

南阳市医疗保障局文件

宛医保〔2025〕9号

南阳市医疗保障局 关于印发《南阳市按病种分值付费管理 暂行办法》的通知

各县市区医疗保障局，城乡一体化示范区社会保障服务中心，高新区组织人社局，官庄工区、职教园区卫生健康服务中心，机关各科室，局属各单位：

根据《河南省医疗保障局关于印发〈河南省按病种付费管理暂行办法〉的通知》（豫医保〔2025〕9号）精神，结合我市实际，市医保局制定了《南阳市按病种分值付费管理暂行办法》，现印发给你们，请贯彻执行。



南阳市按病种分值付费管理暂行办法

第一章 总则

第一条 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)和《河南省医疗保障局关于印发〈河南省按病种付费管理暂行办法〉的通知》(豫医保〔2025〕9号)等要求,为进一步规范按病种付费管理工作,建立管用高效的医保支付机制,赋能医疗机构发展,结合我市实际,制定本办法。

第二条 按病种分值付费(以下简称“DIP”)是深化医保支付方式改革的重要组成部分,主要目标是促进医疗卫生资源合理利用、充分保障参保人员待遇水平、推进医保基金平稳高效运行,实现医保、医疗、医药协同治理发展。

第三条 本办法适用于医保部门与定点医疗机构(以下简称医疗机构)结算住院医疗费用的管理(含异地就医)。参保人员在医疗机构住院结算按照相关医保政策执行,医保待遇不受DIP付费影响。

第四条 市级医保行政部门负责制定完善DIP付费相关政策,并指导本地DIP付费改革有序落地。县级医保行政部门具体负责本辖区DIP付费工作的组织实施。

第五条 市级医保经办机构负责落实医保定点服务协议管理

和 DIP 预算编制、基金预付、结算清算、稽核考核、政策宣传及运行分析等工作。县级医保经办机构负责本辖区 DIP 付费结算工作的具体承办。

第六条 医疗机构按照医保协议约定，负责制定完善与医保支付方式改革相一致的内部管理制度、信息化建设等配套措施。及时完成病案审核，按规定上传参保人员住院病案首页、医保结算清单等相关信息。负责月结算、特例单议病例结算及年终清算等相关资料的报送工作。

第二章 总额预算管理

第七条 DIP 付费实行区域总额预算管理，遵循“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则，在充分考虑经济社会发展水平、医保基金运行情况、人民健康需求等因素基础上，合理确定本年度 DIP 付费基金支出预算总额（以下简称 DIP 付费预算总额）。DIP 付费实行单独预算、单独管理。

第八条 每年年初，市级医保经办机构在基金支出预算基础上，根据本年度基金收入、参保人数及增长预期、参保人员缴费水平和上年医疗总费用、医保基金支出、药品和医用耗材集采降价等指标，确定年度 DIP 付费预算总额，编制基金预算，制定实施方案，报市级医保行政部门备案后实施。本地就医和异地就医预算应分项分类编制，职工、居民医保 DIP 付费预算总额应分别编制。

第九条 市级医保经办机构编制 DIP 付费预算总额时，可按年度职工医保和城乡居民医保 DIP 付费预算总额的 5% 分别预留区域调节金，用于年度清算合理超支分担等情况。区域调节金用于合

理超支分担支出后的剩余部分，可用于年度清算的二次分配。

第十条 年度清算时，市级医保经办机构可根据当年统筹基金收入及年度住院统筹基金实际发生额等情况，并综合考虑参保人数变化、公共卫生事件、重大自然灾害等因素影响，提出 DIP 付费年度预算总额调整方案，报市级医保行政部门备案后实施，原则上应保证年度医保统筹基金支出预算总额的稳定性。

第三章 病种分组

第十一条 市级医保行政部门以省级病种目录库为基础，按照与省级病种目录库一致的分组规则，以病种成组前的历史三年清算数据为基础，测算制定南阳市病种目录，组织医学相关专家进行论证优化，形成我市病种目录库。原则上我市病种目录要在省级病种目录库范围内。

第十二条 DIP 成组的核心是根据大数据理论，通过分析真实世界的历史数据，将诊断相同、临床过程相似、资源消耗相近的历史病例，按照“疾病诊断+治疗方式”的组合方式形成病种。

（一）核心病种。是基于可显著区分资源消耗程度的诊断及治疗方式，使用历史医保结算清单的疾病诊断编码和手术操作编码，按照“主要疾病诊断+主要手术操作+其他手术操作”的规则聚类组合形成的病种。原则上本地区所有医疗机构出院病例中达到临界值及以上的病种作为核心病种，作为 DIP 结算的主要付费单元。

（二）综合病种。是将历史数据穷举聚类形成的病种组合中，病例数在临界值以下的病种，按照“主要疾病诊断+主要手术操

作的具体属性”再次进行收敛聚类，作为核心病种的补充。

（三）临界值。设置病例数临界值，用于区分 DIP 核心病种与综合病种。病例数临界值原则上以达到临界值以上的病例数能覆盖当地 90%以上病例来设定。临界值可以根据我市历史数据实际情况进行动态调整。

第十三条 市级医保行政部门遴选中医优势明显、诊断明确、疗效确切的病种为中医优势病种，建立中医优势病种目录，开展按疗效价值付费。我市中医优势病种对照相应西医诊断 DIP 病种合理提高 DIP 支付标准，真正体现中医药治疗疾病的独有优势。

第十四条 市级医保行政部门遴选基层医疗机构收治占比较大、医疗费用相对稳定、变异系数较低且适宜基层医疗机构开展的常见病、多发病、慢性病等，设置为基层病种，形成本地基层病种目录，并明确支付标准。基层病种不区分医疗机构级别、系数，在本统筹地区内实行同病同标准支付。

第十五条 市级医保行政部门结合实际将符合条件的日间治疗病种纳入 DIP 付费管理。包括日间手术病种、恶性肿瘤门诊化疗病种等；以及采用中医治疗为主的诊疗方案，需持续治疗但当次治疗完成后无需留院观察，可按照住院政策结算的中医日间病种等。

第十六条 我市康复类和精神类等需要长期住院治疗的疾病，探索基于 DIP 付费的按床日分值付费，按现行政策实施。

第四章 病种支付

第十七条 DIP 病种分值的确定。依据我市医疗机构历史医保

结算清单数据，根据 DIP 病种的次均费用与所有病例均费的比值确定该 DIP 病种的分值。我市病种分值按照历史三年次均费用 1: 2: 7 的比例确定。职工医保、居民医保执行相同的病种和分值。

各病种分值=该病种次均住院费用 ÷ 所有病例次均住院费用 × 1000

第十八条 DIP 点值的确定。市级医保经办机构根据当年 DIP 付费预算总额，结合当年住院总费用、住院人次等计算 DIP 总分值，将当年住院总费用分配到每一分值上，测算 DIP 点值。

年度点值=〔DIP 年度基金预算总额+（全市医疗机构年度住院总费用-年度实际统筹基金支出）〕 ÷ 全市年度 DIP 总分值

第十九条 通过设置医疗机构调节系数，体现各类型医疗机构之间治疗同种疾病所需次均住院费用的客观差异。可采用按医疗机构等级与类别，并结合多因素综合考虑设置。

（一）医疗机构等级系数

即综合考虑各医疗机构级别、类型、医疗费用的客观差异，以及医保部门对医疗机构绩效评价情况等综合因素，将医疗机构分为不同等级类型，计算不同类型医疗机构系数。

（二）探索综合因素调节系数

综合考虑不同医疗机构在参保人员病情、提供医疗服务过程中所消耗的医疗资源、重点专科建设特色等方面存在的差异性，设置调节系数。可结合医疗机构的医疗水平、专科特色（如区域医疗中心、医学中心等）、病种结构（如 CMI 值）、绩效评价结果、协议履行情况等因素，通过对多维管理指标进行加权计算，

确定医疗机构调节系数，引导医疗机构回归功能定位，从“多劳多得”向“优劳优得”转变。

（三）医疗机构考核系数

医保部门可根据实施情况，选择但不限于人次人头比、出院人次、参保人员实际报销比、CMI 值和住院统筹基金按项目发生额指标变化情况，计算确定各医疗机构考核系数。

考核系数=(人次人头比变化情况+出院人次变化情况+参保人员实际报销比变化情况+.....) ÷ N (N 为考核指标个数)

例：人次人头比变化情况=同级（同类）医疗机构平均人次人头比变化情况 ÷ 该医疗机构实际人次人头比变化情况

同级（同类）医疗机构平均人次人头比变化情况=本年度同级（同类）医疗机构出院病例人次人头比 ÷ 上年度同级（同类）医疗机构出院病例人次人头比 × 100%

该医疗机构实际人次人头比变化情况=本年度出院病例人次人头比 ÷ 上年度出院病例人次人头比 × 100%

第二十条 针对病种内导致费用存在明显差异的合并症指数（CCI）分型、疾病严重程度、年龄特征、重症监护等影响因素，遵循必要、客观、尊重临床实际的原则，设置辅助分型应用类型，测算辅助分型调节系数，对受影响的病种进行细化，明确一定的应用条件，最大程度地契合成本，对病种分值进行校正。进行辅助分型的病种要慎用、适当，需结合我市实际情况制定。

某一病种的辅助分型调节系数=该病种内某一辅助分型病例的平均住院费用 ÷ 该病种全部病例平均住院费用

第二十一条 异常病例筛选调整。将费用超高或超低的病例列为异常病例，并对 DIP 付费标准进行调整。按中医优势病种疗效价值付费的病例不纳入费用异常病例范围。

(一) DIP 费用超高病例

费用超高病例是指费用大于或等于 DIP 病种支付标准 2 倍的病例。为了兼顾临床复杂性和支付调控的有效性，既要承认一定比例费用超高病例存在的合理性，也要防范医疗机构由于非合理原因发生大量的费用超高病例。

DIP 费用超高病例分值调整=该病例所属病种分值 × (该病例医疗总费用 ÷ 地区病种均费 - 扣减系数) + 该病种所属病种分值 × 医疗机构等级系数 (扣减系数暂设为 2，可结合实际予以调整)

(二) DIP 费用超低病例

费用超低病例是指住院总费用小于等于 DIP 支付标准 50% 的入组病例。

DIP 费用超低病例分值=该病例所属病种分值 × (该病例医疗总费用 ÷ 地区病种均费)

第二十二条 根据年度 DIP 分值、点值、机构系数等，确定各 DIP 病种付费标准 (正常倍率)。

各医疗机构 DIP 病种年度付费标准=年度点值 × DIP 病种分值 × 医疗机构系数

第二十三条 DIP 入组病例基金支付费用计算。

医保基金 DIP 应支付住院费用=年度病例总分值 × 年度点值 - (年度住院总费用 - 年度住院实际发生统筹基金支出)

各医疗机构年度病例总分值= Σ DIP病种分值 \times 考核系数

第五章 配套管理

第二十四条 市级医保经办机构根据DIP实际运行情况、新技术运用、政策调整等因素，结合历史结算数据测算结果，提出DIP分组、目录、分值、医疗机构系数等调整方案，并与医疗机构谈判协商达成一致意见，报市级医保行政部门备案后实施。原则上与国家、省分组方案调整时限保持一致，每两年调整一次。必要情况下，可适时调整。

第二十五条 建立特例单议工作机制。综合考虑病例的住院天数、医疗费用、新药品耗材等因素设置申报条件，实施医疗机构按要求申请和医保经办机构通过大数据筛选等方式，按季度或按月组织专家对特例单议病例进行审核评议，对评议通过的特殊病例费用重新核定分值，不予通过的要及时告知申请医疗机构。市级医保经办机构每半年对特例单议情况、医保基金支出等进行公告，鼓励医疗机构优化内部管理，减轻医务人员申报特例单议工作负担。以统筹地区为单位，特例单议的病例数量原则上不超过当期DIP出院总病例的5%。纳入特例单议的病例范围包括但不限于：

- （一）住院天数明显高于该病种平均住院天数的病例；
- （二）费用超过DIP支付标准一定倍数以上的病例；
- （三）重症及未在分组方案内包含的多学科或联合手术病例；
- （四）新发及爆发流行的法定传染病患者；
- （五）其他符合规定的情形。

根据专家评议结果，经审核后符合医保规定的特殊病例重新核定分值，计算公式如下：

（一）评议分值=（病例总费用-不合理费用）÷地区均费×1000

（二）追加分值=评议分值-已补偿分值

市级医保部门可结合实际情况对特例单议评议范围进行调整。

第二十六条 对经市级以上卫健部门认定的新医疗技术项目应用的病例，市级医保经办机构可以实行单独核算，补偿后支付比例不低于90%，原则上此类病例的数量不受特例单议比例限制。年终清算时根据年度基金运行和DIP考核评价情况，确定补偿比例和病例数量。

第二十七条 实行药品、医用耗材集采当年涉及的病种，本年度DIP支付标准不作调整，次年起可按照上年度费用发生情况重新确定支付标准。

第二十八条 各级医保部门要按照相关规定建立预付金机制并组织实施；积极落实医保基金结算改革工作，推进医保与定点医药机构即时结算，进一步减轻医药机构资金周转压力。

第二十九条 各级医保部门要建立意见收集反馈工作机制。充分利用好医保支付方式改革意见收集邮箱等方式，在政策出台、分组调整、结算清算等各个环节充分征求意见建议，提升社会各界参与改革的积极性，凝聚各方改革共识。

第三十条 各级医保部门要建立谈判协商工作机制。成立DIP专家组，由临床、医保、药学、病案、财务、信息、法律等方面

专家组成。在开展 DIP 分组、分值等相关工作评审评议时，邀请专家组成员参与集体讨论、充分沟通协商。

第三十一条 市级医保经办机构要统筹县市区医保经办机构定期开展 DIP 付费运行分析，加强基金运行分析结果运用，增强数据分析对付费改革的指导性和前瞻性；对 DIP 付费改革的实施效果进行评价，发现问题要及时提醒并指导医疗机构进行核实处理。运行分析结果要报送同级医保行政部门。

第三十二条 各级医保部门要建立医保数据公开机制。成立医保数据工作组，按季度向辖区内定点医药机构公开医保数据。一年内至少开展两次线下面对面数据发布活动，每年第一季度和年度清算完成后一个月左右两个时间节点以线下面对面发布为主，提高工作透明度，促进医保数据和医疗数据共享共用共治，实现医保数据赋能医疗机构发展。公开数据内容包括本地和异地医保基金收支结余情况、预算执行情况、DIP 付费、结算清算进度等。

第三十三条 医保经办机构按月对医疗机构 DIP 病例发生费用进行结算，及时向医疗机构反馈 DIP 入组、结算等情况。

第三十四条 各级医保部门要做好医保支付政策宣传解读，将按病种分值付费培训作为年度工作纳入常态化管理，加强对医保部门、医疗机构的按病种分值付费相关知识培训，规范培训内容，创新培训形式，切实提高相关工作人员业务能力。

第三十五条 各级医保部门要加强医保支付方式改革与医保标准化工作、医疗服务价格、集中带量采购、医保待遇政策、商业健康保险等工作协同。加强医保支付方式改革与公立医院高质

量发展、基层医疗卫生服务体系能力建设，分级诊疗等医药卫生体制重点改革的协同联动。

第六章 结算清算

第三十六条 医保经办机构开展本地住院医疗费用月度预结算时，可预留 5%作为质量保证金，质量保证金结合医疗机构考核评价情况在年度清算时予以返还。

医保经办机构每月按医疗机构 DIP 病例发生费用进行预结算，及时向医疗机构反馈 DIP 入组、结算等情况，结算时预留 5%的质量保证金。结算程序为：

（一）住院数据上传与整理。原则上医疗机构于参保人员出院之日起 5 个工作日内上传参保人员医保结算清单等相关数据信息，每月 10 日前完成上月 DIP 业务所需的医保结算清单及病案首页等数据上传工作。

（二）审核与结算支付。医保经办机构应根据医疗机构上传数据进行费用明细合理性审核等工作，按照统筹基金实际发生金额的一定比例或分组结果确定月度预结算应拨金额，按时拨付医疗机构医疗费用，及时将结算明细反馈至医疗机构。

（三）非正常数据处理。超过规定时限上传、因数据质量及其他原因未入组等非正常数据住院病例不纳入 DIP 月度结算，市级医保经办机构年终清算时结合实际统一进行处理。

第三十七条 医保部门建立健全“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制，根据年度基金运行和 DIP 考核评价情况，适当调整医疗机构清算费用。发挥医保支付引导作用，医疗机构通过

规范服务行为、主动控制成本获得的结余资金，可作为业务性收入。

(一)本年度统筹基金实际发生额小于年度 DIP 结算金额 80% (含 80%) 的，年度应结算金额按实际发生额计算；

(二)本年度统筹基金实际发生额在年度 DIP 结算金额 80%-90% (含 90%) 之间的，年度应结算金额=统筹基金实际发生额 + [(1-年度统筹基金占比) × (年度统筹基金占比-80%) × 10] × 年度 DIP 结算金额；

年度统筹基金占比=年度统筹基金实际发生额 ÷ 年度 DIP 结算金额

(三)本年度统筹基金实际发生额在年度 DIP 结算金额 90%-100% (含 100%) 之间的，年度应结算金额按年度 DIP 结算金额计算；

(四)本年度统筹基金实际发生额超过年度 DIP 结算金额 100% 的，年度应结算金额按年度 DIP 结算金额+分段分担金额计算。分段计算：超额在 100%-110% (含 110%) 的部分，原则上按不高于 70% 分担比例由调节金支付；超过 110% 的部分，不予支付。年度调节金不足时，根据基金情况，各医疗机构的分担金额按比例调整。

根据各医疗机构年度综合考评结果，确定不予返还质保金数额，结合本年度已拨付金额和违规费用，确定各医疗机构年度 DIP 清算金额。

年度 DIP 清算金额=年度应结算金额-年度已拨付金额-年度违

规费用-质量保证金扣款

医疗机构年度内因违法违规受到暂停服务协议、解除服务协议等处理的，结余留用以及超支分担部分不予支付。

对 DIP 年度清算后医保不予支付的费用，医保经办机构应通知医疗机构按规定及时核销财务账目，不得作为医保欠费处理。

第三十八条 市级医保部门根据医保基金运行情况，按照“总量稳定、变量浮动、增量约束、减量激励”原则，合理控制医疗机构住院统筹基金支出的增长幅度。

第三十九条 市级医保行政部门可结合医保基金运行情况，探索将医疗机构使用国家谈判药品中的高值药品且未纳入本年度 DIP 付费标准测算的病例，清算时可以根据使用情况予以补偿，相关 DIP 支付标准调整后，按调整后的标准结算。免陪照护费用可暂不纳入按病种分组测算和年度清算。国家商业健康保险创新药品目录内相关创新药应用病例可不纳入医保按病种付费范围，经审核评议程序后支付。

第四十条 市级医保行政部门根据 DIP 实际运行情况，年度清算时可以进行结构性调整，适当降低检查检验类和非集采药品耗材类等 DIP 支付标准，适当调高医疗服务类、集采药品耗材类、高龄重症病例类以及国家（行业）政策规定需要支持的项目类等 DIP 支付标准。

第七章 监测监管

第四十一条 市级医保经办机构负责指导各县市区开展 DIP 监测、监管和评价工作。各级医保经办机构要依据医疗机构质量管

理与控制、等级医院评审标准等相关质控指标，结合住院满意度、病种绩效对比等指标，采取日常与年终考核相结合的形式，对医疗机构 DIP 付费工作进行客观、公正、全面的考核评价，考核结果与质量保证金返还相挂钩。

第四十二条 各级医保经办机构要不断加强智能审核，对结算清单进行全面审核。定期组织专家和医疗机构有关人员，也可引入第三方监管服务，逐步提高对 DIP 大数据的挖掘分析能力，切实提升医保智能监管水平；可将年度医保基金支出增长率高于域内平均增长率的医疗机构，列入重点监控名单，实施重点督查。要完善医疗机构协议管理，明确 DIP 数据质量管理要求、结算方式流程、协商谈判程序、医疗机构绩效管理及双方职责义务等内容。

第四十三条 各级医保部门要根据按病种付费特点，完善智能审核和监控规则，推进事前提醒接入和应用，重点对分解住院、高编高套、低标入院、推诿病人、治疗不足、转嫁住院费用、不符合出院标准强制出院等行为进行监管。加强大数据筛查分析，推动线上智能监管与线下专项检查、飞行检查相结合，加大欺诈骗保打击力度。

第四十四条 医疗机构要加强医保、病案、质控、信息等专业技术人员队伍能力建设；要高度重视医疗基础信息管理，规范填写结算清单，加强病案质量管理，严格按照疾病诊断标准规范填写疾病和手术操作名称，严禁疾病诊断升级。实时将所有就诊参保人员的医疗费用明细准确上传。

第四十五条 医疗机构要严格控制医疗费用不合理增长，规范诊疗行为，因病施治、合理用药，严格控制个人自费费用比例，不得变相增加参保人员个人负担，不得将DIP病种支付标准作为限额对医务人员进行考核或与绩效分配指标挂钩，相关内容可纳入服务协议约定。

第八章 附 则

第四十六条 按病种分值付费适用于基本医保、大病保险、医疗救助等。本办法由南阳市医疗保障局负责解释，自2026年1月1日起施行。既往有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。