算及基金拨付。

第三条 参保人在本市非定点医疗机构急诊住院或市外非联网结算医疗机构就医的，其医疗费用由参保地医疗保障经办机构负责结算并按规定支付。

参保人在市外联网结算医疗机构就医的，其医疗费用由市医疗保障经办机构统一负责结算并按规定支付。

第四条 参保人在定点医疗机构住院医疗费用的结算办法，按医疗保险有关规定执行，其医保待遇不受医疗保障经办机构与定点医疗机构结算办法的影响。

第五条 建立全市基本医疗保险统筹基金支出总额控制机制，按照以收定支、收支平衡、略有结余和保障参保人基本医疗需求的原则，以年度基本医疗保险基金支出预算为基础，确定全市基本医疗保险统筹基金支出年度总额控制目标。

第六条 建立部门分工、协调推进、齐抓共管的工作机制。

市医疗保障行政部门负责本市基本医疗保险医疗费用结算的行政管理工作，做好定点医疗机构等级系数、病种库及其分值的调整工作；市卫生健康行政部门协调推进各定点医疗机构病案首页的应用上报工作，加强对定点医疗机构的监督管理；市医疗保障经办机构负责参保人基本医疗费用结算的经办管理、统计和测算工作，加强对定点医疗机构规范填写《医疗保障基金结算清单》（下称医保结算清单）的监督管理。

第二章 按病种分值付费（DIP）结算

第七条 病种分值是依据每一个病种组合的资源消耗程度所赋予的权值，反映的是疾病的严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度。

第八条 参保人在本市定点医疗机构发生的属基本医疗保险统筹基金支付范围内的住院基本医疗费用按病种分值结算(包括日间手术费用),精神类等住院时间较长的病例可按住院床日费用分值结算。按照“预算管理、总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的办法,将参保人在定点医疗机构住院基本医疗费用的年度按 DIP 付费统筹基金可支出总额(下称年度按 DIP 付费统筹基金可支出总额),根据病种分值或住院床日费用分值以及各定点医疗机构等级系数等进行分配结算。

参保人在定点医疗机构住院治疗,住院医疗费用如未达到统筹基金起付标准,或是超过统筹基金年度最高支付限额后再住院的,不纳入分值结算范围。

第九条 根据我市实际设立统筹地区年度按 DIP 付费调节金(以下简称区域调节金),主要用于年度清算时合理超支分担。区域调节金金额按当年度基本医疗保险统筹基金收入总额的 2% 计。

第十条 年度内因相关重大政策调整、重大公共卫生事件、自然灾害等特殊情形发生需要调整 DIP 医保统筹基金预算支出或区域调节金的,可根据实际情况调整。

第十一条 年度按 DIP 付费统筹基金可支出总额=当年度基本医疗保险统筹基金收入总额(包括职工基本医疗保险统筹基金和城乡居民基本医疗保险统筹基金,剔除一次性趸交收入)-区域调节金-普通门诊统筹费用-门诊特定病种费用-异地联网即时结算费用-现金报销费用(不含已纳入医院按分值结算的部分)-大病保险投保费用-医保个人账户划拨费用-家庭医生签约服务费-

门诊诊查费支出-不纳入 DIP 付费项目的其他支出

前款所称“费用”系指按规定应由基本医疗保险统筹基金支付的费用；“其他支出”系指按规定应由基本医疗保险统筹基金支付但未在公式中明确列出的费用支出。家庭医生签约服务费按照当期医疗保险统筹基金拨付的家庭医生签约服务费用总额确定，当年度未结算支付的费用，计入实际拨付当年的家庭医生签约服务费用总额。

第十二条 制定本地病种目录库。以国家 DIP 病种目录库为基础，确定病种及病种分值等，形成本地 DIP 病种目录库，明确核心病种、综合病种以及对应的病种基础分值。

第十三条 病种的确定。将本市统筹区域内一定时期出院病例，以国家统一医保版编码为基础，通过疾病主要诊断及治疗方式进行聚类后确定核心病种、综合病种及床日病种。

（一）核心病种：基于结算年度前 3 年的病案数据，以主诊断编码（ICD-10 医保版）和手术操作编码（ICD-9-CM3 医保版）为参数进行统计分组，原则上病例数达到 10 例及以上者定为核心病种。

（二）综合病种：基于结算年度前 3 年实际发生数不足 10 例的病种，以主诊断编码（ICD-10 医保版）和手术操作编码（ICD-9-CM3 医保版）为参数进行统计分组，分类汇总。

（三）基层病种：适合基层医疗卫生机构（限乡镇卫生院、社区卫生服务中心，下同）诊治且具备诊治能力的病种为基层病种，在医保定点基层医疗卫生机构诊治该病种实行相同分值付费，即该病种的基础系数为 1，其他非基层医疗卫生机构按原系

数计算。基层病种实行动态调整。

（四）中医操作综合病种：参照国家技术规范成组标准，探索以中医操作为主要手术操作的病例进行组合，充分考虑中医操作与诊断的关系，聚类形成中医操作综合病种。

（五）床日病种：精神病等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的病种可设立床日病种。

（六）医保经办机构按照国家统一的技术规范，根据实际情况对 DIP 分组及入组规则适时调整。

第十四条 计算病种的分值和点值。将本市统筹区域内平均住院医疗费用作为基准，计算各病种的分值。在总额预算下，根据年度医保支出、医保支付比例及各定点医疗机构病例的总分值，计算点值。

第十五条 建立辅助目录分值调整机制。在主目录基础上，基于年龄、合并症、并发症等因素对病种细化分型，确定各辅助分型调整系数，在病种分值的基础上予以调整校正。

第十六条 建立偏差病例校准机制。对与实际住院医疗费用严重偏离的病种分值进行校准，使其符合实际。病例住院医疗总费用与该病种上一年度同级别定点医疗机构次均住院医疗总费用偏差超出一定比例的，视为偏差病例，需重新计算分值。

第十七条 建立特殊病例评议机制。对于住院天数明显高于平均水平、费用偏离度较大、ICU 住院天数较长或者运用新医疗技术等特殊病例，定点医疗机构可提出按特殊病例结算的申请，积累到一定例数后赋予分值。经协商谈判后医保统筹基金可予以支付。

第十八条 建立定点医疗机构等级系数动态调整机制。定点医疗机构等级系数由基础系数和加成系数组成，综合考虑定点医疗机构的级别、功能定位、医疗水平、专科特色、病种结构、医保管理水平、协议履行情况等相关因素，设定定点医疗机构等级系数，区分不同级别、不同管理服务水平的定点医疗机构分值并动态调整。

定点医疗机构等级系数的基础系数对应的级别，必须与定点医疗机构执行的收费标准、参保人住院起付标准及报销比例所对应的级别相一致。新纳入定点医疗机构按同级别最低档次确定等级系数的基础系数或床日费用分值，尚未定级的医疗机构参照一级医疗机构最低档次的基础系数或床日费用分值执行。

2023 年定点医疗机构等级系数的基础系数按照 2022 年按病种分值付费结算的权重系数执行。

第十九条 参保人出院后 10 日内因同一疾病，重复在同一定点医疗机构住院的（按服务协议约定的其他特殊原因除外），不重复计算分值。

住院参保人在同一定点医疗机构内部转科继续住院治疗的，按同一次住院结算。参保人出院未超过 15 日，在同一家定点医疗机构再次住院的，只收取一次统筹基金起付标准。参保人每个自然年度首次结算出院的，需收取一次统筹基金起付标准。

第二十条 定点医疗机构应严格执行《医疗保障基金结算清单填写规范》的有关要求，按照国际疾病分类标准 ICD-10 或《中医病症分类与代码》对疾病进行分类编码、填写，并在参保人出院后 14 日内上传准确的疾病编码。不按《医疗保障基金结算清

单填写规范》有关要求进行医保结算清单管理及质量控制、填报病案首页、上传疾病编码及出院小结的病例，不予支付。

第二十一条 定点医疗机构有分解住院、挂床住院、诊断升级、高套分值及降低服务质量等违规行为的，当次住院的分值不予计算，并按该分值的 2 倍予以扣减。

第三章 医保统筹基金拨付与清算

第二十二条 医疗保障经办机构可向公立定点医疗机构拨付周转金，用于公立定点医疗机构为参保人提供医疗服务以及开展药品、医用耗材集中带量采购专项预付的资金周转。周转金由医疗保障经办机构按上年度 1-10 月该定点医疗机构记账资金总额（包括住院和门诊）的月平均值的 2 倍拨付，拨付时四舍五入至万元，低于一万元的，按一万元拨付。

周转金的拨付、清算、回收等由医疗保障经办机构在《潮州市基本医疗保障定点医疗机构医疗服务协议书》（下称服务协议）中明确。年度内新增定点医疗机构不划拨预付款。

第二十三条 以各定点医疗机构当月申报的按 DIP 付费统筹基金住院记账费用（以下简称住院记账费用）为基数，由医保经办机构按照 90% 的比例预拨付给各定点医疗机构。定点医疗机构月度预结算费用=住院记账费用×90%-扣（罚）款费用。暂未拨付的费用纳入年度清算处理。

第二十四条 病种分值的确定。参保人在定点医疗机构发生的按分值结算的病种，按参保人出院时医保结算清单的主要诊断

及其手术操作编码确定其所对应的分值。

辅助分型病种分值的计算方法：辅助分型病种分值=病种基础分值×（1+辅助目录调整系数）

已按辅助分型调整的病例不再纳入费用偏差病例计算。辅助目录库和调整系数另行制定。

第二十五条 计算费用偏差较大病例的分值。

计算每个病例的住院医疗总费用与同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院医疗总费用的偏差率，当偏差率较大时，按以下方法计算分值：

费用偏差率=该病例的住院医疗总费用/同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院医疗总费用

如上年度同等级医疗机构无该病种时，取当前年度同等级机构该病种次均住院医疗总费用

当费用偏差率 ≤ 0.5 时，该病例分值=病种基础分值×偏差率；

当费用偏差率 >2 时，该病例分值=病种基础分值×（偏差率-1）；

费用偏差率 >2.5 的病例可纳入年终专家评审范畴，由专家组评议后校正有关病例的分值。

第二十六条 计算特殊条件的病例。定点医疗机构可向医保经办机构申请按特殊病例计算分值，特殊病例申请比例不得超过本医疗机构按DIP付费病例的5/1000。该类病例由市医保经办机构组织专家评议，评审通过的病例按特殊病例计算分值，评审不通过的病例仍按上述常规方法计算分值。特殊病例分值由专家评

议确定。

特殊病例应至少满足以下一个条件：

（一）该病例的住院医疗总费用与同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院医疗总费用的偏差率大于 2.5；

（二）该病例住院天数大于该医疗机构当年度我市参保人平均住院天数 5 倍以上；

（三）该病例住院医疗总费用超出该病例实际分值与上年度病种点值的乘积，且超出费用为该医疗机构清算年度前 10 位病种的；

（四）该病例的监护病房床位使用天数大于等于住院床位使用总天数的 60%；

（五）运用创新医疗技术（是指 3 年内获得国家、省自然科学奖、技术发明奖、科学技术进步奖的医疗技术或治疗手段）的病例；

（六）运用经市卫生健康行政部门评审认定、公布的临床高新技术、临床重大技术和临床特色技术的病例。

第二十七条 定点医疗机构 DIP 分值总和的确定。定点医疗机构 DIP 分值总和为核心病种、综合病种、辅助分型病例、费用偏差较大病例、特殊条件病例经医疗机构等级系数加权后的分值总和。

第二十八条 当年度结算点值的确定。

（一）确定各定点医疗机构 DIP 病种总分值，计算公式如下：

各定点医疗机构 DIP 病种总分值=该定点医疗机构分值总数
× 等级系数

(二)确定全市按 DIP 付费病例统筹基金支付率,计算公式如下:

全市按 DIP 付费病例统筹基金支付率=全市各定点医疗机构住院记账费用总额/全市各定点医疗机构住院医疗总费用

(三)确定当年度结算点值,计算公式如下:

当年度结算点值=(年度按 DIP 付费统筹基金可支出总额/全市按 DIP 付费病例统筹基金支付率)/ Σ (各定点医疗机构 DIP 病种总分值-各定点医疗机构违规扣减分值)

年度结束,如当年度按 DIP 付费统筹基金可支出总额大于年度住院记账费用总额的 115%时,以住院记账费用总额的 115%作为年度按 DIP 付费统筹基金可支出总额。

当年度结算点值高于上年度结算点值的 110%的,以上年度结算点值的 110%作为当年度结算点值。

2023 年度结算点值按实际结算点值结算。

第二十九条 确定各定点医疗机构按 DIP 付费病例的统筹基金支付费用,计算公式如下:

各定点医疗机构按 DIP 付费病例的统筹基金支付金额= Σ (参保人住院所属 DIP 组的病组支付标准-自费费用-个人自付总额-大病保险结算费用-补充医疗保险结算费用-医疗救助基金结算费用)- Σ 扣(罚)款费用

病组支付标准=DIP 分值 $\times$ 结算点值

第三十条 依据清算比例确定各定点医疗机构按 DIP 付费年度统筹基金决算支付费用(下称年度决算费用)。

清算比例=各定点医疗机构住院统筹基金实际发生额/各定

点医疗机构按 DIP 付费病例的统筹基金支付金额

清算比例低于 100% 的，将各定点医疗机构住院统筹基金实际发生额的 108% 作为年度决算费用，最高不超过各定点医疗机构按 DIP 付费病例的统筹基金支付金额。

清算比例在 100%（含）以上的，将各定点医疗机构按 DIP 付费病例的统筹基金支付金额作为年度决算费用。

各定点医疗机构住院统筹基金实际发生额=各定点医疗机构住院记账费用总额-扣（罚）款费用

年终决算费用=年度决算费用- Σ 月度预结算费用

第三十一条 定点医疗机构清算结果，已拨付的统筹基金累计费用大于年度决算费用的，则为医保基金超统筹支付费用，各定点医疗机构应返还医疗保险基金。

第三十二条 年度按 DIP 付费统筹基金可支出总额经实际分配后仍有结余的，经报市政府同意，可根据基金运行、各定点医疗机构医疗服务、落实药品集中采购政策以及检查、稽核等情况进行二次分配。

第四章 其他结算方式

第三十三条 门诊医疗费用实行按项目付费的结算模式，条件具备时，普通门诊医疗费用逐步实行按人头付费的结算模式。

第三十四条 家庭医生签约服务费的结算办法另行规定。

第三十五条 精神病患者在定点医疗机构的精神病专科医院医疗费用按床日计算日均住院医疗总费用（下称住院床日费

用)，并按以下公式确定其分值：

住院床日费用分值=累计住院医疗总费用/累计住院人次及天数/固定参数

定点医疗机构精神病专科发生精神病患者长期住院治疗的病例，当连续住院时间超过一个月的，可以申请以月为结算周期进行月预结算，申请时需按要求将阶段性的病情记录以医保结算清单、病案首页及出院小结的形式上传。住院未满一个月将费用截结的，不予支付。

第五章 结算管理

第三十六条 定点医疗机构要遵循合理检查、合理用药、合理治疗服务原则，严格按照有关规定提供基本医疗服务，使用超出基本医疗保险范围的医疗服务及用药，需经患者或其家属同意并签字。

第三十七条 非公立定点医疗机构要参照执行本市同类型、同级别公立定点医疗机构基本医疗服务项目价格的标准。医保支付范围内的药品、医用耗材取消加成，执行统一的医保支付标准。

第三十八条 定点医疗机构于每月 15 日前，向医疗保障经办机构申报结算上月住院记账费用。医疗保障经办机构应于收到定点医疗机构报送的医疗费用结算报表 30 个工作日内支付月预结算费用。

第三十九条 医疗保障经办机构应在服务协议中约定各定点医疗机构年度重复住院率、病种费用增长率、疾病编码准确率、

大型设备阳性率、“三大目录”外费用比例、合理用药、以及执行医疗服务价格和药品集中采购情况等控制指标,并加强对定点医疗机构费用的控制和质量的监管。

第四十条 各定点医疗机构在规定的时间内申报结算年度基本医疗费用的,医疗保障经办机构原则上在每年5月底前完成上年度年度清算工作。

第四十一条 医疗保障经办机构按比例随机抽查定点医疗机构申报病例,经审核属违规的医疗费用,按照服务协议的有关规定予以扣减。

第四十二条 经国家谈判纳入医保药品目录乙类范围的国家谈判药品费用不纳入总额控制范围,对谈判药品的费用按规定单独核算保障。

第六章 监督管理

第四十三条 各定点医疗机构应加强对医务人员诊疗行为的规范和管理,按要求开展医保结算清单、病案首页和疾病编码的应用工作,按照《医疗保障基金结算清单填写规范》、病案管理和本办法的要求做好医保结算清单填写和病案首页填报工作。

第四十四条 医疗保障经办机构应加大对定点医疗机构执行服务协议情况的检查和基本医疗保险统筹基金支出的稽核。对定点医疗机构违反服务协议约定的,应当追究违约责任;涉嫌违法的,应及时向同级医疗保障行政部门报告。

第四十五条 医疗保障行政部门应加强对定点医疗机构遵

守基本医疗保险法律、法规及有关规定情况的监督检查。定点医疗机构违反法律、法规及有关规定的，行为发生地的医疗保障行政部门应依法予以查处；属卫生健康、市场监管、物价等行政部门职责管理范围的，医疗保障行政部门应及时移交相关部门处置；涉嫌犯罪的，应移送司法机关追究刑事责任。

第四十六条 卫生健康行政部门应加强各定点医疗机构病案系统管理及病案管理培训工作，定期对疾病诊断的规范和疾病编码工作进行指导和检查。加强对本地区医疗费用增长率等情况的监测。加强对定点医疗机构及医务人员执业行为的监督管理，及时查处违法违规执业行为并予以通报。

第四十七条 市医疗保障行政部门会同市卫生健康行政部门建立医疗卫生专家库，不定期组织专家对各定点医疗机构提供医疗服务和执行医疗保险政策规定等情况进行监督检查，加强对基本医疗保险费用支出的监管。

第七章 附则

第四十八条 本办法所称“基本医疗费用”是指：符合基本医疗保险用药、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的医疗费用，包括统筹基金起付标准部分的费用和超过统筹基金起付标准、未超过统筹基金年度最高支付限额由统筹基金与个人按规定比例共同支付的费用；不包括乙类药品、统筹基金支付部分费用的诊疗项目等费用中先由参保人按规定比例自付部分，以及超过统筹基金年度最高支付限额的费用。

本办法所称“个人自付总额”是指：基本医疗费用中统筹基金起付标准部分的费用和超过统筹基金起付标准、未超过统筹基金年度最高支付限额按规定由个人支付的费用总和。

本办法所称“住院记账费用总额”是指：属基本医疗保险基金支付范围由定点医疗机构记账的费用总和，不包括大病保险及补充医疗保险、医疗救助等不属于基本医疗保险基金支付范围的费用。

第四十九条 DIP 付费实施条件和数据准备、主目录策略与方法、辅助目录策略与方法、病种分值形成、分值付费标准测算、付费结算细则、监管考核与评价等，按照《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（DIP）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种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（医保办发〔2021〕27 号）及省经办规程等有关规定执行。

第五十条 本市按分值结算的病种、住院床日费用及分值、各定点医疗机构等级系数等指标的确定，以及本办法实施后因医疗技术、服务、费用等情况变化需要调整的，由市医疗保障局会同市卫生健康局、市财政局共同确定并联合公布。没有调整的继续按原标准执行。

第五十一条 参保人在定点医疗机构住院发生的基本医疗费用因特殊情况未能结算或者参保人符合规定在非定点医疗机构就医发生的基本医疗费用，由参保人先行支付后到医疗保障经办机构办理报销手续。

第五十二条 定点医疗机构住院基本医疗费用以自然年度作为一个结算年度，即每年1月1日至12月31日。

第五十三条 纳入DIP分值结算的病种及分值库由市医疗保障局制定并公布。

第五十四条 本办法自2023年1月1日起施行，有效期至2027年12月31日。此前有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。今后国家和省有新的规定，按新规定执行。原《关于印发<潮州市基本医疗保险医疗费用结算办法>的通知》（潮医保规〔2020〕1号）同时废止。

2022年12月31日之前已发生但未结算的基本医疗费用，其完整年度的结算工作继续沿用原有的规定办理。2022年度的预结算按照原有规定执行。

第五十五条 本办法由潮州市医疗保障局会同市卫生健康局负责解释。

附件：潮州市基本医疗保险按病种分值付费（DIP）病种分值确定办法

附件：

潮州市基本医疗保险按病种分值付费 (DIP)病种分值确定办法

为做好我市基本医疗保险按病种分值付费(DIP)改革工作,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(DIP)技术规范和DIP病种目录库(1.0版)的通知》要求和《潮州市基本医疗保险医疗费用结算办法》的规定,病种分值的确定按本办法执行。

一、在国家DIP病种目录库的基础上,结合全市定点医疗机构救治疾病特征和临床特点建立本地化DIP病种目录库,明确核心病种、综合病种以及对应的病种分值。

二、市医保部门根据国家按病种分值付费技术规范采集统筹区最近三年出院病案数据(可根据病案质量等情况对数据采集期限进行适当调整),按照医保结算清单主要诊断结合手术及操作编码进行病种分组。分组兼顾病例入组率、病种变异系数(CV)与应用的便捷性、可比性之间的平衡,通过研究不同病种组合的分布规律,以例数临界值的方式区分核心病种与综合病种。临界值之上的病种作为核心病种直接纳入病种目录库,临界值以下进行再聚类组合形成综合病种,通过大数据确定的治疗方式分为保守治疗、诊断性操作、治疗性操作、相关手术4个组。形成的病种目录库既要符合信息化应用的便捷需求,又能较好的反映医疗

资源的消耗成本。病种目录库实行动态调整，市医保部门可根据本地经济社会发展和医疗技术进步等情况对病种目录适时进行调整。

三、设立本地基层病种，鼓励基层病种在基层医疗卫生机构诊治。在形成病种目录库的基础上，结合本地实际，遴选出病情简单、适宜在基层医疗卫生机构收治的基层病种，形成基层病种库。医保结算时基层病种分值保持不变，正常病例和偏差病例分值均不受医疗机构系数的影响。

四、设立中医特色病种，支持中医诊疗技术发展。根据本地中医药诊疗技术开展情况，参照中医住院病案首页中医诊断（主病）结合手术及操作编码，依据医保结算清单进行病种分组，逐步建立本地中医特色病种库（含纳入中医日间病房的中医病种）。中医特色病种主要体现中医药治疗，中医药诊疗费用应占该病种总费用一定比例。

五、在核心病种和综合病种等主目录病种分组共性特征的基础上，逐步建立反映疾病严重程度与违规行为监管等个性特征的辅助目录，与主目录关联，对其中对应分级目录的支付费用进行校正。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、次要诊断病种及年龄特征病种 5 个类型；违规行为监管辅助目录包括病案质量指数、二次入院、低标准入院、超长住院、医保目录外费用占比、患者自付费用异常及死亡风险等指标。

六、各定点医疗机构纳入 DIP 付费范围的住院病例，根据医

保结算清单的主要疾病诊断编码和手术及操作编码与病种分值库中的核心病种匹配，若不能匹配到相应病种，则按照综合病种的匹配规则进行匹配，仍无法对应的，视为未入组病例。实行按病种付费的病种（含住院病种和日间手术病种）均按照上述病种匹配规则入组。

七、将病种的初步分值向各定点医疗机构公布、说明及广泛征求意见，根据各定点医疗机构修改或认可的分值进行修正，得出病种的修正分值；再对病种的修正分值进行纠偏，得出的分值作为用以结算的病种分值。

八、精神病患者在定点医疗机构精神病专科住院的医疗费用按床日计算日均住院医疗总费用（下称住院床日费用），并按以下公式确定其分值：

住院床日费用分值=累计住院医疗总费用÷累计住院人次及天数÷固定参数。

九、病种分值一经确定，一个年度内不再改变。如因医疗技术发展、新药发明等原因，导致部分病种医疗费用明显增长时，由定点医疗机构在上一年度清算后1个月内提出申请；市医疗保障局会同市卫生健康局、市财政局重新评估后确定下一年度的病种分值。

十、纳入病种分值结算的病种及分值库由市医疗保障局制定并公布。

十一、本方法由潮州市医疗保障局会同市卫生健康局负责解释。

公开方式：主动公开

抄送：市司法局、各县（区）社会保险基金管理局。

潮州市医疗保障局办公室

2022 年 12 月 29 日印发
