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绩效管理制度，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。 |
| 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，形成医疗机构院内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。 |
| （二）DIP工作质量 | 22 | 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。 |
| 结算清单重传率 | 3 | 1.在剔除医保政策原因导致的结算清单重传因素后，结算清单重传率=结算清单总上传人次数/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。 |
| （三）医疗服务质量（住院） | 13 | 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。 |
| 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”医疗机构均应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%的以上的得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，每人次0.2分；派遣专家帮助医保进行培训工作的，每人次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，每人次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。 |
| 1 | “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。 |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |