

安庆市医疗保障局 卫生健康委员会 财政局 文件

宜医保秘〔2023〕16号

关于印发《安庆市2022年度基本医疗保险DIP 绩效考核办法》的通知

各县（市）医疗保障局、卫生健康委员会、财政局，各有关定点医疗机构：

现将《安庆市2022年度基本医疗保险DIP绩效考核办法》印发给你们，请遵照执行。



安庆市医疗保障局



安庆市卫生健康委员会



安庆市财政局

2023年3月22日

安庆市 2022 年度基本医疗保险 DIP 绩效考核办法

第一条 为进一步推进基本医疗保险付费方式改革，督促定点医疗机构严格执行医疗保险相关政策规定，积极引导定点医疗机构合理使用基本医疗保险基金，防范医疗保险基金风险，促进医疗保障事业高质量发展，根据《安庆市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施办法》（宜医保发〔2021〕12号），制定本考核办法。

第二条 考核工作遵循的基本原则：公开公正公平，程序设计合理。

第三条 考核内容及标准见《安庆市 2022 年度基本医疗保险 DIP 绩效考核评分表》（附件）。定点医疗机构考核系数为考核得分除以 100，原则上不低于 0.8。

第四条 市本级和各县（市）医保部门具体负责本地医疗机构年终考核工作，并将考核结果报市医保局待遇保障和医药服务管理科汇总。

第五条 考核结果运用：考核结果与定点医疗机构年度费用决算相关联，具体计算按照《安庆市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施办法》（宜医保发〔2021〕12号）执行。

附件：

安庆市2022年度基本医疗保险DIP绩效考核评分表

| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分值 | 评分标准 | 责任科室 |
|--------------|---|--|--------|---|----------------------|
| 组织管理 组织管理 | 1. DIP支付方式改革相关工作开展情况 | ①医院成立院长牵头的DIP支付方式改革工作小组,由医院主要负责人任组长,医保管理、质控和病案管理、信息管理、临床专业科室等部门负责人任成员;小组成员职责清晰、机制健全,有明确的分工; ②医院院内本年度开展2次及以上针对管理人员和医务人员医保支付方式改革内部培训活动,提供培训活动的培训教材和照片等资料。 | 2 | 各项工作均已开展且落实情况良好得2分;未开展或落实情况一般酌情扣分,扣完为止。 | 待遇保障和医药服务管理科 |
| | 2. 建立院内DIP绩效考核机制 | 建立院内DIP绩效考核机制。 | 5 | 有相关方案并组织实施,得5分;无方案的不得分。 | 待遇保障和医药服务管理科 |
| | 3. 建立院内病案质量管理、数据规范安全管理、医生填写诊疗信息过程中的意见反馈机制 | ①医院建立病案质量管理、数据规范安全管理机制; ②医院端作为数据信息的第一级审核单位,建立了本院的数据信息审核机制,并组织实施; ③医院开通有效的渠道,方便医生将DIP诊疗信息填写过程中发现的问题及时反馈到院部指定科室,并指定专人负责与医保部门联系,定期将意见进行整理及向医生反馈。 | 3 | 有建立各项机制并组织实施,得3分;缺少一项扣1分,扣完为止。 | 待遇保障和医药服务管理科 |
| | 4. 与DIP工作相关的投诉频次 | 住院患者针对DIP相关内容投诉到医保部门的次数,包括拒绝收治、减少服务、院外购药等。 | 5 | 如无正当理由,发生1例扣1分,扣完为止。 | 规划信息和法规科 |
| | 5. 带量采购药械落地情况 | 严格执行国家、省、市集中带量采购政策,按照要求完成集采产品约定采购量(因不可抗力因素除外),按时回款,同时做好相关政策解释工作。 | 10 | 未执行落实政策被参保人员投诉的,每发现一起,扣1分;未完成约定采购量的,每发现1个品种,扣1分;未按时回款,每发现一起,扣2分;扣完为止。 | 医药价格和招标采购科 医保管理中心 |
| | 6. 医保信息化标准化工作 | 按照医保信息化标准化工作要求,配合医保部门开展信息化标准化建设。 | 5 | 无正当理由,信息化标准化工作在省、市医保局通报中指标不合格的,每次扣1分,扣完成为止。 | 规划信息和法规科 医保管理中心 |
| | 7. 医保财务管理情况 | 经办机构不予支付的费用、定点医疗机构按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等,定点医疗机构不得作为医保欠费处理。 定点医疗机构应严格规范财务管理、严肃财务纪律,真实完整的记录库存药品及材料的购入、领用、结存情况,并妥善保管好台账及相关凭证。 | 5 5 | 所列情形医疗机构仍做医保欠费处理的,发现一次扣2分,扣完为止。 未建立财务管理制度的,扣2分;未建立药品及材料台账管理的,扣3分。 | 医保管理中心 医保管理中心 |

| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分值 | 评分标准 | 责任科室 |
|------|-----------------|--|----|--|---------------------------|
| 基金监管 | 8. 配合监管情况 | 按照医保基金监管相关要求，配合医保部门开展基金监管工作。 | 5 | 无正当理由，以拖延、推诿、隐匿或提供虚假材料等方式，拒不配合基金监管工作的，每次扣1分，扣完为止。 | 基金监管科 |
| | 9. 查处落实情况 | 严格执行医保部门行政处罚或协议处理。 | 5 | 无正当理由，拒不执行医保部门行政处罚、协议处理的，每次扣2分，扣完为止。 | 基金监管科 |
| | 10. 违规整改情况 | 对于医保部门检查处理的违规问题，能够及时落实整改。 | 5 | 未及时整改的，每一项扣0.5分，扣完为止。 | 基金监管科 |
| 病案质量 | 11. DIP病例入组率 | DIP病例入组率=入组病例数/住院病例总数 | 10 | 入组率达95%及以上的，得10分，每降低一个百分点扣0.2分，扣完为止。 | 医保管理中心 |
| | 12. 诊断操作信息填写准确度 | 通过病例抽查发现上传病例的诊断、操作信息填写准确情况。 | 10 | 发现不准确1份，扣0.3分，扣完为止（含日常稽核发现病例）。 | 基金监管科 医保管理中心 |
| | 13. 出院患者信息上报及时性 | 出院后15个工作日内上传信息病例占比=出院后15个工作日内上传病例数/应上传总病例数。 | 5 | 总分5分，按照实际占比折算得分。 | 医保服务中心 |
| 医疗行为 | 14. 分解住院 | 未按照临床出院标准规定，人为将一次连续住院治疗过程，分解为二次甚至多次治疗过程，或人为将参保人员在院际之间、院内科室之间频繁转科中途办理出院结算的（参保人员因病情重、住院时间长、医疗费用高、资金垫付压力大，经患者或家属自愿申请办理在院结算费用、签订知情同意书并报医保部门备案的除外）。 | 5 | 分解住院每查实一例扣1分，扣完为止。 | 基金监管科 医保管理中心 医保服务中心 |
| | 15. 药品、医用耗材外购情况 | 医疗机构应加强药品、诊疗和耗材管理，参保人员在住院期间发生的经医疗机构确认的外配处方，其费用应计入参保人员当次住院总费用，实行一票结算。 | 5 | 未纳入当次住院费用并一票结算的，查实一例扣1分，扣完为止（含日常稽核发现病例）。 | 基金监管科 医保管理中心 医保服务中心 |
| | 16. 本地医院直接结算率 | 本地医院直接结算率=本地医院直接结算人次/（本地医院直接结算人次+本地医院手工结算人次） | 5 | 总分5分，按照本地医院直接结算率折算得分。 | 医保服务中心 |
| 日常评比 | 17. 住院满意度 | 随机抽取该医疗机构20名住院参保人员进行满意度调查。 | 5 | 低于95%的，每低1个百分点，扣0.5分。 | 规划信息法规科 医保服务中心 |
| 加分项 | 18. 医疗收入占比 | 住院医疗服务费用（临床诊疗费、护理费、治疗费、手术费）占住院总费用比例同上一年度相比。 | | 每增加1%，加0.5分，最多加2分。 | 医保服务中心 |
| | | 住院医疗服务费用（临床诊疗费、护理费、治疗费、手术费）占住院总费用比例与同级医院平均值相比。 | | 每增加1%，加0.5分，最多加2分。 | |
| | 19. 信用评价 | 按照安庆市医疗保障基金监管信用体系建设相关文件规定，对定点医疗机构进行信用等级评定。 | | 医疗机构信用等级评定AA级的，加0.5分。 | 医保管理中心 |
| | 20. DIP示范医院创建情况 | 根据医院创建DIP示范医院情况进行评分。 | | 积极申报国家或省或市示范医院建设的得0.5分；获批国家或省或市DIP示范医院称号的得1分（按最高分数计算一次）。 | 待遇保障和医药服务管理科 |