

河源市医疗保障局
河源市卫生健康局文件
河源市财政局

河医保发〔2025〕62号

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

各县（区）医疗保障局、卫生健康局、财政局、江东新区社会事务局、江东新区发展财政局，市医保管理中心：

现将《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》印发给你们，执行中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。



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

为持续推进医保支付方式改革，更好地保障参保人员权益、规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长，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，修订印发本办法。

一、定义及适用范围

按病种分值付费（Diagnosis-intervention Packet, 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+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主要采取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、基本原则

(一) 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。

(二) 按照国家DIP付费技术规范和病种目录库相关要求，结合本地医保筹资能力、定点医疗机构功能定位等，以本地历史数据为基础，实行总额预算管理，建立与定点医疗机构的有效协商机制，完善本地病种目录库、权重系数、合理超支分担机制等配套政策。

三、相关测算、结算、监管的技术规范

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、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

(一) 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，统筹考虑下列因素：

1. 职工医保基金收入按规定分别计入统筹基金收入和个人账户收入。统筹基金收入包括按规定计入统筹基金账户的医疗保险费收入、财政补贴收入、利息收入、上级补助收入、下级上解

收入、其他收入，个人账户收入包括按规定计入个人账户的医疗保险费收入、利息收入、转移收入、上级补助收入、下级上解收入、其他收入；职工医保基金支出包括待遇支出、转移支出、补助下级支出、上解上级支出、其他支出。

居民医保基金收入包括保险费收入、财政补贴收入、利息收入、上级补助收入、下级上解收入、其他收入；居民医保基金支出包括城乡居民基本医疗保险待遇支出、划转用于城乡居民大病保险支出、补助下级支出、上解上级支出、其他支出。

2. 职工医保和居民医保的参保人数变动情况；
3. 待遇支付、基金支付范围等医保政策调整；
4. 符合区域卫生规划的医疗卫生发展情况；
5. 参保人员就医需求、医疗保健消费价格指数等变动情况；
6. 重大公共卫生事件、自然灾害等其他影响支出的情况；
7. 其他因素。

（二）职工、居民基本医疗保险年度医保基金收入总额预算用于DIP付费总额、个人账户（职工）、大病保险保费、按床日结算医疗费用、一次性医疗补助（计划生育）、普通门诊统筹费用、门诊特定病种费用、急诊抢救留观费用、单独支付药品费用、异地就医医疗费用等基金支出。

（三）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。

(四) 当年度按 DIP 付费可分配基金预算总额, 由市医保管理中心在确定年度住院医保基金支出预算的基础上, 扣除区域调节金、异地就医, 以及其他不纳入 DIP 结算的费用等, 确定年度 DIP 医保基金支出预算 (即 DIP 住院统筹基金可支付总额)。

计算公式为:

DIP 医保基金支出预算 = 住院医保基金支出预算 - 区域调节金 - 异地就医医保基金支出预算 - 其他支付方式结算费用。

(五) 精神类疾病按床日分值付费总额预算的确定。每年年初, 市医保管理中心根据“以收定支、收支平衡、略有结余”原则以及医保基金预算管理有关规定, 提出当年精神类疾病住院总额预算 (当年初预算总额大于全市精神类医疗机构申请基金支付结算费用时, 以全市精神类医疗机构申请基金支付结算费用为预算数), 报市医疗保障局审定后执行。

五、全市 DIP 病种库和分值确定

(一) 病种库确定

1. 核心病种: 以结算年度前 3 年的医保结算清单和病案数据, 基于可显著区分资源消耗程度的疾病诊断及治疗方式, 使用医保版疾病诊断编码和手术操作编码, 按照“疾病诊断 + 治疗方式”的规则组合形成的病种, 依据治疗方式的具体属性聚类成组, 病例数达到 10 例及以上经论证后可定为核心病种。

2. 综合病种: 按照“主要疾病诊断 + 主要手术操作的具体属性”聚类形成的病种, 依据治疗方式的具体属性聚类成组, 病例

数低于 10 例的病种，形成综合病种。

3. 基层病种：适合基层医疗卫生机构诊治且具备诊治能力的病种为基层病种，定点医疗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。

4. 中医相关病种：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。

5. 日间手术病种：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。日间手术病种的基础系数按 1 执行，不受医疗机构最终权重系数影响，日间手术病种实行动态调整，日间手术的病种基础分值按照我市 DIP 病种标准分值库对应病种分值的 94% 执行，日间手术病种分值随我市 DIP 病种分值库修订而修订。

（二）病种分值确定

1. 病种基础分值：病种基础分值 = (各病种次均医疗总费用 ÷ 全市出院病例次均医疗费用) × 1000 。

次均医疗费用以近三年的历史数据，按 1: 2: 7 的比例进行计算，综合反映历年疾病及费用的发展趋势。

2. 白内障人工晶体病种分值：白内障人工晶体置入术的病种分值采用“诊疗费用分值 + 耗材分值”的方式计算总分值，具体计算办法按有关规定执行。

DIP 目录分组按国家和省最新要求执行，形成本地 DIP 付费病种分值库。DIP 付费病种分值库实行动态调整，市医保行政部门根据按 DIP 付费实施情况，结合我市实际，组织专家论证、完善、更新 DIP 付费病种分值库，并公布执行。

六、系数的确定

（一）建立定点医疗机构等级系数动态调整机制。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，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。

（二）系数分为基本权重系数和加成权重系数。定点医疗机构系数 = 基本系数 + 加成系数。基本权重系数和加成权重系数的设定规则，按照附件 1 河源市按病种分值付费（DIP）医院系数设定方案执行（详见附件 1），实行动态调整。

（三）新增定点医疗机构当年度权重系数取相应级别基本权重系数，不进行加成。

（四）基层病种不执行定点医疗机构系数。

七、审核结算

（一）基金预拨付

医疗保险经办机构按照上年度基本医疗保险统筹基金支付各定点医疗机构按病种分值总额的月平均值，分别拨付城镇职工和城乡居民基本医疗保险 1 个月预付款。预付款纳入年终清算。年度内新增定点医疗机构不划拨预付款。未产生上年度点值之前，

按原支付方式进行预拨付。

（二）城镇职工和城乡居民月度预结算及服务质量考评金

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，月预结算中月清算比例小于 1 的计算方式，按照统筹基金发生的费用，扣除 5%考评金，乘以 90%后进行拨付。月预结算中月清算比例大于等于 1 的计算方式，按照 DIP 分值计算费用（不含其他基金自付自费）扣除 5%考评金，乘以 90%后，再除以上一年度医疗机构的清算比例（上一年度清算比例大于等于 1 按照原清算比例，小于 1 的按 1 计算）进行拨付。

清算比例=各定点医疗机构据实结算的统筹基金支付金额/
按 DIP 分值计算的年度统筹基金应支付额

上年度清算未完毕前，按原支付方式进行月度预结算。

每年 12 月不支付月预结算费用，纳入年度清算。

（三）年度清算

1. 病例分值的确定

（1）病种基础分值为：按照病种库对应的疾病及操作取得分值。

（2）辅助分型病种的分值计算方法：

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。辅助目录调整系数另行制定，具体规则详见附件 2。

(3) 费用偏差较大病例的分值计算方法:

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

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

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费用

当偏差率 < 0.5 时,该病例分值 = 病种基础分值 × 偏差率;

当偏差率 > 2 时,该病例的病种分值 = (偏差率 - 1) × 基础分值;

偏差率 > 2.5 的病例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。

校正规则为:校正分值 = 按本次住院总费用 / 上年度全市对应病种次均住院费用 × 病种标准分值

(4) 特殊条件的病例计算方法:

定点医疗机构可向市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分值付费病例的 5/1000。该类病例由市医保经办机构组织专家评议,我市按季度组织临床专家对特例单议病例进行审核评议,各医疗机构申请特例单议的数量、审核通过的数量等将以公告的形式进行公布。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。

通过评议的特例单议病例，具体的赋分规则为：核定分值=按本次住院总费用/上年度全市对应病种次均住院费用×病种标准分值，在DIP年终清算时予以补偿。

医疗机构运用新技术诊治的病例（以病种分值库开展记录为准），年开展单个病种30例以上的，可调节使用本机构5/1000以外、市内机构5/1000以内的特殊病例数，经评审通过后，予以清算支付。

应用创新医疗技术等特殊病例，累计达到10例以上并符合病种分组条件的，经专家评议组织评议、市医疗保障局审定后，可增补为病种目录库核心病种。

特殊病例应至少满足以下一个条件：

a. 住院天数是本医疗机构当年度平均住院天数5倍以上的病例；

b. 住院总费用超出该病种基准分值与上年度结算点值的乘积2倍以上的病例；

c. 监护病房床位使用天数占住院床位使用总天数60%及以上的病例；

d. 多学科联合诊疗的、多部位（含双侧器官）开展不同手术的病例；

e. 运用创新医疗技术进行救治（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，

我市尚未开展的新技术新项目，各定点医疗机构开展新技术新项目目前应向市医保经办机构备案）的病例；

f. 运用临床高新技术、临床重大技术和临床特色技术的病例；

g. 偏差率在 2.5-4 之间的病例；

h. 医保部门明确的其他情况。

2. 定点医疗机构总分值的确定

定点医疗机构总分为核心病种、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系数加权后的分值总和。

3. 当年度结算点值的确定

(1) 确定全市按病种分值付费病例基金支付率，计算公式如下：

全市按病种分值付费病例基金支付率 = 全市按病种分值付费病例基金支付记账费用 / 全市按病种分值付费病例实际总费用

(2) 确定全市按病种分值付费病例计算总费用，计算公式如下：

全市按病种分值付费病例计算总费用 = 按病种分值付费可支付总额 / 全市按病种分值付费病例基金支付率

(3) 确定当年度结算点值，计算公式如下：

当年度结算点值 = 全市按病种分值付费病例计算总费用 / (各定点医疗机构病种分值总和 - 各定点医疗机构违规扣减分值)

4. 各定点医疗机构年度清算费用的确定

(1) 确定各定点医疗机构按病种分值付费病例的基金支付费用，计算公式如下：

各定点医疗机构按病种分值付费病例的基金支付费用 = (各定点医疗机构参保人住院所属 DIP 组的病例总分值 × 结算点值 × 医保基金支付比例) - 审核扣减费用

(2) 确定各定点医疗机构年度清算费用，计算公式如下：

各定点医疗机构年度清算费用 = 各定点医疗机构按病种分值付费病例的基金支付费用 + 按病种分值付费病例年度考评金

5. 各定点医疗机构病种分值费用年度统筹基金决算金额的计算

对各定点医疗机构据实结算的记账费用与按 DIP 分值计算的年度统筹基金应支付额进行比较（统称“清算比例”）后，按如下方式确定决算金额：

清算比例低于 75%（含）的，按照医疗机构据实结算的记账费用作为决算金额。

清算比例在 75%—90%（含）之间的，按基层病种记账费用 + 非基层病种记账费用 × 110% 计算值作为决算金额。

清算比例在 90%—95%（含）之间的，按基层病种记账费用 + 非基层病种记账费用 × 105% 计算值作为决算金额。

清算比例在 95%—100%（含）之间的，按照医疗机构据实结算的记账费用作为决算金额。

清算比例在 100%（不含）以上的，按病种分值计算的年度统筹基金应支付额作为决算金额。

建立 DIP 付费合理超支分担机制，具体办法详见附件 3。

6. 定点医疗机构清算结果，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。

7. 按照分级管理考评结果，返还按病种分值付费年度服务质量考评金。

八、其他

（一）其他结算方式病种

1. 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。

2. 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：一级定点医疗机构每人每天 160 元，二级定点医疗机构每人每天 250 元，三级定点医疗机构每人每天 290 元。

床日数 = 出院时间 - 入院时间（床日数包含入院当日，剔除出院当日）

床日结算金额 = 总床日数 × 对应等级床日结算标准

（二）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）各定点医疗机构应真实、及时、规范、完整填写医疗保障基金结算清单、病案首页，准确反映住院期间诊疗信息；各定点医疗机构应按照 DIP 付费数据传输接口标准，在规定的时

内上传结算清单、病案首页和出院小结信息等。

(四)参保人在定点医疗机构住院发生按分值结算的基本医疗费用，未实行联网结算的，参保人在医疗保险经办机构办理零星报销后，统一纳入该定点医疗机构的分值结算，参保人已支付的当次住院全部基本医疗费用计入该医疗机构参保人支付费用总额。

(五)单独支付药品费用由基本医疗保险统筹基金单独支付，不列入本次住院的病种医疗总费用核算范围。

(六)在DIP付费改革工作实施过程中，市医疗保障行政部门可根据改革实际情况，印发配套措施、补充通知等对相关条款作适当调整。本办法由市医疗保障部门负责解释。

本办法从2025年11月1日执行，2030年10月31日失效，2025年1月1日至2025年10月31日按病种分值付费(DIP)结算工作按照本办法执行。

- 附件：1. 河源市按病种分值付费(DIP)医院系数设定方案
2. 河源市DIP付费病种辅助目录设置方案
3. 河源市DIP付费合理超支分担机制

