

连云港市医疗保障局文件

连医保〔2026〕22号

关于做好 2026 年度按病种分值付费（DIP） 相关工作的通知

各县（区）医疗保障局、市医疗保险基金管理中心、市医疗保障基金监管所，各定点医疗机构：

为推进我市 DIP 支付方式改革提质增效，提高医保基金使用效率，根据我市按病种分值付费（DIP）相关文件要求，现就做好 2026 年度按病种分值付费（DIP）工作通知如下：

一、加强 DIP 费用结算管理

1. 确定医疗机构医疗总费用增幅上限。为保障我市基本医疗保险可持续发展，根据近几年我市各医疗机构医疗总费用增长情况和医保基金承受能力，确定 2026 年度定点医疗机构住院医疗费用总额增幅上限要求：原则上三级、二级及以下定点医疗机构本年度住院医疗总费用增幅分别不高于上年度 10%、20%（定

额病种除外），超过部分医保基金不予结付，相关病例不得申报纳入区域 DIP 结算分值范围。对于因特殊情况造成医疗机构医疗总费用增长超过增幅上限的，医疗机构可向所在地医保经办机构提出申请，经医保经办机构审核通过的本年度住院医疗总费用可不作增幅限制，具体结果报同级医保行政部门备案后执行。

2. 明确月度 DIP 结算清单上传期限。医疗机构应及时完成当月所有 DIP 病例的相关数据上传工作，在次月 15 日前（节假日顺延 1 天）按规定上传的病例纳入月度预结算。

3. 未按规定上传病例不予支付。医疗机构在年度清算前未按规定上传医保基金结算清单的病例，不纳入年度清算范围，医保基金不予结付。

4. 明确市域范围内跨县区 DIP 结算方法。对市域范围内跨县区住院医疗费用实行 DIP 方式结算，本区域参保人在本市所有住院定点医疗机构发生的住院医疗费用纳入参保地 DIP 区域预算总额，按照参保地区域结算点值和就医地考核结果开展年度决算、清算。

5. 合理设定三级医院区域年度结算调节系数。各县（区）可结合本地区实际情况，根据上年度实际费用发生情况合理设定本区域三级医疗机构年度结算调节系数，对实行二类收费管理的三级医院年度病种总分值进行系数调节后再按规定参与 DIP 年度决算。计算公式为：

某医疗机构年度结算调节系数=上年度该医疗机构费用分值

比/上年度全市三级医院的费用分值比

各县（区）结合年度区域医保基金实际运行情况，确需设置医疗机构等级系数的，各级医保经办机构应按规定程序与相关医疗机构谈判协商后，按照以上规则测算医疗机构等级系数，由同级医保行政部门同意报市医保行政部门审核后开展年度决算。

二、健全特殊病例分值评议机制

明确特殊病例分值评议范围如下：

1. 住院时间长：指住院天数超过该病种同等级医院平均住院天数 5 倍以上或住院天数超过 60 天的；

2. 资源消耗多：指统筹地区规定的住院费用高于 DIP 病种次均费用 2 倍（含 2 倍）的、该病例的监护病房床位使用天数大于等于住院床位使用总天数的 60%的；

3. 合理使用新技术：指未纳入本地病种分值调整的国家医保谈判药品纳入医保支付首个自然年度内产生费用的病例。近三年医疗机构申请并报市级及以上相关行业主管部门备案同意开展的新医疗技术（含新耗材），且每年累计总病例数小于本地 DIP 付费成组病例数量规定的；

4. 复杂危重症：危急症抢救的（含急诊入院）；

5. 多学科联合诊疗：指多种诊断与以手术为主的多种治疗方法叠加的（包括多学科联合治疗、院内转科、双侧手术等）；

6. 特殊未入组：指现行分组方案未能包含的；

7. 国家、省级、各统筹地区医保部门明确的其他情况。

年度特殊病例申请总数不超过各定点医疗机构当年度 DIP 出院总病例的 5‰。

三、强化 DIP 付费病案评审机制

医疗机构应提高病案质量，加强病案填写准确性、规范性。医保部门组织专家进行 DIP 病例评审，总病例评审比例不低于 1%，其中：费用异常病例、无对应病种分值病例评审比例不低于抽审病例数的 30%，病案首页上疾病诊断属于亚目诊断中“未特指”的病例评审比例不低于总“未特指”病例数的 2%。对于评审确认的违反临床规范、指南等相关费用，在年度清算中予以扣除。其他造成医疗保障基金损失的情形，按有关规定处理。

四、规范费用偏差病例分值校准机制

医疗费用低于病种支付标准（该病种上年度同级别定点医疗机构次均住院费用）50%的超低病例和高于病种支付标准 2 倍的超高病例确定为费用偏差病例，其病种分值计算公式为：

费用超低病例病种分值 = (该病例实际住院费用 / (病种分值 × 等级系数 × 100)) × 病种分值 × 等级系数

费用超高病例病种分值 = (该病例实际住院费用 / (病种分值 × 等级系数 × 100) - 1) × 病种分值 × 等级系数

五、完善 DIP 年度考核机制

对《关于印发<连云港市按病种分值付费（DIP）考核管理办法（试行）>的通知》（连医保〔2021〕108号）中部分 DIP 年度考核指标的考核内容及评分标准作如下调整：

1. 门急诊住院率，考核内容调整为：“门急诊住院率=本年度住院人次/门急诊人次×100%。”

2. 信息上报及时性、完整性，考核内容调整为：“医疗机构于正常结算月次月 15 日前完成上个月 DIP 病例数据上传，按及时上传的数量占全月病例总量的比例乘及时性的分值（9 分）计算得分，上传率低于 60%者及时性考核不得分”。

3. 病案准确率，考核内容调整为：“病案核查发现，诊断、手术和操作未如实、规范、准确填写。病案审核比例为 1%，每家医疗机构病案评审数量不低于 10 份，年度住院病历低于 10 例的全部纳入评审范围”，分值调整为“10 分”，评分标准调整为“准确率应 100%，每低 1%扣 0.5 分，扣完为止。”

4. 增加“‘未特指’病例病案准确率”考核指标，考核内容为：“抽取病案首页上疾病诊断属于亚目诊断中“未特指”的病例，核查诊断、手术和操作是否如实、规范、准确填写。”分值为“10 分”，评分标准为“准确率应 100%，每低 1%扣 1 分，扣完为止。”

5. 医院 DIP 病例组合指数（CMI）值变化率、费用消耗指数、时间消耗指数及人均病种医疗费用增长率等需要和上年度数据进行对比的指标，当年度新纳入 DIP 付费的医疗机构相关指标不纳入考核范围。

六、预留 DIP 质量保证金纳入综合绩效评价

在年终清算时，按照各定点医疗机构 DIP 年度统筹基金决算支付总额（不含职工大额医疗费用补助）的 5%预留年度质量保

证金,按照定点医疗机构医疗保障基金使用绩效综合评价办法进行全额分配。

连云港市医疗保障局

2026年5月18日

(此件公开发布)

连云港市医疗保障局办公室

2026年5月18日印发
