

宁德市医疗保障局文件

宁医保〔2022〕103号

宁德市医疗保障局关于印发2022年度区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）工作考核办法的通知

市医保中心，各县（市、区）医保局，各DIP定点医疗机构：

现将《2022年度区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）工作考核办法（暂行）》印发给你们，请认真贯彻执行。



宁德市 2022 年度区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）工作考核办法

第一章 总 则

第一条 为落实 DIP 付费工作责任，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5 号）、《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》《宁德市按病种分值付费（DIP）监管暂行规程》（宁医保〔2021〕56 号）等有关规定制定本办法。

第二条 DIP 工作考核是指对各 DIP 相关定点医疗机构年度 DIP 工作开展成效进行考核。

第三条 考核工作坚持客观公正、科学合理、公开透明、求真务实的原则。

第二章 考核组织和方式

第四条 考核工作由 DIP 工作专班牵头，会同各县（市、区）医保管理部考评组组成考核工作组负责组织实施。

第五条 市医保中心为考核主体，各县（市、区）医保部门配合，对试点医疗机构进行考核，并依据考核结果与 DIP 付费医疗机构进行基金年终清算。

第六条 各县（市、区）医保部门承担本辖区日常考评与初步考评的具体实施，按时向市考核组上报初评报告；各 DIP 付费

医疗机构围绕各项考评指标，提前开展自查自评、提前进行材料归集分档，并事先准备自评汇报材料提交所在地医保管理部。

第七条 市医保中心根据指标内容统一负责信息数据提取，原则上一级医疗机构由辖区各管理部负责年度考核，市医保中心视具体情况予以抽查复核。

第八条 DIP 工作考核采取日常考核和年度考核相结合的方式，以系统数据、客观资料查阅、复核、随访为主。结合试点工作运行实际实行季度考核和年度考核。考核按照以下七个步骤实施：

（一）下发考核通知。市医保中心下发考核通知，明确检查时间、内容、范围，各县（市、区）医保管理部通知辖区相关定点医疗机构做好迎查准备。

（二）成立考核小组。成立市医保中心考核组和各县（市、区）医保管理部考评组，市考核组由市医保中心主要领导负责牵头，成员由信息、稽核、医疗科等相关科室组成；各县（市、区）医保管理部考评组由主要领导牵头，组织相关科室成员组成。

（三）定点医疗机构自评。DIP 付费定点医疗机构对照考核评分表展开自评，按照评分表项目内容自行打分，并加盖单位公章，交由当地医保部门汇总、报送至市医保中心考核组。

（四）医保管理部组织初核。各县（市、区）医保管理部考评组，负责监督、检查所在 DIP 付费定点医疗机构相关协议履行情况、相关指标落实情况，配合市医保中心完成对各 DIP 付费定

点医疗机构年度清算考评工作。并对 DIP 开展情况进行日常考评，并将包括日常监管、日常考评等初步考评情况于次年2月底前上报市医保中心。

（五）市医保中心复核。市医保中心按照“公平、公开、公正”原则，采取交叉、回避方式，对 DIP 定点医疗机构的初步考评情况进行复核，并根据《宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）考核评分表》（详见附件）对各 DIP 定点医疗机构开展年度考评，并于规定时间内完成考评报告。

（六）会议研究审定。考评报告经市医保局党组会议研究通过后，由市医保中心根据考评结果与各 DIP 付费定点医疗机构完成年度基金结算。

（七）费用清算拨付。原则上于次年四月底前完成对上一年度 DIP 付费定点医疗机构总额年度清算考评工作、次年六月底前完成对上一年度 DIP 付费定点医疗机构年度清算工作。

第三章 考核内容

第九条 考评采取百分制量化评分方式，对区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）情况进行指标量化考评（详见附件），主要内容如下：

（一）组织管理与制度建设：组织体系建设、管理体系建设、信息系统建设、进行 DIP 政策宣传培训等情况；

（二）DIP 工作质量：结算清单填报质量、结算清单重传率、

病种入组率、基层病种执行率、市内（县域内）就诊率；

（三）医疗服务质量（住院）：参保人员个人负担比例、住院次均费用、平均住院日、人数人次比；

（四）医保电子凭证：医保电子凭证结算人次占比、医保移动支付、全流程运用、宣传推广、医保电子凭证从业人员激活率；

（五）药械结算与采购：药采结算情况、集中采购中选药品采购和使用；

（六）稽核管理：年度医保不予支付费用占比、DIP 组别高套病例、分解住院病历、诊疗违规情况；

（七）加分项：临床路径病建设、病种组库维护、专家配合、CMI 值增长率、开展云诊次数占比、高血压、糖尿病基层诊疗占比、“两病”规范化管理人群用药保障率。

第四章 考核结果运用

第十条 考评分数与年度清算综合系数挂钩，年度清算综合系数运用于年度清算。考评结果三级医院应在 85 分（含）以上，每低 1 分的，扣减加成系数 1%；二级医院（不含中医院）应在 80 分以上，每低 1 分的，扣减加成系数 1%；二级中医综合医院应在 75 分以上，每低 1 分的，扣减加成系数 1%；一级医院应在 70 分以上，每低 1 分的，扣减加成系数 1%。考核结果应用，最高扣减加成系数不超过 5%。

第十一条 考核结果经市医保局党组会议审定后向各有关单位公布，对考核等级为优秀、DIP 工作成效突出的定点医疗机构，给予通报表扬；对考核等级为不合格的定点医疗机构，进行通报批评，并约谈其单位主要负责人，提出限期整改要求。

第五章 监 督

第十二条 参与评价考核工作的有关单位和部门应当严格执行工作纪律，坚持原则、实事求是，确保评价考核工作客观公正、依规有序开展。各定点医疗机构不得篡改、伪造或者指使篡改、伪造相关统计和监测数据，对于存在上述问题并被查实的定点医疗机构，考核等级确定为不合格。对徇私舞弊、瞒报谎报、篡改数据、伪造资料等造成评价考核结果失真失实的，按照有关规定严肃追究有关单位和人员责任；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第十三条 有关定点医疗机构对考核结果和责任追究决定有异议的，可以向作出考核结果和责任追究决定的单位和部门提出书面申诉，有关单位和部门应当依据相关规定受理并进行处理。

第六章 附 则

第十四条 本办法由 DIP 工作专班负责解释。

第十五条 本办法自发布之日起施行，有效期为 1 年。执行期间如遇医保政策重大调整，与国家、省出台最新规定不符的，按新规定执行。《宁德市医疗保障局关于印发宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）考核办法（暂行）的通知》（宁医保〔2021〕72 号）自行废止。

附件：宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）考核评分表

附件

宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）考核评分表

一级指标	分值	二级指标	分值	评分标准
(一)组织管理 与制度 建设	20	组织体系建设	5	1. 组织体系：提供 DIP 组织体系构成情况，确认分管领导； 2. 编码员：每个临床科室均需指定一名编码员；病案科室专职编码员配备，三级医院需 6 名以上，二级综合性医院需 3 名以上，二级中医院及其他二级专科医院需 2 名以上，一级医院需 1 名以上（编码员：需具备了解 DIP 相关的病案编码基础知识）； 3. 联络员：医保科需配置至少一名编码问题联络人员，对接反馈 DIP 编码和 DIP 入组审核问题； 4. 以上每少一名扣 1 分，医疗机构提供具体名单和联系方式汇总表。
		管理体系建设	6	1. 绩效管理：DIP 绩效管理控制，引导成本管理控制，鼓励医务人员多劳多得，优劳优得； 2. 成本管理：运营精细化管理制度，基于临床路径的病种和病组成本管理； 3. 学科管理：基于本院实际情况的重点临床学科规划和病种组的精细化管理； 4. 二级及以上医疗机构提供相关证明材料，一级医疗机构提供年度总结报告，每项 2 分。

(二) DIP 工作质量	22	信息系统建设	6	1、根据《宁德市医疗保障基金中心转发福建省医疗保障基金中心关于开展医院自助终端医保服务改造的通知》《宁德市医疗保障局转发福建省医疗保障局关于组织定点医药机构建设国家医疗保障信息平台标准接口的通知》，将医疗机构国家医保接口改造及医院自助终端医保服务改造情况纳入年度考核，按文件规定完成接口改造及自助终端医保服务改造的，得 2 分； 2、查验二级及以上医疗机构是否有对本院 DIP 病种管理、相关数据开展分析解读等，形成医疗机构内 DIP 数据分析应用体系，可提供相关佐证的，得 2 分；查验一级医疗机构是否有对本院 DIP 病种管理，提供相关佐证的，得 2 分； 3、按照医保信息业务编码标准化工作要求，完成各项医疗保障信息业务编码的贯标工作，能按《标准化截图模板》（另需针对新增药学、技术人员编码应用界面截图）提供相应佐证的，得 2 分。
		进行 DIP 政策宣传培训	3	医疗机构开展有关 DIP 政策培训活动，定期考核医护人员熟练掌握 DIP 医疗保险政策情况，并记录培训和考核结果。未制定培训、考核计划扣 1 分；未按计划开展 DIP 政策宣传工作扣 1 分，无培训和考核结果记录扣 1 分。
		结算清单填报质量	8	1. 体现结算清单的填报质量，审核住院结算清算的完整性、规范性以及入组病种的真实性、合理性； 2. 现场随机抽查，经认定医保结算清单填报质量不及格的，按不合格病历例数扣分； 3. 三级医院 50 份病历，每份病历 0.8 分；二级医院 30 份，每份病历 0.6 分；一级医院 20 份，每份病历 0.4 分。
		结算清单重复率	3	1. 在剔除医保政策原因导致的结算清单重复因素后，结算清单重复率=结算清单总上传人次/医院 DIP 结算总病例数*100%-1； 2. 同等级医院（三级医院、二级中医综合医院、其他二级医院、一级医院）（下同）比较，高于平均分的，每高 1%，扣 1 分。
		病种入组率	3	1. 扣除当年新增病种后，住院病种入组率=DIP 病种入组病例数/医院 DIP 结算总病例数*100%； 2. 本年度减去上年度，每降低 1%，且低于同等级医疗机构平均值的，每低 1%，扣 1 分； 3. 当年度新增 DIP 试点医院，不做考核，基础分 3 分。

		基层病种收治率	5或3	1. 住院基层病种的收治率=基层病种执行人次/医院纳入 DIP 的总病例数*100%; 2. 三级医院, 同等级医院比较, 高于平均值的, 每高 1%, 扣 0.5 分; 3. 其他二级医院、二级中医综合医院、一级医院, 基础分 3 分, 同等级医院比较, 高于平均值的, 每高 1%, 得 1 分, 最高加 2 分。
		市内(县域内)就诊率	3	1. 市级医疗机构考核市内就诊率, 市内就诊率=全市参保人市内医院住院人次/总住院人次*100%, 本年度减去上年度, 每降低 1%, 扣 1 分; 2. 医共体总医院考核本县县域就诊率, 县域就诊率=全县参保人县域内住院人次/总住院人次*100%, 本年度减去上年度, 每降低 1%, 扣县医院(县总医院) 1 分; 3. 其他医院不做考核, 基础分 3 分。
		参保人员个人负担比例	6	1. 个人负担比例=(总费用-总基金支付)/总费用*100%; 2. 城乡居民和城镇职工分别计算, 本年度减去上年度, 每提高 1%, 扣 1 分。
		住院次均费用	3	1. 住院次均费用=住院医疗总费用/总出院人次; 2. 本年度/上年度*100%-1, 每提高 1%, 扣 1 分。
		平均住院日	1	1. 平均住院天数=住院总床日数/总出院人次; 2. 本年度比上年度有提高的, 扣 1 分。
(三) 医疗服务质量 (住院)	13	人数人次比	3	1. 人数人次比=总住院人数/总出院人次*100%; 2. 同等级医院比较, 低于平均分的, 每低 1%, 扣 1 分; 3. 一级医疗机构不考核, 基础分 3 分。

(四) 医保电子凭证	15	医保电子凭证结算人次占比	4	1. 体现医疗机构医保电子凭证结算人次占比, 占比=参保人员在该医疗机构使用医保电子凭证就医结算人次/参保人员在该医疗机构医保结算总人次*100%; 2. 2022年1-12月, 医保电子凭证结算率达10%, 得1分; 达15%, 得1.5分; 达25%, 得2.5分; 达35%及以上, 得4分。
		医保移动支付	4	1. 二级及二级以上定点医疗机构和“社会办医”医疗机构均对接国家医保移动支付服务, 完成院内HIS系统对接改造并正式上线使用, 完成得3分; 2. 通过医保移动支付结算笔数占总结算笔数的比例高于或等于10%的, 得1分; 3. 一级及使用基卫系统的医疗机构暂不考核, 基础得分4分。
		全流程运用	2	1. 二级及二级以上定点医疗机构, 应实现医保电子凭证在挂号、就诊、支付、取药、取报告等就医服务的全流程使用。实现得2分, 每一项未实现在2分基础上扣0.5分, 扣完为止; 2. 二级(不含二级)以下暂不考核, 基础得分1分, 完成医保电子凭证全流程使用的, 可得2分。
		宣传推广	4	1. 2022年将医保电子凭证及医保移动支付的推广应用纳入院内绩效考核的, 得2分; 2. 每召开一次医保电子凭证暨医保移动支付宣传推广动员会得1分, 最高2分。
		医保电子凭证从业人员激活率	1	1. 医保从业人员激活率, 体现医疗机构医保相关医药从业人员的医保电子凭证激活情况, 分子: 医院贯标从业人员医保电子凭证激活数; 分母: 医院贯标从业总人数; 2. 激活率达95%以上, 得1分, 低于95%不得分;
(五) 药械采购情况	10	药采购结算情况	5	1. 按市医保中心及各管理部收款通知书要求及时将药械采购补差款及时转入市医保中心及各管理部指定账户; 2. 年度内, 医院药械采购补差款每延迟转入一次扣1分; 超过三次以上直接扣5分; 3. “社会办医”医疗机构, 该分值平均归于稽核。

			集中采购中选药品采购和使用	5	1. 自新版医保药品目录执行起2个月内召开药事会议研究国家谈判药品配备情况得0.3分，未在规定时间内召开不得分；相关佐证材料已向医保部门备案得0.2分，未备案不得分；国家谈判“双通道”药品纳入院内采购目录的品种数量不低于上年度医疗机构实际采购使用的国谈“双通道”药品品种数量，得0.5分，每少1种扣0.1分； 2. 国家、省、市组织药品、医用耗材集中带量采购中选品种协议期内（协议的完整周期）完成率≥100%得4分，每少1个品种未完成扣0.1分，扣完为止； 3. “社会办医”医疗机构，该分值平均归于稽核。
(六)稽核管理	20(社会机构30分,基础扣分也相应增加)		年度医保不予支付费用占比	3(社会机构5)	1. 因医保违规行为，线上线下稽核中年度医保不予支付的费用占年度医保基金实际发生额的比值，比值=年度医保不予支付的费用（住院）/年度医保基金实际发生额（住院）； 2. 同等级医院比较，三级医院、二级医院，二级中医综合医院、一级医院，高于同等级医院平均值的，每高0.1%扣1分（不足0.1%的按照0.1%计算）。
			DIP组别高套病例	5(社会机构7.5)	年度考核（二级及以上医疗机构抽取50份，一级医疗机构抽取30份，不足30份全部抽取），每发现1例被认定组别高套的，扣减0.5分，扣完为止。
			分解住院病历	5(社会机构7.5)	年度考核（二级及以上医疗机构抽取50份，一级医疗机构抽取30份，不足30份全部抽取），每发现1例被认定分解住院病历的，扣减0.5分，扣完为止。
			诊疗违规情况	7(社会机构10)	日常稽核、年度考核（二级及以上医疗机构抽取50份，一级医疗机构抽取30份，不足30份全部抽取），每发现1例存在诊疗违规行为的，扣减0.2分，扣完为止。

(七) 加分项	10	临床路径建设	2	1. 临床路径病例数占比=入组医院临床路径管理的病例数/医院总病例数； 2. 三级医院占比达 50%以上的得 1 分，70%以上的得 2 分；二级医院有进行临床路径建设的得 1 分，占比达 50% 以上的得 2 分；一级医院有进行临床路径建设的得 2 分； 3. 具体由医院系统展示，提供相关数据并盖章。
		病种组库维护	1	响应医保部门 DIP 病种组维护工作，书面提出对病种组修改意见并被医保采纳的，每个病种组加 0.5 分。
		专家配合	2	积极响应参与 DIP 专家审核制度，每人 0.2 分；派遣专家帮助医保进行培训工作的，每人 0.5 分；其他支援配合各等级医保部门工作的，如稽核、病种入组审核、医疗机构准入等，每人 0.2 分。
		CMI 值增长率	3	1. CMI 值增长率=本年度 CMI 值/上年度 CMI 值*100%-1； 2. 本院本年度 CMI 同比上年度增长超 3%以上且高于同等级医院平均值的，经稽核没有存在违法违规行为的，每增长超 1%，加 0.5 分。
		开展云诊次数占比	2	医疗机构每周至少开展云诊 1 次，年开展次数不少于 53 次，得 2 分。
	2	医保电子凭证结算率冲刺	2	将 2022 年 11-12 月列为医保电子凭证结算率冲刺阶段，医疗机构在冲刺阶段中医保电子凭证结算率达 40%以上的，考核评分表中“医保电子凭证结算人次占比”一项以满分 4 分计，此外冲刺阶段结算率达 45%的加 1 分，达 50%加 2 分。

1	高血压、糖尿病基层诊疗占比	1	1. 高血压、糖尿病基层诊疗占比=本县域参保人在县域内基层医疗卫生机构就诊高血压、糖尿病特殊门诊的人数/在定点医疗机构高血压、糖尿病特殊门诊就诊人数 X100%; 2. 医共体核心医院参与本项指标考核, 与本县域内上年值相比, 每增加 1 个百分点, 加 0.2 分, 最高 1 分。
	“两病”规范化管理人群用药保障率	1	1. “两病（指高血压和糖尿病）”规范化管理人群用药保障率=本县域内参保人“两病”门诊用药保障人数/“两病”规范化管理人数 X100%（门诊用药保障人数统计口径参照医保函（2020）219 号“两病”门诊用药保障情况调度表中国家规定的口径统计）数据来源：门诊用药保障人数来源医保信息系统、规范化管理人数来源卫健部门； 2. 医共体核心医院参与本项指标考核, 与本县域内上年值相比, 每增加 1 个百分点, 加 0.2 分, 最高 1 分。

不 合 格 工 品 處 理 方 法	不 合 格 工 品 處 理 方 法
重 工 品 處 理 方 法	重 工 品 處 理 方 法

信息公开类型：主动公开

宁德市医疗保障局办公室

2022 年 12 月 15 日印发