西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）监管考核办法（试行）

为建立城镇职工、城乡居民基本医疗保险DIP付费监管考核制度,发挥医保资金导向作用,引导定点医疗机构合理诊疗,控制医疗费用不合理增长,提高医疗服务水平,保障参保人员利益。根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）、《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发〔2020〕45号）、《西藏自治区区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)实施办法（试行）》等文件精神,结合西藏自治区实际,制定本办法。

**一、考核主体和对象**

（一）监管考核主体。医保经办机构为监管考核主体,负责辖区内 DIP支付方式改革的运行监督,同时负责对各定点医疗机构的住院病例进行审核,并根据考核办法进行考核评估工作。

（二）监管考核对象。全自治区开展DIP付费的协议医疗机构。

**二、监管考核方式**

监管考核以基于大数据分析为主,结合客观资料分析、查阅、复核、随访等过程评价。监管考核设置相关指标,重点监管医保结算清单合规性、编码套高、低标入院、二次入院、超长住院等违规行为。采用日常考核与定期考核有机结合。

（一）日常考核（占年度考核得分的50%）。医保经办机构每月抽取定点医疗机构不少于10%的病历进行考核。通过智能审核监控系统,审核医疗机构上传数据,对智能审核可疑数据进行人工抽审。

（二）定期考核（占年度考核得分的50%）。由医保经办机构组织人员全面实施考核。原则上每年度开展一次,次年4月底前完成上年度医疗机构DIP付费情况的考核。

**三、考核评分指标**

（一）组织管理和制度建设：包括组织保障、病案管理、临床路径管理、成本核算管理、绩效考核等配套制度建设、数据信息审核机制建立等。

（二）医保结算清单质量：包括医保结算清单的完整性、主要诊断选择合理性、医疗费用结算的准确率等。

（三）医疗行为：包括非计划二次入院、低标入院、超长住院、平均住院日等。

（四）服务能力：包括住院服务量、重症患者占比等。

（五）费用控制：包括与按项目付费的总费用增长率（门诊和住院）、总人次增长率（门诊和住院）、人次人头比（住院）、参保患者自付自费占比、住院天数等。

（六）患者满意度：根据调查问卷调查患者对医疗行为和医疗质量的满意度。

（七）加分指标项：为建立考核激励机制,鼓励医疗机构提高医疗服务能力建设,设置CMI值、病案首页合规性、年度实际报销比例、院内组织DIP相关培训等加分指标项。当考核总分大于100分的,以100分计算。

考核评分标准见附件《西藏自治区DIP付费医疗机构监管考核评分表》

**四、评分结果应用**

对DIP定点医疗机构考核坚持“考核和付费”相结合的办法,建立监管结果与质量保证金兑付、病种分值年度清算挂钩机制。

（一）质量保证金兑付。医保经办机构根据年度考核结果兑付医疗机构质量保证金。质量保证金兑付比例具体标准：考核得分≥90,兑付比例为100%；60≤得分<90,兑付比例按实际考核得分/100\*100%；年度考核得分<60,不予兑付。

（二）病种分值年度清算。根据《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》等监管考核规定,对于经查实的以下违规行为,在扣除年度考核得分的同时,将在年度清算时予以扣减分值,且违规病例费用不得以其他任何形式给予基金拨付。

1.编码套高。经查实编码套高的病例,按该病例套高后的分值予以扣除,并处以2-5倍违约分值扣减。

2.非计划二次入院。同一参保人员同一病种15天内再次入院,重点考核7天内再入院,确定为非计划二次入院的,当次住院分值不予计算,并处以1-2倍违约分值扣减（除肿瘤需要定期放、化疗计划再入院及其他特殊情形）。

3.低标入院。将可以经门诊治疗不需住院的病人收治入院的,当次住院分值不予计算,并处以1-2倍违约分值扣减。

医疗机构在为没有达到出院标准的参保人员办理转诊转院时,应选择“转院”（不应选择“出院”）；若选择“出院”,而同一参保人员因同一疾病同一诊断3天之内再次发生入院的,将对医院按照“二次入院”或“低标入院”进行处理。

4.超长住院。超出区域内同病种平均住院日1倍及以上的为超长住院病例（康复类等经专家评议特殊病例的除外）,经查实确为超长住院病例的,当次住院分值不予计算,并处以1-2倍违约分值扣减。

上述违规行为构成行政违法的,将移送医疗保障行政监督部门；构成违法犯罪的,将移送司法机关,依法追究刑事责任。

**五、办法试行日期**

本办法自2021年12月15日起试行,根据工作需要适时修改完善。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **西藏自治区DIP付费医疗机构监管考核评分表** | | | | | | |
| **考核项目** | **序号** | **考核指标** | **考核方法** | **考核内容** | **评分分值** | **评分标准** |
| **组织建设(20分)** | 1 | DIP付费组织保障 | 现场查阅 | 医院成立由院长牵头的DIP付费改革领导小组及工作小组；小组成员职责清晰、机制健全；有工作计划和实施方案。 | 8 | 医院成立由院长牵头的DIP付费改革领导小组及工作小组得4分；小组成员职责清晰、机制健全得2分；有工作计划和实施方案得2分。 |
| 2 | DIP制度建设 | 现场查阅 | 建立部门间沟通协商及问题处理机制；建立病案管理、临床路径管理、成本核算管理、绩效考核制度等配套措施。 | 6 | 配套政策完整得6分,少一项扣1分。 |
| 3 | 数据信息审核机制 | 现场查阅 | 医院端作为数据信息的第一级审核单位,建立上传数据信息审核机制,并组织实施。 | 6 | 医院端建立数据信息审核机制得2分,组织实施得4分。 |
| **医保结算清单质量（20分）** | 4 | 医保结算清单合规性 | 数据分析 | 上传医保结算清单合规数量占上传医保结算清单的总数。计算公式：上传医保结算清单合规数量/同期上传医保结算清单总数（单议病例除外）×100% | 10 | 医保结算清单质量的合规率≥90%得10分,每减少1%扣0.5分,扣完为止。 |
| 5 | 编码套高 | 数据分析、病例抽检 | 医疗机构通过调整主诊断、虚增诊断、虚增手术等方式使病例进入高分组的行为,产生分值高套。 | 10 | 每查实一例扣1分,超过5例此项不得分,并扣减违约分值。 |
| **医疗行为（30分）** | 6 | 二次入院率(非计划15天再次住院) | 数据分析、病例抽检 | 重点监管 7天内的分解入院（特殊情形除外）。 | 8 | 每查实一例扣1分,超过5例此项不得分,并扣减违约分值。 |
| 7 | 低标入院 | 数据分析、病例抽检 | 主要针对可以经门诊治疗不需住院的病人,该部分病例的病种分值（RW）通常较低,且住院天数较短。实际发生费用低于同级别病例按DIP付费标准≤50%的病例,结合现场病历检查,确定为低标入院的病例。 | 8 | 每查实一例扣1分,超过5例此项不得分,并扣减违约分值。 |
| 8 | 超长住院 | 数据分析、病例抽检 | 通过大数据对区域内病种组合的平均住院日进行标化,计算出区域内每病种平均住院日,超出区域内每病种平均住院日1倍及以上的为超长住院病例（康复类等经专家评议特殊病例除外）。 | 8 | 每查实一例扣1分,超过5例此项不得分,并扣减违约分值。 |
| 9 | 平均住院日 | 数据分析 | 按照国家卫健委公立医院考核监测指标,平均住院日控制监测标准以内。 | 6 | 平均住院日控制在国家监测标准内得6分,每上升0.5天扣1分,扣完为止。 |
| **费用控制（10分）** | 10 | 住院病人门诊缴费情形 | 抽查HIS系统门诊数据,与住院结算数据关联 | 抽查住院病人在住院期间产生的门诊费用情况。 | 10 | 查实1例扣2分,超过3例此项不得分。 |
| **患者满意度（20分）** | 11 | 患者满意率 | 现场发放调查问卷 | 调查医疗机构是否推诿患者、是否让住院患者门诊缴费、住院期间是否服务不足等患者对医疗行为和医疗质量的满意度内容（综合满意率=调查中比较满意与满意的人数/调查总人数×100%）。 | 10 | 综合满意率≥90%得10分；每降低5%扣1分,扣完为止。 |
| 12 | 投诉次数 | 根据投诉处理统计 | 根据医保管理部门接到的信访投诉件数计算。 | 10 | 未被投诉得10分；每接到信访投诉并查实1件有效投诉扣1分,扣完为止。 |
| **总计** |  |  |  |  | **100** |  |
| **加分项（10分）** | 1 | CMI值 | 根据系统统计数据 | 医疗机构期内CMI指数与上年度同期比较（CMI指数=医疗机构总分值/医疗机构总病例数）。 | 4 | 不低于上年度同期得2分,每上升0.05,加1分 |
| 2 | 病案首页合规性 | 数据分析、病例抽检 | 病例中没有发生诊断手术与基础信息（如年龄、性别、出生体重）不符、诊断冲突、手术冲突、诊断与手术不一致等。 | 3 | 抽查病例中合规性病例达90%以上的得1分,每上升1%加1分。 |
| 3 | 院内组织DIP相关培训 | 现场查看医院资料 | 积极支持DIP支付方式改革,组织院内DIP培训工作。 | 3 | 每举办1次得0.5分。 |