

连云港市医疗保障局文件

连医保〔2021〕108号

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

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）考核管理办法（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）考核管理办法（试行）

第一条 为提高基本医保基金使用效率,规范医疗服务行为,保障参保人员合法权益,推进支付方式改革可持续良性运行,根据《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）》（连医保发〔2021〕107号）等有关规定,制定本办法。

第二条 本办法适用于我市开展按病种分值付费（DIP）的定点医疗机构（以下简称医疗机构）。

第三条 考核年度为每年1月1日至12月31日。

第四条 医疗保障行政部门负责DIP付费考核管理的运行监督。医保经办机构按照规定负责区域内医疗机构的考核管理。对于相关考核指标涉及区域同级别比较的,因本区域医疗机构少不具备代表性时,应采用我市县区范围同级别医疗机构平均指标。

第五条 医疗机构的考核管理内容包括:组织管理和制度建设、结算清单质量、医疗服务能力和效率、医疗行为、费用控制。

（一）组织管理和制度建设:医疗机构是否建立相应的管理制度并配备相关专业人员,是否将DIP支付方式与医院管理和

绩效考核挂钩，主要包括临床路径管理、成本核算管理、绩效考核制度等配套措施；

（二）结算清单质量：医疗机构上传的医保结算清算是否及时、完整、规范、准确，包括信息上报及时性、完整性和病案数据入组率、病案准确性；

（三）医疗服务能力和效率：医疗机构是否通过把握入院标准、提高手术（重症）/诊断病例数比，降低时间、费用消耗指数，提高医疗服务能力和效率；

（四）医疗行为：通过人次人头比变化情况考核医疗机构是否存在分解住院、低标入院等情况；

（五）费用控制：医疗机构是否主动优化费用结构，减少不合理用药和检查，使医药费用的快速上涨得到遏制，符合经济水平、医院定位及技术的发展趋势，有效保障参保人员权益。

第六条 DIP考核管理以日常管理为基础，结合数据分析、现场检查及各级相关部门开展的专项检查，实行动态考核。

第七条 医保经办机构按月对各试点医疗机构的住院病案、医保基金结算清单进行审核，审核内容包括但不限于清单填写的完整性、主要诊断选择的正确性和诊疗行为的规范性等。试点初期，审核比例不低于5%。

第八条 医保经办机构通过DIP信息管理系统，对试点医疗

机构医保结算清单质量、医疗服务能力和效率、医疗行为、费用控制等数据进行分析，对异常数据进行处理。

第九条 医保经办机构可根据工作需要，对日常检查中发现的异常问题进行检查核实。

第十条 DIP 考核管理按年度考核，医保经办机构每年年初公布考核指标中相关的上年度指标值，按月向医疗机构发布相关指标进展情况。次年 1 月底前，根据《连云港市按病种分值付费考核管理评分标准》（见附件），结合日常管理、费用审核、智能监控、结算管理、专项稽查等情况，对医疗机构实施考核，并对考核结果进行公示并报送医疗保障行政部门。

市医疗保障行政部门可根据工作实际，适时对《连云港市按病种分值付费考核管理评分标准》进行调整。

第十一条 医疗机构对考核结果有异议的，可在公示之日起 15 天内向属地医疗保障行政部门反馈意见。限定时间内无反馈意见的，视为认可考核结果。医保经办机构应于次年 2 月底前，将年度考核得分通报给医疗机构。

第十二条 各定点医疗机构 DIP 年度统筹基金预决算支付总额 10% 作为考核基数，考核评分标准形成考核系数，由医保经办机构按规定进行年度清算。

（一）年度考核 90 分（含）以上的，考核系数为 1；

(二)年度考核低于 90 分的,每低 1 分,扣减考核系数 3.3%,扣完为止;

(三)年度考核低于 60 分的,年度考核不合格,或医保信用评价为严重失信等次的,合理补偿部分不予支付。

第十三条 医疗机构等级加权平均得分作为各县区 DIP 工作考核的重要依据。市医疗保障部门定期向各县区政府通报 DIP 工作考核情况。

第十四条 本办法自发文之日起执行。

附件

连云港市按病种分值付费考核管理评分标准

考核项目	考核指标	考核内容	分值	评分标准
组织管理和制度建设	组织管理	医院成立 DIP 付费领导小组及工作小组，小组成员职责明确、机制健全，有明确的分工和任务计划； 专职病案编码员配备，原则上 医院编制床位 1500 张及其以上的，至少配备 6 名编码人员；编制床位 1000-1499 张的，至少配备 4 名编码人员；编制床位 500-999 张的，至少配备 3 名编码人员；编制床位在 499 张-100 张的，至少配备 2 名编码人员；编制床位在 100 张的及其以下的，至少配备 1 名编码人员。	4	每项 2 分，不满足条件不得分。
	制度建设	建立医院内 DIP 付费相配套的临床路径管理、成本核算管理、绩效考核制度并组织实施。	6	建立每项制度得 1 分，没有不得分；每项制度落实到位得 1 分，否则不得分。
结算清单质量	信息上报及时性、完整性	以参保人员出院联网结算后的 10 天（自然日）内上传至市平台，计算上传时间提前或延后；以医院上传数据与医保结算数据匹配情况判断完整性。	18	按规定每月及时、完整上传结算清单，不及时或不完整有一个月分别扣除 0.75 分，扣完为止。
	病案数据入组率	病案数据入组率=入组病例数/纳入 DIP 管理总病例数	4	病案数据入组率 $\geq 96\%$ 得 4 分；入组率 $< 96\%$ ，每低一个百分点扣 0.5 分，扣完为止。
	病案准确率	病案核查发现，诊断、手术和操作未如实、规范、准确填写。	20	准确率应 100%，每低 1%扣 1 分，扣完为止。
医疗服务能力和效率	门急诊住院率	门急诊住院率=本年度门急诊途径住院人次/本年度门急诊人次 $\times 100\%$	5	与上年度相比，每增加 0.5%扣 1 分，扣完为止。
	医院 DIP 病例组合指数（CMI）值变化率	医院 DIP 病例组合指数（CMI）变化率=（本年度 CMI 值-上一年度 CMI 值）/上一年度 CMI 值 $\times 100\%$ DIP 病例组合指数（CMI）=（ $\sum$ （某 DIP 病种分值 $\times$ 该医院该 DIP 病种病例数）/该医院全体病例数	5	变化率 ≥ 0 得 5 分；每降低 5%扣 1 分，扣完为止。

	费用消耗指数	费用消耗指数=（ $\sum$ （该院各 DIP 病种平均费用÷区域对应 DIP 病种平均费用×该院对应 DIP 病种病例数））/医院总病例数	5	费用指数高于同级别医疗机构，且同比增长的，每增长 1%扣 1 分，扣完为止。
	时间消耗指数	时间消耗指数=（ $\sum$ （该院各 DIP 病种平均住院日÷区域对应 DIP 病种平均住院日×该院对应 DIP 病种病例数））/医院总病例数	5	时间消耗指数高于同级别医疗机构，且同比增长的，每增长 1%扣 1 分，扣完为止。
医疗行为	人次人头比增长率指标	人次人头比增长率指标=该院实际人次人头比增长率/同级别定点医疗机构平均人次人头比增长率。 其中，同级别定点医疗机构平均人次人头比增长率= $\sum$ （同级别各定点医疗机构人次人头比增长率×出院人数）/同级别定点医疗机构出院总人数； 该院人次人头比增长率=（本年度出院人员人次人头比率/上年度出院人员人次人头比率）×100%。	10	增长率指标≤1 时得满分；每增长 1%扣 1 分，扣完为止。
	30 天内返住率指标	30 天内返住率指标=（本年度 30 天内因同一疾病再次入院率/上年度 30 天内因同一疾病再次入院率）×100%； 30 天内因同一疾病再次入院率=出院患者 30 天内再住院人数/出院患者总数×100%。	4	增长率指标≤1 时得满分；每增长 10%扣 0.5 分，扣完为止。
费用控制	人均病种医疗费用增长率	该院人均病种医疗费用增长率=（本年度人均病种医疗费用/上年度人均病种医疗费用）×100%； 该院人均病种医疗费用=该院病种医疗费用/该院病种结算人次数。标杆值为 CPI，即当年度全市居民消费价格指数。	10	增长率≤标杆值时得满分；每超过标杆值 1%扣 1 分，扣完为止。
	个人负担比	个人负担比=住院个人自费费用/按项目实际发生的费用。标杆值为 8%。	4	个人负担比≤标杆值时得满分；每超过标杆值 1%扣 1 分，扣完为止。

连云港市医疗保障局办公室

2021 年 12 月 22 日印发
