

宁德市医疗保障局文件

宁医保规〔2024〕3号

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） 质量评价考核办法的通知

市医保中心，市医保稽核与信息中心，各县（市、区）医保局，
各实施 DIP 付费结算的定点医疗机构：

现将《宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）
质量评价考核办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

宁德市医疗保障局

2024 年 2 月 4 日

（此件主动公开）

宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）质量评价考核办法

第一条 为深入推进 DIP 支付方式改革，进一步加强医保基金使用效率评价考核，根据国家和省市相关文件要求，建立健全医保基金使用绩效评价与考核机制，特制定本办法。

第二条 医疗保障部门对开展 DIP 试点定点医疗机构 DIP 付费质量评价考核管理适用本办法。

第三条 医疗保障行政部门负责 DIP 付费质量评价考核管理的运行监督。医疗保障经办机构按照规定负责管理范围内 DIP 试点定点医疗机构的质量评价考核管理。

第四条 DIP 试点定点医疗机构的质量评价考核管理内容包括：门诊运行评价指标、住院运行评价指标、稽核管理、工作加分等。

第五条 DIP 质量评价考核管理以系统信息数据为基础，结合稽核检查等情况，进行年度综合评价考核。

第六条 评价考核结果与 DIP 年度清算挂钩，年度清算系数运用于年度清算。考评结果以同等级医疗机构平均分为基础，凡低于同等级平均分的，每低 1 分，扣减系数 0.5%。医疗机构等级以三甲、三乙、二甲、二乙和一级 5 个等级划分，三级未定等、二级未定等分别按三乙、二乙予以确定。若三级（含三甲、三乙）医疗机构分值高于 90 分，二级（含二甲、二乙）医疗机构高于

85 分，一级医疗机构高于 80 分，不扣减系数。考核结果应用，最高扣减系数不超过 5%。

第七条 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。

第八条 有关定点医疗机构对质量评价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。

第九条 本办法自发布之日起施行，有效期为 2 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。本办法适用于 2023 年度全市 DIP 付费清算结算。

《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》（宁医保〔2022〕103 号）自行废止。

宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）质量评价年度考核评分表

标	分值	二级指标	分值	考核标准
(一) 门诊运行 评价指标	10	门诊人均总费用增长率	4	1. 指标口径：门诊人均总费用增长率=（本年度门诊人均总费用/上年度门诊人均总费用-1）*100%； 2. 计算时不含国谈药品费用；一级医疗机构不考核； 3. 计分方式：对比同等级医疗机构门诊人均总费用增长率，每高 1%的，扣 1 分，扣完为止； 4. 考核方式：按照系统提取数据评定。
		年度门诊人次人头比 增长率	6	1. 指标口径：年度门诊人次人头比增长率=（本年度人次人头比/上年度人次人头比-1）*100%； 2. 计分方式：对比同等级医疗机构年度门诊人次人头比增长率，每高 1%的，扣 1 分，扣完为止； 3. 考核方式：按照系统提取数据评定。

(二) 住院运行 评价指标	44	年度住院人次人头比 增长率	6	<p>1. 指标口径：年度住院人次人头比增长率=（本年度人次人头比/上年度人次人头比-1）*100%；</p> <p>2. 计分方式：对比同等级医疗机构年度住院人次人头比增长率，每高 1% 的，扣 1 分，扣完为止；</p> <p>3. 考核方式：按照系统提取数据评定。</p>
		住院人均总费用增长率	6	<p>1. 指标口径：住院人均总费用增长率=（本年度住院人均总费用/上年度住院人均总费用-1）*100%；</p> <p>2. 计分方式：对比同等级医疗机构住院人均总费用增长率，每高 1% 的，扣 1 分，扣完为止；</p> <p>3. 考核方式：按照系统提取数据评定。</p>
		住院次均费用增长率	5	<p>1. 指标口径：住院次均费用增长率=（本年度住院次均费用/上年度住院次均费用-1）*100%；</p> <p>2. 计分方式：对比同等级医疗机构住院次均费用增长率，每高 1% 的，扣 1 分，扣完为止；</p>

				3. 考核方式：按照系统提取数据评定。
		未特指主诊病例占比	5	<p>1. 指标口径：未特指主诊病例占比=主诊断亚目代码以(.8 或.9)结尾的病例数 / 结算清单总上传数量*100%;</p> <p>2. 计分方式：对比同等级医疗机构未特指主诊病例占比，每高 1%的，扣 0.5 分，扣完为止；</p> <p>3. 考核方式：按照系统提取数据评定。</p>
		核心病种入组率	10	<p>1. 指标口径：核心病种入组率=DIP 核心病种入组病例数/医院 DIP 结算总病例数*100%;</p> <p>2. 计分方式：对比同等级医疗机构核心病种入组率，每低 1%的，扣 0.5 分，扣完为止；</p> <p>3. 考核方式：按照系统提取数据评定。</p>
		CMI 值变动幅度	6	<p>1. 指标口径：CMI 值变动幅度=（本年度 CMI 值/上年度 CMI 值-1）*100%;</p> <p>2. 计分方式：与上年度相比，增长或降低幅度超过 10%的，幅度每超 1%，扣 1 分，扣完为止；</p>

				3. 考核方式：按照系统提取数据评定。
		CMI 资源消耗	6	1. 指标口径：CMI 资源消耗=住院次均费用/住院病例平均分*100%； 2. 计分方式：低于同等级医院 CMI 资源消耗的得满分，高于同等级医院 CMI 资源消耗的，每高 1%的，扣 0.5 分，扣完为止； 3. 考核方式：按照系统提取数据评定。
(三) 质量管理	46	结算清单质量	31	1. 及时率： (1)门诊结算清单上传及时率： ①指标口径：门诊结算清单上传及时率=门诊结算后 2 日内上传病例数/应上传门诊总病例数*100%； ②计分方式：90%以上得满分，每低 1%的，扣 0.1 分，共 5 分，扣完为止； ③考核方式：按照系统提取数据评定。 (2)住院结算清单上传及时率： ①指标口径：住院结算清单上传及时率=住院结算后 14 日内上传病例数/应上传住院总病例数*100%；

			<p>②计分方式：90%以上得满分，每低 1%的，扣 0.1 分，共 6 分，扣完为止；</p> <p>③考核方式：按照系统提取数据评定。</p> <p>2. 完整率：</p> <p>(1)门诊结算清单上传率：</p> <p>①指标口径：门诊结算清单上传率=结算清单上传数量/门诊总病例数 *100%；</p> <p>②计分方式：结算清单上传率 100%满分，每低 0.2%扣 1 分，共 4 分，扣完为止；</p> <p>③考核方式：按照系统提取数据评定；</p> <p>(2)住院结算清单上传率：</p> <p>①指标口径：住院结算清单上传率=结算清单上传数量/门住院总病例数 *100%；</p> <p>②计分方式：结算清单上传率 100%满分，每低 0.2%扣 1 分，共 4 分，扣完为止；</p>
--	--	--	--

			<p>③考核方式：按照系统提取数据评定；</p> <p>(3)住院结算清单二次质控：</p> <p>①指标口径：按结算清单技术规范，以 DIP 系统地市专区二次质控（事后质控）通过率作为指标，结算清单质量=二次质控（事后质控）结算清单通过数量/结算清单总上传数量；</p> <p>②计分方式：通过率 100%为满分，每低 1%的，扣 1 分，共 2 分，扣完为止；</p> <p>③考核方式：按照系统提取数据评定。</p> <p>3. 准确率：</p> <p>(1)指标口径：发现存在将不能作为主要诊断的编码作为主诊断、主要诊断与手术操作不符、滥用未特指编码等问题；</p> <p>(2)计分方式：现场抽查病例，三级医疗机构（包含三甲、三乙）抽查 100 份病例，二级医疗机构（包含二甲、二乙）抽查 50 份病例，一级医疗机构抽查 30 份病例，每发现 1 例，扣 0.3 分，共 10 分，扣完为止；</p>
--	--	--	---

				(3)考核方式：稽核汇总提供数据。
		医疗行为规范	15	1. 指标口径：发现存在编码高套、转嫁费用、分解住院的等行为； 2. 考核标准：每发现 1 例，扣 0.3 分，扣完为止； 3. 考核方式：稽核汇总提供数据。
(四) 工作加分	3	专家配合	3	积极响应参与 DIP 相关审核工作和专家论证会；派遣专家帮助医保进行 DIP 相关培训授课、稽核等工作的；每人次 0.2 分，最高加 3 分。

备注：1. “门诊结算清单上传率”和“住院结算清单上传率”指标的计分方式按四舍五入后取小数点后一位来扣减分数。

2. 除“门诊结算清单上传率”和“住院结算清单上传率”指标外的指标计分方式按四舍五入后取整来扣减分数。

3. 指标计分方式涉及对比同等级医疗机构的，该“同等级医疗机构”指三甲、三乙、二甲、二乙和一级 5 个等级。

