

# 浙江省医疗保障局文件

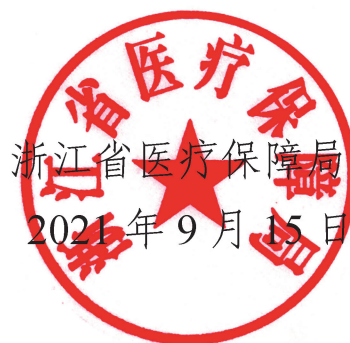
浙医保发〔2021〕50号

---

## 浙江省医疗保障局关于印发 《浙江省基本医疗保险 DRGs 点数付费 评价办法（试行）》的通知

各设区市医疗保障局，省级医疗机构：

经局长办公会审议通过，现将《浙江省基本医疗保险 DRGs 点数付费评价办法（试行）》印发给你们，请遵照执行，试行期一年。执行中有何问题和意见，请及时向省医疗保障局报告。



（此件主动公开）

# 浙江省基本医疗保险 DRGs 点数付费 评价办法（试行）

**第一条** 为有效推进基本医疗保险 DRGs 点数付费改革，提升患者医疗保障改革获得感，规范医疗机构诊疗行为，防范化解医保基金运行风险，根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《浙江省医疗保障条例》《国家医疗保障局疾病诊断相关分组（DRG）付费技术规范 and 分组方案》《浙江省基本医疗保险住院费用 DRGs 点数付费暂行办法》等相关规定，制定本办法。

**第二条** 评价工作遵循“公平、公正、公开”的原则，科学、真实反映医疗机构的实际工作情况。

**第三条** 本办法适用于全省实施 DRGs 点数付费的医保定点医疗机构。

**第四条** DRGs 点数付费评价内容包括：

（一）组织管理和制度建设：DRGs 点数付费组织架构、保障措施等。制度建设包括病案管理、成本核算管理、内部绩效评价管理等。

（二）病案质量与目录管理：病案质量管理、编码管理、年度病例反馈率、目录管理。

（三）服务能力：医疗机构收治病例覆盖 DRG 组数、病例

组合指数值（CMI 值）、住院服务人次数。

（四）行为规范：评判分解住院、推诿重病人、医疗服务提供不足、将住院费用分解至门诊结算等行为。

（五）质量管理：15 日内再入院率（恶性肿瘤放、化疗，纳入床日付费管理等符合诊疗技术规范情况除外）。

（六）资源使用效率：医疗机构 DRG 的时间消耗指数、费用消耗指数。

（七）DRG 费用控制：人次人头比、自费项目费用比例。

（八）指令性任务完成情况。

**第五条** 评价分为日常评价和年度评价两种形式，日常评价主要通过分析结算和病案信息进行，年度评价主要依据《医疗机构 DRGs 点数付费改革绩效评价表》（以下简称《评价表》）对医疗机构进行评价。

（一）日常评价。医保部门对医疗机构“分解住院”等违规医疗行为进行监管。

（二）年度评价。分自评和被评两个阶段。每年初医疗机构按照《医疗机构 DRGs 点数付费改革绩效评价表》所列项目对上一年度的工作开展自评，如实填报自评分。医保部门组织有关部门和专家组成年度评价组，对医疗机构执行 DRGs 点数付费改革工作开展评价，对医疗机构自评情况开展审核和复查，按《评价表》所列项目给予赋分。

**第六条** 以评价组评价分为主要依据，综合日常评价、定点

医疗机构履行医保服务协议等情况，对各定点医疗机构进行综合评定后确定四个评价等次：评价分 90 分（含）及以上的为优秀，80（含）~90 分为良好，60（含）~80 分为合格，60 分以下为不合格。

## **第七条** 评价结果主要应用于 DRGs 点数付费。

### **（一）日常评价结果应用。**

1. 对查实“分解住院”“健康体检住院”“挂名（床）住院”“不符合出入院指征住院”等情形的病例，其对应 DRG 点数不予计算，情节严重的，按对应 DRG 基准点数 1 倍以上 2 倍以下扣除该医疗机构病例点数。

2. 对查实“将住院费用分解至门诊结算”的病例，其对应 DRG 点数不予计算，情节严重的，按对应 DRG 基准点数 1 倍以上 2 倍以下扣除该医疗机构病例点数。

3. 对查实“要求参保病人在院期间医保结算后转自费住院”等方式降低病组均费的病例，该病例住院期间所有费用不予计算点数，情节严重的，按对应 DRG 基准点数 1 倍以上 2 倍以下扣除该医疗机构病例点数。

4. 对查实“高套点数”的病例，其对应 DRG 点数不予计算，情节严重的，按对应 DRG 基准点数 1 倍以上 2 倍以下扣除该医疗机构病例点数。

5. 定点医疗机构以骗取医疗保障基金为目的，实施上述行为之一的，可按不超过 5 倍标准扣除相应 DRG 的基准点数。

6. 其它损害参保人和医疗保障基金利益的诊疗行为，可按不超过 2 倍的标准扣除相应 DRG 的基准点数。

7. 医保经办机构在日常评价中发现违规行为已构成欺诈骗保的，应及时报告同级医疗保障行政部门；违规行为已构成中止或解除定点医疗机构医疗保障服务协议，应按规定中止或解除协议。

8. 医疗保障行政部门已对违法违规行为做出行政处罚的，根据过罚相当和比例原则对相应病例的点数做出处理。

9. 定点医疗机构因违法违规行为被加计扣除的点数不纳入当年可分配的医保基金总额。

## （二）年度评价结果应用。

按照每月不超过预拨金额的 5% 建立质量保证金，对年度评价结果为合格以上的医疗机构全额拨付质量保证金；对优秀的医疗机构除全额拨付质量保证金外，实行点数激励，激励点数折算金额实行封顶，激励医疗机构数量原则上不超过 20%；对不合格的医疗机构不予拨付质量保证金，在年度清算时按实际评估分扣除一定点数，并可暂停拨付一定期限的医保费用，责令整改。整改不合格的，按规定中止医保协议或解除医保协议。

**第八条** 评价中发现并查实涉及违规行为的责任医生按医保医师有关规定处理，并纳入个人信用征信系统。

**第九条** 设区市医疗保障部门根据本办法内容，及时修订完善定点医疗机构医疗保障服务协议。

**第十条** 设区市医疗保障行政部门可根据本办法结合当地实际制定实施细则。

**第十一条** 设区市医疗保障部门对存在疾病爆发、公共卫生事件等导致特殊情况的医疗机构，按照合理原则调整评价项目内容。

**第十二条** 本办法从 2021 年 10 月 1 日起实施。

## 附表

# 医疗机构 DRGs 点数付费改革绩效评价表

填报单位（盖章）：

项目	自评内容	分值	评分标准	自评分	评估分	
组织管理和制度建设（5分）	1. 建立由分管院领导和相关人员组成的 DRG 管理组织，明确分工，落实职责，并配备专人具体负责 DRG 管理工作。	1分	未建立组织扣1分，无明确分工、职责未落实扣1分，无专人负责扣1分。			
	2. 病案管理、成本核算管理、绩效评价管理等制度健全，相关文书按规范管理。	1分	管理制度不健全的扣1分，文件资料管理不规范的扣1分。			
	3. 定期分析参保人员的医疗费用及病组运行情况，及时解决问题；根据情况不定期抽查，及时查处违规行为。	1分	不进行定期分析的扣1分；未进行抽查的扣1分；发现问题未及时整改的扣1分。			
	4. 积极配合医保经办机构对医疗服务、医疗费用、病例病案的监督、审核，及时提供需要查阅的医疗档案和有关资料。	2分	不积极配合监督检查的每次扣1分。			
指令性任务完成情况（10分）	医疗保障年度指令性任务完成情况	10分	按完成情况计分			
病案质量与目录管理（27分）	1. 病案质量管理（14分）	1.1 严格按照技术规范标准正确填写主要诊断、次要诊断、主要手术、次要手术等。病案首页填写完整、规范。	10分	发现违规情况的，违规1例扣0.5分，“高套点数”的1例扣2分。		
		1.2 每月按规定及时上传住院病案信息并做好病例分组反馈工作。	2分	每次不及时上传、反馈的扣1分。		
		1.3 按要求建立电子病案管理系统。	2分	未建立的扣2分。		
	2. 编码管理（4分）	2.1 严格执行15项医保信息业务编码标准。	2分	违规1例扣1分。		
		2.2 及时动态维护医保信息业务编码。	2分	未及时维护的每次扣1分。		

项目	自评内容		分值	评分标准	自评分	评估分
病案质量与目录管理 (27分)	3. 年度病例反馈率(4分)	3.1 合理控制调整分组病例的比例。	4分	申请调整分组病例数占总病案数超过5%,每增加1个百分点扣1分;或申请调整分组病案数超过2000例的,每增加100例,扣1分。		
	4. 目录管理(5分)	4.1 严格执行基本医疗保险药品目录管理规定。	3分	违规1例扣0.1分。国家有特殊要求配备使用的,如谈判药品等,而未配备使用的发现1例扣1分。带量采购药品未完成约定采购量,扣1分。		
		4.2 严格执行基本医疗保险医疗服务项目管理规定。	2分	违规1例扣1分。		
服务能力 (6分)	1. 医疗机构收治病例覆盖DRG组数。		2分	相较前一年同比下降的,每下降5个百分点扣0.5分。		
	2. 病例组合指数值(CMI值)。		2分	相较前一年同比下降的,每下降5个百分点扣1分。		
	3. 住院服务人次。		2分	相较前一年同比下降的,每下降5个百分点扣0.5分。		
行为规范 (22分)	1. 严格执行浙江省、市医疗收费标准。		4分	不能做到价格、收费公开的扣1分。不向社会公开医药费用和费用结构扣1分。违规收费的每例扣1分。		
	2. 严格掌握住院病人的出入院标准,严禁分解住院、健康体检住院、挂名(床)住院、不符合入出院指征住院。		5分	查实的每例扣1分。		
	3. 因病施治,严禁将住院费用分解至门诊结算。严禁要求参保病人在院期间医保结算后转自费住院。		5分	查实的每例扣1分。		
	4. 严禁推诿重病人。		6分	查实的每例扣2分。		
	5. 造成医疗保障基金损失的其他行为。		2分	查实的每例扣1分。		



项目	自评内容	分值	评分标准	自评分	评估分
质量管理 (10分)	1. 15日内再入院率(恶性肿瘤放、化疗,纳入床日付费管理等符合诊疗技术规范情况除外)。	10分	相较前一年同比上升的,每上升0.5个百分点扣1分。		
资源使用效率 (10分)	1. 费用消耗指数。	5分	相较前一年同比上升的,每上升1个百分点扣0.5分。		
	2. 时间消耗指数。	5分	相较前一年同比上升的,每上升1个百分点扣0.5分。		
DRGs费用控制 (10分)	1. 人次人头比。	5分	相较前一年同比上升的,每上升1个百分点扣1分。		
	2. 参保人员个人政策范围外费用占医疗总费用的比例控制在15%以内。	5分	每超过1个百分点扣1分。		
自评分合计					

填报人:

审批人:

日期:

年 月 日

## 指标及术语解释

1. 主要诊断、次要诊断、主要手术、次要手术操作填写准确性：本次住院上报的主要诊断、次要诊断、主要手术、次要手术填写依据应体现在病案记录中（如病程记录、手术记录、出院记录等），并与收费清单内容相符。主诊断选择符合相关规范。

2. 病案首页信息填写完整性：根据相关规范对影响 DRG 分组的必填项进行填写。

3. 低病高编：医疗机构未按照医疗保障基金结算清单填写规范上传病案首页信息，通过调整主诊断、调整主手术、虚增诊断、虚增手术等方式使病案进入费用更高分组。

4. 病例组合指数值（CMI 值）= $\Sigma$ （某 DRG 基准点数×该医院该 DRG 的病例数）÷（该医院全体病例数×100）。

5. 健康体检住院：以体检为主要目的；或无明显入院指征，仅以检查检验为主的医保住院结算。

6. 挂名（床）住院：是指参保患者在住院期间长时间离开医院或实际未进行相关诊疗。包括：

（1）患者住院期间不在病房或未办理请假手续但不在医院的；（2）住院费用中仅有检查费用、药品费用而无其他相应住院项目费用的；（3）患者费用明细中仅有床位费等项目费用却未有

具体诊疗行为的；(4) 患者单次住院期间，总请假天数超过总住院天数二分之一的；(5) 住院期间仍回家休养或回单位上班等情形；(6) 患者未实际入院前已经办理住院并产生医疗费用；(7) 其他各种形式的挂名（床）住院情形。

7. 分解住院：指医疗服务提供方为未达到出院标准的参保患者办理出院，在短时间内因同一种疾病或相同症状再次办理入院，将参保患者应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次或两次以上住院诊疗过程的行为。包括：(1) 术前检查费用分解至门诊结算；(2) 同一住院过程病例拆分为 DRG 和床日付费结算；(3) 病人出院后通过调整主诊断再次入院；(4) 可以一次完成的多个手术分解为多次手术；(5) 将不符合出院条件的病人转至他院治疗；(6) 相同疾病转科治疗，多次结算；(7) 其他分解住院情况。

8. 不符合入院指征住院：无明显入院指征，入院后相关检查、用药、诊疗等与本次住院诊疗无关，或短期内无诊疗依据反复多次化验、检查。

9. 住院费用分解至门诊结算：指患者住院期间所必需的药品、检验检查及诊疗等项目未按住院结算，让患者到门诊进行结算；或者术前检查费用分解至门诊结算。

10. 无正当理由，下列情形可视为推诿危重病人：(1) 在急诊室留观超过 72 小时，未被收入住院病房继续治疗的；(2) 患者及家属投诉查实的，医疗机构不予以接收危重病人事件的；(3) 经大数据分析，危重病人治疗病例不合理下降的；(4) 其他可以

被认定的情形。

11. 以骗取医疗保障基金为目的参考《医疗保障基金使用管理条例》第四十条：（1）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；（2）伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；（3）虚构医药服务项目；（4）其他骗取医疗保障基金支出的行为。

12. 提供医疗服务不足或提前出院：为了获取更多利益，该用的药物不给使用，该进行的治疗不予治疗，或将不符合出院指征的病人出院，影响疾病治疗，甚或危及病人生命。

13. 费用消耗指数= $\Sigma$ （该医疗机构该病组住院均次费用 $\div$ 全部医疗机构该病组住院均次费用 $\times$ 该医疗机构该病组病例数） $\div$ 该医疗机构总病组病例数。

14. 时间消耗指数= $\Sigma$ （该医疗机构该病组平均住院日 $\div$ 全部医疗机构该病组平均住院日 $\times$ 该医疗机构该病组病例数） $\div$ 该医疗机构总病组病例数。

15. 人次人头比=总费用人次 $\div$ 总费用人头。

16. 参保人员个人政策范围外费用占医疗总费用的比例=自费医药费用 $\div$ 总医药费用。

17. 指令性任务：主要指国家医疗保障部门或省委省政府布置的任务。2021年度一是辖区内90%以上的定点医疗机构（其中二级及以上定点医疗机构达到100%）完成医保电子凭证接入

改造，全年各地使用医保电子凭证结算率要达到 20%以上（在杭省级医院结算率要求达到 25%以上）；二是定点医疗机构建立医院药品配备与国家谈判药品调整联动机制，医保药品目录调整后，定点医疗机构须及时召开药事会议，应配尽配。

以后每年度根据国家和省要求确定该任务。

18. 评价表里各细分项最高扣分额不得超过该细分项所赋分值。

