关于《关于印发<关于按病种分值付费（DIP）补充事项的通知>的通知》的起草说明

现将《关于印发<关于按病种分值付费（DIP）补充事项的通知>的通知》的起草情况说明如下。

一、文件起草背景

按病种分值付费（DIP）是医保支付方式改革的重要工作，前期我局根据全市医疗保障工作现状，按照试点先行、稳步推进的原则，先后出台了《郑州市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费结算办法（试行）》(郑医保办〔2021〕95号)、《郑州市按病种（DIP）分值付费业务经办规程（试行）》(郑医保办〔2021〕108号)、《郑州市医疗保障局关于按病种（DIP）分值付费实际付费有关事项的通知》(郑医保办〔2022〕1号)等文件，根据工作推进计划，目前我市已具备除中医专科医院外全面执行按病种分值付费条件，经过详实的数据测算和反馈，对2022版DIP病种目录库、异常病历分值算法、特殊情况处理方式等一些问题做出明确，以确保按病种分值付费（DIP）改革顺利进行。

二、主要内容

（一）启用2022版DIP病种目录库

在原《郑州市DIP病种目录库（月预结算版）》和《郑州市DIP医疗机构等级系数（月预结算版）》基础上，制定了《郑州市DIP病种目录库（2022版）》、《郑州市DIP基层病种目录（2022版）》和《郑州市DIP医疗机构等级系数（2022版）》，2022年7月1日起开始执行。《郑州市DIP病种目录库（月预结算版）》和《郑州市DIP医疗机构等级系数（月预结算版）》停止使用。

（二）调整费用异常病例分值算法

医疗费用严重偏离DIP支付标准的病例，对其病种分值进行校准。偏差病例是指住院医疗总费用低于病种次均住院费用50%以下（含50%）或超过病种次均住院费用2倍以上4倍以下（含4倍）的病例，偏差病例以其总费用为基数，重新核定分值，其中：

费用低于同病种次均住院费用50%（含50%）以下的病例分值=病种分值×（该病例总费用÷病种次均住院费用）。

费用超过同病种次均住院费用2倍以上4倍以下（含4倍）的病例分值=病种分值×（该病例总费用÷病种次均住院费用–1）。

（三）明确特殊情况处理方式

针对联合手术和转科治疗两种特殊情况，明确了处理方式。一是对于病情复杂，同一住院过程需进行不同系统手术的参保人，医疗机构应根据参保人实际情况进行治疗，不得分解住院。对于实施联合手术的参保人，医保经办机构定期组织定点医疗机构进行申报，根据实施联合手术项目确定追加分值。二是对于转科处理的患者，要求医疗机构应根据参保人实际情况进行转科继续治疗，不得分解住院，同时将整个住院过程中住院时间最长、对健康危害最大，资源消耗最多诊断作为主诊断，按主诊断进行分组计算分值。

（四）确定各种医疗类别支付方式

对于河南省精神病医院、郑州市第八人民医院、郑州市精神病防治医院、郑州市嵩山医院（郑州市老年病护理医院）、郑州明州护理院、河南省老干部康复医院（河南省老年医院、河南省老干部疗养院）等精神、康复、护理类专科医疗机构，2022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。年度统筹费用发生额低于或等于控制总额的，统筹费用按项目付费据实结算；超过费用控制总额的，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比例分担。新郑精卫精神病医院、登封博爱精神康复医院、中牟悦安精神病医院、荥阳阳光精神病医院因联网结算不足一年，实行项目付费。

对于综合定点医疗机构中精神类、康复类、安宁疗护类参保人费用，根据不同病种分别确定每床/日费用标准，按床日费用进行结算。

对于中医住院病种、优势病种分值目录库制定完成后，及时纳入按病种分值付费（DIP）实际付费范围。

（五）规范按病种分值付费结算流程

为规范结算流程，保障结算工作正常开展，各定点医疗机构应严格按照经办规程明确的时间节点完成结算清单上传、对账和分组结果意见反馈等工作。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。年度内医疗机构出现三次（含）以上未能按时完成按病种分值结算各项工作的，医保经办机构应及时对其进行约谈，限期进行整改，整改不到位的可暂停其《郑州市医疗保障定点医疗机构服务协议》。