

《河源市医疗保障局 河源市卫生健康局 河源市财政局关于修订印发河源市基本医 疗保险住院医疗费用区域点数法总额预算 和按病种分值付费结算办法的通知》解读

2025年10月29日，市医疗保障局、市财政局、市卫生健康局联合印发《关于修订印发河源市基本医疗保险住院医疗费用区域点数法总额预算和按病种分值付费结算办法的通知》(以下简称《通知》)，自2025年11月1日执行，有效期至2030年10月31日。现就有关内容解读如下：

一、制定背景及依据

为进一步完善医疗保险支付制度，不断规范医疗服务行为，提高医疗保险基金使用效率，提升医保精细化管理服务水平，切实保障参保人员合法权益，根据《国家医疗保障局关于印发〈医疗保障按病种付费管理暂行办法〉的通知》（医保发〔2025〕18号）《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法〉的通知》（粤医保规〔2024〕11号）《国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范（2.0版）》等文件精神，结合我市基本医疗保险医疗费用结算情况，修订印发此《通知》。

二、主要内容

(一) 定义及适用范围

按病种分值付费（DIP）是利用大数据优势所建立的医保支付管理体系。基于“疾病诊断十治疗方式”的共性特征，对病案和医保结算清单数据进行客观聚类，形成病种，通过历史数据赋予病种一定分值，再依据医保基金预算计算点值，用病种分值和点值形成支付标准，对 DIP 病种实现标准化付费的支付方式。

我市城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险参保人，在本市统筹区内协议管理的定点医疗机构发生的住院医疗费用的结算（包括基层病种、日间手术、中医治疗病种等）。

（二）基本原则

本办法遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，实行预算管理、总额控制、病种赋值、月度预付、年度清算。

（三）相关测算、结算、监管的技术规范

按照国家、省有关文件，技术规范和经办规程等有关规定执行。

（四）实行总额预算管理

1. 按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，以保障参保人基本医疗需求为前提，合理编制职工、居民基本医疗保险年度医保基金收入总额预算。

2. 设立区域调节金。区域调节金从当年度城镇职工、城乡居民基本医疗保险基金收入总额中预算 9%，用于年度清算时合理超支分担等情况。

（五）全市 DIP 病种库和分值确定

以结算年度前 3 年的医保结算清单和病案数据为基础，基于可显著区分资源消耗程度的疾病诊断及治疗方式，形成核心病种、综合病种。在核心病种中，选取部分适合基层医疗卫生机构开展的病种确定为基层病种，遴选符合日间手术管理要求的病种确立为日间手术病种。同时，参照国家技术规范成组标准，形成中医相关病种。

以近三年的历史数据基础，按照国家技术规范有关要求规则，对单独支付药品费用、费用异常数据等清洗后，按 1:2:7 的比例进行计算各病种分值。

（六）系数的确定

综合考虑定点医疗机构级别、功能定位、医疗水平、专科特色、病种结构等因素，设定定点医疗机构等级系数。

（七）审核结算

1. 每月按上年度病种分值及点值计算各定点医疗机构 DIP 结算费用，扣除 5% 考评金后，按照一定比例进行月结算并拨付有关费用。
2. 每个自然年度结算后，在次年的 5 年底前完成年终清算，定点医疗机构的预拨付和月度预结算大于年终决算金额的，各定点医疗机构应返还医疗保险基金。医保经办机构按照分级管理考评结果，返还年度服务质量考评金。

（八）其他

其他结算方式病种。精神类疾病住院医疗费用按床日分值付费方式与定点医疗机构进行结算。儿童脑瘫康复住院医疗费用按床日定额

付费方式与定点医疗机构进行结算。大力支持紧密型县域医共体建设，实行适合医共体发展的支付方式。

三、政策问答

（一）按病种分值付费的适用范围？

答：我市城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险参保人，在本市统筹区内协议管理的定点医疗机构发生的住院医疗费用主要采取按病种分值付费（DIP）支付方式与定点医疗机构进行费用结算（包括基层病种、日间手术、中医治疗病种等）。

（二）我市 DIP 病种如何确定和分类？

答：按照《国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范（2.0 版）》，以结算年度前 3 年的医保结算清单和病案数据为基础，将诊断相同、临床过程相似、资源消耗相近的历史病例聚类成组，病例数达到 10 例以上的定为核心病种，10 例以内的为综合病种。在核心病种中，根据本地实际，在适宜基层医疗机构开展且基层具备诊治能力的病种中，选取一定数量的病种，设为基层病种。同时，为促进中医药高质量发展，参照国家技术规范成组标准，形成中医操作病种、中医优势病种、中医基层病种以及西医增加中医特色病种等中医相关病种。另外，充分考虑诊疗技术成熟、医疗质量安全可控、可同时降低诊疗费用和医疗成本等因素，遴选符合日间手术管理要求的病种由临床、医保专家论证后确立为日间手术病种。

（三）我市 DIP 病种基础分值如何确定？

病种基础分值由近三年的医疗机构发生的历史数据为基础，并按1:2:7的比例计算得出。

（四）定点医疗机构系数如何确定？

我市定点医疗机构系数由基本权重系数和加成权重系数构成，基本权重系数综合考虑定点医疗机构级别、功能定位、医疗水平、专科特色、病种结构等因素设定，区分不同级别、不同管理服务水平的定点医疗机构分值并实行动态调整。加成权重系数由CMI加成系数、老年患者比例加成系数、儿科患者比例加成系数、医院技术水平加成系数、广东省高水平医院加成系数和县域住院率加成系数组成。

（五）DIP付费病种辅助目录设定的依据是什么？

根据《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范（2.0版）》要求，随着受不确定性因素影响的病例数量的增加，会对医疗机构的费用造成一定的影响，需要基于大数据寻找规律进行特殊处理。因此我市建立了疾病严重程度分型辅助目录、年龄特征病种辅助目录等，对病种分值进行校正。

（六）实施DIP付费，对参保人、医疗机构有什么好处？

DIP支付方式改革的目标是实现医、患、保多方共赢，通过科学、合理、精准的支付，对医疗卫生资源合理配置、医院精细管理、诊疗服务规范，发挥有效的杠杆导向作用，有利于减轻参保人住院医疗费用负担，有利于促进医疗机构高质量发展，有利于增进医保、医疗管理的透明度与公平性。

原文件链接地址：http://www.heyuan.gov.cn/zwgk/zfgb/2025/10/bmgfxwj/content/post_678608.html