关于《关于做好2023年按病种分值付费（DIP）相关工作的通知（征求意见稿）》起草说明

现将《关于做好2023年按病种分值付费（DIP）相关工作的通知（征求意见稿）》起草情况说明如下：

一、起草背景和过程

为贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）精神，持续深化医保支付方式改革，建立健全以大数据病种分值付费为主的多元复合式医保支付体系，根据《河南省医疗保障局关于印发河南省医疗保障按疾病诊断相关分组（DRG）付费和按病种分值（DIP）付费结算办法（试行）的通知》（豫医保办〔2023〕37号）、《河南省医疗保障局关于印发河南省DIP病种主目录库（1.0版）的通知》（豫医保办〔2023〕42号）等文件要求，结合我市实际，市医保局制定本办法。

按照工作部署，根据国家、省精神和有关要求，在总结实践经验、广泛听取意见、反复研究论证的基础上，经过充分政策调研、梳理问题和测算分析，结合2022年基金清算情况，市医保局起草了《关于做好2023年按病种分值付费（DIP）相关工作的通知（征求意见稿）》。

二、主要内容

2023年1月1日起开始执行《郑州市DIP病种主目录（2023版）》（附件1）、《郑州市DIP基层病种目录（2023版）》（附件2）、《郑州市中医优势病种目录库（2023版）》（附件3）、《郑州市中医住院病种目录（2023版）》（附件4）和《郑州市DIP医疗机构基础等级系数（2023版）》（附件5）。2022版DIP病种目录库（包括郑医保办〔2022〕65号通知印发的中医住院病种）停止使用。

（一）DIP病种主目录库。2023版主目录库包含核心病种8313个（含28个中医核心病种），综合病种4411个，基于《河南省DIP病种主目录库（1.0版）》，结合省直和郑州市（含巩义市）参保人员在郑州市域内医保定点医疗机构历史数据、实际疾病特征、临床特点、资源消耗，确定病种分值。

（二）DIP基层病种目录。依据主目录内的核心病种组合，结合各等级病种病例数、次均费用、病种分值，选择县级及以下医疗机构病例数高于市级及以上医疗机构病例数、各等级间次均费用区分度较小的病种，并结合医学临床和手术分级指南，剔除含复杂手术或风险较高的病种，将298个病种遴选确定为我市DIP基层病种。基层病种等级系数取市一、二级、县一、二、三级医疗机构基础等级系数，设置为0.8632，在不同等级的医疗机构执行同一个等级系数。

（三）中医优势病种目录。按照《河南省医疗保障局 河南省卫生健康委员会关于开展中医优势病种按疗效价值付费试点工作的通知》（豫医保办〔2023〕44号）要求，结合我市实际，对“桡骨远端骨折”等9个中医优势病种实行按疗效价值付费。

（四）中医住院病种目录。中医住院病种是DIP付费的补充。筛选中医治疗费用占比超过总费用45%，且总费用高于对应西医诊断治疗费用的同一病种，依据数据测算高出比例，进行同比例的分值加成。2023年中医住院病种目录与2022年中医住院病种目录保持一致，分值根据近三年历史数据进行一定调整。

（五）中医核心病种。在国家、省级DIP病种目录库基础上，结合本地数据及时调整优化我市DIP病种目录库。增加中医类操作核心病种，完善本地化特色中医支付体系，以满足中医医疗机构对核心病种使用的需要，减少中医医院综合病种占比，减少补偿偏差。郑州市2023年本地中医核心病种形成逻辑与国家、省核心病种逻辑保持一致，将相关中医类操作与主诊断进行组合，对历史数据中超过200例的病例组合形成本地中医核心病种。

（六）医疗机构等级系数。等级系数包含基础系数、加成系数、扣减系数。根据定点医疗机构级别、病种结构、功能定位等客观差异及执行的收费标准等情况，按照疾病严重程度、治疗方式复杂程度和实际资源消耗程度相统一的原则，确定郑州市定点医疗机构基础系数。

测算各定点医疗机构的CMI值(病例组合指数 = 定点医疗机构总分值 ÷ 定点医疗机构总例数 ÷ 100)，根据基础系数医疗机构分类范围，测算各类别定点医疗机构CMI平均数，同各定点医疗机构的CMI值进行比较，高于同类别医疗机构CMI平均数的，取高出平均数的10%做为加成系数，低于同类别医疗机构CMI平均数的，不再加成。三级定点医疗机构病例组合系数最高加成7个百分点；二级定点医疗机构病例组合系数最高加成4个百分点；一级及未定级定点医疗机构病例组合系数最高加成2个百分点。

基础系数和加成系数之和做为郑州市定点医疗机构月度预结算等级系数，年终清算时医疗机构当年的人头人次比与地区平均人头人次比及该医疗机构历史年度人头人次比进行综合比较，人头人次比异常增加的进行扣减系数(具体办法另行制定）。

（七）调整月度预结算预算金额。对月度预结算预算金额进行科学分配，将原来的年度预算金额平均分配额调整为按照历史三年月度统筹基金占比进行计算。

月度预结算预算金额 = 全年预算 × 历史三年统筹基金平均每月支付占全年统筹基金百分比

（八）调整费用异常病例判定机制。对高倍率、低倍率等偏差病例的病例类型判定，由原来地区病种均费调整为医疗机构等级病种均费，减少各等级医疗机构偏差病例占比，提高正常病例占比。

病例倍率判定标准 = 该病例总费用 ÷ （病种地区次均费用 × 该医疗机构基础等级系数）

（九）确定精神类专科医疗机构支付方式。河南省精神病医院、郑州市第八人民医院、郑州市精神病防治医院、登封博爱精神康复医院2023年度符合规定的住院医疗费用实行“项目付费、总额控制、超支分担”的付费方式。2023年度统筹费用控制总额为该定点医疗机构2020至2022年三年统筹费用发生额的平均值（见附件6），其中登封博爱精神康复医院联网不足三年，2023年年度统筹费用控制总额由登封市医疗保障中心根据基金收支情况与该院协商确定。上述定点医疗机构在2023年度统筹费用发生额低于或等于年度统筹费用控制总额的，统筹费用按项目付费据实结算；超过年度统筹费用控制总额的，超出部分根据统筹基金收支情况和累计结余情况由双方按DIP超支分担办法共同分担。

三、明确管理要求

（一）提高基础数据质量。各定点医疗机构要切实加强病案质量管理，建立完善质控制度，严格落实国家15项医保信息业务编码，按照《医疗保障基金结算清单填写规范》要求，规范填写医疗保障基金结算清单，做到应填尽填，据实填写。针对部分手术操作为灰码的要细化填写，涉及全省范围内首次开展且纳入医保支付的高新技术的要据实填写，年终清算时，将根据真实数据情况，形成相关病种组合后予以清算。涉及同一疾病双侧手术问题，逐月上报，审核后根据测算结果确定分值。

（二）规范DIP付费结算流程。为规范DIP结算流程，保障结算工作正常开展，各定点医疗机构应在每月5日前发起上月结算申请，并于每月10日前上传上月医疗保障基金结算清单等相关数据信息。分组结果确认后10个工作日内结算上月住院统筹基金费用，结算时预留5％的质量保证金。对逾期未完成的医疗机构，按实际上传数据计算月度预结算金额，不再按实际产生数据预结算，差额部分待年度清算时再予结算。