

鄂州市医疗保障局

2024年1月住院DIP预结算情况通报

各区医疗保障局、各定点医疗机构：

在市委市政府的正确领导下，市医保局精心组织、统筹安排，各定点医疗机构积极配合、认真落实，历经6个月的分步推进，3个月的试运行，我市于2024年1月开始医保住院DIP实际付费，现将相关情况通报如下：

一、DIP病例入组情况

2024年1月，纳入DIP付费管理的住院结算病例12318例。按鄂州市2023年版DIP病组目录，入组病例数为12300例，入组率为99.86%；疾病范围覆盖2094个DIP目录病组，占目录病组总数的95%，其中：核心病组入组率89.50%，超过国家医疗保障DIP支付方式操作规范规定4.5个百分点。说明我市DIP病种目录比较贴合市内住院疾病谱，病例入组的质量和效率比较高。

二、DIP付费基本情况

2024年1月，全市所有住院定点医疗机构纳入DIP付费管理的医疗总费用9083.67万元，月度预算总额5300.12万元，按照我市医保DIP目录和结算办法，核算DIP总分值

1229.24 万分。

其中：职工医保住院结算 3208 人次，DIP 总分值 387.41 万分，月度分值点值 8.42 元，DIP 付费 2166.00 万元；城乡居民医保住院 9110 人次，DIP 总分值 841.83 万分，分值点值 6.76 元，DIP 付费 3064.00 万元。

按照我市 DIP 付费经办规程，2024 年 1 月 DIP 月度结算资金已全部通过湖北医保业财一体化系统，拨付给各定点医疗机构。我市医保 DIP 支付方式改革提前实现全市所有住院定点医疗机构、所有病例（含普通住院、生育住院、外伤住院）、所有医保基金（基本医疗保险基金、大病保险基金、公务员补充保险基金）全覆盖。

三、DIP 付费结算情况（DIP 付费/医院垫付）

医疗机构级别	职工医保（万元）			居民医保（万元）		
	医院垫付	DIP 付费	结算率	医院垫付	DIP 付费	结算率
三级	1810	1923	106%	2348	2075	88%
二级	116	117	101%	492	475	97%
乡镇	32	32	100%	283	295	104%
民营	96	94	98%	218	218	100%

1、从结算率分布情况看，DIP 支付方式对医保基金流向具有较强的导向性。1 月份城乡居民医保住院人员中基层医疗机构占比为 56%，在基层病种政策支持下，基层医疗机构

基金结算率比较高，如乡镇卫生院基层病种占比达到 46.42%，基金结算率达到 104%；三级医疗机构共计收治基层病种住院病例 334 例，由于医疗成本高于 DIP 付费标准，这部分病例在一定程度上拉低了三级医疗机构基金结算率；由于三级医疗机构次均分值（反映疾病严重程度和治疗的复杂性）明显高于基层医疗机构，所以三级医疗机构职工医保住院基金结算率比较高。

2、1 月份特殊病例预计将增补分值 20 万分左右（具体以专家审核为准）纳入年度清算，将适当拉高三级医医保基金结算率。

3、1 月份中医优势病种结算病例 2069 例，其中有 1060 例中治率达到 30%以上，预计年将增补分值 44428 分左右纳入终清算。中医优势病组中中治率达到规定标准的病例数仅占总病例数的 51%，比例偏低，各定点医疗机构要充分发挥中医治疗优势，提高结算率。

四、定点医疗机构适应 DIP 付费情况

1、结算清单质控和上传情况。各定点医疗机构能够按照《鄂州市按病种分值付费（DIP）医疗保障经办规程》要求，及时上传结算清单，但部分定点医疗机构存在结算清单填写不完整、不规范、不准确的问题，部分乡镇卫生院因信息系统接口改造不准确，影响了结算清单上传数据的准确率，各定点医疗机构要进一步优化流程，梳理纠正信息系统错误，

安排专人按照结算清单填写规范，做好质控工作。

2、对 DIP 运行原理、病种目录和付费政策的学习情况。在实践中，大部分定点医疗机构积极主动学习 DIP 病种目录，分值计算、费用核算的原理和逻辑，对付费政策的认识和理解有了较大提升。但还要进一步加强全员培训、开展全员学习，精准掌握 DIP 付费规则内核。

3、内部管理情况。总体来看，DIP 付费实际应用后，大部分定点医疗机构通过实施成本控制，次均费用有所降低，DIP 付费基金结算率有所提高。1 月份 DIP 付费病例次均费用 7374 元，较 2023 年度下降了 7.38%。以城乡居民医保为例，有结算数据的 51 家定点医疗机构中，29 家次均费用有不同幅度的降低，占比 57%。

五、存在的问题

1、1 月份个别定点医疗机构次均分值增长过快，与 2023 年 10-12 月份测试数据比，增长幅度达到 95%，疑似高套分值。

2、1 月份乡镇卫生院住院病例数 2526 例，环比增长 22%，其中低倍率病例占比达到 9%；三级医疗机构入院当天出院或隔天出院的病例 131 例，以上情况均为疑似低标入院。

3、1 月份医保住院病人 7 日内同一医院再次入院的病例为 33 例，其中：当天入院 7 例，隔天入院的 4 例，均非急诊入院，疑似分解住院。

4、据参保人员反映，个别医疗机构存在诱导住院病人到门诊或药店购买药品的情况。

六、下一步工作要求

各定点医疗机构要结合 DIP 付费政策，制定合理的内部管理制度，绩效考核办法，质量控制规程等配套制度，尽快适应 DIP 付费办法；要针对通报所列问题，积极开展自查，认真落实整改，以书面形式向市医保服务中心报告整改结果。市医保服务中心将进一步强化数据分析和审核稽核，加强针对 DIP 运行情况的监管，对于在 DIP 付费过程中，经自查后仍存在的高套分值、低标入院、分解入院等各种违规问题，将严肃查处；对于在 DIP 付费过程中，积极规范医疗行为、主动降低医疗费用的定点医疗机构，经考核并统计后，在年度清算中给予一定奖励。



