

# DB4401

广 州 市 地 方 标 准

DB4401/T 218—2023

## 按病种分值医保支付工作规范

Specification for medical insurance payment of  
diagnosis-intervention packet

2023 - 06 - 10 发布

2023 - 07 - 10 实施

广州市市场监督管理局 发布



## 目 次

前言 .....	III
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 基本原则 .....	3
5 总体要求 .....	3
5.1 机构设置 .....	3
5.2 制度管理 .....	3
5.3 信息系统建设与数据管理 .....	3
6 协议管理 .....	3
7 预算管理 .....	4
7.1 区域总额预算指标的确定原则 .....	4
7.2 区域总额预算指标的组成 .....	4
7.3 区域总额预算指标的确定 .....	4
8 病种目录库 .....	4
8.1 病种目录库的病种 .....	4
8.2 病种目录库的病种分值 .....	4
8.3 病种目录库异常病种的处理 .....	5
8.4 病例入组 .....	5
8.5 分值计算 .....	5
8.6 特殊项目加成分值 .....	6
9 DIP系数 .....	6
9.1 定点医疗机构系数 .....	6
9.2 基层病种系数 .....	6
9.3 床日病种系数 .....	6
10 费用结算和审核 .....	6
10.1 费用结算内容 .....	6
10.2 费用结算的方法 .....	7
10.3 费用审核 .....	7
10.4 病例评审 .....	7
11 监管和考核 .....	8
11.1 监管要求 .....	8
11.2 监管方式 .....	8
11.3 考核 .....	8
12 协商机制 .....	9

12.1	协商方式	9
12.2	评议	9
12.3	其他方式	9
13	DIP信息系统	9
13.1	系统构成	9
13.2	功能要求	9
附录A（资料性）	年度清算指标计算规则	11
附录B（资料性）	DIP入组规则	15
附录C（资料性）	病例分值计算方法	18
附录D（资料性）	定点医疗机构系数设置规则	20
附录E（资料性）	病种系数设置规则	23
附录F（资料性）	病例评审抽样数量	24
	参考文献	25

## 前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广州市医疗保障局提出并归口。

本文件起草单位：广州市医疗保障局、广州市医疗保险服务中心、广州市标准化研究院。

本文件主要起草人：邓佑满、陈琳、林立、周洁、卢晓晶、孙立杰、钟厚、叶舟、李程、郝英华、潘惠娟、陆杭同、谢伟明、李顺斌、罗芳、姚富庆、黄健华、王晶、罗嘉兴、张映钰、黄健、吴文晖、黄凤腾、赖攀君。



# 按病种分值医保支付工作规范

## 1 范围

本文件规定了按病种分值医保支付工作的术语和定义、基本原则、总体要求、协议管理、预算管理、病种目录库、DIP系数、费用结算和审核、监管和考核、协商机制、DIP信息系统等内容。

本文件适用于按病种分值医保支付工作。

本文件不适用于住院医疗费用中涉及的异地住院、指定手术单病种等项目。

## 2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**医保支付** **medical insurance payment**

医疗保险方对医疗服务提供方支付医疗费用的方法。

注1：医疗保险方指医疗保障部门，包括医疗保障行政部门和经办机构；医疗服务提供方指定点医疗机构。

注2：广义的医保支付还包括医疗保险方对医疗服务接受方，即对参保人的付费，本文仅讨论对医疗服务提供方的付费。

### 3.2

**定点医疗机构** **designated medical institution**

自愿与统筹地区经办机构签订医保服务协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

### 3.3

**区域总额预算** **global budget**

整个统筹区对定点医疗机构医保住院患者医疗费用进行按病种分值付费结算的统筹基金总额。

### 3.4

**按病种分值付费** **diagnosis-intervention packet**

医疗保障部门依据辖区内各定点医疗机构的总分值和区域医保基金总额预算，结合病种分值、每分值费用、系数、考核结果等综合指标，确定各个定点医疗机构的年度实际医保结算金额，对各定点医疗机构进行支付的付费方式，简称DIP。

### 3.5

**病种** **diagnosis-intervention**

疾病诊断与治疗方式的组合。

### 3.6

**病种分值** **related weight**

依据每一个病种的资源消耗程度所赋予的点值，反映疾病的严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度。

### 3.7

**病种目录库** **DIP grouping database**

在一个医保统筹区内,医疗保障部门按照给定规则确定的所有的病种及其对应的病种分值构成的数据库。

### 3.8

#### **基准病种 benchmark DIP grouping database**

定点医疗机构普遍开展、临床路径明确、并发症与合并症少、诊疗技术成熟且费用相对稳定的病种。

注:广州市DIP基准病种是“急性阑尾炎:腹腔镜下阑尾切除术”。

### 3.9

#### **核心病种 core DIP grouping database**

一定时期内,具有一定病例数的病种。

### 3.10

#### **综合病种 mixed DIP grouping database**

未纳入核心病种的病例聚类形成的病种。

### 3.11

#### **床日病种 paying by day DIP grouping database**

需要长期住院治疗、康复、护理的病种。

### 3.12

#### **按病种分值付费系数 coefficient of DIP**

根据不同定点医疗机构之间医疗水平、医疗资源消耗程度差异确定的按病种分值付费调节系数,主要包括定点医疗机构系数和病种系数,简称DIP系数。

### 3.13

#### **定点医疗机构系数 coefficient of medical institution**

不同定点医疗机构收治医保住院患者时综合资源消耗的比例关系。

### 3.14

#### **病种系数 coefficient of diagnosis-intervention**

反映不同定点医疗机构收治特定病种(包括基层病种、床日病种)医保住院患者时综合资源消耗的比例关系。病种系数运用于特定病种的分值计算。

### 3.15

#### **周转金拨付 appropriation of working capital**

医疗保障部门按照政策规定的比例向定点医疗机构预先拨付医保费用。

### 3.16

#### **月度预结算 monthly pre-account**

医疗保障部门根据定点医疗机构每月申报的DIP医疗费用统筹基金记账数据,在一定时限内向定点医疗机构预拨付有关医疗费用。

### 3.17

#### **年度清算 annual liquidation**

年度结束时,医疗保障部门根据全市定点医疗机构的DIP月度申报、审核和预结算数据,结合全市年度住院统筹基金支出总额、年度考核系数等指标,计算出各定点医疗机构全年可获得的医保基金支付金额。

### 3.18

#### **DIP病例评审 case review of DIP**

医疗保障部门对实施DIP的病例按一定规则抽样,定期组织医疗专家对抽样病例进行集体评审并计算各定点医疗机构得分的过程。

## 4 基本原则

### 4.1 预算管理，统筹规划

实现区域总额预算管理，不制定各定点医疗机构总额控制指标，促进医疗卫生资源合理配置，推进医保基金平稳高效运行。

### 4.2 数据支撑，科学管理

以客观数据为支撑，充分反映医疗服务产出，调动医务人员积极性，促进医疗资源有效利用。

### 4.3 沟通协商，动态维护

建立沟通协商工作机制，完善病种组合目录、病种分值等动态维护机制，着力保障参保人员基本医疗需求。

## 5 总体要求

### 5.1 机构设置

5.1.1 医疗保障部门、定点医疗机构应设置专（兼）职工作机构，负责DIP工作的管理。

5.1.2 工作机构内应根据实际情况配备专（兼）职工作人员，负责DIP工作的具体实施。

### 5.2 制度管理

医疗保障部门应制定完善的DIP管理工作制度，包括但不限于：

- a) 目录管理制度；
- b) 申报结算制度；
- c) 数据报送制度；
- d) 考核评价制度；
- e) 信息系统管理和应急预案。

### 5.3 信息系统建设与数据管理

5.3.1 医疗保障部门应建立全市统一的医疗保险信息平台，加强数据管理，为DIP业务提供支撑。

5.3.2 医疗保障部门应指导定点医疗机构建立医疗保险信息系统并根据DIP业务需要进行信息系统的对接。

5.3.3 定点医疗机构应做好数据的采集工作，严格把控数据质量。

5.3.4 医疗保障部门应对定点医疗机构上传数据工作、数据质量管理等进行培训、指导、审核和反馈。

## 6 协议管理

6.1 医疗保障部门应与定点医疗机构签订医保服务协议，明确双方的权利义务。

6.2 医保服务协议中关于DIP的内容应包括但不限于：

- a) 目录管理：应做好基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录的管理和执行工作；
- b) 医疗费用管理：约定医疗费用申报、结算、审核、支付及争议处理等；
- c) 数据报送：约定数据报送要求、流程等；
- d) 信息系统管理：应明确信息系统的接入、软硬件的配置、数据维护等；

e) 监督管理：规定考核内容及违约情形等。

## 7 预算管理

### 7.1 区域总额预算指标的确定原则

区域总额预算指标的确定应统筹考虑物价水平、参保人医疗消费行为、总额增长率等因素，合理确定区域总额预算指标。

### 7.2 区域总额预算指标的组成

区域总额预算指标包括全市年度住院统筹基金支出总额、全市年度DIP调节金支出总额、全市年度DIP住院统筹基金支出总额。

### 7.3 区域总额预算指标的确定

7.3.1 总额的计算规则由医疗保障部门确定。

7.3.2 全市年度DIP住院统筹基金支出总额为全市年度住院统筹基金支出总额减去全市年度DIP调节金支出总额及不纳入当年度DIP住院清算的费用之后的金额，具体计算方法见附录A.1。

## 8 病种目录库

### 8.1 病种目录库的病种

#### 8.1.1 病种目录库的形成

病种目录库应以医疗保障基金结算清单数据为基础，按照出院诊断、手术操作编码或治疗方式组合形成初始病种，结合病例数和国家DIP预分组目录，确定核心病种和综合病种。

#### 8.1.2 病种目录库的动态调整

8.1.2.1 应建立DIP病种目录库动态调整机制。

8.1.2.2 应综合DIP运行情况、病种数量和费用、临床诊疗技术发展及淘汰、定点医疗机构意见建议等，对DIP病种目录库进行动态调整。

8.1.2.3 清算年度内病种目录库不做调整。

### 8.2 病种目录库的病种分值

8.2.1 根据各病种一定时期内的次均医疗费用，对照基准病种分值（1000分）计算各病种分值，结果取整。

8.2.2 核心病种、综合病种、基层病种分值计算方法见公式（1）：

$$F_{hx} (F_{zh}、F_{jc}) = (E_{bz}/E_{jz}) \times 1000 \dots \dots \dots (1)$$

式中：

$F_{hx}$ ——核心病种分值；

$F_{zh}$ ——综合病种分值；

$F_{jc}$ ——基层病种分值；

$E_{bz}$ ——各病种次均医疗费用；

$E_{jz}$ ——基准病种次均医疗费用。

8.2.3 床日病种分值计算方法见公式(2)：

$$F_{cr} = (E_{cr}/E_{jz}) \times 1000 \dots \dots \dots (2)$$

式中：

$F_{cr}$ ——床日病种分值；

$E_{cr}$ ——各床日病种日均医疗费用；

$E_{jz}$ ——基准病种次均医疗费用。

8.2.4 中医优势病种分值参考中医定点医疗机构相关病种医疗费用计算。

8.2.5 对于病种缺失，可结合专家和定点医疗机构的建议，重新提取数据进行测算。

### 8.3 病种目录库异常病种的处理

8.3.1 对于病种出现明显逻辑错误（如手术操作多的分值低于操作少的分值，或相似病种但分值相差较大等情况）且手术操作相近的，可在专家评议和协调沟通基础上，通过病种例数和次均费用的加权统一为相同分值。计算方法见公式(3)：

$$F_{AB} = (F_A \times N_A + F_B \times N_B) / (N_A + N_B) \dots \dots \dots (3)$$

式中：

$F_{AB}$ ——A病种、B病种加权后的分值；

$F_A$ ——A病种分值；

$N_A$ ——A病种例数；

$F_B$ ——B病种分值；

$N_B$ ——B病种例数。

8.3.2 对于个别费用异常病例造成病种分值出现较大偏差的，可排除异常费用后重新计算病种分值。

### 8.4 病例入组

医疗保障部门应按照病例精确匹配入组-模糊匹配入组-入组综合病种的优先级，制定病例入组规则，入组规则参见附录B。

### 8.5 分值计算

#### 8.5.1 病例的分值计算分类

病例的分值计算以DIP病种目录库为基础，并利用辅助分型等方式体现次要诊断、年龄等因素的特殊性特征对费用造成的影响。病例的分值计算分为以下3类：

a) 普通病例的分值计算；

b) 辅助分型病例的分值计算；

c) 特殊病例的分值计算。

注：纳入辅助分型病例、特殊病例计算分值的，不再按普通病例计算分值。

#### 8.5.2 普通病例的分值计算

普通病例分值根据各病种分值、病例医疗费用偏差系数确定。其中病例医疗费用偏差系数的计算方法见附录C.1。

#### 8.5.3 辅助分型病例的分值计算

辅助分型病例主要通过疾病严重程度辅助分型、年龄辅助分型、监护病房住院天数等进行细化分型。计算方法见附录 C. 2。

#### 8.5.4 特殊病例的分值计算

特殊病例分值根据病例实际医疗费用确定。特殊病例的范围、申请流程及分值计算方法见附录 C. 3。

### 8.6 特殊项目加成分值

8.6.1 对临床必需且对病种分值有较大影响的药品和医疗技术等项目，经市医保支付制度评议组织评议后，确定为特殊项目。

8.6.2 对普通病例、辅助分型病例中的特殊项目费用单独计算加成分值。特殊项目加成分值根据特殊项目费用、上上年度病种每分值费用等综合确定。

8.6.3 特殊项目的范围及加成分值确定规则见附录 C. 4。

## 9 DIP系数

### 9.1 定点医疗机构系数

9.1.1 定点医疗机构系数包括基本系数和加成系数，运用于定点医疗机构除基层病种、床日病种和特殊病例以外的病例分值计算。

9.1.2 定点医疗机构系数计算方法见公式（4）：

$$R_{jg}=R_{jb} \times (1+R_{jc}) \dots\dots\dots (4)$$

式中：

$R_{jg}$ ——定点医疗机构系数；

$R_{jb}$ ——基本系数；

$R_{jc}$ ——加成系数。

9.1.3 医疗保障部门应制定定点医疗机构系数设置规则，设置规则参见附录D。

### 9.2 基层病种系数

基层病种系数应按照规定比例设置，设置规则参见附录E. 1。

### 9.3 床日病种系数

9.3.1 床日病种系数包括床日病种基本系数和床日加成系数。

9.3.2 床日病种系数计算方法见公式（5）：

$$R_{cr}=R_{jbc} \times (1+R_{jccr}) \dots\dots\dots (5)$$

式中：

$R_{cr}$ ——床日病种系数；

$R_{jbc}$ ——床日病种基本系数；

$R_{jccr}$ ——床日加成系数。

9.3.3 床日病种基本系数和床日加成系数计算方法见附录E. 2。

## 10 费用结算和审核

### 10.1 费用结算内容

DIP费用结算包括周转金拨付、月度预结算、年度清算。

## 10.2 费用结算的方法

### 10.2.1 周转金拨付

医疗保障部门根据各定点医疗机构医保分级管理等级评定结果,对符合周转金拨付条件的定点医疗机构以该机构上年度1月~10月月均申报的按病种分值付费统筹基金住院记账费用为基数,按一定比例拨付周转金。

注:周转金拨付比例根据医保分级管理等级评定结果确定,AAA级100%、AA级80%、A级60%。

### 10.2.2 月度预结算

定点医疗机构月度预结算费用由医疗保障部门按照当月申报的按病种分值付费统筹基金住院记账费用95%的比例预拨付给各定点医疗机构。

### 10.2.3 年度清算

#### 10.2.3.1 年度清算规则如下:

- a) 计算全市年度DIP分值总额。该指标是根据全市年度DIP住院统筹基金支出总额和医疗费用统筹基金支付率计算确定的可用于年度清算分配的总医疗费用;
- b) 计算全市定点医疗机构的年度分值总和;
- c) 计算每分值费用;
- d) 根据每分值费用、审核扣减金额、年度考核系数等指标,计算出各定点医疗机构的年度总分值统筹费用;
- e) 根据记账费用(审核扣减后)与年度总分值统筹费用的比例,计算出各定点医疗机构结余留用或超支补偿金额,确定清算支付总额;
- f) 根据清算支付总额与月度预结算已支付金额,计算出清算实际支付金额。

#### 10.2.3.2 年度清算各指标的计算规则见附录A。

## 10.3 费用审核

10.3.1 费用审核应建立初审、复审两级审核制度,采用人工审核和智能审核相结合的方式进行。

10.3.2 医疗保障部门应制定DIP费用的审核内容、审核规则和审核工作流程。

10.3.3 医疗保障部门应根据医保政策和服务协议,规范开展费用审核,并将审核结果通知定点医疗机构。

## 10.4 病例评审

10.4.1 医疗保障部门应制定DIP病例评审工作方案,明确病例抽样范围及比例、评审人员组成、评审内容、评审流程、计分规则和病例评审支付比例计算方法等内容。医疗保障部门应将病例评审结果通知定点医疗机构。

10.4.2 医疗保障部门对各定点医疗机构医疗费用偏差系数大于2.5的病例进行随机抽样。抽样数量参见附录F。

10.4.3 评审人员由医疗专家和编码专家组成,资质要求应符合:

- a) 医疗专家应为二、三级医院的副高级职称四年以上或正高级职称的临床科室医疗专家;
- b) 编码专家应具有中级以上病案管理职称或具有该岗位八年以上工作经历。

10.4.4 各定点医疗机构的病例评审支付比例应用于年度清算，用于确定病例评审扣减金额，计算方法见公式（6）：

$$P_{ps} = T_{ps} \times (1 - R_{ps}) \dots \dots \dots (6)$$

式中：

- P<sub>ps</sub>——病例评审扣减金额；
- T<sub>ps</sub>——纳入评审范围病例的记账费用总额；
- R<sub>ps</sub>——病例评审支付比例。

## 11 监管和考核

### 11.1 监管要求

11.1.1 医疗保障部门应建立基于管理区域、定点医疗机构、医保医师、参保人、病种、病案填写等多维度指标组成的监管指标体系，并根据监管指标体系运行情况，补充和更新监管指标，完善监管指标体系组成。

11.1.2 医疗保障部门应通过DIP管理信息系统，对DIP数据进行监测、分析，确定疑点数据后及时启动监督检查。

### 11.2 监管方式

根据DIP数据监测的结果，采取相应的监管方式，主要包含以下两种形式：

- a) 日常监管，主要通过查阅病历、调查询问、定点医疗机构自查等方式进行，规范医疗行为，落实DIP管理要求；
- b) 专项检查，对于日常监管难以认定的违规行为，医疗保障部门认为有必要的，可以启动专项检查，邀请医疗、病案专家或第三方机构做进一步病历评审或开展现场检查。

### 11.3 考核

#### 11.3.1 考核形式

医疗保障部门每年度组织对定点医疗机构履行协议及执行政策情况进行考核，形成年度综合考核分数。

#### 11.3.2 考核指标

年度考核指标包括定点医疗机构DIP管理及运行情况、社会保险医疗服务基础管理情况、信息系统建设及管理情况、满意度调查等。其中DIP管理及运行情况主要包括以下方面：

- a) DIP住院管理（诊断编码、手术操作编码与诊断名称、手术操作名称是否相符，是否涉及高套分值等）；
- b) DIP结算信息上传及时率（在参保人就医结算后机构是否及时上传医保结算清单、病案首页、出院小结）；
- c) DIP费用指数；
- d) 人次人头比；
- e) DIP自费率；
- f) 其他根据管理要求制定的考核指标。

#### 11.3.3 考核分数确定

医疗保障部门根据考核项目及评分标准对当年度纳入考核范围的定点医疗机构进行评分，总分为1000分，考核扣分在各考核类别的基本分值范围内扣完为止，其他指标（受处理情况、媒体宣传和配合工作）均在总分核算完毕后进行加、减，最终得分不超过1000分。

#### 11.3.4 考核结果应用

考核结果应用于年度清算等工作。

### 12 协商机制

#### 12.1 协商方式

医疗保障部门应建立协商机制，通过评议等多种方式加强与专家、定点医疗机构之间的协商沟通。

#### 12.2 评议

##### 12.2.1 评议原则

评议组织应遵循公平公正、科学合理、动态调整、实事求是、专家评议、程序公开、结果透明等原则进行议事。

##### 12.2.2 评议内容

评议内容主要包括以下几个方面：

- a) 对提交的病种组合、病种分值、系数等调整内容开展评议，提出评议意见；
- b) 对提交的特殊病例以及有争议的扣减分值等内容开展评议，提出评议意见；
- c) 对医保支付制度提出专业、操作性强的意见建议；
- d) 与医保支付制度有关的重大事项。

##### 12.3 其他方式

通过调研、座谈、评审等多种方式，充分征求专家、定点医疗机构对DIP病种、分值、系数等核心要素的意见建议。

### 13 DIP信息系统

#### 13.1 系统构成

应建设与DIP付费工作相适应的信息系统，统一基础代码，利用大数据优势建立完整管理体系。DIP信息系统由医保信息系统、DIP管理信息系统构成。

#### 13.2 功能要求

##### 13.2.1 医保信息系统

医保信息系统是DIP信息系统的核心，应能够实现定点医疗机构的结算、结算清单的上传等，并为DIP管理信息系统提供医保大数据资源。

##### 13.2.2 DIP管理信息系统

DIP管理信息系统应实现与医保信息系统的数据交互，满足双向数据交换和业务协同需求，实现病种分值计算及病种分值库管理、基金监管和评价功能。

**附录 A**  
**(资料性)**  
**年度清算指标计算规则**

### A.1 全市年度DIP住院统筹基金支出总额

计算方法见公式 (A.1)：

$$T_{bz} = T - A - P_{qt} - P_{zt} \dots \dots \dots (A.1)$$

式中：

- $T_{bz}$ ——全市年度DIP住院统筹基金支出总额；
- $T$ ——全市年度住院统筹基金支出总额；
- $A$ ——全市年度DIP调节金支出总额；
- $P_{qt}$ ——非DIP项目住院统筹基金支出费用；
- $P_{zt}$ ——中途解除服务协议清算住院统筹基金支出费用。

注：非DIP项目住院统筹基金支出费用包括异地住院统筹基金支出费用、指定手术单病种项目统筹基金支出费用等。

### A.2 全市年度DIP分值总额

计算方法见公式 (A.2)：

$$T_{fz} = T_{bz} / R_{tc} \dots \dots \dots (A.2)$$

式中：

- $T_{fz}$ ——全市年度DIP分值总额；
- $T_{bz}$ ——全市年度DIP住院统筹基金支出总额；
- $R_{tc}$ ——医疗费用统筹基金支付率。

### A.3 全市当年度每分值病种费用

#### A.3.1 定点医疗机构年度分值计算方法见公式 (A.3)：

$$F_{jg} = (\Sigma F_{hx} + \Sigma F_{zh} + \Sigma F_{zy} + \Sigma F_{fx}) \times R_{jg} + (\Sigma F_{jc}) \times R_{jc} + (\Sigma F_{cr}) \times R_{cr} + \Sigma F_{ts} + \Sigma F_{xm} \dots \dots \dots (A.3)$$

式中：

- $F_{jg}$ ——定点医疗机构年度分值；
- $\Sigma F_{hx}$ ——核心病种病例累计分值；
- $\Sigma F_{zh}$ ——综合病种病例累计分值；
- $\Sigma F_{zy}$ ——中医优势病种病例累计分值；
- $\Sigma F_{fx}$ ——辅助分型病例累计分值；
- $R_{jg}$ ——定点医疗机构系数；
- $\Sigma F_{jc}$ ——基层病种病例累计分值；
- $R_{jc}$ ——基层病种系数；
- $\Sigma F_{cr}$ ——床日病种病例累计分值；
- $R_{cr}$ ——床日病种系数；
- $\Sigma F_{ts}$ ——特殊病例累计分值；

$\Sigma F_{xm}$ ——特殊项目加成累计分值。

A.3.2 全市定点医疗机构年度分值总和 ( $\Sigma F_{jg}$ ) 为全市各定点医疗机构年度分值 ( $F_{jg}$ ) 之和。

A.3.3 全市当年度病种每分值费用计算方法见公式 (A.4) :

$$C_{dn} = T_{fz} / \Sigma F_{jg} \dots\dots\dots (A.4)$$

式中:

- $C_{dn}$ ——全市当年度病种每分值费用;
- $T_{fz}$ ——全市年度按病种分值付费分值总额;
- $\Sigma F_{jg}$ ——全市定点医疗机构年度分值总和。

#### A.4 总分值统筹费用及记账系数

A.4.1 定点医疗机构DIP年度总分值统筹费用计算方法见公式 (A.5) :

$$P_{tc} = F_{jg} \times C_{dn} \times R_{zf} \times R_{kh} - P_{sh} \dots\dots\dots (A.5)$$

式中:

- $P_{tc}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值统筹费用;
- $F_{jg}$ ——定点医疗机构年度分值;
- $C_{dn}$ ——全市当年度病种每分值费用;
- $R_{zf}$ ——定点医疗机构年度DIP医疗费用统筹基金支付率;
- $R_{kh}$ ——年度考核系数;
- $P_{sh}$ ——费用明细审核扣减金额。

注1: 年度考核系数 ( $R_{kh}$ ) 由医疗保障部门根据各定点医疗机构考核结果确定。

注2: 定点医疗机构年度DIP医疗费用统筹基金支付率 ( $R_{zf}$ ) 等于该定点医疗机构DIP累计记账费用与其医疗费用的比值。

A.4.2 定点医疗机构DIP年度总分值记账系数计算方法见公式 (A.6) :

$$R_{jz} = P_{jz} / P_{tc} \dots\dots\dots (A.6)$$

式中:

- $R_{jz}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值记账系数;
- $P_{jz}$ ——定点医疗机构DIP扣减后累计记账费用;
- $P_{tc}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值统筹费用。

#### A.5 结余留用费用

##### A.5.1 定点医疗机构DIP结余系数

A.5.1.1 当  $R_{jz} \leq 0.8$  或  $R_{jz} \geq 1$  时, 定点医疗机构DIP结余系数为0。

A.5.1.2 当  $0.8 < R_{jz} \leq 0.9$  时, 定点医疗机构DIP结余系数计算方法见公式 (A.7) :

$$R_{jy} = 0.1 - 10 \times (0.9 - R_{jz})^2 \dots\dots\dots (A.7)$$

式中:

- $R_{jy}$ ——定点医疗机构DIP结余系数;
- $R_{jz}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值记账系数。

A.5.1.3 当  $0.9 < R_{jz} < 1$  时, 定点医疗机构DIP结余系数计算方法见公式 (A.8) :

$$R_{jy} = 1 - R_{jz} \dots\dots\dots (A.8)$$

式中:

$R_{jy}$ ——定点医疗机构DIP结余系数；  
 $R_{jz}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值记账系数。

#### A.5.2 定点医疗机构DIP结余留用费用

计算方法见公式（A.9）：

$$P_{jy} = P_{tc} \times R_{jy} \dots \dots \dots (A.9)$$

式中：

$P_{jy}$ ——定点医疗机构DIP结余留用费用；  
 $P_{tc}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值统筹费用；  
 $R_{jy}$ ——定点医疗机构DIP结余系数。

注：年度内受到市医疗保障部门约谈处理的， $P_{jy}$ 在相应结果基础上乘以70%；受到中止医保服务协议等处理的， $P_{jy}=0$ 。

#### A.6 超支补偿费用

##### A.6.1 定点医疗机构DIP超支金额

A.6.1.1 当 $1 < R_{jz} \leq 1.15$ 时，计算方法见公式（A.10）：

$$P_{cz} = P_{tc} \times (R_{jz} - 1) \dots \dots \dots (A.10)$$

式中：

$P_{cz}$ ——定点医疗机构DIP超支金额；  
 $P_{tc}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值统筹费用；  
 $R_{jz}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值记账系数。

A.6.1.2 当 $R_{jz} > 1.15$ 时，计算方法见公式（A.11）：

$$P_{cz} = P_{tc} \times 15\% \dots \dots \dots (A.11)$$

式中：

$P_{cz}$ ——定点医疗机构DIP超支金额；  
 $P_{tc}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值统筹费用；  
 $R_{jz}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值记账系数。

##### A.6.2 定点医疗机构DIP超支补偿费用

计算方法见公式（A.12）：

$$P_{cb} = P_{cz} \times R_{tj} \dots \dots \dots (A.12)$$

式中：

$P_{cb}$ ——定点医疗机构DIP超支补偿费用；  
 $P_{cz}$ ——定点医疗机构DIP超支金额；  
 $R_{tj}$ ——定点医疗机构DIP调节金系数。

注1：AAA级、AA级及其他定点医疗机构的 $R_{tj}$ 分别为0.85、0.8、0.75；年度内受到市医疗保障部门约谈处理的， $R_{tj}$ 在相应结果基础上乘以70%；受到中止医保服务协议等处理的， $R_{tj}=0$ 。

注2： $P_{cb}$ 在全市年度调节金支出总额（A）中支出。当全市各定点医疗机构累计超支补偿费用（ $\sum P_{cb}$ ）大于A时，由调节金按比例（ $A / \sum P_{cb}$ ）支付。

#### A.7 清算支付总额

A.7.1 当 $R_{jz} \leq 1$ 时，计算方法见公式（A.13）：

$$T_{qs} = P_{jz} + P_{jy} - P_{ps} \dots \dots \dots (A.13)$$

式中：

- $T_{qs}$ ——定点医疗机构DIP年度统筹基金清算支付总额；
- $P_{jz}$ ——定点医疗机构DIP扣减后累计记账费用；
- $P_{jy}$ ——定点医疗机构DIP结余留用费用；
- $P_{ps}$ ——定点医疗机构DIP病例评审扣减金额；
- $R_{jz}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值记账系数。

A.7.2 当 $R_{jz} > 1$ 时，计算方法见公式（A.14）：

$$T_{qs} = P_{tc} + P_{cb} - P_{ps} \dots \dots \dots (A.14)$$

式中：

- $T_{qs}$ ——定点医疗机构DIP年度统筹基金清算支付总额；
- $P_{tc}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值统筹费用；
- $P_{cb}$ ——定点医疗机构DIP超支补偿费用；
- $P_{ps}$ ——定点医疗机构DIP病例评审扣减金额；
- $R_{jz}$ ——定点医疗机构DIP年度总分值记账系数。

### A.8 清算支付金额

计算方法见公式（A.15）：

$$P_{zf} = T_{qs} - \sum P_{yj} \dots \dots \dots (A.15)$$

式中：

- $P_{zf}$ ——定点医疗机构DIP年度统筹基金清算支付金额；
- $T_{qs}$ ——定点医疗机构DIP年度统筹基金清算支付总额；
- $\sum P_{yj}$ ——定点医疗机构DIP累计月度预结算费用。

**附 录 B**  
**(资料性)**  
**DIP入组规则**

### B.1 入组规则

入组规则的优先级为规则一>规则二>规则三>规则四>规则五>规则六。

### B.2 规则一（多诊断病种入组规则）

B.2.1 医疗保障结算清单（以下简称结算清单）主要疾病诊断编码（以下简称诊断编码）和其他诊断编码包含多诊断病种的两个诊断编码，手术操作编码（以下简称操作编码）为空或操作编码录入选项为“选择性”时（录入选项按照医保版操作编码映射至国家临床版3.0手术操作编码的“录入选项”判断，下同），入组相应的n（y）病种。

B.2.2 同时符合的病种有两个或以上时，入组该病例费用与《广州市医保按病种分值付费病种目录（2022年版）》（以下简称《2022年版病种目录》）相关病种同级别定点医疗机构分值费用标准差额绝对值最小的病种。

B.2.3 如绝对值最小的病种出现两个或以上，且分值有高有低时，取高分值的病种。

B.2.4 如对应病种出现两个或以上，且分值相同时，选其一。

### B.3 规则二（一级核心病种入组规则）

B.3.1 结算清单的诊断编码和操作编码与《2022年版病种目录》一级核心病种能完全匹配时，入组唯一匹配的病种；当操作编码为空或操作编码录入选项为“选择性”时，入组相应的n（y）病种。

B.3.2 结算清单的诊断编码能匹配《2022年版病种目录》一级核心病种，但操作编码数量多于相关病种操作编码数量时：

- a) 优先入组该病例费用与《2022年版病种目录》中相关病种同级别定点医疗机构分值费用标准差额绝对值最小的病种；
- b) 如绝对值最小的病种出现两个或以上，且分值有高有低时，取高分值病种；
- c) 如对应病种出现两个或以上，且分值相同时，选其一。

B.3.3 结算清单的诊断编码能匹配《2022年版病种目录》一级核心病种，但操作编码无相关病种时，则按照操作编码类别入组，分为下列四种情形。

- a) 当操作编码含手术或介入治疗时，入组手术病种。
- b) 当操作编码仅有诊断性操作时，入组诊断性操作病种。
- c) 当操作编码仅有治疗性操作时，入组治疗性操作病种。
- d) 当操作编码同时含有诊断性操作和治疗性操作时：
  - 1) 优先入组该病例费用与《2022年版病种目录》中相关病种同级别定点医疗机构分值费用标准差额绝对值最小的诊断性操作或治疗性操作病种；
  - 2) 如绝对值最小的病种出现两个或以上，且分值有高有低时，取高分值病种；
  - 3) 如对应病种出现两个或以上，且分值相同时，选其一。

注：操作类别按照医保版操作编码映射至国家临床版3.0手术操作编码的“fop1b”项判断，操作级别按照医保版操

作编码映射至国家临床版3.0手术操作编码的“fopjb”项判断，下同。

#### B.4 规则三（二级核心病种入组规则）

B.4.1 结算清单的诊断编码和操作编码与《2022年版病种目录》二级核心病种能完全匹配时，入组唯一匹配的病种；当操作编码为空或操作编码录入选项为“选择性”时，入组相应的n（y）病种。

B.4.2 结算清单的主要诊断编码能匹配《2022年版病种目录》二级核心病种，但操作编码数量多于相关病种操作编码数量时，分为下列四种情形。

- a) 优先入组手术和介入治疗数量最多的病种。
- b) 当手术和介入治疗数量相同的病种存在两个或以上时，优先入组操作编码级别为四级的病种。
- c) 当操作编码级别为四级的病种存在两个或以上时，优先入组四级操作编码多的病种。
- d) 当四级操作编码数量相同的病种存在两个或以上时：
  - 1) 优先入组该病例费用与《2022年版病种目录》中相关病种同级别定点医疗机构分值费用标准差额绝对值最小的病种；
  - 2) 如绝对值最小的病种出现两个或以上，且分值有高有低时，取高分值病种；
  - 3) 如对应病种出现两个或以上，且分值相同时，选其一。

#### B.5 规则四（三级核心病种入组规则）

B.5.1 结算清单的诊断编码和操作编码与《2022年版病种目录》三级核心病种能完全匹配时，入组唯一匹配的病种；当操作编码为空或操作编码录入选项为“选择性”时，入组相应的n（y）病种。

B.5.2 结算清单的诊断编码能匹配《2022年版病种目录》三级核心病种，但操作编码数量多于相关病种操作编码数量时，分为下列四种情形。

- a) 优先入组手术和介入治疗数量最多的病种。
- b) 当手术和介入治疗数量相同病种存在两个或以上时，优先入组操作编码级别为四级的病种。
- c) 当操作编码为四级的病种存在两个或以上时，优先入组四级操作编码多的病种。
- d) 当四级操作编码数量相同的病种存在两个或以上时：
  - 1) 优先入组该病例费用与《2022年版病种目录》中相关病种同级别定点医疗机构分值费用标准差额绝对值最小的病种；
  - 2) 如绝对值最小的病种出现两个或以上，且分值有高有低分值时，取高分值病种；
  - 3) 如对应病种出现两个或以上，且分值相同时，选其一。

#### B.6 规则五（一级综合病种入组规则）

结算清单的诊断编码能匹配《2022年版病种目录》一级综合病种，分为下列四种情形。

- a) 当操作编码含手术或介入治疗时，优先入组手术病种。
- b) 当操作编码仅有诊断性操作时，入组诊断性操作病种。
- c) 当操作编码仅有治疗性操作时，入组治疗性操作病种。
- d) 当操作编码同时含有诊断性操作和治疗性操作时：
  - 1) 优先入组该病例费用与《2022年版病种目录》中相关病种同级别定点医疗机构分值费用标准差额绝对值最小的诊断性操作或治疗性操作病种；
  - 2) 如绝对值最小的病种出现两个以上有高有低分值时，取高分值的病种；
  - 3) 如对应病种出现两个或以上，且分值相同时，选其一。

## B.7 规则六（二级综合病种入组规则）

按上述规则均不能入组的病例归入二级综合病种，按主要诊断首字母判断，分为下列五种情形。

- a) 当操作编码为空或操作编码录入选项为“选择性”时，入组相应的 n (y) 病种。
- b) 当操作编码含手术或介入治疗时，优先入组手术病种。
- c) 当操作编码仅有诊断性操作时，入组诊断性操作病种。
- d) 当操作编码仅有治疗性操作时，入组治疗性操作病种。
- e) 同时含有诊断性操作和治疗性操作时：
  - 1) 优先入组该病例费用与《2022年版病种目录》中相关病种同级别定点医疗机构分值费用标准差额绝对值最小的诊断性操作或治疗性操作病种；
  - 2) 如绝对值最小的病种出现两个或以上，且分值有高有低时，取高分值病种；
  - 3) 如对应病种出现两个或以上，且分值相同时，选其一。

DB4401

附 录 C  
(资料性)  
病例分值计算方法

### C.1 病例医疗费用偏差系数

病例医疗费用偏差系数计算方法见公式 (C.1)：

$$R_{pc} = E_{bl} / E_{tjbz} \dots\dots\dots (C.1)$$

式中：

- $R_{pc}$ ——病例医疗费用偏差系数；
- $E_{bl}$ ——该病例实际医疗费用；
- $E_{tjbz}$ ——该病种同级别定点医疗机构分值费用标准。

### C.2 辅助分型病例的分值计算

辅助分型病例分值计算方法见公式 (C.2)：

$$F_{fz} = F \times R_{fz} \dots\dots\dots (C.2)$$

式中：

- $F_{fz}$ ——辅助分型病例分值；
- $F$ ——该病种分值；
- $R_{fz}$ ——辅助分型调整系数。

### C.3 特殊病例

#### C.3.1 特殊病例的分值计算

特殊病例分值计算方法见公式 (C.3)：

$$F_{ts} = E_{bl} / C_{qn} \dots\dots\dots (C.3)$$

式中：

- $F_{ts}$ ——特殊病例分值；
- $E_{bl}$ ——该病例实际医疗费用；
- $C_{qn}$ ——上上年度病种每分值费用。

#### C.3.2 特殊病例申请范围及申请流程

##### C.3.2.1 符合以下条件之一的病例，可申请纳入特殊病例范围：

- a) 病例住院天数大于该定点医疗机构当年度平均住院天数 5 倍以上；
- b) 病例实际医疗费用超出该病例实际分值与上上年度病种每分值费用、基本系数的乘积，且超出金额为该定点医疗机构当年度前 10 位；
- c) 病例的监护病房床位使用天数不小于该病例住院床位使用总天数的 60%；
- d) 运用创新医疗技术（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者治疗手段）的病例；

- e) 运用经国家、省、市卫生健康行政部门评审认定并公布的临床高新技术、临床重大技术或者临床特色技术的病例。

#### C.3.2.2 特殊病例的申请流程如下：

- a) 符合 C.3.2.1 条件的病例由定点医疗机构向市医疗保障经办机构提出按特殊病例结算的申请，申请病例数不超过该定点医疗机构当年度按病种分值付费人次的千分之一；
- b) 市医疗保障经办机构根据市医保支付制度评议组织评议结果，对评议通过、经审核后符合医保规定的特殊病例费用重新核定分值，不再按普通病例、辅助分型病例计算分值。

注：申请病例数计算结果四舍五入至个位。

### C.4 特殊项目

#### C.4.1 特殊项目的范围

同时满足以下条件的药品和医疗技术等项目，经市医保支付制度评议组织评议通过后，确定为特殊项目：

- a) 协议期内国家医保谈判药品，或者应用于同一住院过程的联合手术、联合治疗且暂无相应 DIP 病种的医疗技术，或者临床必需且对 DIP 病种分值有较大影响的其他项目；
- b) 全市参保人近一年累计使用相关项目病例达到 15 例以上，罕见病不受病例数量限制。

#### C.4.2 特殊项目加成分值的确定规则

C.4.2.1 特殊项目加成分值 ( $F_{xm}$ ) 根据特殊项目费用 ( $E_{xm}$ )、上上年度病种每分值费用 ( $C_{qn}$ ) 及其病例实际医疗费用 ( $E_{bl}$ )、病例分值 ( $F_{bl}$ ) 综合确定。

C.4.2.2 当  $F_{bl} \leq (E_{bl} - E_{xm}) / C_{qn}$  时，特殊项目加成分值 ( $F_{xm}$ ) 计算方法见公式 (C.4)：

$$F_{xm} = E_{xm} / C_{qn} \dots \dots \dots (C.4)$$

式中：

- $F_{bl}$ ——病例分值；
- $E_{bl}$ ——该病例实际医疗费用；
- $E_{xm}$ ——特殊项目费用；
- $C_{qn}$ ——上上年度病种每分值费用；
- $F_{xm}$ ——特殊项目加成分值。

C.4.2.3 当  $F_{bl} > (E_{bl} - E_{xm}) / C_{qn}$  时，特殊项目加成分值 ( $F_{xm}$ ) 计算方法见公式 (C.5)：

$$F_{xm} = E_{bl} / C_{qn} - F_{bl} \dots \dots \dots (C.5)$$

式中：

- $F_{bl}$ ——病例分值；
- $E_{bl}$ ——该病例实际医疗费用；
- $E_{xm}$ ——特殊项目费用；
- $C_{qn}$ ——上上年度病种每分值费用；
- $F_{xm}$ ——特殊项目加成分值。

C.4.2.4 特殊项目加成分值计算结果四舍五入至个位；计算结果小于0时，特殊项目加成分值为0。

附 录 D  
(资料性)  
定点医疗机构系数设置规则

D.1 基本原则

- D.1.1 结合实际，合理设定。以当年度医疗费用等实际数据设置定点医疗机构系数和病种系数。
- D.1.2 明确规则，强化激励。统筹兼顾定点医疗机构功能定位，明确系数确定规则，激励引导定点医疗机构良性发展。

D.2 基本系数

三级定点医疗机构基本系数设置为1，二级、一级定点医疗机构的基本系数按该级别定点医疗机构与三级定点医疗机构相同核心病种的医疗费用比例关系确定。

D.3 加成系数组成

D.3.1 病例组合系数

D.3.1.1 CMI为定点医疗机构病例组合指数。CMI计算方法见公式(D.1)：

$$CMI = F_{jgs} / \sum N / 1000 \dots \dots \dots (D.1)$$

式中：

- CMI——定点医疗机构病例组合指数；
- $F_{jgs}$ ——该定点医疗机构按病种分值付费总分值；
- $\sum N$ ——该定点医疗机构按病种分值付费总例数。

注：计算结果向下取至小数点后三位。

D.3.1.2 床日病种、新生儿非疾病因素住院、新冠肺炎无症状感染的病例不纳入CMI计算范围，特殊病例以调整前分值计算。

D.3.1.3 各级别定点医疗机构病例组合系数计算如下。

- a) 当  $CMI > \overline{CMI}$ ，病例组合系数的计算方法见公式(D.2)。其中AAA级、AA级及其他定点医疗机构的调节系数分别为1、0.75、0.5。

$$R_{CMI} = (CMI - \overline{CMI}) \times 10\% \times \text{调节系数} \dots \dots \dots (D.2)$$

式中：

- $R_{CMI}$ ——病例组合系数；
- CMI——定点医疗机构病例组合指数；
- $\overline{CMI}$ ——定点医疗机构病例组合指数平均数。

- b) 当  $CMI \leq \overline{CMI}$ ，病例组合系数为0。

注：计算结果向下取至小数点后三位。

D.3.1.4 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。

### D.3.2 分级管理等级评定系数

定点医疗机构分级管理等级评定为AAA级的，加成1个百分点；分级管理等级评定为AA级的，加成0.5个百分点。

### D.3.3 高水平定点医疗机构系数

D.3.3.1 纳入省高水平医院的定点医疗机构，加成0.2个百分点；纳入省支持建设国际医学中心的定点医疗机构，再多加成0.1个百分点；纳入国家医学中心、国家区域医疗中心的定点医疗机构，再多加成0.1个百分点。

D.3.3.2 有市级、省级、国家级重点专科的定点医疗机构，分别加成0.1、0.2、0.3个百分点；国家级重点专科数量达到5个及以上的，再多加成0.1个百分点。

D.3.3.3 不同证照但属于同一法人、同一级别且有相关职能部门文件明确为统一管理的，各院区均加成；其余不同证照的情形，只加成获得认证的院区。

D.3.3.4 本系数最高加成0.4个百分点。

### D.3.4 老年患者比例系数

根据定点医疗机构60岁及以上老年人住院人次占比（ $I_{ln}$ ）及全市平均数（ $\overline{I_{ln}}$ ）确定老年患者比例系数，最高加成5个百分点，计算公式如下。

a) 当  $I_{ln} > \overline{I_{ln}}$ ，老年患者比例系数计算方法见公式（D.3）：

$$R_{ln} = (I_{ln} - \overline{I_{ln}}) \times 10\% \dots \dots \dots (D.3)$$

式中：

$R_{ln}$ ——老年患者比例系数；

$I_{ln}$ ——定点医疗机构60岁及以上老年人住院人次占比；

$\overline{I_{ln}}$ ——全市定点医疗机构60岁及以上老年人住院人次占比平均数。

b) 当  $I_{ln} \leq \overline{I_{ln}}$ ，老年患者比例系数为0。

### D.3.5 儿童患者比例系数

根据定点医疗机构6岁及以下儿童住院人次占比（ $I_{et}$ ）及全市平均数（ $\overline{I_{et}}$ ）确定儿童患者比例系数，最高加成5个百分点。计算公式如下：

a) 当  $I_{et} > \overline{I_{et}}$ ，儿童患者比例系数计算方法见公式（D.4）：

$$R_{et} = (I_{et} - \overline{I_{et}}) \times 10\% \dots \dots \dots (D.4)$$

式中：

$R_{et}$ ——儿童患者比例系数；

$I_{et}$ ——定点医疗机构 6 岁及以下儿童住院人次占比；

$\overline{I_{et}}$ ——全市定点医疗机构 6 岁及以下儿童住院人次占比平均数；

b) 当  $I_{et} \leq \overline{I_{et}}$ ，儿童患者比例系数为 0。

### D.3.6 二次住院系数

根据定点医疗机构出院参保人 3 天内（含 3 天）再入院的人次占比（ $I_{zy}$ ）确定二次住院系数，最高扣减 5 个百分点。计算方法如下：

a) 当  $I_{zy} > 10\%$  时，二次住院系数计算公式见（D.5）：

$$R_{ec} = (I_{zy} - 10\%) \times 10\% \dots \dots \dots (D.5)$$

式中：

$R_{ec}$ ——二次住院系数；

$I_{zy}$ ——定点医疗机构出院参保人 3 天内（含 3 天）再入院的人次占比。

b) 当  $I_{zy} \leq 10\%$  时，二次住院系数为 0。

注 1：再入院人次包括在本院或者其他定点医疗机构再次住院的人次，已办理转院备案或者定点医疗机构自行办理住院费用合并计算的病例除外。

注 2：计算结果向下取至小数点后三位。

### D.4 定点医疗机构加成系数计算方法

计算方法见公式（D.6）：

$$R_{jc} = R_{cmi} + R_{fj} + R_{gsp} + R_{ln} + R_{et} - R_{ec} \dots \dots \dots (D.6)$$

式中：

$R_{jc}$ ——定点医疗机构加成系数；

$R_{cmi}$ ——病例组合系数；

$R_{fj}$ ——分级管理等级评定系数；

$R_{gsp}$ ——高水平定点医疗机构系数；

$R_{ln}$ ——老年患者比例系数；

$R_{et}$ ——儿童患者比例系数；

$R_{ec}$ ——二次住院系数。

### D.5 新增定点医疗机构系数

新增定点医疗机构当年度定点医疗机构系数取相应级别基本系数，不进行加成。

附 录 E  
(资料性)  
病种系数设置规则

### E.1 基层病种系数

基层病种系数按照规定比例设置：

- a) 三级定点医疗机构 1；
- b) 二级定点医疗机构 0.8；
- c) 一级定点医疗机构 0.6。

### E.2 床日病种系数

E.2.1 床日病种基本系数统一设置为1。

E.2.2 床日加成系数根据定点医疗机构收治指定病种长期住院的床日分值总费用占其按病种分值付费医疗费用的比例 ( $I_{cr}$ ) 计算，最高加成3个百分点。具体计算方法如下。

a) 一级定点医疗机构：

1) 当  $I_{cr} > 30\%$  时，床日加成系数计算方法见公式 (E.1)：

$$R_{jccr} = (I_{cr} - 30\%) \times 10\% \dots \dots \dots (E.1)$$

式中：

$R_{jccr}$  —— 床日加成系数；

$I_{cr}$  —— 定点医疗机构收治指定病种长期住院的床日分值总费用占其按病种分值付费医疗费用的比例。

2) 当  $I_{cr} \leq 30\%$  时，床日加成系数为 0。

b) 二级定点医疗机构：

1) 当  $I_{cr} > 10\%$ ，床日加成系数计算方法见公式 (E.2)：

$$R_{jccr} = (I_{cr} - 10\%) \times 10\% \dots \dots \dots (E.2)$$

式中：

$R_{jccr}$  —— 床日加成系数；

$I_{cr}$  —— 定点医疗机构收治指定病种长期住院的床日分值总费用占其按病种分值付费医疗费用的比例。

2) 当  $I_{cr} \leq 10\%$ ，床日加成系数为 0。

注：计算结果向下取至小数点后三位。

附 录 F  
(资料性)  
病例评审抽样数量

病例评审抽样数量见表F.1。

表F.1 病例评审抽样数量

序号	医疗费用偏差系数大于 2.5 的病例人次	抽样人次
1	100 人次及以下	3
2	101~200 人次	5
3	201~300 人次	10
4	301~400 人次	12
5	401~500 人次	15
6	501 人次及以上	25

注：总体抽样比例不低于当年度医疗费用偏差系数大于2.5的病例总数的1%。

### 参 考 文 献

- [1] 中发〔2020〕5号 中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见
- [2] 医保办发〔2020〕45号 国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知
- [3] 医保办发〔2020〕50号 国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范和DIP病种目录库（1.0版）的通知
- [4] 医保发〔2021〕48号 国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知
- [5] 医保办发〔2021〕27号 国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知
- [6] 穗医保发〔2022〕35号 广州市医疗保障局关于进一步完善广州市社会医疗保险住院医疗费用按病种分值付费工作的通知
- [7] 穗医保发〔2022〕42号 广州市医疗保障局关于印发按病种分值付费病种目录及特殊项目范围的通知

DB4401