

宁德市医疗保障局文件

宁医保规〔2024〕4号

宁德市医疗保障局关于印发宁德市区域点数法总额 预算和按病种分值付费（DIP）结算办法的通知

市医保中心，市医保稽核与信息中心，各县（市、区）医保局，
各实施 DIP 付费结算的定点医疗机构：

现将《宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）
结算办法》印发给你们，请认真遵照执行。

宁德市医疗保障局

2024年2月4日

（此件主动公开）

宁德市区域点数法总额预算和按病种 分值付费（DIP）结算办法

第一条 为推进DIP付费方式改革，加快建立高效管用的医保支付机制，提高医保基金使用绩效，根据《福建省医疗保障局 福建省卫生健康委员会关于开展区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作的通知》（闽医保〔2021〕6号）、《宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）工作实施方案的通知》（宁政办〔2021〕30号）规定，制定本办法。

第二条 本办法适用医疗保险参保人员（含职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人员）在我市定点医疗机构住院（包括日间手术）发生的医疗费用，由医保经办机构按照“区域总额、预算管理、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，与定点医疗机构按病种分值付费（DIP）方式结算。

个人帐户等其他基金（资金）支出据实结算。参保人员与医疗机构的住院费用结算仍按医保住院医疗待遇政策规定执行。

第三条 DIP结算中的疾病诊断和手术操作编码应全部使用国家医保局制订的疾病诊断分类及代码（ICD-10医保V2.0版）和手术操作分类与编码（ICD-9-CM3医保V2.0版）版本。

第四条 定点医疗机构在医保病人出院结算后14日内上传住院医保结算清单至医保信息系统。医保结算清单填写应当如实反映住院期间诊疗信息、费用信息，上传的疾病诊断编码和手术

操作编码应当为国家医保统一的版本。

第五条 医保经办机构根据DIP总额预算管理办法计算当年度住院医保基金支出预算总额、DIP结算的医保基金预算总额、DIP结算风险调剂金、DIP预结算的医保基金预算总额。

DIP预结算的医保基金预算总额等于DIP结算的医保基金预算总额减去DIP付费风险调剂金。

第六条 DIP付费调剂金主要用于因突发事件承担大批量急、危重参保病人救治任务等特殊情况及医保政策范围内的合理超支导致的住院医疗费用增加超过分配总额时的调剂补偿。DIP付费风险调剂金以年度住院医保基金支出预算总额（DIP结算的医保基金预算总额）的2%确定。

第七条 医疗机构等级划分。

医疗机构等级以三甲、三乙、二甲、二乙和一级5个等级划分，三级未定等、二级未定等分别按三乙、二乙予以确定。

第八条 建立系数调节机制。

机构等级系数。区分不同级别以及同级别不同服务管理水平的医疗机构分值并动态调整。系数综合考虑定点医疗机构合理医疗下的成本控制水平（增加）、级别、功能定位、医疗技术水平、专科特色、病种结构类型、医保管理水平、协议履行情况等反映医疗机构综合水平和成本的相关因素。

年度考核系数。年度考核是以DIP系统信息数据为基础，对定点医疗机构的管理质量、费用控制以及保障参保人权益进行年度综合考核形成的数值。年度考核系数不超过-5%。

加成权重系数。加成权重系数是客观反映各定点医疗机构收治患者年龄结构、险种、病种难易差异。由老年患者住院率、儿童患者住院率、居民患者就诊率、CMI值加成系数等组成，系数组成可根据实际情况年度动态调整。加成权重系数不超过5%。

第九条 病种分值确定。病种实际发生的住院费用，在该病种同级别医疗机构平均住院费用50%-200%之间的，以病种分值计算。

当病种实际发生的住院费用在该病种同级别医疗机构平均住院费用的50%以下或2倍以上时，为偏差病例。其病种分值计算公式为：

（一）费用在50%以下的病种分值=（该病例住院费用/该病种同级别定点医疗机构平均住院费用）×该病种标准分值。

（二）费用在2倍以上的病种分值=（该病例住院费用/该病种同级别定点医疗机构平均住院费用-2+1）×该病种标准分值。

第十条 定点医疗机构年度总分值和病种分值点值：

（一）各定点医疗机构年度总分值=∑〔各病种分值×该定点医疗机构年度各病种病例数-扣减分值〕×（机构等级系数+加成系数+考核系数）。

（二）区域年度分值总和=∑各定点医疗机构年度总分值。

（三）病种分值点值=〔区域内年度用于DIP医保基金预结算预算总额-全省联网（含跨省联网）住院刷卡城镇职工医保（含生育保险）统筹基金或城乡居民医保基金支出-住院报销城镇职工医保（含生育保险）统筹基金或城乡居民医保基金支出+∑〔纳入

DIP结算定点医疗机构参保人员个人自付总额+其他医保基金（资金）支付总额] } ÷区域年度分值总和。

第十一条 定点医疗机构年度DIP结算医保基金控制总额：
医疗机构年度DIP结算医保基金控制总额=该定点医疗机构年度结算总分值×病种分值点值 - 该定点医疗机构参保人员个人自付总额 - 该定点医疗机构其他医保基金（资金）支付总额。

第十二条 全市定点医疗机构符合条件的特需病房床位医疗项目相关费用不纳入DIP医疗总费用清算，不符合特需医疗服务DIP付费清算要求的，将按照DIP清算细则开展年度清算工作。

第十三条 未入DIP病种组病例按实结算。

第十四条 基本医疗保险周转金。对于两年内未违反医疗保险有关管理规定及考核结果较好的定点医疗机构，在年初按照上年度该定点医疗机构月平均医保支付总额的90%预付给定点医疗机构，做为定点医疗机构的周转金，周转金使用期限为一个自然年度。

定点医疗机构在下一年度一月底前以转账方式足额返还，逾期未还款的，由医保经办机构从其基本医疗保险结算款中扣除，并终止下一年度拨付周转金。

第十五条 月度预结算。医保经办机构以各定点医疗机构上个月医保基金记账金额为基数，按90%进行预拨付，待条件成熟后逐步过渡到按各定点医疗机构病种分值进行预拨付的月度预结算方式。

第十六条 年度清算。年度医保基金预清算根据各定点医疗

机构当年度纳入按病种分值付费范围参保人员住院发生的实际记账城镇职工医保统筹基金（城乡居民医保基金）与年度DIP结算医保基金控制总额的比例关系，确定支付金额。

（一）当年度各定点医疗机构纳入按病种分值付费范围参保人员住院发生的实际记账医保基金在各定点医疗机构年度DIP结算医保基金控制总额90%以下的，各定点医疗机构年度DIP结算医保基金预清算支付总额=（纳入按病种分值付费范围参保人住院发生的实际记账医保基金-扣减金额）×110%。

（二）当年度各定点医疗机构纳入按病种分值付费范围参保人员住院发生的实际记账医保基金在各定点医疗机构年度DIP结算医保基金控制总额90%-100%之间（含90%和100%）的，各定点医疗机构年度DIP结算医保基金预清算支付总额=各定点医疗机构年度DIP结算医保基金控制总额。

（三）当年度各定点医疗机构纳入按病种分值付费范围参保人员住院发生的实际记账医保基金在各定点医疗机构年度DIP结算医保基金控制总额100%-110%（含110%）之间的，超支部分由年度DIP付费风险调剂金按60%的标准分担，各定点医疗机构年度DIP结算医保基金预清算支付总额=各定点医疗机构年度DIP结算医保基金控制总额+超支部分×60%。年度DIP付费风险调剂金不足时各定点医疗机构的分担金额按比例折减。

（四）当年度各定点医疗机构纳入按病种分值付费范围参保人员住院发生的实际记账医保基金在各定点医疗机构年度DIP结算统筹基金控制总额110%以上的部分，不予支付。

第十七条 年度DIP结算医保基金清算支付金额。各定点医疗机构年度DIP结算医保基金清算支付金额=各定点医疗机构年度DIP结算预清算医保基金支付总额-月度预结算金额。

第十八条 清算年度与医保结算年度相同，为每年1月1日至当年12月31日。每一病例以费用结算数据和医保结算清单数据均上传完成时间为准。

第十九条 月度预结算。医保经办机构对定点医疗机构符合规定的住院费用按照协议规定的比例预拨付给各定点医疗机构。

（一）数据汇总。次月5日前完成，节假日顺延。纳入DIP结算的定点医疗机构根据DIP结算工作要求，每月按时上传数据至医保信息系统。医保经办机构汇总各定点医疗机构的月度医保基金记账的医保基金，开展月度审核，按协议规定的比例确定各医疗机构的月度预结算基金金数额。

（二）核对预结算数据。次月15日前完成。医保经办机构完成当月的月度清算工作，将当月月预结算数据反馈给各定点医疗机构进行核对，收集、处理定点医疗机构的意见及建议。

（三）确定月度预结算结果。次月25日前完成。医保经办机构完成月度预结算的医保基金记账金额、月度预结算金额等指标的计算，形成最终月度预结算结果，汇总当月月度预结算应付款项的数据，提交财务部门拨付月度预结算应付款项。

第二十条 年预清算。医保经办机构与各定点医疗机构核对数据，进行正式清算前数据预处理，包括DIP各项指标的计算以及对医疗机构医保考核情况的评估等。

年预清算的主要指标包括病种分值结算点值、各定点医疗机构年度分值、各定点医疗机构扣减费用总额、各定点医疗机构年度统筹基金控制总额、各定点医疗机构年度统筹基金预清算支付总额、各定点医疗机构年度统筹基金清算支付金额。

医保经办机构通知定点医疗机构限期完成所有DIP业务的数据上传，汇总定点医疗机构清算年度综合考核情况、违规情况，完成费用偏差病例等的筛查与评审。

第二十一条 年度清算。医保经办机构与医疗机构的数据核对，确定最终清算结果，完成年度结算。

医保经办机构将DIP业务的预清算数据反馈给定点医疗机构核对，收集处理定点医疗机构的反馈意见。

医保经办机构完成DIP业务年度分值总和、结算点值、违规行为监管扣减总额、预决算支付总额、调节金、决算支付总额等数据的计算，形成最终清算结果，汇总数据提交财务部门拨付年度清算应付款项。

第二十二条 各定点医疗机构应按规定做好按DIP付费管理工作，规范医保目录使用、诊疗及收费行为，保证医疗服务质量。及时、规范、完整、准确上传住院结算清单、病案首页等诊疗信息。

第二十三条 各定点医疗机构应当遵循临床路径，按照合理检查、合理用药、合理治疗的原则，加强病案质量管理，严格按照疾病诊断标准规范填写疾病及手术操作名称和编码，不得有以下行为：

(一) 疾病诊断升级;

(二) 将医保经办机构与医院结算医疗费用的标准作为对参保人提供医疗服务的依据;

(三) 以医疗费用为由将未达到出院标准的参保人办理出院手续;

(四) 将医保费用转为非医保费用、将住院转为门诊、将院内费用转为院外费用。

第二十四条 各定点医疗机构 DIP 付费经稽核后确定为“诊断升级”和“高套分值”等违规的病例，按核定后的病种确定该病例实际分值，在清算后将该病例实际高套部分分值按照当年度清算点值确定违规费用，并予以追缴。不符合入院指征住院、分解住院、挂床住院、违反医疗规程提前出院的病例，当次分值不予计算，并按基本医疗保险有关规定进行处理；经审核后不合理费用不予支付。

第二十五条 医保经办机构应加强 DIP 付费行为的监管，对拨付年度清算款涉及的项目进行监管稽核。

第二十六条 本办法自印发之日起执行，有效期2年，原相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。本办法施行期间，如与国家、省出台最新规定不符的，从其规定执行。2023年度DIP付费结算依照本办法执行。《宁德市医疗保障局关于印发宁德市DIP配套付费结算细则和医保经办规程（暂行）的通知》（宁医保〔2021〕54）号）自行废止。

