

安 庆 市 医 疗 保 障 局
安 庆 市 卫 生 健 康 委 员 会
安 庆 市 财 政 局 文件

宜医保发〔2021〕12号

安庆市医疗保障局 安庆市卫生健康委员会
安庆市财政局关于印发《安庆市基本医疗保险
保险区域点数法总额预算和按病种分值
付费试点工作实施办法》的通知

各县（市、区）医保局、卫生健康委、财政局，各有关定点医疗机构：

现将《安庆市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施办法》印发给你们，请遵照执行。



安庆市医疗保障局



安庆市卫生健康委员会



安庆市财政局

2021年6月2日

安庆市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善基本医疗保险制度，建立管用高效的医保支付机制，增强医保对医药服务领域的激励约束作用，促进分级诊疗制度落实，提高医保基金使用效率，更好保障参保群众获得优质医药服务权益，根据国家和省相关文件精神，结合本市实际，制定实施办法。

第二条 实施办法适用于全市医保服务中心与市域内定点医疗机构（包含市本级和七县（市），以下简称定点医疗机构），就城镇职工医保和城乡居民参保人发生的纳入按病种分值付费的住院费用（以下简称住院费用），实行基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费（以下简称 DIP）的结算。

第三条 参保人在定点医疗机构发生的住院费用，按本市城镇职工和城乡居民医疗保险政策规定享受医疗保险待遇，不受本结算办法影响。

第四条 市医疗保障局负责全市 DIP 政策制定和业务指导工作，市医保管理中心负责定点医疗机构 DIP 政策执行的监督管理工作，市医保服务中心负责 DIP 政策的具体实施工作。各县（市）医疗保障局和经办机构负责做好本地 DIP 预算、月度预付、年终

清算和日常监督管理等相关工作。

第二章 预算与预付

第五条 按照“以收定支，收支平衡，略有结余”原则，市本级和各县（市）医保服务中心分别确定市本级和各县（市）职工医保以及城乡居民医保年度总额预算指标，预算指标以上年度医保基金实际支出额度（不含划入个人账户额度）为主要依据，参考本年度预计筹集额度、各种风险及增长因素，在按规定提取储备金（风险金）后合理确定。市医保管理中心负责审核、汇总、编制全市年度总额预算指标，经市医疗保障局批准后执行。

第六条 市本级和各县（市）医保服务中心在确定市本级和各县（市）年度总额预算指标后，扣除市域外、门诊、大病保险、调剂金、不转换为分值结算的按床日付费等基金支出后，分别确定市本级和各县（市）DIP 总额预算指标。市医保管理中心负责审核、汇总、编制全市 DIP 总额预算指标，经市医疗保障局批准后执行。

第七条 开展紧密型县域医共体的县（市），按照县域当年城乡居民医保预计筹资总额在提取风险金、调剂金、大病保险等资金后的 95%按人头总额“打包”预算给各县域医共体，实行结余留用，合理超支分担。对县域医共体进行考核，考核结果作为医疗机构系数调节和调剂金使用参考依据。

第八条 各级医保服务中心按照确定的职工医保、城乡居民医保本年度总额预算指标的 6%设立调剂金。调剂金按照以下顺序使用：

1. 市域外、门诊、大病保险、不转换为分值结算的按床日付费等基金支出预留不足部分；

2. 不纳入医疗机构总额预算范围的病种及药品、诊疗项目和耗材的医保支付差额部分；

3. 按规定支付招标采购的药品及耗材结余留用资金；

4. 紧密型县域医共体合理超支部分经考核后合理分担部分；

5. 年终清算低于实际发生额 60%以下补差部分；

6. 其他特殊情况下医保费用的合理支出；

根据当年按病种分值付费执行情况，调剂金当年结余部分，经市医疗保障局批准，可以全部或者部分纳入当年 DIP 总额预算指标。

第九条 各级医保服务中心以上年度各定点医疗机构住院部分基金支付总额在所有定点医疗机构住院部分基金支付总额中所占份额为依据，确定当年各定点医疗机构住院部分本年度预付总额，并按照本年度预付总额的 70%分月预付。

计算公式：各定点医疗机构住院部分本年度预付总额=上年度该定点医疗机构住院部分基金支付总额÷上年度所有定点医疗机构住院部分基金支付总额×DIP 总额预算指标。

各定点医疗机构住院部分月预付额=各定点医疗机构住院部分本年度预付总额×70%÷12

如定点医疗机构月预付额高于月实际发生额 70%的，则按实际发生额 70%预付。

第三章 分值与系数

第十条 在国家医保研究院提供的 DIP 病种参考分值基础上，按照我市定点医疗机构近 3 年实际收治病种的合理费用，组织相关专家审核，并委托第三方机构运用大数据技术和统计学原理确定病种分值。

按病种付费病种按照分值计算规则确定按病种付费病种分值。

第十一条 病种分值按出院时医保结算清单主要诊断，兼顾治疗方式等计算。主要诊断病种是指导致参保人本次住院就医主要原因的疾病，当多种疾病存在时，出院主要诊断病种应为消耗医疗资源最多、对患者健康危害最大、影响住院时间最长的疾病。

当病例住院费用（按病种分值计算规则折算后，下同）达到该病种分值 2 倍以上时，该病例分值确定为：该病种分值+[(该病例住院费用÷该病种分值)-2]×该病种分值。

当病例住院费用在该病种分值 0.6 倍以下时，该病例分值按照该病例实际住院费用确定。

当病例住院费用在该病种分值 3 倍以上或该病例为新技术新项目时，可采取特例单议处理，即定点医疗机构于次月前 5 个工作日内（节假日顺延）向定点医疗机构所在地医疗保障局申请，由医疗保障局组织相关专家进行费用评审，经评审后确定的合理费用全部计入该病例分值。各定点医疗机构特例单议申请量不得超过当年总住院病例数的千分之一。

未公布分值的病种，按照特例单议方式处理，即定点医疗机构于次月 5 个工作日内（节假日顺延）向定点医疗机构所在地医疗保障局申请，由市医疗保障局组织专家确定该病种住院费用的合理值，再依此确定该病种分值。

第十二条 病种分值实行动态调整机制，市医保局负责组织相关专家或委托第三方，对病种分值偏离度普遍超过 1.5 倍以上的病种以及收治超 10 例及以上未公布分值的病种，进行修订分值，如遇特殊情况报按病种分值付费工作领导小组研定。

第十三条 定点医疗机构结算系数以定点医疗机构等级为主要参考依据，兼顾治疗方法、技术级别、支持中医等因素，经组织医疗、统计专家综合分析后确定。

第十四条 遵循我市 DIP 病种目录，结合安徽省基层医改“50+N”及“100+N”病种库，充分考虑基层医疗机构实际诊疗水平，通过专家论证，遴选出适宜在乡镇卫生院（社区医院）或一级医疗机构、县级医疗机构或二级医疗机构适宜收治病种目录。

第十五条 根据病例编码上传正确率、人头人次比等确定定点医疗机构考核系数，考核办法另行制定。

第四章 结算与清算

第十六条 按照“总额控制、病种赋值、月度预付、年度清算”的办法，市本级和各县（市）医保服务中心对一个自然年度内参保人在定点医疗机构住院费用实行病种分值量化，根据病种分值及各定点医疗机构收治病种的结算系数予以支付。

第十七条 参保人在定点医疗机构住院治疗，住院费用未达到基本医疗保险统筹基金起付标准，或是超过基本医疗保险统筹基金年度支付限额后再住院的，不纳入分值结算。

第十八条 按病种分值付费计算规则：

各定点医疗机构总点数=(病种₁分值×病例数×该病种定点医疗机构系数+病种₂分值×病例数×该病种定点医疗机构系数+...+病种_N分值×病例数×该病种定点医疗机构系数)×该定点医疗机构考核系数；

所有定点医疗机构总点数=定点医疗机构₁总点数+定点医疗机构₂总点数+...定点医疗机构_N总点数；

当年住院病种点值=[DIP 总额预算指标+个人自付部分(含自费)]÷所有定点医疗机构总点数；

各定点医疗机构 DIP 付费金额=当年住院病种点值×各定点医疗机构总点数-各定点医疗机构个人自付部分(含自费)；

个人自付部分(含自费)=当次住院总费用-基本医保统筹基金应支付部分。

第十九条 定点医疗机构 DIP 付费金额高于实际发生额 110% 以上的，按照实际发生额 110% 支付；低于实际发生额 60% 以下的，按照实际发生额 60% 支付；两者之间的按照 DIP 付费额支付。

第二十条 参保人在住院期间发生的经该定点医疗机构确认的外配处方，其费用必须如实记入参保人员本次住院总费用中，实行一票结算；未记入的，由医保服务中心从年终清算费用中扣除。

第二十一条 各级医保服务中心应于次年3月底前，对上年度定点医疗机构进行年终清算。

第五章 监督与管理

第二十二条 定点医疗机构的医保结算清单填写应当真实、及时、规范、完整，准确反映住院期间诊疗信息，符合国家医保编码要求。定点医疗机构不按要求上传医保结算清单的病例，医保服务中心不予结算。

第二十三条 定点医疗机构应遵循合理检查、合理用药、合理诊疗原则，严格遵守首诊负责制，严格掌握出、入院指征。定点医疗机构有分解住院、挂床住院、诊断升级、串换编码、高套分值或降低入院标准等行为的，按医疗保险有关规定处理。

第二十四条 定点医疗机构应当按医保部门要求及时做好本机构信息系统与医保信息系统（含智能监控系统）对接工作。上传的数据作为费用审核、年度清算、考核及调整分值、系数的依据。未按要求完成与医保信息系统对接的，不予结算。

第二十五条 各级医保服务中心应将按病种分值付费实施情况纳入服务协议履约和年度考核范围，考核结果与基本医疗保险年度清算挂钩。对违反有关规定的定点医疗机构，按基本医疗保险有关规定处理。

第六章 附 则

第二十六条 跨省、省内异地医疗费用结算按国家、省有关规定执行。

第二十七条 成立由医保、卫健和财政等部门组成的按病种分值付费工作领导小组，对按病种分值付费实施过程中发现的问题及时研究并提出解决方案。

第二十八条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行。本办法施行前制定的相关规定与本办法不一致的，按照本办法执行。

安庆市基本医保区域点数法总额预算和 按病种分值付费试点工作领导小组人员名单

组 长：余巧萍 安庆市医疗保障局党组书记、局长
副组长：钱大兴 安庆市医疗保障局党组成员、副局长
范兰芳 安庆市卫生健康委党组成员、副主任
朱宝根 安庆市财政局党组成员、总经济师
成 员：程 奎 安庆市医疗保障局待遇保障科负责人
程 慧 安庆市卫生健康委体制改革科科长
施 响 安庆市财政局社保科科长

领导小组办公室设在市医疗保障局待遇保障科，程奎同志任办公室主任。

抄送：省医疗保障局。