

# 济宁市医疗保障局文件

济医保字〔2021〕52号

---

## 济宁市医疗保障局 关于印发《济宁市基本医疗保险区域点数法 总额预算和按病种分值付费结算试行办法》的 通知

各县（市、区）医疗保障局，济宁高新区人力资源部、太白湖新区社会保障事业服务中心、济宁经济技术开发区人力资源和社会保障服务中心，兖州煤业股份有限公司人力资源服务中心，市医疗保障综合执法支队、市医疗保险事业中心，市直各协议管理公立医疗机构：

为切实做好我市区域点数法总额预算和按病种分值付费试

点工作，市医保局制定了《济宁市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费结算试行办法》，现印发给你们，请认真抓好贯彻落实。执行过程中遇有问题，请及时向市医保局报告。



（此件主动公开）

# 济宁市基本医疗保险区域点数法总额预算 和按病种分值付费结算试行办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步完善基本医疗保险支付制度，保障参保人合理医疗需求，提高基本医疗保险基金使用效率，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》、《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《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》等相关要求，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本市确定的DIP试点医疗机构（以下简称“医疗机构”）与医保经办机构之间结算城镇职工和城乡居民基本医疗保险住院费用，适用本办法。

**第三条** 按病种分值结算管理工作遵循“总额控制、病种赋值、预算管理、责任分担”的原则。

**第四条** 本办法适用于济宁市城镇职工和城乡居民参保人员在DIP试点医疗机构发生的由医保基金支付的住院费用，医疗保险经办机构按照DIP支付标准和支付政策对试点医疗机构进行结算。各参保人与医疗机构的住院费用结算暂按现行政策

结算。精神类、康复类、长期护理等住院时间较长的病例除外。

## **第二章 基金预算**

**第五条** 基本医疗保险基金预算按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则编制。

**第六条** 职工医保病种分值结算支出预算总额为基本医疗保险统筹基金扣除门诊统筹支出、门诊慢性病支出、异地联网结算支出和零星报销支出、省级统筹特殊药品支出、药品（医用耗材）集采结余留用支出及病种分值结算外的其他住院支出后确定。

居民医保病种分值结算支出预算总额为基本医疗保险统筹基金扣除门诊统筹支出、门诊慢性病支出、异地联网结算支出和零星报销支出、“两病”用药支出、药品（医用耗材）集采结余留用支出及病种分值结算外的其他住院支出后确定。

原则上应保证病种分值结算支出预算合理增长。在病种分值结算支出预算总额中提取5%建立调节金，用于对医疗机构合理超支金额的补偿。

## **第三章 病种目录确定**

**第七条** 依据国家医保版《医疗保障疾病诊断及代码（ICD-10 医保 V1.0 版）》和《医疗保障手术操作分类与编码（ICD-9-CM3 医保 V1.0 版）》标准，提取试点医疗机构近三年住

院病例数据信息，通过大数据分析对比形成客观分类及组合。以 15 例为临界值，病例数 15（含 15）例以上的病种将治疗方式作为分组的依据形成核心病种，小于 15 例的病种依据治疗方式的具体属性再次聚类后形成综合病种。

## 第四章 病种分值及调整系数

**第八条** 病种分值是不同出院病例的费用标准化单位，利用该分值实现医疗机构医疗服务产出的评价与比较，形成支付的基础。计算方法为：某病种组分值=（该病种组平均费用/全部病例平均住院费用）×100。

为综合反映历年疾病及费用的发展趋势，以近 3 年历史数据按照时间加权的形势计算费用平均值，历史近三年的病种组均费采用 1:2:7 加权的形势计算得出。随着 DIP 付费方式运行，病种分值将适时做出调整，原则上每年调整一次。

**第九条** 市医保部门按照不同医疗机构病种资源消耗确定等级调整系数、医疗机构系数，考虑实际运行时可能存在系数偏差过大等情况，医保部门根据医疗资源重大结构性调整、学科建设、新技术新项目开展情况等，建立等级评定的等级调整系数。DIP 推行初期，系数暂按现规定执行，并适时调整。

调整系数取医疗机构系数和级别系数的综合系数，当医疗机构系数高于同级别系数时，取医疗机构自身系数，但不得高于上一级别系数。当医疗机构系数低于同级别系数时，取同级

别系数为最终的调整系数。

## 第五章 病例类型及分值计算

**第十条** 住院医疗费用低于同病种组合支付标准 0.5 倍以下（含 0.5 倍）的病例为费用超低病例，住院医疗费用超过同病种组组合支付标准 2 倍以上 5 倍以下（含 5 倍）的病例为费用超高病例，住院医疗费用超过同病种组合支付标准 5 倍以上的病例为费用极端异常病例。未入组病例统一纳入单议病组病例。不属于上述病例类型的病例为正常病例。

1.费用超低病例病种分值 =  $\sum$  (病种分值 × (该病例医疗总费用 ÷ 同病种组均费))。

2.费用超高病例病种分值 =  $\sum$  (病种分值 × [(该病例医疗总费用 ÷ 同病种组均费 - 2) + 1])。

3.单议病组病例分值 =  $\sum$  (病种分值 × (该病例医疗总费用 / 病种组均费))。

4.费用极端异常病例 =  $\sum$  ((该病例医疗总费用 / 同病种组例均费用 - 裁剪倍率) × 病种分值 + 病种分值 × 调整系数)。

5.正常病例病种分值 =  $\sum$  (病种分值 × 调整系数)。

医保部门根据实际政策执行情况，适时调整高偏差和低偏差病例计算公式。

**第十一条** 探索试行基层病种和特殊病种，支持基层医疗机构发展，促进分级诊疗。

**第十二条** 病例医疗总费用超过同病种组均费 5 倍以上的病例由市医保经办机构组织专家进行评议，一般一季度评议一次。试点医疗机构需将评议病单（包括纸质病历、收费明细、医疗机构申报理由等材料）于每季度首月 10 日前报所属医保经办机构，各医保经办机构汇总后于 15 日前上报市医保经办机构，并负责对本辖区特殊病例评议结果进行反馈。

## **第六章 结算管理**

**第十三条** 病种分值费用结算实行“年初预拨、月预结算、年度清算”的原则。年度首月，各级医保经办机构向同级财政部门申请年初预拨资金。年初预拨金额根据医疗机构上年度月均拨付额确定。医保经办机构收到年初预拨款后，及时拨付到各相关医疗机构。

**第十四条** 各医疗机构应于每月 10 号前，将上月出院的参保职工和参保居民结算资料报所属医保经办机构。

**第十五条** 建立月度预结算制度。月度预结算以各试点医疗机构当月申报的纳入 DIP 结算范围病例发生的统筹基金记账金额为基数，由医保经办机构按照一定比例预拨付（暂定为 90%）给各试点医疗机构。

**第十六条** 医保经办机构应于次月 25 日前完成病种分值审核。

**第十七条** 确定月度预结算金额。根据试点医疗机构月度

总分值按拨付比例进行月度预结算。试点医疗机构月度医保基金预结算额 = (该医疗机构每月病种结算分值总和×当月总分值点值-参保人个人负担总额-其它账户费用)×月度预拨比例。

## 第七章 年度清算

**第十八条** 年度末，医保部门对医疗机构进行年度考核，并依据考核结果确定年度考核系数。次年第一季度在预算范围内根据病种结算分值及年度考核情况对医疗机构进行年度清算。

**第十九条** 计算试点医疗机构年度病例清算总分值和年度清算分值点值。试点医疗机构年度病例清算总分值 = 每个试点医疗机构年度病例分值的总和。年度清算分值点值 = (区域内年度用于 DIP 结算的医保基金支出预算总额 - 调节金 + 年度参保人个人负担总额 + 年度其他账户费用)÷区域年度分值总和。

**第二十条** 确定试点医疗机构年终清算拨付总额和年终医保基金清算支付总额。年度医保基金清算总额 = 试点医疗机构年度病例总分值×年度分值点值 - 年度参保人个人负担总额 - 年度其他费用。

对试点医疗机构统筹基金实际垫付金额与年度医保应清算金额进行比较，按照以下原则进行拨付：

试点医疗机构统筹金实际垫付金额小于等于应清算额的，年终清算额按实际垫付额清算拨付；试点医疗机构统筹金实际



垫付金额大于应清算金额且小于等于应清算金额 110%的，对超出应清算金额 10%以内的部分根据病种分值调节金数额给予适当补偿。调节金补偿金额 = 调节金/清算后补偿分值合计×各医疗机构清算后补偿分值。试点医疗机构统筹金实际垫付金额超出应清算金额 10%以上的部分，不予补偿，由试点医疗机构承担。年终清算拨付金额 = 应清算金额 + 补偿金额。

## 第八章 监督管理

**第二十一条** 医疗机构应遵循合理检查、合理用药、合理治疗原则，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。对经查实违反相关规定的，按相关规定处理后，计入年度考核结果。

**第二十二条** 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。

医保经办机构将医疗机构的个人全额自费（目录外费用）负担比例情况纳入年度考核项目。医疗机构的个人全额自费（目录外费用）负担比例与病种分值结算资金挂钩。

**第二十三条** 年度清算后医疗机构对实行按病种分值付费下应由医疗机构承担的资金及时核销财务账目，不得挂账。

**第二十四条** 医疗机构对参保职工、参保居民及时联网结算，无正当理由不得不予联网结算，未联网结算病例不纳入 DIP 结算范围。

**第二十五条** 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。

**第二十六条** 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。医保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、治疗复杂、长期住院、未公布分值等病例。疾病和手术操作编码填写不准确、不规范的，经查属实的扣减相应分值。

**第二十七条** 医疗机构有低标准住院、诱导住院、分解住院、挂名住院、高套分值、诊断升级等行为的，当次住院的分值和医疗费用、记账费用不予计算，并按照记账费用的 2 倍在该机构年度清算时扣减相应分值。对审核发现的违规收费等行为，当次住院的分值和医疗费用、记账费用不予计算，并按照记账费用的 2 倍在该机构年度清算时扣减相应分值（如其他处罚中有涉及扣款的，不再扣减相应分值）。对于上述违规行为频发或年度分值总量增长率超过 10% 的医疗机构，将纳入重点监控范围，作为医保日常监管和飞行检查的主要备查单位。对发现的欺诈骗保等严重违法违规行为，依据《医疗保障基金使用

监督管理条例》等法律法规严肃处理。

**第二十八条** 完善与按病种分值结算办法相配套的年度考核办法，采取定期考评与日常稽查相结合的形式，通过住院管理、病案抽查、日常稽查、投诉处理、群众评价等多项指标，对医疗机构全年的医疗保险工作进行客观、公正、全面的考核评价，科学确定医疗机构年度考核系数。

## **第九章 附 则**

**第二十九条** 本试行办法由市医保部门负责解释，并适时进行修定和补充。

**第三十条** 本试行办法自 2021 年 11 月 1 日起施行，有效期至 2022 年 12 月 31 日。其他与本试行办法不一致的，按本试行办法执行。

---

抄送：济宁市财政局、济宁市卫生健康委员会。

---

济宁市医疗保障局办公室

2021年10月28日印发

---