

汕头市基本医疗保险医疗费用结算办法

(征求意见稿)

第一章 总则

第一条 为提高医疗保障基金使用效率，建立完善医疗保险医疗费用的控制、激励和约束机制，推动医疗服务的精细化管理，切实保障医疗保险参保人的基本医疗权益，根据国家和省相关文件精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 基本医疗保险参保人（以下简称参保人）在本统筹区内的基本医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）发生的基本医疗费用（含生育医疗费用，下同），按照医疗保险有关规定，属个人支付的由定点医疗机构向参保人收取，属基本医疗保险基金支付范围的由定点医疗机构记账，医疗保障经办机构按本办法与定点医疗机构结算付费。

第三条 建立全市基本医疗保险统筹基金支出总额控制机制，按照以收定支、收支平衡、略有结余和保障参保人基本医疗需求的原则，以年度基本医疗保险基金支出预算为基础，确定全市基本医疗保险统筹基金支出年度总额控制目标。

第四条 市医疗保障行政部门负责本市基本医疗保险医疗费用结算的行政管理工作，组织实施本办法。卫生健康部门在

职责范围内协同实施本办法。

区（县）医疗保障行政部门配合做好本办法的实施。

医疗保障经办机构具体承担参保人医疗费用结算的经办、管理、统计和测算工作。

第二章 病种分值结算

第五条 本市参保人在本统筹区内定点医疗机构住院（含日间手术、日间化疗）的总医疗费用（以下简称医疗费用）采取按病种分值付费（DIP）方式结算，即由市医疗保障经办机构按照“总额预算、病种赋值、月预拨付、年度清算”的原则，根据病种分值库中的病种及分值，以及各定点医疗机构权重系数进行结算付费。

精神专科定点医疗机构或以收治精神类疾病参保人住院为主要业务的综合类医疗机构，其收治精神类疾病参保人住院的医疗费用，可依据定点医疗机构级别对应病种分值库中的床日分值结算付费。

设置有康复科(含中医康复科)的定点医疗机构或具备提供康复医疗服务能力的基层定点医疗机构收治省公布的康复病种的参保人，实施按床日分值结算。

第三章 区域总额预算及管理

第六条 市医疗保障经办部门年度开始时应结合我市基本

医疗保险统筹基金收支实际情况，以保障参保人基本医疗需求为出发点，编制年度按病种分值付费区域总额预算。编制年度按病种分值付费区域总额预算要以上年度按病种分值付费统筹基金实际支出为基础，综合考虑参保人员结构变化和就医情况、医疗服务水平、医疗费用增长等因素，预算增长要与当地经济社会发展水平相适应，增长率不高于 10%。

第七条 年度可分配资金总额=当年度基本医疗保险统筹基金收入总额（包括职工基本医疗保险统筹基金和城乡居民基本医疗保险统筹基金，剔除职工医保一次性趸交收入）-风险调剂金-门诊记账费用支出-异地就医直接结算记账费用支出-零星报销费用支出-其他费用支出（大病保险保费等）。

第八条 年度风险调剂金以当年度基本医疗保险统筹基金收入的 5%计，用于年度可分配资金不足时调剂使用。

第九条 年度实际可分配资金总额控制目标上限为年度统筹基金发生额的 103%，下限为年度统筹基金发生额的 97%。年度清算时，按第七条计算的年度可分配资金总额高于下限、低于上限的，以计算的数额作为年度实际可分配资金总额。

计算的数额高于上限的，年度实际可分配资金总额为统筹基金发生额的 103%。

计算的数额低于下限的，年度实际可分配资金总额为统筹基金发生额的 97%。可使用当年度提取的风险调剂金将年度实际可分配资金总额提高至下限。

年度实际可分配资金总额确定后，市医疗保障经办机构可根据当年度职工和城乡居民的清算后实际应付情况进行分配。

年度因相关重大政策调整等特殊情形影响，使用当年度风险调剂金后仍不足，如清算时上一年度 12 月底基金累计可支配月数在 9 个月以上的，可由市医疗保障行政部门牵头拟订方案报市政府同意，使用历年结余资金将年度实际可分配资金总额提高至下限；如清算时上一年度 12 月底基金累计可支配月数不满 9 个月的，不调用历年结余资金。

第四章 病种目录库

第十条 市医疗保障经办机构负责制定本地病种分值库，按照国家技术规范，结合本地历史病例、通过疾病诊断和手术操作编码聚类，形成核心病种和综合病种。在核心病种中确定日间手术病种和基层病种。

在省公布的中医优势病种中遴选确定本市中医优势病种及中医日间病房病种。

在省公布的康复治疗疾病范围遴选确定纳入本市按床日付费康复病种。

第十一条 以本市住院全病种次均医疗费用作为基准，按其他病种次均医疗费用与全病种次均医疗费用的比例关系计算各病种分值。中医优势病种分值在相应的病种分值基础上给予 20% 加权倾斜。病种及分值具体计算确定规则见附件 1。

第十二条 市医疗保障经办机构拟定的本地病种分值库方案需经市医保支付制度评议组织（以下简称评议组织）评议后，报市医疗保障行政部门审定。

第五章 分值的调节

第十三条 建立特殊项目分值加成机制。定点医疗机构应用临床必需且对病种分值有较大影响的药品和医疗技术等特殊项目，由医疗保障经办部门负责收集整理并提出建议，提交评议组织评议后，报市医疗保障行政部门审定。特殊项目费用折算为相应的分值，清算时给予合并计算。

特殊项目加成分值病例的分值=病种库病种分值+特殊项目费用/基准分值单价。

第十四条 建立重症监护病房辅助目录分型机制。按照参保人在重症监护病房的住院天数及住院费用情况计算辅助目录加成系数，符合条件的病例按下列公式计算病例分值。辅助目录分型病种调节系数确定规则见附件 1。

辅助目录分型病种分值=病种库病种分值*（1+辅助分型病种调节系数）

第十五条 建立特例单议评议机制。对于复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按病种分值付费标准支付的住院病例，同时满足以下条件的病例，可申请作为特例单议病例。

1.病例住院天数超过本院上年度住院平均天数 5 倍；

2.病例重症监护病房床位使用天数占病例住院床位使用总天数的 60%以上。

医疗机构申报特殊病例数不能超过医院上年度按 DIP 结算出院病例数的 0.2%。

各定点医疗机构向市医疗保障经办机构提出申请，市医疗保障经办机构初审后提交评议组织评议。病例评议通过的，实施按项目结算；评议不通过的，按病种分值有关规定结算。具体评议办法由市医疗保障经办机构另行制定。

第十六条 定点医疗机构收治本市基层病种目录内病种的，不受医疗机构等级、权重系数影响，按相应的分值结算。

第十七条 定点医疗机构申请病种分值调节的，应在第十三、十四、十五条中择一情形提出申请。基层病种、中医优势病种、按床日付费病种不列入病种分值调节范围。

第六章 医疗机构权重系数

第十八条 本市定点医疗机构按病种分值结算的权重系数根据医疗机构的级别等次确定（见附件2）。新准入的定点医疗机构应当在与医疗保障经办机构签订服务协议之日起1个月内，向市医疗保障行政部门提出确定权重系数的申请，权重系数按同级别等次医疗机构核定，由市医疗保障行政部门会同市卫生健康部门确定后联合公布。

第十九条 定点医疗机构结算年度内级别、等次发生改变的，应在结算年度结束前向市医疗保障行政部门提出申请。定点医疗机构结算年度内提升级别、等次的，原则上保留原权重系数两个结算年度（含变更当年度）不变，直至由市医疗保障行政部门会同市卫生健康部门确定，方可在下一结算年度予以调整。定点医疗机构年度内降低级别、等次的，变更后的权重

系数由市医疗保障行政部门在新结算年度开始后对全市定点医疗机构权重系数公示中一并予以公示。市医疗保障行政部门根据公示结果公布每年度全市定点医疗机构权重系数。

第七章 费用结算和清算

第二十条 定点医疗机构应做好疾病诊断编码映射工作，在参保人出院结算（含日间手术、日间化疗、中医日间治疗结算，下同）后，按规定填报《医疗保障基金结算清单》，上传出院结算的有关信息。

医保结算清单填写要准确反映住院期间诊疗信息以及医疗收费明细，使用的疾病诊断编码应当为国家医保统一的版本。

医疗保障经办机构对定点医疗机构申报的参保人出院的临床第一诊断及手术与操作代码进行匹配，确定其所对应的分值。匹配规则见附件 3。

第二十一条 参保人住院前急诊抢救或办理预入院后在同一定点医疗机构发生的与当次住院相关的检查治疗费用纳入当次住院医疗费用，按照相应的分值结算。

参保人在已开展日间手术的三级及以上综合医疗机构和二级及以上专科医疗机构发生的日间手术的医疗费用（包括术前必要的检查治疗的医疗费用，术前检查时间最长不超过 14 天），视为一次住院按照相应病种的分值结算。

参保人在三级及以上综合医疗机构和肿瘤专科医疗机构发生日间化疗的医疗费用（包括化疗前的必要检查治疗医疗费用，

化疗前检查治疗时间最长不超过 14 天，下同），视为一次住院按相应的病种分值结算。

参保人在中医专科医疗机构采用中医疗法为主的诊疗方案，需持续治疗但当次治疗完成后无留院观察需要，且治疗疗程符合卫生健康部门规定的中医日间治疗临床路径的病种，治疗疗程完成后可按住院结算（中医日间治疗病种临床路径由卫生健康部门另行制定公布）。

参保人办理预入院登记后入院（含日间手术、日间化疗、中医日间治疗）前取消治疗计划的，相关院前检查治疗费用转为门诊医疗费用，按规定享受相应的门诊待遇。

第二十二条 参保人在开展日间手术、日间化疗、中医日间治疗的医疗机构日间治疗后出现并发症等情况，需转入相应专科病房的，其日间手术、日间化疗或中医日间治疗的费用与住院费用合并按一次住院结算。

参保人出院后 10 日内因同一疾病，重复在同一定点医疗机构住院的（急性发作或其他特殊原因除外），不重复计算分值。

参保人入院后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。参保人住院时间超过 90 天的，每 90 天可按一次住院结算，连续住院期间不再计起付标准。

第二十三条 符合国家、省规定的预付金预付条件的定点医疗机构可于每年 2 月底前向医疗保障经办机构申请拨付一部分医保资金作为预付金，并严格执行国家、省有关预付金管理规定。预付金用于药品和医用耗材采购等医疗费用周转支出，不得用于医疗机构基础建设投入、日常运行、偿还债务等非医

疗费用支出，申请额度在上年度该医疗机构住院医疗费用统筹基金记账金额的月平均值 1 倍左右。

预付金的申请、预付、清算、回收等由市医疗保障经办机构在《汕头市基本医疗保险定点医疗机构服务协议》（以下简称服务协议）中明确，完成年度预付金拨付或收回等情形的，要及时向市医疗保障行政部门报告。

第二十四条 医疗保障经办机构核准各定点医疗机构当月申报的出院结算病例及费用后，按核准的统筹基金发生额的 70% 向定点医疗机构拨付月度预结算费用，剩余部分纳入年度清算处理。相应结算病例在定点医疗机构发生的“一站式”结算、补充保险和大病保险的记账金额在月度预结算时一并支付。年度结束，市医疗保障经办机构按经办管理规程及清算规则组织开展年度清算。

第二十五条 当年度分值单价 = (年度实际可分配资金总额 + 全年按分值结算病种的参保人个人支付总额 + 相应的“一站式”结算、补充保险及大病保险支付额) ÷ 当年各定点医疗机构总分值之和。

第二十六条 年度清算时，应偿付给各定点医疗机构的住院医疗费用（下称年度应偿付总额）= 当年定点医疗机构核定总分值 × 当年度分值单价 - 当年定点医疗机构按分值结算病种的参保人个人支付总额 - 相应的“一站式”结算、补充保险及大病保险支付额。

定点医疗机构总分值 = 定点医疗机构非基层病种分值总数 × 定点医疗机构权重系数 + 定点医疗机构基层病种分值总数 + 床

日分值总数。

定点医疗机构核定总分值=定点医疗机构总分值-定点医疗机构被扣减的分值。

年度清算统筹基金应支付金额=年度应偿付总额-月度预结算支付的累计金额。

第八章 结余留用（超支分担）机制、二次分配

第二十七条 建立结余留用（超支分担）激励约束机制。

定点医疗机构住院 DIP 结算的年度应偿付总额高于统筹基金发生额的，在统筹基金发生额的 100%-103%的结余部分由定点医疗机构全额留用，在统筹基金发生额的 103%-110%之间的结余部分由定点医疗机构按比例留用，高于统筹基金发生额 110%的部分不予结余留用。

定点医疗机构住院 DIP 结算的年度应偿付总额低于统筹基金发生额的，在统筹基金发生额的 90%-100%之间的部分由基金与定点医疗机构共同承担，纳入超支分担范围；低于统筹基金发生额 90%的部分由定点医疗机构自行承担，不纳入超支分担范围。

定点医疗机构因违反医疗保险有关规定被医疗保障经办机构解除服务协议的，该结算年度不予结余留用（超支分担）。定点医疗机构因本办法第三十四条第二款的违规行为被扣减分值的部分，不纳入结余留用（超支分担）范围。

第二十八条 定点医疗机构结余留用（超支分担）比例由

基础比例、正向激励项目比例和负面清单项目比例组成。正向激励项目和负面清单项目调整比例分别不超过 10 个百分点。具体结余留用（超支分担）比例确定规则见附件 4。

第二十九条 年度实际可分配资金总额在支付年度应偿付总额后，按照特例单议病例、结余留用、超支分担依次进行分配，不足以支付特例单议病例、结余留用、超支分担费用的，剩余资金根据统筹基金需承担金额按比例分配。

年度实际可分配资金总额在支付年度应偿付总额、特例单议病例、结余留用、超支分担费用后仍有结余的，由市医疗保障经办机构按照剩余资金与当年各定点医疗机构核定总分值之和计算单价，进行二次分配。

第九章 其他结算方式

第三十条 参保人发生的符合基本医疗保险规定的门（急）诊统筹记账医疗费用，由医疗保障经办机构与定点医疗机构实施按“人头包干”方式或“按项目结算”方式结算。

按“人头包干”方式结算：医疗保障经办机构根据参保人选定的医疗机构，试行对参保人在选定医疗机构发生的普通门诊基本医疗费用按“人头包干”方式结算。按“人头包干”的支付标准由医疗保障经办机构结合本市前 2 年普通门诊次均医疗费用、参保人平均就诊次数、门诊统筹限额及报销比例等情况核定，并与各相关定点医疗机构签订服务协议后执行。

“按项目结算”方式结算：医疗保障经办机构对各定点医

疗机构发生的基本医疗费用，根据统筹基金的报销比例按实结算。

第三十一条 参保人在定点医疗机构发生的门诊特定病种、产前检查医疗费用，医疗保障经办机构按“病种限额”或“项目结算”方式结算，可开展按“人头包干”或“病种分值”结算。

第三十二条 参保人在本市定点医疗机构住院有下列情形之一的，医疗费用暂按项目结算：

- （一）在结核病定点医院治疗结核病；
- （二）在指定医院治疗“儿童重疾”；
- （三）施行“造血干细胞移植”手术；
- （四）施行“人工耳蜗”植入手术；
- （五）住院期间使用体外膜肺氧合治疗；
- （六）符合国家、省、市有关规定的其他情形。

参保人异地就医联网结算的医疗费用，按照国家和省规定进行结算。

第十章 结算管理

第三十三条 定点医疗机构遵循合理检查、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用药，需经患者或其家属同意并签字。

第三十四条 定点医疗机构提供的基本医疗服务应执行医

疗保障行政部门制定的价格政策。基本医疗服务项目超过本市公立医疗机构政府指导价部分的费用，药品、医用耗材价格高于医保支付标准部分费用，基本医疗保险统筹基金不予支付。

定点医疗机构有分解住院、挂床住院、高套分值等违规行为的，由医疗保障经办机构按照协议有关约定予以处理。

第三十五条 定点医疗机构按医疗保障经办机构要求申报结算上月记账的基本医疗费用。医疗保障经办机构按本办法第二十四条的规定进行月度预结算，并将定点医疗机构申报的月度结算费用按 5%扣除，作为当年度医保服务质量保证金。

医疗保障经办机构对按规定持定点医疗机构外配处方在定点零售药店发生的属于统筹基金支付范围的医疗费用的审核、结算，参照本办法第三十四条的规定办理。

第三十六条 定点医疗机构纳入按病种分值付费范围住院医疗费用的年度总体自费率分别控制在一级医院 9%、二级医院 14%、三级医院 18%、肿瘤专科医院及精神病专科医院 20%以内。各定点医疗机构上报按中医优势病种结算的病例，中医综合治疗占比应达到 50%以上。

自费率=自费费用（指目录外费用和超过目录限制使用范围的费用）/总医疗费用*100%

中医综合治疗占比=中医综合治疗费用（指中药饮片费、中成药费，中医及民族医诊疗类项目费用之和）/住院综合治疗费用（指西药费、中药饮片费、中成药费、治疗费、手术费之和）*100%

医疗保障经办机构应将各级别定点医疗机构疾病和手术操

作编码准确率、年度自费率、中医优势病种中医综合治疗占比等控制指标纳入定点医疗机构续签服务协议、医保服务质量保证金等考核目标进行控制。

第三十七条 符合本办法第五条第三款情形的康复治疗，根据康复患者功能障碍情况将床日分值分为单纯运动障碍康复床日分值、多重功能障碍康复床日分值和气管切开（或气管插管）康复床日分值。

入院康复期间因功能障碍情况变化，分别适应不同康复床日分值的，可按实际情况及康复天数分别结算。入院治疗后因病情变化在院内转入或退出康复治疗的，视同一次住院，出院结算时费用可分段结算，康复治疗期间费用按床日分值结算，转入康复治疗前或退出康复进行其他治疗期间的费用按病种分值结算。

第三十八条 各定点医疗机构应在规定的时间内申报结算年度基本医疗费用。各年度的年度清算工作，原则上由医疗保障经办机构在次年6月底前完成，并按照服务协议等有关规定结算医保服务质量保证金。

第十一章 协商谈判机制

第三十九条 市医疗保障行政部门负责牵头建立汕头市医保支付制度评议组织，根据国家、省有关规定确定专家库人员，推选专家核心组成员，建立健全管理规范等事宜。具体议事规则等由市医疗保障行政部门另行制定公布。

第十二章 医保数据工作组

第四十条 医保数据工作组负责按病种分值付费过程中数据采集、分析、公开等工作。并建立数据定期公开机制，向定点医疗机构公开数据分析及费用结算等情况。市医疗保障经办机构负责收集定点医疗机构的建议意见。建议意见由医保数据工作组组织评估后报市医疗保障行政部门审核同意后，按规定渠道予以公布。

第四十一条 医保数据工作组由医疗保障部门负责医药管理、数据管理、经办管理、评议组织专家核心组成员以及不同级别、不同类型的定点医疗机构代表等人员组成，其中评议组织专家核心组成员不少于2人，三级医疗机构不少于2人，二级医疗机构不少于3人，一级及基层医疗机构不少于3人。医疗机构代表条件、权责等由市医疗保障行政部门另行公布。

第十三章 监督管理

第四十二条 各定点医疗机构应加强对医务人员诊疗行为的规范和管理，按要求真实、及时、规范完整填写医疗保障基金结算清单，按照医疗质量安全监管、病案管理和本办法的要求做好结算数据报送工作。

第四十三条 医疗保障经办机构要按照《按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）》（医保办发〔2021〕27

号)、《广东省按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)》(粤医保规〔2023〕1号)等要求,建立DIP专项考核评价制度,强化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统筹基金支出的稽核。对违反有关规定的定点医疗机构,按照医疗保险相关政策规定及服务协议处理;涉嫌违反法律法规的,应按有关规定将案件移交医疗保障行政部门。

第四十四条 定点医药机构违反法律、法规及有关规定的,医疗保障行政部门应依法予以查处;属卫生健康或其他行政部门职责管理范围的,医疗保障行政部门应及时移交相关部门处置。

第四十五条 卫生健康部门应加强各定点医疗机构病案系统管理及病案管理培训工作,定期对疾病诊断编码工作进行指导和检查。加强对本地区医疗费用增长率等情况的监测。加强对定点医疗机构及医务人员执业行为的监督管理,及时查处违法违规执业行为并予以通报。

第四十六条 提供康复医疗服务的定点医疗机构要对住院康复患者功能障碍等情况进行康复评定,制定康复治疗计划,确定康复治疗时间及方案。对经过一个疗程的规范康复治疗、功能状态经评估无明显改变,不符合住院治疗的应及时办理出院。

提供康复医疗服务的定点医疗机构要及时对住院康复治疗的参保患者进行评估,评估结果要由两名以上(含一名副主任医师,若为二级及以下医疗机构则含一名主治医师)医师签名留存备查,作为复核按床日分值结算的主要依据。

第十四章 附则

第四十七条 本办法实施时执行《汕头市按病种分值付费（DIP）病种分值库（2025年版）》。因医疗技术、服务、费用等情况变化需要调整病种分值库的，由市医疗保障经办机构按第十条、第十二条规定执行。

第四十八条 参保人在定点医疗机构发生的基本医疗费用因特殊情况未能记账，或者参保人因急诊、抢救在非定点医疗机构住院或是在市外非联网结算定点医疗机构就医发生的基本医疗费用，由参保人垫付后到医疗保障经办机构办理报销手续，具体经办流程由市医疗保障经办机构另行制定。

第四十九条 市医疗保障经办机构应按经办规程，拟定定点医疗机构年度清算方案，报市医疗保障行政部门批准后实施。

第五十条 定点医疗机构住院基本医疗费用以每年1月1日至12月31日为一个结算年度。

第五十一条 医疗机构开展家庭式产房、产科中的套房床位、免照陪护费暂不纳入第五条第一款所称的总医疗费用。

第五十二条 第七条所称“费用”系指按规定应由基本医疗保险统筹基金支付的费用；“其他费用”系指按规定应由基本医疗保险统筹基金支付但未在公式中明确列出的费用支出。

第五十三条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

第五十四条 本办法2026年1月1日起施行，有效期至2030年12月31日止。有效期届满前按规定对本办法实施情况

进行评估，经评估认为需要继续施行的，根据评估情况重新修订。《汕头市医疗保障局 汕头市卫生健康局关于印发<汕头市基本医疗保险医疗费用结算办法（试行）>的通知》（汕医保〔2024〕4号）同时废止。

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（2.0 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、中医优势病种和中医日间病房病种。在省公布的中医优势病种中遴选确定本市中医优势病种和中医日间病房病种。

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。中医优势住院病种或中医日间病房病种分值参考中医定点医疗

机构相关病种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。

中医优势住院病种或中医日间病房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 \geq 该病种上年度住院结算费用 2.5 倍的：

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

当次发生的住院医疗费用 \leq 该病种上年度住院结算费用 40% 的：

分值 = $\text{该病例当次住院医疗费用} \div \text{上年度同一权重系数定点医疗机构该病种的结算费用} \times \text{原该病种分值}$

结算费用 = $\text{病种分值} \times \text{权重系数} \times \text{上年度每分医疗费用单价}$ （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 \geq 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%:

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

附件 2

全市定点医疗机构级别等次对应权重

	甲等	乙等	未定等次
三级	1	0.98	0.96
二级	0.9	0.88	0.86
一级	0.8	0.76	

汕头市按病种分值付费（DIP） 病种分值库入组规则

一、病种（不含中医优势住院病种或中医日间病房病种分值）入组规则

医疗保障经办机构按照医疗机构申报的参保人出院的《医疗保障基金结算清单》临床第一诊断 ICD-10 亚目及手术与操作代码、《汕头市按病种分值付费（DIP）病种分值库（2025 年版）》，按以下规则匹配确定对应的病种及分值。

1.《医疗保障基金结算清单》的主要诊断病种代码和手术与操作代码与病种分值库完全匹配时，匹配唯一病种分值。

2.《医疗保障基金结算清单》的主要诊断病种代码能匹配病种分值库的病种，但手术与操作代码为空或未能匹配到相应手术与操作亚目病种的，匹配该亚目病种的保守治疗。

3.《医疗保障基金结算清单》的主要诊断病种代码能匹配病种分值库的病种，手术与操作编码项目多于相应病种的手术与操作编码项目时（不含已符合规则 1 情况），优先匹配分值高的病种，同时可匹配多个相同分值病种的，优先匹配手术与操作编码项目多的病种。

4.《医疗保障基金结算清单》的主要诊断按 ICD-10 前 4 位未匹配到的病种，按 ICD-10 前 3 位及相同规则匹配相应的综合

病种及手术与操作代码所对应的病种。以上未匹配到的病种匹配到主要诊断首字母所对应的病种。

5.病种分值库中同一病种（含亚目、类目和首字母，下同）有多个手术与操作的，手术和操作编码使用“+”表示。病种手术与操作编码中存在“+”或多个“+”的，一次住院的实际手术与操作的编码要完全覆盖才可匹配。

6.病种分值库中同一病种，手术与操作编码栏使用“/”表示的，一次住院的实际手术与操作编码仅需匹配到其中一个“/”前后编码的手术与操作即可。

7.按新生儿体重区分低出生体重儿分值，医疗机构未按规定上传新生儿体重无法区分入组到 P07.101 或 P07.102 获取相应分值的，入组到字母组。

二、中医优势住院病种或中医日间病房病种分值匹配规则

医疗保障经办机构按照中医类医疗机构或综合医院的中医科上传中医优势病种或中医日间病房标识，以及医疗机构申报的参保人出院的《医疗保障基金结算清单》的中医诊断和西医临床第一诊断同时匹配中医优势病种库或中医日间病房病种的，按病种的分值确定该病例分值。

附件 4

结余留用（超支分担）比例确定

一、基础比例

1.结余留用基础比例：中医医疗机构、精神专科定点医疗机构或以收治精神类疾病参保人住院为主要业务的综合类医疗机构结余留用基础比例为 60%，其他医疗机构的结余留用基础比例为 50%。

2.合理超支分担基础比例：中医医疗机构、精神专科定点医疗机构或以收治精神类疾病参保人住院为主要业务的综合类医疗机构超支分担基础比例为 40%，其他医疗机构的超支分担基础比例为 50%。

二、正向激励项目

1.经广东省卫生健康委员会确定为广东省区域高水平医院，正向激励比例可增加 3 个百分点。定点医疗机构开设的科室经国家卫生健康部门评定为临床重点专（学）科（含中医）的，每增加一个重点专科，其医院正向激励比例增加 1 个百分点，最高调整不超过 3 个百分点。

2.60 岁以上或 6 岁以下人群住院结算人次占比大于全市平均水平时，正向激励比例可分别增加 2 个百分点。

3.二级及以上医疗机构在省医药服务评价中各项排名在全省前十名的项目，每个项目正向激励比例可分别增加 2 个百分点。

三、负面清单项目

1.医院年度 CMI 值较上一年度下降每超过 0.1 个百分点的，负面清单项目比例扣减 1 个百分点，最高扣减 3 个百分点。

医院年度 CMI 值=医院全年总分值/出院病例数/1000

2.在按接口规范和技术要求做好信息系统对接，医保信息网络安全、医保电子凭证、药品或医用耗材采购等便民化应用方面，被医疗保障行政部门通报或约谈后未按期完成整改的，每负面清单项目比例扣减为 1 个百分点，以上项目累计最高扣减 4 个百分点。

3.在专项检查或稽核检查中，认定医疗机构存在提供不必要的医药服务（如分解住院、挂床住院、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药等违规情形），年度违规费用占医疗机构年度内收治基本医疗保险参保人的记账总医疗费用的比例，每超过 0.5 个百分点，负面清单项目比例扣减 1 个百分点，最高扣减 3 个百分点。

四、实际留用或分担比例

1.定点医疗机构住院 DIP 结算的年度应偿付总额在统筹基金发生额的 103%-110%之间结余部分：

医疗机构实际留用比例=基础比例+正向激励项目比例-负面清单项目扣减比例

2.定点医疗机构住院 DIP 结算的年度应偿付总额低于统筹基金发生额的，在基金统筹发生额的 90%-100%之间的部分纳入超支分担范围，定点医疗机构按比例分担：

医疗机构实际分担比例=基础比例+负面清单扣减比例-正

向激励项目比例

低于统筹基金发生额 90%的部分由定点医疗机构自行承担，不纳入超支分担范围。