附件1

汕头市基本医疗保险病种分值库及

分值确定规则

按照国家医保局按病种分值付费（DIP）技术规范（1.0版）要求，本市病种分值库病种及分值确定按本规则执行。

一、全病种次均费用和基准分值。将本市前3个年度按病种分值结算病例（不含按床日分值结算病例）的次均总医疗费用的加权平均值设为基准，简称为全病种次均费用，分值为1000分，基准分值单价为全病种次均费用/1000。

二、核心病种和综合病种。将本市一定时期内出院病例，通过疾病诊断和手术操作编码按照国家技术规范聚类，按亚目和手术操作聚类达到15例及以上的，形成核心病种，不足15例的按类目或字母和手术操作聚类，形成综合病种。

三、中医优势病种。在省公布的中医优势病种中遴选确定本市中医优势病种。

四、病种分值和床日分值。病种的分值为前3个年度该病种次均总医疗费用的加权平均值（简称病种次均费用）与全病种次均费用的比值乘以基准分值1000所得。床日分值为前3个年度按床日结算病例的日均总医疗费用的加权平均值（简称床日日均费用）与全病种次均费用的比值乘以基准分值1000所得。

全病种次均费用、病种次均费用、床日日均费用由前3年度的次（日）均总医疗费用按1:2:7进行加权计算所得。

中医优势病种分值为相应病种保守治疗病种分值乘以1.2所得。

五、费用偏差病例分值确定。病例医疗总费用在上年度该病种住院结算费用2.5倍以上或40%以下时，视为费用偏差病例，按以下公式确定其病种分值：

（一）非基层病种

当次发生的住院医疗费用≥该病种上年度住院结算费用2.5倍的：

分值=［（该病例当次住院医疗费用÷上年度同一权重系数定点医疗机构该病种的结算费用）-2.5+1］×原该病种分值

当次发生的住院医疗费用≤该病种上年度住院结算费用40%的：

分值=该病例当次住院医疗费用÷上年度同一权重系数定点医疗机构该病种的结算费用×原该病种分值

结算费用=病种分值×权重系数×上年度每分医疗费用单价（全市上年度按病种分值结算的医疗费用总额/全市上年度定点医疗机构总分值之和）

（二）基层病种

当次发生的住院医疗费用≥该病种上年度住院结算费用2.5倍的：

分值=［（该病例当次住院医疗费用÷上年度全市定点医疗机构该病种的结算费用）-2.5+1］×原该病种分值

当次发生的住院医疗费用≤该病种上年度住院结算费用40%的：

分值=该病例当次住院医疗费用÷上年度全市定点医疗机构该病种的结算费用×原该病种分值

结算费用=病种分值×上年度每分医疗费用单价（全市上年度按病种分值结算的医疗费用总额/全市上年度定点医疗机构总分值之和）

　　六、辅助分型病种加成系数确定。纳入辅助分型病例的住院总费用在上年度该病种结算费用的1.5倍以上、2.5倍以下，重症监护病房住院天数低于8天的调节系数为0，重症监护病房住院8天以上的调节系数为0.40。

辅助分型病种分值=病种分值\*（1+辅助分型病种调节系数）

七、病种调整及分值确定办法。

年度清算后，符合下列情况之一的，医疗机构可向医疗保障经办机构提出增加核心病种或调整核心病种分值的意见，市医疗保障经办机构汇总后提出病种分值库调整方案。

1.提高分值：病种费用偏差率>1.2，高费用偏差病例（大于2.5倍）数占总病例数比例达到30%以上，且年度总病例数在100例以上。

2.降低分值：病种费用偏差率<0.8，低费用偏差病例数（低于40%）占总病例数比例达到30%以上，且年度总病例数在100例以上。

病种费用偏差率=病种分值库确定的该病种次均费用/（分值\*上年度每分医疗费用单价）

3.增加病种组：年度病例数在15例以上，入组当前病种分值库结算费用与病种次均费用偏差在50%以上。

4.以上调整后分值按以下公式计算后按程序上报确定

分值=上年度病种次均费用/基准分值单价