

# 关于印发宿迁市基本医疗保险按病种分值付费 (DIP) 考核管理暂行办法的通知

宿医保规〔2021〕4号

各县区医疗保障局，市医疗保险基金管理中心，各相关定点医疗机构：

现将《宿迁市基本医疗保险按病种分值付费（DIP）考核管理暂行办法》印发给你们，请认真组织实施。

宿迁市医疗保障局

2021年11月1日

（此件公开发布）

## 宿迁市基本医疗保险按病种分值付费（DIP） 考核管理暂行办法

**第一条** 为提高基本医保基金使用效率，规范医疗服务行为，保障参保人员合法权益，推进支付方式改革可持续良性运行，根据《国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范和DIP病种目录库（1.0版）的通知》（医

保办发〔2020〕50号）、《宿迁市基本医疗保险付费办法》（宿医保发〔2021〕17号）等有关规定，制定本办法。

**第二条** 医保部门开展对辖区内试点医疗机构的**DIP**考核管理适用本办法。

**第三条** 医疗保障行政部门负责**DIP**考核管理的运行监督。医保经办机构负责试点医疗机构的**DIP**考核管理。

**第四条** 试点医疗机构的**DIP**考核管理内容包括：组织管理和制度建设、基线调查、结算清单质量、医疗服务能力和效率、医疗行为和医疗质量、费用控制、患者满意度等。

（一）组织管理和制度建设：医疗机构是否建立相应的管理制度，主要包括病案管理、临床路径管理、成本核算管理、绩效考核等配套措施；

（二）基线调查：医疗机构是否报送基于本院**DIP**开展情况，是否对包括医保基金使用、医疗行为及患者就医负担等情况进行调查分析，并定期上报；

（三）结算清单质量：医疗机构上传的医保结算清算是否完整、是否规范、是否合理等；

（四）医疗服务能力和效率：医疗机构是否通过提高住院手术（重症）病例占比，降低时间、费用消耗指数，提高医疗服务能力和效率。

（五）医疗行为和医疗质量：医疗机构是否存在二次入院、低标入院、超长住院、死亡风险评估、人次人头比、人均病组费用增长率、入组率等指标不合理情况；

（六）费用控制：医疗机构是否主动优化费用结构，减少不合理用药和检查，使医药费用的快速上涨得到遏制，符合经济水平、医院定位及技术的发展趋势，有效保障参保人员权益。

（七）患者满意度：通过聘请第三方调查患者等形式对医疗行为和医疗质量的满意度。

（八）DIP 试点医疗机构应考核管理的其他内容。

**第五条** DIP 考核管理以日常管理为基础，结合数据分析、现场检查及相关部门开展的专项检查，实行动态考核。

**第六条** 经办机构按月对各试点医疗机构的病案首页以及医保基金结算清单进行审核，审核内容包括但不限于清单填写的完整性、主要诊断选择的正确性和诊疗行为的规范性等。试点期间，审核比例不低于 5%。并根据考核办法按季度对试点医疗机构进行阶段考核评估工作。

**第七条** 经办机构通过 DIP 信息管理系统，对试点医疗机构医保结算清单质量、医疗服务能力和效率、医疗行为和医疗质量、费用控制等数据进行分析处理。

**第八条** 经办机构可以根据工作需要，对日常检查中发现的异常问题进行检查核实。

**第九条** DIP 考核管理实行定量考核与定性考核相结合。

（一）定量考核：将年度考核内容量化为具体指标，每项指标按规定的内容和标准进行考核、评分。市医疗保障行政部门可以根据工作实际，适时对《基本医疗保险按病种分值付费考核管理评分标准》（见附件）进行调整。

（二）定性考核：试点医疗机构年度内发生以下情形的，考核实行一票否决，按零分处理。

1.年度内受到责令解除服务协议等行政处理的；2.其法定代表人或者主要负责人被处以 5 年内禁止从事定点医药机构管理活动的。

**第十条** 经办机构于次年 1 月底前，根据《基本医疗保险按病种分值付费考核管理评分标准》，结合日常管理、费用审核、智能监控、结算管理、专项稽查等情况，对试点医疗机构实施考核，并对考核结果进行公示。

**第十一条** 试点医疗机构对考核结果有异议的，可以在公示结束后 15 天内向属地医保行政部门反馈意见。限定时间内无反馈意见的，视为认可考核结果。经办机构应于次年 2 月底前，将年度考核得分通报给试点医疗机构。

**第十二条** 经办机构与试点医疗机构进行年度预清算费用的 10%作为质量保证金考核，考核结束后进行年度清算。

（一）年度考核 90 分（含）以上的，全额拨付质量保证金；

(二) 年度考核 80 分(含)-90 分的, 每低 1 分的(低于 90 分), 扣减质量保证金 1%;

(三) 年度考核 80 分以下的, 在扣减质量保证金 10%的基础上, 每低 1 分的(低于 80 分), 再扣减质量保证金 2%。

**第十三条** 试点医疗机构因涉嫌违规违法被立案查处的, 调查处理期间经办机构暂停拨付年度质量保证金。

**第十四条** 试点医疗机构加权平均得分作为各县区 DIP 工作考核的重要依据。市医疗保障部门定期向各县区政府通报 DIP 工作考核情况。

**第十五条** 本办法自 2022 年 1 月 1 日起执行。

附件：

**基本医疗保险按病种分值付费（DIP）考核管理评分标准**  
**（2022 年度）**

序号	事项	条目	考核内容	分值	评分办法	评估得分
一	组织管理和制度建设	1	医疗机构是否建立相应的管理制度，主要包括病案管理、临床路径管理、成本核算管理、绩效考核等配套措施。	8	未建立相关配套措施的每项扣 1 分；配套措施不符合医保政策要求的每项扣 1 分。扣完为止。	
二	基线调查	2	医疗机构是否报送基于本院 DIP 开展情况，是否对包括医保基金使用、医疗行为及患者就医负担等情况进行调查分析，并定期上报。	12	医疗机构按季度上报基线调查报告，内容包括但不限于医疗费用使用变化情况，医保基金使用变化情况，收治病种变化情况、费用结构变化情况，人次人头比、人均病种医疗费用增长率变化情况、个人负担变化情况、存在问题、下一步打算等，未及时报告的每次扣 2 分，报告内容缺少主要项目内容的每次扣 1 分。扣完为止。	

序号	事项	条目	考核内容	分值	评分办法	评估得分
三	结算清单质量	3	医疗机构上传的医保结算清算是否完整、是否规范、是否合理等。	15	<p>患者医保结算清单按规范要求填写完整，核心指标无漏项。完整率应不低于 95%，每低于 1%，扣 1 分；最多扣 5 分。</p> <p>病例诊断是否为规范诊断，以及诊断编码与诊断是否相匹配；手术操作编码是否为规范编码等，规范率应为 100%，每低于 1%，扣 1 分；最多扣 5 分。</p> <p>包括性别与诊断、年龄与诊断的相符判断；出入院时间的逻辑判断；诊断与手术的逻辑判断；总费用与明细费用的逻辑判断；诊断与费用的逻辑判断等，合理性率应为 100%，每低于 1%，扣 1 分；最多扣 5 分。</p>	
四	医疗服务能力和效率	4	医疗机构是否通过提高手术（重症）病例占比，降低时间、费用消耗指数，提高医疗服务能力和效率。	20	<p>出院病人手术（重症）病例数/出院病例数低于同类同级医疗机构，且同比下降的，每下降 1 个百分点扣 1 分，最多扣 8 分。</p> <p>时间、费用消耗指数高于同类同级医疗机构，且同比增长的，每增长 0.05 个点扣 1 分，每项最多扣 6 分。</p> <p>各级综合医疗机构手术（重症）/诊断病例数比，以及时间、费用消耗指数倒数从大到小排列，排在前 30% 的医疗机构（有小数点舍四进五）每项加 2 分。</p> <p>专科医疗机构专科病种占比超过 70% 的加 1 分，低于 50% 的扣 1 分。</p>	

序号	事项	条目	考核内容	分值	评分办法	评估得分
五	医疗行为和医疗质量	6	医疗机构是否存在二次入院、低标入院、超长住院、死亡风险评估、人次人头比、人均病组费用增长率、入组率等指标不合理情况。	25	<p>二次入院、低标入院、超长住院、死亡风险评估每个指标高于同类同级医疗机构，且同比增长的，每增长 0.05 个点扣 1 分，每项最多扣 3 分。</p> <p>人次人头比高于同类同级医疗机构，且同比增长的，每增长 0.01 个点扣 1 分，最多扣 4 分。</p> <p>人均病组费用增长率高于同类同级医疗机构，且同比增长的，每增长 5 个百分点扣 1 分，最多扣 4 分。</p> <p>医疗机构核心病种、床日病种病例入组率应在 90% 以上，入组率低于 90% 的，每低于 1 个百分点扣 1 分，最多扣 5 分。入组率在 95% 以上的加 1 分。受到行政罚款的，每次扣 2 分，扣完为止。</p>	
六	费用控制	7	医疗机构是否主动优化费用结构，减少不合理用药和检查，使医药费用的快速上涨得到遏制，符合经济水平、医院定位及技术的发展趋势，有效保障参保人员权益。	15	<p>药品分值、耗材分值高于同类同级医疗机构，且同比增长的，每增长 0.1 扣 1 分，每项最多扣 4 分。</p> <p>个人负担比例高于同类同级医疗机构，且同比增长的，每增长 2 个百分点扣 1 分，每项最多扣 4 分。丙类费用占比超 8%-10%（含）的扣 2 分，超 10% 的扣 4 分。</p> <p>住院门诊费用比例高于同类同级医疗机构，且同比增长的，每增长 5 个百分点扣 1 分，每项最多扣 3 分。</p>	



序号	事项	条目	考核内容	分值	评分办法	评估得分
七	患者满意度	8	调查患者对医疗行为和医疗质量的满意度，满意度应在 95% 以上。	5	市医保部门可以通过第三方调查，患者满意度每低 1%，扣 0.5 分，扣完为止。	

备注：费用消耗指数 =  $\frac{\sum (\text{医院 DIP 各组费用比} \times \text{DIP 各组组病例})}{\text{医院总病例数}}$

时间消耗指数 =  $\frac{\sum (\text{医院 DIP 各组平均住院日比} \times \text{DIP 各组组病例})}{\text{医院总病例数}}$

医院 DIP 各组费用比 = 医院 DIP 各组平均费用 / 区域 DIP 各组平均费用

医院 DIP 各组平均住院日比 = 医院 DIP 各组平均住院日 / 区域 DIP 各组平均住院日