

连云港市医疗保障局

连医保函〔2022〕3号

关于公布连云港市 DIP 付费改革运行监测指标的通知

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：

为及时掌握我市 DIP 支付方式改革进展情况及运行效果，推动 DIP 支付方式改革三年行动取得实效，根据江苏省医疗保障局《关于印发<DRG、DIP 支付方式改革三年行动计划>的通知》（苏医保发〔2022〕1号）、《关于开展 DRG/DIP 付费改革监测评估的通知》（苏医保函〔2022〕69号）等文件要求，结合我市实际，制定连云港市 DIP 付费改革运行监测指标体系，现印发你们，请遵照执行。

- 附件：1.连云港市DIP付费改革运行监测指标（医保）
2.连云港市DIP付费改革运行监测指标（医疗机构）

连云港市医疗保障局
2022年5月18日



附件 1

连云港市DIP付费改革运行监测指标（医保）

一级指标	指标序号	二级指标	指标说明	备注
1. 医疗机构情况 (4项)	1	实际付费医疗机构数量及占比	实际付费医疗机构占比=DIP 实际付费医疗机构数/符合条件的开展住院服务的住院医疗机构的总数*100%	*反映 DIP 对医疗机构的“全覆盖”情况
	2	三级医疗机构	实际付费三级医疗机构占比=DIP 实际付费三级医疗机构数/符合条件的开展住院服务的三级医疗机构的总数*100%	*反映 DIP 对医疗机构的“全覆盖”情况
	3	二级级医疗机构	实际付费二级医疗机构占比=DIP 实际付费二级医疗机构数/符合条件的开展住院服务的二级医疗机构的总数*100%	*反映 DIP 对医疗机构的“全覆盖”情况
	4	一级及以下医疗机构	实际付费一级及以下医疗机构占比=DIP 实际付费一级及以下医疗机构数/符合条件的开展住院服务的一级及以下医疗机构的总数*100%	*反映 DIP 对医疗机构的“全覆盖”情况
2. 医疗费用、基金情况 (10项)	5	DIP 结算金额	指 DIP 实际付费给医疗机构的医保基金	*反映 DIP 支付方式下的住院医保基金结算情况
	6	基金覆盖范围占比	基金覆盖范围占比=DIP 住院医保费用/DIP 实际付费期间统筹区内住院医保基金支出*100%	*反映 DIP 对医保基金的“全覆盖”情况
	7	住院医疗费用	DIP 实际付费期间住院医疗总费用	反映 DIP 支付方式下的住院医疗费用情况
	8	住院医疗费用增长率	DIP 实际付费期间住院医疗费用同比增幅	*反映实行 DIP 付费后住院医疗费用变化情况
	9	住院医保费用	DIP 实际付费期间统筹区内住院医保基金支出	反映 DIP 支付方式下的住院医保费用情况
	10	住院医保费用增长率	DIP 实际付费期间住院医保基金同比增幅	*反映实行 DIP 付费后住院医保费用变化情况
	11	住院次均费用	DIP 实际付费期间住院次均费用	反映 DIP 支付方式下的住院次均医疗费用情况
	12	住院次均费用增长	DIP 付费病例次均费用同比增幅	*反映实行 DIP 付费后住院次均费用变化

一级指标	指标序号	二级指标	指标说明	备注
		率		情况
	13	中医医疗费用占比 (中医专科医院)	中医医疗费用占比=中医专科医院的中医医疗总费用/DIP 住院医疗总费用*100%	反映中医专科医院的中医医疗费用占比情况
	14	范围外费用占比(自费比)	范围外费用占比=参保人员住院期间政策范围之外自费医疗费用/住院总费用*100%	*反映 DIP 支付方式下个人自费负担情况
3. 人员 (次)情况 (5项)	15	住院人次	DIP 实际付费医疗机构住院人次数总和	*反映 DIP 支付方式下住院人次情况
	16	病种(人次)覆盖数占比	病种覆盖数占比=DIP 结算的住院人次数/DIP 实际付费医疗机构住院人次数总和*100%	*反映 DIP 支付方式下病种“全覆盖”情况
	17	住院人次增幅	DIP 实际付费期间住院人次同比增幅	*反映实行 DIP 付费后住院人次变化情况
	18	住院人次人头比	DIP 实际付费期间住院人次/住院人数	*反映 DIP 支付方式下年度重复住院情况
	19	住院人次人头比增幅	DIP 实际付费期间住院人次人头比同比增幅	反映实行 DIP 付费后住院人次人头变化(分解住院)情况
4. 病种情况 (13项)	20	病种(例)入组率	病种入组率=DIP 入组病例数/DIP 付费病例总数*100%	*反映 DIP 病种(例)入组情况
	21	核心病种病例占比	核心病种病例占比=核心病种病例数/DIP 结算病例总数*100%	反映 DIP 核心病种入组情况
	22	核心病种费用占比	核心病种费用占比=核心病种结算费用/DIP 结算金额*100%	*反映 DIP 核心病种入组情况
	23	综合病种病例占比	综合病种病例占比=综合病种病例数/DIP 结算病例总数*100%	反映 DIP 综合病种入组情况
	24	综合病种费用占比	综合病种费用占比=综合病种结算费用/DIP 结算金额*100%	*反映 DIP 综合病种入组情况
	25	基础病种数	DIP 基础(基层)病例数量	*反映 DIP 基础(基层)病种情况
	26	基础病种费用占比	基础病种费用占比=基础病种住院医疗费用/DIP 实际付费期间住院医疗总费用*100%	反映 DIP 基础病种费用占比情况
	27	中医按病种付费病种数	DIP 中医按病种付费病种数	*反映 DIP 中医按病种付费数量情况
	28	中医按病种付费费用占比	中医按病种付费费用占比=中医按病种付费住院医疗总费用/DIP 实际付费期间住院医疗总费用*100%	反映 DIP 中医按病种付费费用占比情况
	29	异常支付率 DIP 病种占比	异常支付率 DIP 病种占比(DIP 结算病种支付率高于 2 倍及低于 0.5 倍的病种占比)=DIP 结算病种支付率高于 2 倍及低于 0.5 倍的病例数	*反映 DIP 病种组内平均偏差情况

一级指标	指标序号	二级指标	指标说明	备注
			/DIP 付费病例总数*100%	
	30	三级医疗机构病种 CMI 值	三级医疗机构病种 CMI 值=Σ三级医院 DIP 病种权重（分值）*病种病例数/DIP 实际付费三级医疗机构的总病例数	*反映三级医疗机构 DIP 病种平均分值情况
	31	三级医疗机构病种 CMI 值变化率	三级医疗机构病种 CMI 值变化率=实际付费三级医疗机构 CMI 值/上年度实际付费三级医疗机构 CMI 值*100%	反映三级医疗机构 DIP 病种平均分值变化情况
	32	病案质控通过率	病案质控通过率=通过病案质控病例数/DIP 付费病例总数*100%	*反映医疗机构病案质量
5. 结算情况（7 项）	33	DIP 实际发生医保费用与医保基金预算比	DIP 实际发生医保费用与医保基金预算比=DIP 实际发生住院医保费用/区域年度 DIP 医保基金预算总额	反映住院实际费用与 DIP 预算比较情况
	34	DIP 结算点值	DIP 结算点值=（区域年度 DIP 预算总额+年度按 DIP 结算参保人员在定点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）÷年度各医疗机构结算总分值	反映 DIP 结算点值情况
	35	DIP 结算点值变化率	DIP 结算点值变化率=DIP 结算点值/上年度 DIP 结算点值*100%	反映 DIP 结算点值变化情况
	36	DIP 预决算对医院结付率	DIP 预决算对医院结付率=DIP 年度统筹基金预决算支付总额/DIP 实际付费医疗机构住院统筹基金实际发生数之和	反映 DIP 预决算时医院医保基金结付率情况
	37	DIP 决算对医院结付率	DIP 决算对医院结付率=DIP 年度统筹基金决算支付总额/DIP 实际付费医疗机构住院统筹基金实际发生数之和	*反映 DIP 决算时医院医保基金结付率情况
	38	DIP 医院实际结付率（含自费）	DIP 医院实际结付率=DIP 年度结算总费用（含自费）/DIP 实际付费医疗机构住院总费用	反映 DIP 决算时医院医疗费用结付率情况
	39	异常结付率医疗机构占比	异常结付率医疗机构占比（职工医保、居民医保结付率高于或低于平均结付率 20 个百分点）=职工医保、居民医保结付率高于或低于平均结付率 20 个百分点的医疗机构数/DIP 实际付费医疗机构总数 *100%	*反映异常结付医疗机构情况

注：*为省 DIP 付费改革监测评估指标。

附件 2

连云港市DIP付费改革运行监测指标（医疗机构）

一级指标	指标序号	二级指标	指标说明	备注
1.DIP 数据质量（3 项）	1	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。	▲反映医疗机构结算数据上传的及时性、完整性。
	2	病案数据入组率	病案数据入组率=入组病例数/纳入 DIP 付费总病例数。	▲反映医疗机构病案质量
	3	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。	▲反映医疗机构病案质量
2. 医疗费用、基金情况（8 项）	4	住院医疗费用	按 DIP 结算的住院医疗总费用	反映 DIP 支付方式下的住院医疗费用情况
	5	住院医疗费用增长率	按 DIP 结算的住院医疗总费用同比增幅	反映实行 DIP 付费后住院医疗费用变化情况
	6	住院医保费用	DIP 实际付费期间住院医保费用	反映 DIP 支付方式下的住院医保费用情况
	7	住院医保费用增长率	DIP 实际付费期间住院医保费用同比增幅	反映实行 DIP 付费后住院医保基金变化情况
	8	住院次均费用	DIP 实际付费期间住院次均费用	反映 DIP 支付方式下的住院次均医疗费用情况
	9	住院次均费用增长率	DIP 付费病例次均费用同比增幅	反映实行 DIP 付费后住院次均费用变化情况
	10	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	▲反映 DIP 支付方式下个人自费负担情况
	11	中医医疗费用占比（中医专科医院）	中医医疗费用付费占比=中医专科医院的中医医疗总费用/DIP 住院医疗总费用*100%	反映中医专科医院的中医医疗费用占比情况
3. 医疗服务能力和效率（16）	12	DIP 病例组合指数（CMI）值	DIP 病例组合指数（CMI）值=（ $\sum$ （某 DIP 病种分值×该医院该 DIP 病种病例数）/该医院全体病例数	反映医疗机构 DIP 病种平均分值情况
	13	DIP 病例组合指数（CMI）值变化率	DIP 病例组合指数（CMI）值变化率=（本年度 CMI 值-上一年度 CMI 值）/上一年度 CMI 值×100%	▲反映医疗机构 DIP 病种平均分值变化情况
	14	人均病种医疗费用	人均病种医疗费用=该院病种医疗费用/该院病种结算人次	反映医疗机构 DIP 人均病种费用情况
	15	人均病种医疗费用增长率	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%	▲反映医疗机构 DIP 人均病种费用变化情况
	16	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	▲反映医疗机构与同级别医疗机构相比病种平均费用变化情况

一级指标	指标序号	二级指标	指标说明	备注
	17	病种平均住院日	病种平均住院日=该院病种住院总天数/该院病种结算人次数	反映医疗机构 DIP 病种平均住院天数情况
	18	病种平均住院日变化率	病种平均住院日同比增幅	反映医疗机构 DIP 病种平均住院天数变化情况
	19	时间消耗指数	时间消耗指数= ($\sum$ (该院各 DIP 病种平均住院日 $\div$ 区域对应 DIP 病种平均住院日 $\times$ 该院对应 DIP 病种病例数)) / 医院总病例数	▲反映医疗机构与同级别医疗机构相比 DIP 病种平均住院天数变化情况
	20	住院药占比	住院药占比=住院药品总费用/住院医疗总费用	反映医疗机构医疗总费用中药品费用占比情况
	21	药占比变化率	住院药占比同比增幅	反映医疗机构医疗总费用中药品费用占比变化情况
	22	检查检验占比	检查检验比=住院检查检验总费用/住院医疗总费用	反映医疗机构医疗总费用中检查检验费用占比情况
	23	检查检验占比变化率	检查检验占比同比增幅	反映医疗机构医疗总费用中检查检验费用占比变化情况
	24	耗材占比	耗材占比=住院耗材总费用/住院医疗总费用	反映医疗机构医疗总费用中耗材费用占比情况
	25	耗材占比变化率	耗材占比同比增幅	反映医疗机构医疗总费用中耗材费用占比变化情况
	26	医疗服务占比	医疗服务占比=住院诊疗项目总费用/住院医疗总费用	反映医疗机构医疗总费用中诊疗项目费用占比情况
	27	医疗服务占比变化率	医疗服务占比同比增幅	反映医疗机构医疗总费用中诊疗项目费用占比变化情况
4. 医疗行为 (7 项)	28	住院人次	DIP 实际付费医疗机构住院人次数总和	反映 DIP 支付方式下住院人次情况
	29	住院人次人头比	DIP 实际付费期间住院人次/住院人数	反映 DIP 支付方式下年度重复住院情况
	30	住院人次人头比变化率	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) $\times 100\%$ 。	反映实行 DIP 付费后住院人次人头变化(分解住院) 情况
	31	住院人次人头比变化率指标	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; 同级别定点医疗机构	▲反映医疗机构与同级别医疗机构相比住院人次人头比变化(分解住院) 情况

一级指标	指标序号	二级指标	指标说明	备注
			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。	
	32	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×100%	▲反映医疗机构门急诊转住院情况
	33	30天内同一疾病再次入院率	30天内因同一疾病再次入院率=出院患者30天内因同一疾病再住院人数/出院患者总数×100%	反映医疗机构医疗质量和分解住院情况
	34	30天内返住院率指标	30天内返住院率指标=(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%	▲反映医疗机构医疗质量和分解住院情况
5.病种情况 (6项)	35	病种入组率	病种入组率=DIP入组病例数/DIP付费病例总数*100%	反映DIP病种(例)入组情况
	36	核心病种病例(人次)占比	核心病种病例(人次)占比=核心病种病例(人次)数/DIP结算病例总数*100%	反映DIP核心病种入组情况
	37	核心病种费用占比	核心病种费用占比=核心病种结算费用/DIP结算金额*100%	反映DIP核心病种入组情况
	38	综合病种病例(人次)占比	综合病种病例(人次)占比=综合病种病例(人次)数/DIP结算病例总数*100%	反映DIP综合病种入组情况
	39	综合病种费用占比	综合病种费用占比=综合病种结算费用/DIP结算金额*100%	反映DIP综合病种入组情况
	40	异常支付率DIP病种占比	异常支付率DIP病种占比(DIP结算病种支付率高于2倍及低于0.5倍的病种占比)=DIP结算病种支付率高于2倍及低于0.5倍的病例数/DIP付费病例总数*100%	反映DIP病种组内平均偏差情况
6.结算情况 (8项)	41	医院DIP费用分值比	总费用/总分值	反映DIP支付方式下医疗机构每分值的费用消耗情况
	42	医院DIP月度预结算金额	医院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×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	反映医疗机构月度预结算情况
	43	医院月度预结算盈亏比	医院月度预结算盈亏比=(总分值*月度预算点值)/住院总费用*100%	反映DIP支付方式下医疗机构月度预结算盈亏情况
	44	DIP预决算对医院结	DIP预决算对医院结付率=DIP年度统筹基金预决算支付总额	反映DIP预决算时医院医保基金结付率情况

一级指标	指标序号	二级指标	指标说明	备注
		付率	/DIP 实际付费医疗机构住院统筹基金实际发生数之和	
	45	DIP 年度决算额	DIP 年度决算金额	反映 DIP 支付方式下医疗机构结算情况
	46	DIP 决算医院结付率	DIP 决算对医院结付率=DIP 年度统筹基金决算支付总额/DIP 实际付费医疗机构住院统筹基金实际发生数之和	反映 DIP 决算时医院医保基金结付率情况
	47	未结付医保基金占比	未结付医保基金占比=未结付医保基金总额/DIP 实际付费医疗机构住院统筹基金实际发生数之和；未结付医保基金总额=DIP 医保基金实际总金额-DIP 结算额	反映医疗机构未结付医保基金占比情况
	48	DIP 医院实际盈亏比 (含自费、自付)	DIP 医院实际盈亏比=(DIP 年度统筹基金决算支付总额+个人按项目支付总金额+其他基金支出总额)/DIP 实际付费医疗机构住院总费用	反映 DIP 决算时医院医疗费用结付率情况

注：▲为市 DIP 付费年度考核指标。

