

# 连云港市医疗保障局文件

连医保〔2021〕109号

---

## 关于印发《连云港市按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局、市医疗保险基金管理中心，各定点医疗机构：

现将《连云港市按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

连云港市医疗保障局  
2021年12月22日



# 连云港市按病种分值付费（DIP）医疗保障 经办管理规程（试行）

为深化医保支付方式改革，提高医疗保障基金使用效率，积极稳妥推进我市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费（以下简称DIP），规范DIP付费业务经办管理，按照《国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（医保办发〔2021〕27号）、《连云港市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）实施办法（试行）》（连医保〔2021〕107号）及《连云港市按病种分值付费（DIP）考核管理办法（试行）》（连医保〔2021〕108号）等有关文件规定，结合我市实际，制定本规程。

## 第一章 基金管理及预算

**第一条** 我市医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）与定点医疗机构（以下简称医疗机构）按DIP方式结算医疗保险费用（以下简称医保费用），适用本规程。

**第二条** 连云港市基本医疗保险参保人员（含城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人员，不含一至六级革命伤残军人，以下简称参保人员）在本市医疗机构住院期间发生的基本医疗保险统筹基金（含职工大额医疗费用补助、生育保险基金，以下简称统筹基金），由医保经办机构按照“区域总额、预算管理、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，与医疗机构

按照 DIP 方式结算。

预算、结算分别按险种基金进行分项计算和拨付。职工大额医疗费用补助基金按实际发生数额实付，差额由城镇职工基本医疗保险统筹基金支付，灵活就业人员生育病种由城镇职工基本医疗保险统筹基金支付。

个人账户、大病保险、医疗救助以及公务员医疗补助等其他医疗保障费用结算按有关规定执行。参保人员基本医疗保险待遇按我市基本医疗保险政策规定执行，不受 DIP 付费办法实施的影响。

**第三条** 城镇职工和城乡居民基本医疗保险统筹基金分别进行总额预算，单独核算。

市医保经办机构于每年 3 月 15 日前会同各县区医保经办机构按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，结合年度总额预算和上年度决算数据，合理编制全市统筹基金年度 DIP 总额预算支出方案，形成分区域（包括市本级、赣榆区、东海县、灌云县、灌南县）本地住院医保统筹基金 DIP 预算支出总额（以下简称 DIP 预算总额）。市医疗保障行政部门对 DIP 预算总额进行审核，最终确定市、县（区）统筹基金 DIP 预算总额指标，并于每年 3 月底前下发。

随着医疗保险市级统筹和分级诊疗的进一步推进，我市将逐步实现全市统一的区域总额预算。

**第四条** 本规程中的计算结果，资金、分值、点值和系数计

算均采用四舍五入的方式，并保留至 2 位小数。

**第五条** 各区域 DIP 预算总额按照本区域上年度纳入 DIP 结算的住院统筹基金决算支出总额（含统筹基金结余留用部分、超支分担部分和定额病种补差部分，不含疾病爆发等临时追加的预算部分）乘以医保基金年度支出增长率后，扣除风险调节金确定。

各区域 DIP 预算总额计算公式为：

区域 DIP 预算总额=本区域上年度本地住院统筹基金决算总额×（1+统筹基金年度支出增长率）—风险调节金

**第六条** 医保统筹基金年度支出增长率、风险调节金提取比例由市医疗保障行政部门于每年 3 月 15 日前组织医保经办机构、医共体及其他医疗机构，综合考虑我市社会经济发展水平、本年度基金收入预算、重大政策调整、符合区域卫生规划的医疗卫生发展情况、物价水平等因素统筹确定。当年实际筹资不足时，从历年结余基金中补足。

医保统筹基金年度支出增长率应不高于省、市下达的医疗费用增长率控制目标和上一年度医保基金支出增长率，全市各区域保持一致，原则上不超过 10%。

风险调节金根据 DIP 运行情况按一定比例（一般不超过 5%）全市统一设立，主要用于年度决算时合理超支分担、定额病种补差等部分的支付，若有结余转入统筹基金并按相关政策执行。

**第七条** 年度内因相关重大政策调整、重大公共卫生事件、

自然灾害等特殊情形发生需要调整 DIP 预算总额或风险调节金的，由市医疗保障行政部门确定。

## 第二章 DIP 分组

**第八条** 编制本地 DIP 病种目录库。按照国家 DIP 技术规范，基于全市近三年住院全样本病例合理数据，在国家预分组结果的基础上，合理确定病种分组及病种分值等，形成本地 DIP 目录库。如确需增加部分病种，可对目录库进行扩展，予以标识后报省医疗保障局备案。

DIP 病种分组包括核心病种、综合病种。遵循国家 DIP 分组目录及技术规范要求，以全市医疗机构近三年出院病例的疾病主要诊断编码、手术操作编码为基础进行病种分组，测算出核心病种和综合病种。具有本地疾病特征与临床诊治特点但未纳入国家 DIP 分组目录的病种，经医疗机构申请和市 DIP 专家组评估论证，可增补为本地病种。

康复类、精神病专科及安宁疗护类等住院时间较长的住院病例，组成床日分值结算病种（以下简称床日病种）。开展日间手术和日间病房的病例分别纳入日间手术病种和日间病房病种管理。在核心病种中确定适合基层医疗机构诊治的病种作为基层病种。

生育病种、日间手术、床日病种、日间病房和城乡居民医疗保险22个重大疾病均作为定额病种，除公布分值外，还应确定定额标准。

具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

**第九条** DIP 病种目录库的组合。采用医保版疾病诊断及代码（ICD-10）对病例进行疾病诊断组合，然后对每个疾病诊断组合按使用的医保手术操作分类与编码（ICD9-CM-3）技术进行分类，最终通过对临床病案中“疾病诊断”与“治疗方式”的随机组合，穷举形成 DIP 的病种组合和本地 DIP 目录库。

**第十条** DIP 分组的聚类及编码。结合国家技术指导规范和本地住院历史数据，将 15 例（含）以上及 10（含）例至 14（含）例之间且 CV 值小于 0.49（全市 DIP 病种平均 CV 值）的病种纳入核心病种，其他病种进一步聚类形成综合病种。核心病种编码取主要诊断 ICD-10 医保版编码前四位，分相关手术（分类码为 S）、治疗性操作（分类码为 T）、诊断性操作（分类码为 D）和保守治疗（分类码为 C）四类，各病种编码以诊断编码+该类分类码+3 位顺序码构成（保守治疗病种无顺序码）。综合病种使用与核心病种相同的分类码，聚类至主要诊断编码前三位，以诊断编码+该类分类码构成。

**第十一条** DIP 分组数据清洗和裁剪规则：

为了保证病种分值测算相对合理准确，能真实反应医疗资源消耗，需要对数据进行清洗和裁剪。

数据清洗规则：

- 1.主要诊断缺失或无法匹配为 ICD-10 医保版编码；
- 2.住院日超过 60 天；

- 3.住院总费用小于 100 元或大于 100 万元；
- 4.有手术操作但无法进入手术操作病种的病例；
- 5.病例出院时间在近三年之外的数据。

裁剪规则：

综合考虑裁剪比例和费用分布情况，采用分位数法对数据进行裁剪，上下限设定为该组费用的 97.5 和 2.5 分位数。

**第十二条** 建立 DIP 分组动态调整机制，根据国家医疗保障局统一标准和实际情况适时调整病组。DIP 付费实施过程中确需调整分组的应予调整，分组调整完成当月生效，调整前的不再追溯。

### 第三章 DIP 分值和系数

**第十三条** 确定病种分值。核心病种和综合病种分值基于近 3 年的数据加权计算平均住院医疗费用（历年权重按照 1:2:7 比例测算），病种分值为该病种平均住院费用与基准病种的次均住院费用之比。病种分值计算公式为： $RW=(m/M) \times 100$ ，其中 RW 为该病种分值，m 为该病种次均住院费用，M 为基准病种次均住院费用（下同）。基准病种次均住院费用确定为 10000 元。城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险 DIP 目录相同，执行相同的病种分值。

定额病种分值标准分为定额标准和限额标准。定额标准以定额病种定额标准代替病种平均住院费用计算病种分值。定额标准分值计算公式为： $RW=(C/M) \times 100$ ，C 为定额标准。限额标

准分值根据该病例住院费用与限额标准比较结果确定,高于限额标准的以限额标准作为病种分值,低于限额标准的以该病例住院费用作为分值。限额标准分值计算公式为:  $RW = \min(C, x) / M \times 100$ ,  $x$  为某病例实际住院费用。

结算年度内新出现的本地 DIP 病种目录以外的病例为新增病种。

**第十四条** 由市医保经办机构组织 DIP 专家组对病种分值进行评估,并对异常分值病种进行分值修正,必要时可引入辅助目录及建立病种分值支持机制。

(一)对治疗方式相同或相近、但分值存在较大差异的同类病种,根据加权次均费用计算分值。

计算公式:  $RW_i = \sum (RW_j \times N_j) / (\sum N_j)$ ,  $RW_i$  为第  $i$  类病组的分值,  $RW_j$  为第  $i$  类病组的第  $j$  个病种的分值,  $N_j$  为对应病例数量。

(二)同类病种根据资源消耗和病情严重程度设定修正比例调整分值,修正比例固定为 1:1.1。计算公式:  $RW_{i1} = (\sum (RW_j \times N_j) + \sum (RW_k \times N_k)) / ((\sum (N_j \times 1) + \sum (N_k \times 1.1)))$ ,  $RW_{i1}$  为第  $i$  类病组内比例为 1 的病种分值,  $RW_j$  为第  $i$  类病组内比例为 1 的第  $j$  个病种的分值,  $N_j$  为对应病例数量;  $RW_k$  为第  $i$  类病组内系数为 1.1 的第  $k$  个病种的分值,  $N_k$  为对应病例数量。

$RW_{i1.1} = RW_{i1} \times 1.1$ ,  $RW_{i1.1}$  为第  $i$  类病组内比例为 1.1 的病种分值。

（三）引入辅助目录。按照国家规范，根据诊断、治疗、行为规范等特异性特征建立辅助目录。核心病种组内差异 CV 值大于 0.6，且病例数较多的，按照合并症并发症指数（CCI）、疾病严重程度分型、肿瘤严重程度分型、次要诊断病种、年龄特征病种等因素分型，病种分值通过疾病严重程度辅助目录系数修正。疾病严重程度辅助目录修正系数= $m_j / m_i$ ，其中  $m_i$  是指第  $i$  类病种组合内病例的平均住院费用， $m_j$  是指第  $i$  类病种组合下第  $j$  类分型病例的平均住院费用。

辅助目录分型病例分值 = 该病种标准分值 × 分型修正系数

（四）建立病种分值支持机制。支持符合条件的医疗机构开展日间手术，新测算的日间手术病种按其测算的实际费用上浮 10% 后确定分值。

根据中医药服务特点和近三年医疗数据比对，选择主目录库中非相关手术类病种（包括治疗性操作类、诊断性操作类和保守治疗类）作为中医优势病种，在中医专科医疗机构开展中医优势病种时给予系数调节，调节系数不分医疗机构等级统一为 0.08。中医优势病种调节系数纳入 DIP 年度决算。

对临床路径变异率低、费用稳定、医用耗材关联度高等典型病种，试点推行同病同价同分值。具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

**第十五条** 建立等级系数调节机制。同一病种在不同等级医疗机构的病种分值通过等级系数进行调节。等级系数以三级医疗

机构病种次均住院费用为基准,根据各等级医疗机构病种次均住院费用之间比例关系确定。三级医疗机构等级系数为 1。其他级别定点医疗结构病种等级系数计算公式为:医疗机构某病种等级系数=该级别医疗机构该病种次均费用/全市三级医疗机构该病种次均费用。

同病种不同级别医疗机构无病例病种分值或等级系数赋值按照 DIP 分组目录相同分类加权平均等级系数换算。一级或二级医疗机构无病例病种等级系数计算公式为:某病种一级或二级医疗机构无病例病种等级系数按照相同分类病种加权平均等级系数确定。三级医疗机构无病例病种分值计算公式为:某病种三级医疗机构无病例病种分值=该病种一级或二级医疗机构病种分值/相同分类病种加权平均等级系数。

医疗机构晋升等级的,应在当前年度结束前 1 个月向医保经办机构申请,次年起按照晋升后的等级系数执行。

基层病种各等级医疗机构采取适当提高或降低等级系数的方式进行调节。

**第十六条** 建立使用集中采购高值耗材分值调整机制。针对结算年度使用集中采购高值耗材的病例,通过测算每种耗材指定时间段内平均单价,并以平均单价替换病种分值测算时各病例实际耗材结算价,进行病种分值动态调整。

**第十七条** 医疗费用低于病种支付标准(该病种上年度同级别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/上一年度同级别医疗机构该病种次均住院费用）×病种分值

费用超高病例病种分值=（该病例实际住院费用/上一年度同级别医疗机构该病种次均住院费用-1）×病种分值

**第十八条** 建立特殊病例分值评议机制。

（一）特殊病例分值评议条件

1.该病例住院天数大于上年度区域内同级别医疗机构平均住院天数 5 倍以上；

2.该病例实际医疗费用超出该病例实际分值与上年度病种支付标准的乘积，且超出金额为区域内年度前 100 位；

3.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%；

4.运用创新医疗技术（是指 3 年内获得国家、省自然科学奖、技术发明奖、科学技术进步奖的医疗技术或治疗手段）的病例；

5.运用经市卫生健康行政部门评审认定、公布的临床高新技术、临床重大技术和临床特色技术的病例。

（二）特殊病例申请

符合以上条件且入组的病例由医疗机构按季度向医保经办机构提出按特殊病例结算的申请，申请病例数不超过各医疗机构当季度按病种分值付费人次的 1%，符合特殊病例条件范围第 2 种情形的不受 1%的申请限制。医保经办机构根据市医保评议支

付制度组织评议，对评议通过、经审核后符合医保规定的特殊病例费用重新核定分值。申请特殊病例评议的病例不再纳入辅助分型病例和费用偏差病例的计算。

### （三）特殊病例分值计算

特殊病例分值计算公式为： $RW = (x - \text{评审扣款}) / M \times 100$ ， $x$ 为该特殊病例实际住院费用。

**第十九条** 医疗机构上传的病例中新增病种和不完全治疗的病例按照实际住院次均费用的 90% 折算病种分值。计算公式为： $RW = (m_n / M) \times 0.9 \times 100$ ， $m_n$ 为该病种实际住院次均费用。不完全治疗的病例指住院天数  $\leq 2$  天且医疗保障基金结算清单（以下简称结算清单）离院方式显示为转院、转社区或转卫生院。

**第二十条** 市医保经办机构于每年 2 月 15 日前组织完成编制、调整本市病种目录库、分值表、医疗机构等级系数和其他调节系数等，报市医疗保障行政部门批准后执行。清算年度内病种分值表和系数不作调整，每年综合按病种分值付费运行情况、病种数量和费用、市医保支付制度评议组织意见等，对本市病种分值表等进行动态调整。

## 第四章 费用结算

**第二十一条** 医保经办机构与本区域医疗机构（下同）按照“月度预结算、年度预决算、年度决算和年度清算”的方式结算 DIP 住院病例医保费用。预结算月度为自然月。清算年度为每年 1 月 1 日至当年 12 月 31 日。每一病例以医保结算数据和结算清

单数据均按要求完整、正确上传完成时间为准。

**第二十二条** 月度预结算。医保经办机构根据上年度区域 DIP 结算点值及各医疗机构月度分值计算 DIP 月度预结算费用，结合预拨比例，按月进行拨付（职工医保、居民医保分别计算）。

### （一）月度预结算流程

#### 1.日常住院数据核对

（1）住院数据上传。医疗机构应在参保患者出院联网结算后实时上传结算信息，并在 10 日内完成病案审核及 DIP 付费住院其他数据审核工作，同时向医保经办机构 DIP 综合管理平台上上传结算清单。

（2）上传数据质控和匹配。医保经办机构实时对医疗机构上传的结算清单按照校验规则进行数据质控并进行结算匹配，对无法匹配的病例予以退回，同时通过 DIP 综合管理平台告知医疗机构上传和匹配情况。医疗机构对退回病例修正后可再次上传。在规定时间内未匹配的病例不纳入月度预结算。

（3）进行 DIP 分组。医保经办机构通过 DIP 综合管理平台实时对医疗机构匹配后的上传病例进行 DIP 分组，并实时向医疗机构反馈 DIP 入组和未入组情况。

（4）医疗机构复核。医疗机构及时对反馈情况进行复核，对于月度内异常病例，可在 10 个工作日内对异常数据信息进行修改，单份病例允许在月度内自行冲销重传 1 次。跨月结算冲销病例须填写《连云港市城镇职工（城乡居民）基本医疗保险病例

冲销申请表》，由医保经办机构统一冲销，并纳入年度决算。

## 2. 月度住院数据核对

(1) 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 10 日前（节假日顺延 1 天）按规定上传的病例纳入月度预结算。

(2) 医保经办机构于次月 15 日前完成月度 DIP 分组和分值的计算，并通过 DIP 综合管理平台对医疗机构月度病例分组和总分值等信息进行反馈。

## 3. 月度预结算。

医保经办机构根据汇总数据，确定区域医疗机构上年度 DIP 结算总分值，并根据月度预结算点值和月度结算总分值计算月度预结算金额。医保经办机构于每月 20 日前通过 DIP 综合管理平台通知医疗机构月度预结算结果，并于每月 25 日前按照预拨比例拨付给各医疗机构。

## (二) 月度预结算管理

### 1. 病种分值计算

医保经办机构按照年初公布病种分值的文件计算医疗机构各病种分值，特殊情况根据本规程第三章相关规定执行。

### 2. 月度预结算范围

月度预结算范围包括正常入组（含定额病种和费用偏差病例）的病例。特殊病例暂按原分值纳入月度预结算，评议后分值纳入年度决算和清算。当月未按要求上传信息、延迟上传信息的

病例及跨月冲销病例不纳入月度预结算，统一纳入年度决算。

### 3.月度分值计算

医疗机构月度预结算总分值= $\sum(\text{核心(综合)病种分值} \times \text{病例数} \times \text{等级系数}) + \sum(\text{辅助病种分值} \times \text{病例数} \times \text{等级系数}) + \sum \text{费用偏差病例分值} + \sum(\text{床日病种分值} \times \text{床日数}) + \sum(\text{其他定额病种病例分值} \times \text{病例数})$

### 4.月度预结算金额确定

医疗机构 DIP 月度统筹基金预结算金额=(该医疗机构月度申报的结算分值 $\times$ 上年度区域结算点值-月度按 DIP 结算参保人员在医疗机构个人按项目支付总金额-其他基金支出总额) $\times 90\%$ -违规费用

月度按 DIP 结算参保人员在医疗机构个人按项目支付总金额含个人账户支出，生育病种为政策范围内个人负担部分，其他基金包括大病保险、医疗救助以及公务员医疗补助，下同。

当年度累计预结算金额超过上年度医保基金实际结算金额 90%时，不再进行月度预结算，其余费用待年终清算时予以拨付或扣除。

当各等级医疗机构住院医疗费用总额增幅高于上年度一定比例（三级医疗机构为 20%，二级及以下医疗机构为 40%）时，超过部分病例医保基金不予结付，相关病例不得申报纳入区域 DIP 结算分值范围。

**第二十三条 特殊病例评议。特殊病例评议流程：**

（一）申请。医疗机构可根据特殊病例评议条件于每季度第一个月 10 日前在 DIP 综合管理平台逐例填报上季度特殊病例评议申请并上传相关证明材料，逾期不予受理，不能提供证明材料的视为无效申请。

（二）病例归类及初审。每季度第一个月 15 日前，由医保经办机构或其委托的第三方 DIP 项目组完成上一季度评议病例收集，按专科进行归类，梳理汇总相应佐证材料，并进行初审。初审未通过的病例退回医疗机构，不再接受申报。

（三）专家抽取。评审专家按照诊断大类组在市 DIP 专家库中随机抽取。专家在评审本医疗机构病例时实行回避。评审实行合议与专家组长负责制，每个专科评审组专家原则上不得少于 2 人，其中设组长 1 名。

（四）专家评审。医保经办机构在有关部门监督下，每季度第一个月下旬对申请病例诊疗规范和入组情况进行合规性、合理性审查，统计扣款金额和确定病种分值。评审结束后，须填写《连云港市 DIP 付费病历审核意见书》（见附件 3）。医疗机构必要时配合提供补充资料，不得以任何理由拒绝，无法提供病历资料的，医保经办机构拒付相关费用。评审资料由医保经办机构按有关规定规范管理。

（五）评审结果反馈。经评审组成员签名确认后评审结果由医保经办机构向医疗机构反馈。特殊病例评审后按 DIP 付费相关方式结算，且不再接受申诉。

**第二十四条** 年度预决算。医保经办机构汇总月度预结算病例、冲销病例、月度预结算以外的 12 月 31 日前延期上传的病例和特殊病例等,与医疗机构完成数据核对,计算医疗机构总分值,并于次年 2 月 15 日前完成与医疗机构的对账确认,根据年度 DIP 住院统筹基金预算总额,计算出年度病种结算点值,和各医疗机构医保费用(职工医保和居民医保分别计算)。

各医疗机构 DIP 年度统筹基金年度预决算支付总额以其年度结算总分值与区域结算点值,结合在该医疗机构个人按项目支付总金额和其他基金支出总额、年度考核系数等综合确定。医保经办机构根据市医疗保障行政部门制订的考核方法对各医疗机构进行考核,并根据考核结果确定年度考核系数。原则上每年 2 月底前医保经办机构完成上年度 DIP 年度预决算工作。对于因违规应扣除医疗机构的统筹基金,年终清算时一并扣除归入当年度 DIP 风险调节金。

预决算流程:

1.预决算数据准备(次年 1 月底前)

(1)医疗机构于次年 1 月 15 日前完成上年度最后一个月的 DIP 病例数据上传和特殊病例单议评审申报工作。

(2)对新增病种重新聚类测算病种次均费用,并按规定计算病种分值。

(3)医保经办机构于次年 1 月 20 日前完成上年度 DIP 数据质控、分组、反馈、确认等工作,并于次年 1 月底前完成上年度

最后一个季度特殊病例单议审核并进行年度汇总。

(4) 医保经办机构于次年 1 月底前完成 DIP 违规费用汇总，初步确定各医疗机构年度 DIP 住院合规医保费用和分值数据并完成反馈、复核、确认等工作。

## 2. 预决算结果确定（次年 2 月底前）

(1) 医保经办机构于次年 2 月 10 日前完成对医疗机构的考核。

(2) 医保经办机构于次年 2 月 15 日前完成医疗机构 DIP 业务的年度分值汇总，形成各医疗机构年度分值数据。

(3) 医保经办机构于次年 2 月 20 日前完成上年度区域医疗机构 DIP 分值汇总，根据区域年度预算总额，计算出区域结算点值，形成各医疗机构预决算金额。

(4) 医保经办机构与医疗机构于次年 2 月底前完成上年度 DIP 预结算结果对账。

## (二) 年度预决算管理主要内容

### 1. 医疗机构年度分值计算

年度医疗机构结算总分值 =  $\sum(\text{核心(综合)病种分值} \times \text{病例数} \times \text{等级系数}) + \sum(\text{辅助病种分值} \times \text{病例数} \times \text{等级系数}) + \sum \text{费用偏差病例分值} + \sum(\text{床日病种分值} \times \text{床日数}) + \sum(\text{其他定额病种病例分值} \times \text{病例数}) + \sum \text{特殊病例评议分值}$ 。

### 2. 年度区域医疗机构总分值计算

年度区域医疗机构总分值 =  $\sum \text{年度区域各医疗机构分值}$

3.年度结算点值计算。结算点值是基于区域当年 DIP 预算总额与住院医疗费统筹基金以外的费用核定年度住院总费用,并结合年度 DIP 总分值,计算结算阶段的平均分值点值,形成 DIP 支付标准。计算公式为:

结算点值=(区域年度 DIP 预算总额+年度按 DIP 结算参保人员在医疗机构个人按项目支付总金额(含个人账户支出)+其他基金支出总额)/年度区域医疗机构结算总分值。

4.年度考核。医保经办机构按照《连云港市按病种分值付费(DIP)考核管理办法(试行)》(连医保〔2021〕108号)对医疗机构进行年度考核,考核方式为客观资料查阅、实地了解和数据分析,包括日常监测、病历评审和年终考核。

(1)日常监测。由医保经办机构通过信息系统监测和实地检查等形式开展,监测结果每月汇总一次,向医疗机构反馈。

(2)病案评审。医保经办机构每月通过 DIP 综合管理平台筛选抽取一定数量异常病例、无对应病种分值病例和其他病例。医保经办机构或其委托的第三方 DIP 项目组根据考核办法按季度组织专家对病案准确性进行评审,并按月评分。评审标准另行制定,评审流程参照特殊病例评议流程。

(3)年终考核。医保经办机构在每年年初对医疗机构上年度指标进行评分,并对日常监测和病案评审的结果进行汇总,计算医疗机构年度考核总分值并确定考核系数。考核工作完成后,由医疗保障行政部门向医疗机构反馈后公布。考核结果与预决算

金额挂钩。

5.年度医疗机构 DIP 预决算支付总额计算。年度 DIP 预决算总额分别按职工医保、居民医保病种分值分项计算。计算公式为：

医疗机构 DIP 年度统筹基金预决算支付总额=该医疗机构年度结算总分值×结算点值×90%+该医疗机构年度结算总分值×结算点值×10%×考核系数-该医疗机构个人按项目支付总金额-其他基金支出总额

**第二十五条 年度决算。**按照“结余留用、合理补偿”的责任共担机制,各医疗机构 DIP 年度统筹基金结算支付总额根据按年度医疗机构 DIP 病例按项目计算费用与 DIP 年度统筹基金预决算支付总额比较结果,确定医疗机构年度统筹基金决算支付总额,同时对中医专科医疗机构中医优势病种结算进行补偿。

(一)年度医疗机构 DIP 住院按项目付费统筹基金总额计算  
年度医疗机构 DIP 住院按项目付费实际统筹基金总额=Σ (该医疗机构某 DIP 病例实际住院总费用-个人按项目支付总金额-其他基金支出总额)

(二)年度医疗机构 DIP 决算支付总额确定

各医疗机构 DIP 年度统筹基金决算支付总额计算规则为：

1.按项目计算费用总额小于 DIP 年度统筹基金预决算支付总额 85%的,以按项目计算费用总额计算。差额部分费用纳入年度 DIP 风险调节金;

2.按项目计算费用总额在 DIP 年度统筹基金预决算支付总额

85%至 100%之间的，以预决算支付总额计算；

3.按项目计算费用总额超过DIP年度统筹基金预决算支付总额 100%的，分段计算：100%以内部分以 DIP 年度统筹基金预决算支付总额计算；100%之上 110%以下部分，以风险调节金按不高于 70%比例进行补偿；110%之上部分不予支付。对于定额病种达不到定额标准的应予补足。

医疗机构年度内受到暂停医保服务协议、解除服务协议等处理以及绩效考核不合格的，合理补偿部分不予支付。

### （三）中医专科医疗机构中医优势病种补偿

中医专科医疗机构中医优势病种结算补偿公式如下：

中医专科医疗机构中医优势病种补偿金额=该医疗机构年度中医优势病种总分值×调节系数×结算点值×考核系数

中医专科医疗机构经中医优势病种补偿结算后总结付率不超过 100%，超出部分不再进行补偿。补偿金额从风险调节金中列支。

**第二十六条 年度清算。**各医疗机构 DIP 年度清算金额根据医疗机构 DIP 年度决算支付总额扣减日常审核稽核情况相应违规金额，并冲抵月度预拨款总额，实行多退少补（职工医保、居民医保分别计算）。

医疗机构 DIP 年度清算统筹基金支付金额=该医疗机构 DIP 年度统筹基金决算支付总额- $\sum$ 该医疗机构 DIP 月度统筹基金预结算金额-违规费用

医保经办机构根据上述计算结果确定年终医疗机构 DIP 总结算金额并与其他资金一并拨付。

**第二十七条** 因重大政策调整、重大公共卫生事件、自然灾害或医保信息系统停机、故障等特殊原因影响医保经办机构与医疗机构及时进行 DIP 结算支付的,由医保经办机构根据实际情况提出意见,报市医疗保障行政部门审定后,按国家规定向医疗机构预拨部分医保基金,年终统一进行清算。

**第二十八条** 医疗机构年度中途解除服务协议,按上年度 DIP 结算病种分值和点值以及上年度该医疗机构的等级系数、基层病种系数、年度考核系数等指标,并参照前款规定计算统筹基金决算支付总额。相关医疗机构的分值、医疗费用等不再纳入当年度 DIP 付费决算范围。年度新增医疗机构参照同级、同类和同等规模的医疗机构结算。

## **第五章 协议管理和监督**

**第二十九条** 医保经办机构应与各医疗机构就 DIP 付费运行、管理等相关事项签订协议,对违反有关规定的医疗机构,按医疗保险相关政策规定及服务协议要求进行处理。各医疗机构应按规定做好按病种分值付费管理工作,规范诊疗行为,保证医疗服务质量,引导患者合理就医。住院结算清单、病案首页填写应当真实、及时、规范、完整,准确反映住院期间诊疗信息。医疗机构应按照按病种分值付费数据传输接口标准,在结算次月内上传结算清单、病案首页和出院小结信息。疾病和手术操作编码填

写不准确、不规范的，经审核后扣减相应分值。

**第三十条** 按照《医疗保障基金使用监督管理条例》及《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)要求，在协议中对医疗机构在DIP付费中发生的诊断与操作不符、低标住院、诱导住院、分解住院、挂名住院、推诿重患、转嫁费用、服务不足、升级诊断、高编多编及虚假住院等违约责任进行明确和约定，并提出具体处理办法。

**第三十一条** 医保经办机构应当组织专家进行病例评审，其中费用异常病例、无对应病种分值病例评审比例不低于30%，其他病例评审比例不低于1%。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。

**第三十二条** DIP付费重点监管高编、高套诊断及虚假住院等。医保经办机构建立事前、事中、事后多层次的立体监控体系，开展全流程监管。医疗机构存在“高套分值”、“低套分值”、“分解住院”、“挂床住院”、“体检住院”、“推诿病人”以及将住院医疗费用分解至门诊、零售药店或让病人单独自费结算等情形的，不予结算相关病例分值。

审核监管主要流程包括：

(一)明确监管重点。高编高靠诊断、推诿重患、分解住院、不符合标准住院和虚假住院等。

(二)及时发现问题。通过DIP分组区分轻重病例，通过

DIP 分类管理查找可疑目标，通过指标分析筛查疑点病例，通过指标评定发现问题线索。

（三）系统筛查疑点。基于智能审核监控系统，通过审核规则管理及阈值标准设定，筛查出疑点问题病例，提交人工审核。

（四）人工查实处理。针对疑点病例，监管人员通过实地核查及病历审核最终确认、提交，按照法规、协议等进行相应处理。

## **第六章 数据质量管理**

**第三十三条** 医疗机构住院病例的就诊信息全部统一使用国家医疗保障局制定的各项医保标准，并按规定及时、准确上传至医保业务系统。

**第三十四条** 建立数据质量监管机制，医保经办机构与医疗机构共同开展数据质量监督检查，促进数据质量持续改进。

**第三十五条** 数据质量评价管理。通过 DIP 管理相关指标，评价医疗机构数据质量、医疗质量等。

## **第七章 信息系统**

**第三十六条** 加强 DIP 综合管理平台建设，全面实现 DIP 分组管理、付费标准设定、DIP 分组测算、DIP 付费结算、患者诊疗数据质量控制及绩效评价等业务的信息化管理，并提供医保数据的汇集、统计、有效挖掘和大数据分析利用等相关功能。

**第三十七条** 医保业务信息系统为 DIP 综合管理平台提供数据支撑。实现对医保基金的运行趋势分析、风险监测、辅助决策及精准监管，提高医保治理效率。

**第三十八条** 医保经办机构和医疗机构全面完善医保、医疗信息系统，实现信息互联互通。加强医保住院结算清单数据上传质量管理，实现对上传结果的系统校验功能。建立医保智能审核监控系统，实现与医疗机构实时交换、审核扣款直接关联业务系统，以及大数据分析系统。

**第三十九条** 医疗机构应完善医保住院电子病历数据库及电子病历浏览查阅系统，提高病历审核效率。内容包括住院病案首页、出院记录、手术记录、辅助检查、医嘱等，并实行保密协议管理。

## **第八章 附则**

**第四十条** 市医保经办机构牵头成立由医保、临床、财务、病案、信息等专家组成的评审专家组，对病种分组、分值确认、系数参数、考核管理指标调整等提出意见，报市医疗保障行政部门审核发布。评审专家会还应对 DIP 付费过程中争议问题提出处理意见。

**第四十一条** 医保经办机构与医疗机构在 DIP 付费中出现的各类疑议问题，均应按照医疗机构服务协议及相关法律法规、政策处理。

**第四十二条** 根据 DIP 付费实际情况，适时调整业务经办规程。

**第四十三条** 本规程自 2022 年 1 月 1 日起执行。

