

淮南市区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作领导小组文件

淮医保付费改革〔2025〕1号

关于印发《淮南市基本医疗保险定点医疗机构住院医疗费用按病种分值付费实施办法》 (5.0版)的通知

全市区域点数法总额预算和按病种分值付费工作各成员单位:

为全面深化DIP支付方式改革工作,进一步规范和完善我市基本医疗保险定点医疗机构住院费用按DIP付费,结合我市工作实际,对《淮南市基本医疗保险定点医疗机构住院医疗费用按病种分值付费实施办法》进行了修订,现印发给你们,请认真贯彻落实。

2025年5月30日



淮南市基本医疗保险定点医疗机构住院 医疗费用按病种分值付费实施办法（5.0 版）

一、总则

第一条 依据。为深入贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》建立管用高效的医保支付机制，根据《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》（医保办发〔2020〕45号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作〉的通知》（医保办发〔2024〕9号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈按病种付费医疗保障经办管理规程（2025 版）〉的通知》（医保办发〔2025〕2号）、《安徽省人民政府办公厅关于推进紧密型县域医共体建设的意见》（皖政办〔2019〕15号）、《安徽省医保局、卫生健康委、财政厅关于印发〈安徽省基本医保区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作指导方案〉的通知》（皖医保秘〔2021〕9号）、《关于做好 DRG/DIP 支付方式改革与紧密型县域医共体医保基金包干管理衔接工作的通知》（皖医保秘〔2023〕91号）、《关于试行中医优势病种按疗效价值付费工作的通知》（皖医保秘〔2024〕21号）、《淮南市深化医药卫生体制改革领导小组印发〈关于进一步完善医疗卫生服务体系推进健康淮南建设的实施方案〉的通知》（淮医改〔2024〕2号）等文件精神，结合我市实际制定本实施办法。

第二条 指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想

为指导，坚持以人民健康为中心的发展思想，不断深化医疗保障制度改革，充分发挥医保基金战略性购买作用，更好地依托定点医疗机构为参保人提供合理、质优的医疗服务，增强群众对健康服务的获得感、幸福感、安全感，提高医保基金使用绩效，提升医保精细化管理服务水平，完善紧密型县域医共体医保总额预算机制，构建医保基金支付从机构总额向区域总额转变，进一步做实市级统筹，促进分级诊疗制度，实现价值医疗和价值医保，不断推进医疗卫生行业和医疗保障事业高质量发展，努力形成可借鉴、可复制、可推广、可示范的经验模式。

第三条 基本原则。坚持“区域总额预算、病种全覆盖、医疗机构全覆盖、基金全覆盖、分级诊疗、统一技术标准”等原则。

1.坚持区域总额预算。职工医保基金和城乡居民医保基金在区域总额预算下分别制定，不再实行单个医疗机构总额预算管理的方法。对紧密型县域医共体城乡居民医保基金实行“双预算”管理，县域医共体按人头总额预算管理，县域内住院执行全市统一的DIP预算总额。

2.坚持病种机构全覆盖。我市所有有住院资质的定点医疗机构全部纳入区域总额预算内；除精神病患者住院按床日付费、居民意外伤害和居民生育补助等结算类型外，所有住院结算类型均纳入。

3.坚持分级诊疗原则。制定各级各类医疗机构病种分值时，充分体现对基层医疗机构的支持和倾斜，鼓励基层医疗机构提高诊疗水平和收治能力。

4.坚持统一技术标准。统一执行国家医保局 2.0 版 DIP 病种分组、技术规范、医保结算清单填报规范等；统一执行国家医保局信息系统建设技术标准、结算清单和系统接口规范等。

5.坚持价值导向，质效优先。遵循医疗服务行为的客观规律，以全市为医保总额控制单元，使全市定点医疗机构在更大范围内开展疾病治疗质效竞争，探索同一疾病治疗的市域平均效率。以平均效率为价值基准，促进医疗机构控制成本，提高治疗质量，选择符合自身定位的发展路径。

6.建立关于预算、病种、分值、调节系数等支付核心要素的谈判协商机制。协商谈判代表可由定点医疗机构代表、行业（学）协会、卫生健康和医保等部门共同参与，探索邀请参保人代表参与谈判协商。

7.建立支付方式改革专家组，为支付方式改革提供技术支撑，指导定点医疗机构更好落实医保政策，承担特例单议、谈判协商、争议处理等工作。选择专家应坚持公开、公平、公正、择优的原则，专家评议采取回避制度。探索专家库信息共享机制。

第四条 工作要求

1.加强组织领导。市（区）县医保、卫健、财政部门要充分认识按病种分值付费对“三医”协同发展和治理、转变医疗供给行为的重要意义。医保部门要切实发挥牵头作用，加强统筹协调。卫健部门要强化对医疗服务行为监管，督促、指导医疗机构全力配合按病种分值付费改革。其他相关部门要按照工作职责，协同推进按病种分值付费工作。

2.加强培训宣传。市（区）县医保部门要强化按病种分值付费培训、宣传工作，为工作的平稳有序推进营造良好的实施氛围。建立风险防控机制，畅通沟通协调渠道，做好舆情维稳工作。

3.做好交流评估。市（区）县医保、卫健、财政部门要加强工作交流，及时总结推广好的经验做法，要开展工作推进效果评估，纵向评估前后医疗费用、医疗服务数量和质量、医保待遇水平等情况，为完善优化政策提供支持。

4.强化基金监管。市（区）县医保、卫健、财政部门要积极推进支付方式改革与基金安全管理并重，开展更适合 DIP 付费的基金监管，更加科学合理的保障基金平稳运行。

5.完善数据公开制度。建立医保数据工作组，常态化开展医保数据发布，向定点医药机构发布医保基金运行、支付方式改革、医疗机构运行等情况。优化资源配置，加强医保基金监管和风险防控，提升基金使用效率，推动三医协同发展和治理。

第五条 适用范围。 本办法适用于全市各级医保经办机构与全市定点医疗机构的职工医保、居民医保住院费用结算。

二、规范按病种分值付费流程

第六条 确定全市住院医保基金支出总额。 城镇职工的年度区域总额预算指标参考上年度职工医保基金实际统筹和大额医疗救助保险支出额度、本年度预计筹集额度、各种风险及合理增长因素，在提取储备金（年度医保统筹基金收入 5%左右）后确定。

城乡居民的年度区域总额预算指标参考上年度城乡居民医保基金实际支出额度、本年度预计筹集额度，考虑各种风险及增长因素，在提取储备金（年度医保统筹基金收入 5%左右）后确定。

遇特殊情况，如收入及支出实际情况变动较大，经上级部门及专家研究后合理确定，并探索根据征缴收入、就诊人次、医保费用变化等建立全市住院医保基金支出总额长效调整机制。

第七条 设立市级调剂金。职工医保按照区域总额 DIP 可分配总额预算指标 5%以内设立市级调剂金，城乡居民医保按照区域总额 DIP 可分配总额预算指标 5%以内设立市级调剂金，具体根据本年度基金收支情况确定。

第八条 确定病种分值库。进一步探索病种分组科学性、规范性。结合各定点医疗机构三年住院全部病例数据信息，参考国家医保局按病种分值付费 2.0 版分组方案，制定本地病种目录。根据出院主要诊断（ICD-10）及手术和操作编码（ICD-9-CM-3）确定病种，选取近三年内病例数达到一定例数（原则上为 15 例）以上的病种作为核心病种，其余未达到一定例数（原则上为 15 例）的病种作为综合病种。与国家 2.0 版分组方案不一致的病种原则上不超过 5%。

设立本地基层病种，遵循省局的基层病种目录，充分结合本地实际，通过专家论证，遴选出适宜在收治的基层病种，基层病种应包含中、西医适宜技术等收治病种，基层病种及分值动态调整，基层病种系数为 1，不受医疗机构总体系数影响。根据近三

年的数据,对于基层医院转向上级医院较多的病种退出基层病种。

加强日间手术病种,遵循卫生行政部门日间手术病种目录,结合各定点医疗机构经市卫生行政部门批准开展日间治疗(日间放化疗和日间手术等)的病种纳入病种分值库。

扩增中医优势病种,通过大数据分析和专家论证,遴选具有中医特色和优势的病种,鼓励中医发展,丰富本地目录库。

夯实中医优势病种按疗效价值付费,按照“中医优势突出、治疗路径清晰、临床疗效确切、费用明确可控”的原则,结合我市中医药发展状况和按疗效价值付费的特点,在总结试点经验,征求医疗机构、专家意见等基础上,分批遴选确定适宜中医优势病种,并动态调整发布。2025年,将积极、稳妥、规范推进市级试行病种扩增工作,拟在首批确定的“锁骨骨折”等6个省级病种基础上,扩增“口癖/面瘫”等14个市级中医优势病种,使中医优势病种数量达到20个。

拓展康复床日病种,通过大数据分析和专家论证,遴选全市具有典型性的康复病种(如偏瘫、截瘫、脑瘫等),根据全市近三年康复病种的次均费用,合理制定床日支付标准,完善康复病种按床日付费。

鼓励本地医疗机构收治转外就医费用较大的重点病种。对肺恶性肿瘤、肝恶性肿瘤、直肠恶性肿瘤、胃恶性肿瘤、多发性骨髓瘤、主动脉夹层、脑出血、上消化道出血、肝衰竭、二尖瓣狭窄等20种疾病,在本地医疗机构进行主要治疗,并且效果较好的,通过调剂金给予超支补偿。并根据实际需要,动态增补调整

重点疾病目录。

设立全市罕见病病种目录，收集安徽省、淮南市的罕见病病种：法布雷病（M90250）、甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病（M04207）、亨廷顿舞蹈症（M03118）、视神经脊髓炎（M03117）、脊髓延髓肌萎缩症（肯尼迪病）（M02702）、遗传性血管性水肿（M90270）、进行性肌营养不良症（M033000）等，将使用周期较长或规范治疗的年度总费用较高的罕见病，可通过调剂金补偿后据实拨付，鼓励有条件的定点医疗机构开展罕见病治疗，提高医疗技术水平，进一步降低本地老百姓看病难、看病贵的经济负担。

校正辅助目录分值。在主目录病种分组共性特征的基础上，建立包括 CCI 指数、疾病严重程度分型、肿瘤严重程度分型、年龄特征疾病种类以及新生儿体重分型等反映疾病严重程度的辅助目录，基于年龄、合并症、并发症等因素对病种进行细化分型，对病种分值进行个体特异变化校正，以充分反映医疗资源消耗程度。

国家、省重点学科病种支持。对各定点医疗机构获批的国家、省级重点学科，可申报 3-5 个重点病种，在年终清算时，对重点病种进行 5%的分值加成。

第九条 确定病种分值库分值。每一病种根据全市定点医疗机构近三年出院病人的住院费用，去除费用最高的 2.5%及最低的 2.5%病例后，取剩余病例的住院次均费用作为该病种的平均费用（手术病种综合考虑手术费等医疗服务项目上调等因素，近

三年出院病人的住院次均费用按照 1:2:7 比例测算),再除以基准病种的次均费用,分别计算出各病种分值,形成病种分值表。各病种分值按以下公式计算:各病种分值=各病种的平均住院费用÷基准病种的平均住院费用×基准病种分值(1000分)。

市医疗保障行政部门组织医疗机构及评议专家组进行论证,确定病种分值。病种分值实行动态调整,市医疗保障行政部门可根据医疗发展水平及疾病诊疗常规进展情况,结合实际运行情况,适时组织临床专家对现行病种分值库进行纠偏及调整。分值调整原则为促进医疗机构高质量发展,鼓励医疗机构积极收治重患,促进学科发展,落实分级诊疗政策,引导就医回归诊疗本源。

探索建立耗材价格与病种分值的动态校准机制。将高值耗材价格调整纳入 DIP 病种分值测算的核心维度,根据带量采购情况调整病种支付标准。探索根据同手术操作病种,耗材使用差异、耗材价格水平、集采产品覆盖情况,实施差别化支付管理。

第十条 确定定点医疗机构系数。定点医疗机构系数由市医疗保障行政部门组织专家,综合考虑各定点医疗机构等级、功能定位、技术水平、专科特色、绩效考核结果和协议履行情况等综合因素确定不同医疗机构系数。等级系数实行动态调整,每年进行一次调整,区域内技术级别最高的医疗机构等级系数最高,随着技术级别降低,等级系数逐步降低。新增的定点医疗机构系数参照同级别医疗机构的最低系数确定。

为鼓励定点医疗机构的高质量发展,将定点医疗机构设置为(国家、省级)区域医学中心,重点专科和医学中心(以卫健委

门批复文件为准)、等级晋升(按季度加成)、新技术新项目(以在医保、卫健部门报备的项目为准)、综合实力排名、信用评级等作为加成权重合理确定加成指标,用于年度清算时对医疗机构或相关病种分值加成计算,加成系数最高不超过10%。

绩效考核是对定点医疗机构客观、公正、全面的评价,并实现对定点医疗机构系数的动态调整与年度结算挂钩。

1.绩效考核:年底CMI值每增加0.1,机构系数再上调3%,最高上调15%(各级别医疗机构CMI值不低于所在级别综合医院CMI值的下限,三级医院 >1.1 ;二级医院 >0.85 ;一级医院 >0.65)。

2.协议履行考核:对未能履行协议要求,发生严重损害参保人员权益行为的定点医疗机构,视情节轻重,下调机构系数5-10%。

3.医保结算清单数据考核:对未能按照要求完整、规范上传医保结算清单数据的定点医疗机构,视情节轻重,下调机构系数1-5%。

4.重点工作考核:对未能按照国家、省、市医疗保障部门要求完成年度重点工作的,视情节轻重,下调机构系数2-5%,对积极配合完成国家、省、市级医疗保障部门的年度重点工作(如追溯码、国谈药等),上调机构系数2%。

5.药品耗材集采考核:分别遴选全市基金使用前30位的药品和高值耗材种类,对全市医疗机构药品耗材使用情况进行监测,对价格明显高于集采中选价格的,根据其超出幅度,下调机构系数1-5%。对于不能完成集采任务量的,下调机构系数1-5%。

第十一条 计算住院病种点数。按照医疗机构提供住院服务的

病例次数与病种分值及医疗机构系数等，计算出各医疗机构点数（病种分值*病例数*系数），进而计算出区域内所有医疗机构总点数。

第十二条 计算住院病种点值。年度区域总额预算指标在扣除当年储备金（风险金）、市级调剂金、大病保险保费、市域外就医医保费用、门诊（含普通门诊、门诊慢性病及有偿签约服务医保支出等）、不纳入 DIP 支付范围的居民意外险、生育补助等支出后的额度，除以当年总点数，得出当年住院病种点值。

第十三条 年度调剂平衡。市级调剂金用于特例单议及年终清算后的结余留用和超支分担。结余部分可支付区域内招标采购的药品及耗材激励及其他特殊情况下医保费用的合理支出。调剂金最高不突破当年设置总额，若超出预算则调剂部分按比例折算。

三、完成县域医共体“打包”付费

第十四条 县域医共体。落实县域医共体“打包”付费。开展紧密型县域医共体的县、区，支持并开展紧密型县域医共体城乡居民基本医保基金按人头总额预付（算）管理做法。按城乡居民基本医保当年筹资总额扣除增量基金风险金（与上一年相比筹资增量 10%）和大病保险基金进行预算，原则上将不少于 95% 的部分作为医共体按人头总额预算基金，交由医共体包干使用。合理确定城乡居民医保补偿标准。预付医共体资金包干使用，结余留用，合理超支分担。对县域医共体各成员单位市内住院费用统一按照 DIP 清算结果进行支付，不规范的医保费用扣除后返回医保

基金账户，除此以外的医共体总额预算部分可由各医共体依据医保基金安排规则进一步合理分配。

完善县域医共体考核机制。参照国家卫健委办公厅、国家医保局办公室及国家中医药管理局办公室《关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系（试行）的通知》（国卫办基层发〔2020〕12号），选择县域医共体医保支付监测指标，并根据需要新增部分监测指标进行考核，考核结果作为医疗机构系数调节及调剂金使用参考依据。同时加强县域就诊率、县域外转率、医保基金支出增长率、住院和门诊次均费用、参保人自付比、住院人次人头比、药品耗材集采完成率等，强化考核结果运用。根据监测情况，重新调整医共体打包拨付风险金预算比例。医共体内转诊转院需遵循逐级转诊原则，提倡患者优先在市内住院就诊。

四、完善医院住院费用结算流程

第十五条 建立医保基金预付制度。满足基金预付条件的情况下，经医院申请后，医保部门结合定点医疗机构年度考核、信用评价等情况对符合条件的医院可额外预付1个月的医保基金，预付金的使用应符合相关规定。

第十六条 赋分规则。参保人在定点医疗机构发生的按分值结算的病种，按参保人出院的临床第一诊断（主要诊断）及其手术操作编码确定其所对应的分值。

1.住院参保人在同一定点医疗机构内部转科继续住院治疗

的，按同一次住院结算。对因内部转科造成一次治疗费用过高的病例，各定点医疗机构可申请上报特例单议，经专家论证通过的，进行合理补偿。

2.全市各定点医疗机构发生的住院费用为该病种平均费用2倍以上或为该病种平均费用0.5倍以下的病例，按以下公式计算病种分值：

住院费用为该病种平均费用2倍以上病例的病种分值 = $[(\text{该病例的住院费用} \div \text{本年度该病种全市的平均费用}) - 2 + 1] \times \text{该病种分值}$ ；

住院费用为该病种平均费用0.5倍以下病例的病种分值 = $\text{该病例的费用} \div \text{本年度该病种全市的平均费用} \times \text{该病种分值}$ 。

3.根据当年的清算结果数据，针对开展集采或历史数据的修正，导致产生病种分值结余较多或者超支较多的病种，组织专家进行分值论证，合理调整该类病种的分值，更加符合临床实际和医院运营管理。

第十七条 月度预结算。全市城镇职工、城乡居民月度预结算基金总额根据全市各定点医院上月市内住院实际发生医保基金的95%乘以医保结算清单上传率确定，月度预结算与即时结算有机结合，扣除即时结算费用后拨付，余下5%作为质量保证金，根据年终考核、清算结果返还。医保经办机构根据定点医疗机构上月实际运行情况，可适当调整月度拨付额。

第十八条 清算时限。各定点医疗机构在规定的时间内申报结

算年度基本医疗费用的, 医保经办机构在每年 5 月底前完成上年度清算工作, 并按照我市定点医疗机构分级管理和医疗服务协议等有关规定结算服务绩效考核费用。

第十九条 年度清算。 医保经办机构在年度可分配总额的范围内, 对各定点医疗机构按病种分值付费的结算费用进行清算。年终清算时, 应拨付给各定点医疗机构的住院医疗费用 (含日间手术), 按以下规则计算:

1. 定点医疗机构各月分值 = Σ (各非基层病种分值 $\times$ 各月各病种病例数 $\times$ 医院系数) + Σ (基层病种分值 $\times$ 各月各病种病例数 $\times$ 基层病种系数);

2. 年度分值单价 = 年度市内住院可分配总额 $\div$ 各定点医疗机构年度分值之和。

3. 定点医疗机构年度分值 = 定点医疗机构各月分值累加值。

4. 定点医疗机构年度初次清算的住院医疗费用 = 全市病种分值单价 $\times$ 该定点医疗机构年度分值 - 该医疗机构参保人年住院个人支付医疗费用总额 - 该医疗机构年重特大疾病补充医疗保险支付总额 - 该医疗机构年医疗救助支付总额。

医保经办机构对各定点医疗机构进行年度初次清算时, 按照参保人员住院发生的医保基金总额与按病种分值付费年度医保基金的比例分配, 具体分段如下:

(1) 50% 以下的 (含 50%), 按实际发生医保金额拨付给该定点医疗机构;

(2) 50% ~ 80% (含 80%) 的, 则按实际发生医保金额

的110%奖励给该定点医疗机构;

(3) 80%~90% (含90%) 的, 则按实际发生医保金额的105%奖励给该定点医疗机构;

(4) 90%~100% (含100%) 的, 则按照病种分值金额费用拨付给该定点医疗机构;

(5) 100%~110% (含110%), 与其年度考核结果挂钩:

①年度考核结果为优秀(90分以上, 含90分), 医保基金分担70%, 医疗机构分担30%;

②年度考核结果为良好(介于80-90分, 含80分), 医保基金分担50%, 医疗机构分担50%;

③年度考核结果为合格(介于70-80分, 含70分), 医保基金分担30%, 医疗机构分担70%。

④年度考核结果为不合格(小于70分)的定点医疗机构, 不进行分担。

(6) 超过110%以上的部分, 由定点医疗机构自行承担, 不纳入超支分担计算范围。

(7) 年度内定点医疗机构因违反医疗保险有关规定受到医疗保障部门解除服务协议等处理或因造假等严重欺诈骗保受到医保部门行政处罚的, 不支付超支分担和结余留用费用。

(8) 新纳入的非完整周期结算的定点医疗机构以及数据质控不达标医疗机构, 不支付超支分担和结余留用费用。

5. 年终清算后, 定点医疗机构清算结果为负数, 则为医保基

金超额支付费用，各定点医疗机构按规定时限返还医疗保险基金。

6.定点医疗机构暂停营业、关闭、破产的，应当在停业、关闭、破产前一个月告知医保部门，如已收到预付款应按规定在十个工作日内将预付款退回医保基金；恢复营业的，在协议年度内不再拨付相应的预付款。

7.定点医疗机构当年批复的医院等级变动的，在调整医保收费价格、报销政策后，按照调整前后的等级系数分季度进行加权计算，作为当年的医疗机构等级系数，进行费用清算。

8.基本统筹基金、职工大额医疗救助保险原则上在清算时按照可分配金额占比进行清算。

第二十条 建立特例单议机制。建立特例单议补偿机制，通过特例单议制度完善特殊患者的医保支付补偿机制：

（1）将急诊入院、伴有并发症或合并症；特殊原因导致住院日超长、医疗费用高；新药品、新耗材、新技术使用；复杂危重症或多学科联合诊疗；本地开展较少，外转患者较多的重点病种等不适合按 DIP 标准支付的病例，纳入特例单议论范围，经医疗机构自主申报、医保部门组织专家评议，对符合条件的按规定予以补偿；

（2）各定点医疗机构次季度首月月底提出上季度特例单议病例申请，未申请的病例纳入病种分值结算。医疗机构每年申请特例单议病例数量不超过全年住院病例的千分之五；

（3）因定点医疗机构未纳入集采而导致药品、耗材超支，不再纳入特例单议。

特例单议由医疗保险经办机构定期组织医疗机构专家(市级及以上三级医院副高以上人员占比不超过 80%)进行评审,评审合格的,当次病例费用据实结算,差额部分由调剂金进行补偿。对评审不通过的,按本办法纳入病种分值结算。

对医疗机构申请特例单议的数量、审核通过的数量、特例单议病例数量占出院病例数比例等定期进行公示。

第二十一条 特办结算。因突发公共卫生事件及医疗保障重大政策调整导致医疗费用大幅增加而超出年度医保基金应支付总额的定点医疗机构,可向市医疗保障经办机构提出书面申请,经核实后,超出部分的医保记账费用,从医疗保险基金当年结余中给予补偿,补偿不足的,可从历年结余中补偿。突发公共卫生事件应急处置期间,国家、省对医疗费用支付方式另有规定的,按其规定执行。

第二十二条 完善结算数据。定点医疗机构应按规定上传住院病人医保结算清单等数据。清单填写应符合国家医疗保障局印发的医疗保障基金结算清单填写规范要求,严格按照国际疾病分类标准进行分类编码,并在参保人出院结算后 10 日内上传准确医保结算清单等数据到 DIP 付费管理平台。医保结算清单等数据超期未传、上传无效(主要诊断为空或非标准主要诊断无法入组、主要诊断与主要手术不匹配等填写不规范情形),相应病种按 0 分计算。对病案质量通报中上传率、入组率、准确率低于 90% 的定点医疗机构限期进行整改,连续 3 个月准确率低于 90% 的,对院领导进行约谈,连续 6 个月准确率低于 90% 的,暂停月度预

拨付直至整改合格。

五、基金监督管理

第二十三条 诊疗规范。定点医疗机构要遵循合理检查、合理用药、合理治疗服务原则，严格按照有关规定提供基本医疗服务，使用超出基本医疗保险范围的医疗服务及药品，须经患者或其家属同意并签字。不允许医疗机构直接将 DIP 盈亏与医务人员挂钩，医疗机构应建立有效的绩效分配方案，重点倾斜短板学科、重症医学科等，提升医务劳动价值。

定点医疗机构应严格执行现行的出入院指征，不得分解住院、挂床住院或让不符合出院条件的病人提前出院。定点医疗机构有义务和责任执行首诊负责制和等级定点医疗机构的有关规定，属本等级定点医疗机构诊疗能力范围内的病人不得转院，严格掌握转院指征。

第二十四条 违规处罚。定点医疗机构有分解住院、挂名住院、诊断高编、高套分值及降低服务质量等违规行为的当次费用不予支付，并按有关规定处理。

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，参保人在医保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。

第二十五条 随机抽查。医保经办机构按比例随机抽查定点医疗机构申报病例，经审核属违规的医疗费用，按抽查比例放大后

(放大后的费用=核属违规的医疗费用/抽查比例)在应拨付的费用中予以扣减。

第二十六条 年度考核。医保经办机构应对各项考核指标进一步优化、完善,将疾病和手术编码准确率、患者自付比增长率、年度总费用增长率、年度次均费用增长率、重复住院率、诊疗不足、过度医疗、住院费用转移分解以及第三方患者满意度调查等纳入定点医疗机构年度考核范围,年度考核结果应与定点医疗机构分级管理及医保清算结果挂钩。定期将按病种分值付费运行情况向定点医疗机构通报。不断完善相应服务协议,对违反有关规定的定点医疗机构,按医疗保险相关政策规定及服务协议要求进行处理。

第二十七条 加强基金监管。医保经办机构应加大对定点医疗机构执行服务协议情况的检查和基本医疗保险基金支出的稽核。加强国家医保信息平台智能审核系统与DIP智能校验系统联动,完善事前、事中监管。对定点医疗机构违反服务协议约定的,应当追究违约责任;涉嫌违法的,应及时向同级医保行政部门报告。

一是提升基于项目与疾病诊断等关联逻辑的规则筛查。通过建立诊疗项目、医用材料、药品与疾病诊断及治疗方式之间的关联关系,制定相应的监控规则,通过智能监管系统对医用材料与诊疗项目、药品与诊疗、诊疗与诊疗、药品与疾病诊断、诊疗与疾病诊断规则逻辑的匹配筛查,判断医疗机构是否存在高套病组等违规行为。

二是强化基于大数据病组的医保智能监控预警。鉴于医保按

项目付费下医疗机构原来常见的违法违规行为（如违规收费、过度医疗等）在新的支付方式改革进一步应用 CMI、RW 等指标，通过不同医院、不同科室、不同医生之间的横向比较，或同一医院、同一科室、同一医生与之前的纵向比较，对医疗机构同一病组病例异常情况进行分析和预警，即对以上指标进行偏离度分析，对于指标分布离散程度大的病组加强监管。

三是开展基于大类疾病下 DIP 病组结构变化趋势分析。通过对同级同类大类疾病下 DIP 病组的结构变化趋势进行分析，筛查 DIP 病组病例数量增长过快的病例，结合病例诊断与治疗方式、收费项目的关联性分析，进行疑似套高病组等的自动预警。

四是进行 CHS-DRG 分组的辅助监管，以 DRG 监管规则作为 DIP 付费违规线索或者违规辅助判断。

医保部门应加强对定点医疗机构遵守基本医疗保险法律、法规及有关规定情况的监督检查。定点医疗机构违反法律、法规及有关规定的，行为发生地的医保部门应依法予以查处；属卫健、药监、价格等行政部门职责管理范围的，医保行政部门应及时移交相关部门处置；涉嫌犯罪的，应移送司法机关追究刑事责任。

医保行政部门会同卫生行政部门建立医疗评议专家组，不定期组织专家对各定点医疗机构提供医疗服务和执行医疗保险政策规定等情况进行监督检查，加强对基本医疗保险费用支出的监管。

第二十八条 完善诚信对照机制。完善病种分值诚信对照机制。定点医疗机构须完整、规范、准确地向医保信息系统上传结算信息，医保经办机构定期或不定期对定点医疗机构结算材料进

行检查并抽查住院病案，对不据实上传结算信息的，医保基金不予支付。

第二十九条 建立交叉和联审互查制度。建立定点医疗机构交叉和联审互查制度。各级医保经办机构不定期组织定点医疗机构人员，对住院结算材料进行联审互查督办，对发现的违规问题按有关规定进行处理。

第三十条 严打欺诈骗保。在国家、省、市医保基金专项检查中发现的以及经媒体、群众举报反映的欺诈骗保行为，视情节轻重，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》和《安徽省定点医疗机构医疗保障服务协议范本》处理。

第三十一条 严控基金支出。定点医疗机构要合理诊疗、合理收费，严格控制医疗费用不合理增长。当年全市住院医疗总费用增长，应保持在合理区间。

第三十二条 严防恶意控费。为防止定点医疗机构恶意控制住院医疗费用，降低医疗服务质量，以获取病种分值付费奖励，对次均住院费用低于病种分值测算标准费用 50% 的，医保经办机构按项目审核后支付，不纳入病种分值付费范围。同时，对医院信息系统内置分值库，诱导医疗行为的进行严查，并对高靠的病例按 0 元拨付。

第三十三条 严防费用转嫁。定点医疗机构应保证服务质量和参保群众权益，不得因 DIP 指标管理推诿拒收病人；不得将本该纳入住院治疗的费用，分解到门诊或将医保费用向自费转移；不得将超过指标控制的医疗费用转嫁给参保人员承担。一经查实，

扣除转嫁的费用，退出按 DIP 付费，并按协议和有关规定进行处理。

六、附则

第三十四条。各定点医疗机构应于每月 15 日前，将上月参保人的月结信息上传市医疗保障经办机构，市医疗保障经办机构经审核后，将预付费用于报送结算信息截止日起 15 天内拨付给各定点医疗机构。逾期不报送的，顺延至报送后的下月拨付。

第三十五条。医疗保险年度基金付费总额控制预算方案、年度结算方案由市医疗保障局拟定。市医疗保障局在征求市财政局、市卫生健康委员会等部门的意见，并经市 DIP 领导小组负责人同意后，由市医保经办机构执行并公布。

第三十六条。本办法未予规定的具体事宜，在《安徽省定点医疗机构医疗保障服务协议范本》中予以明确。

第三十七条。医保年度医疗费用结算以每年 1 月 1 日至 12 月 31 日为一个年度周期，当月 1 日零时至次月 1 日零时前为一个月度周期。

当国家、省和市对医保年度周期调整的，按有关规定执行。

第三十八条。建立面向定点医疗机构、医务人员、医保医疗相关领域专家的意见收集和反馈机制，为优化政策、完善分组、规范管理等提供依据和支撑。加强与卫生健康、中医药管理等部

门的沟通协作。

第三十九条。争议处理遵循公平公正、客观合理、多方参与、及时处理的原则。开展按病种付费争议处理，及时妥善解决工作开展、履行协议过程中产生的争议问题。

对在按病种付费中出现的各类纠纷，可采取专家评议或其他形式，按照医疗保障服务协议及相关法律法规处理。

第四十条。各级经办机构要进一步做好服务工作，加强与各定点医疗机构的联系，向住院参保人员发放有关宣传资料及征求意见表，及时了解情况。各定点医疗机构要做好本单位相关人员的政策宣传工作，确保本办法的顺利实施，防止由于曲解和误解产生矛盾。

第四十一条。各级经办机构和各定点医疗机构要以维护参保；患者利益为中心，强化重点环节的管理，防止出现推诿病人、分解住院次数或过分降低医疗服务质量而导致医保患者的基本医疗得不到保障，以及诱使病人出院等现象，如出现纠纷、投诉等情况，要及时调查，协调处理。

第四十二条。加强对各定点医疗机构按季度和不定期的考核，建立信息反馈制度，完善病人监督机制，将住院病人对医院服务情况的反馈结果纳入年度定点医院的考核。

第四十三条。夯实 DIP 示范建设。强化巩固 DIP 付费“淮南模式”，建立较完善的 DIP 高质量实施的长效机制。高标准强化市属示范医院建设，加强医院高质量发展。

第四十四条。如国家医保局、省医保局、国家医保研究院等

上级部门出台新文件、规范等，与本办法不一致的地方，以新出台的上级文件、规范为准。

第四十五条。 本办法从 2025 年 1 月 1 日起执行，以往规定与本办法不一致的，以本办法为准。

第四十六条。 本办法由市医疗保障局负责解释。