附件2

疾病诊断相关分组（DRG）付费年度考核评分标准（150分）

| **考核项目** | **考核评价指标** | **考核内容** | **分值** | **评分标准** | **考核方法** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 组织管理

和制度建设（30 分） | （一）DRG改革相关工作开展情况 | 1.医院成立DRG改革工作小组，由医院主要负责人任组长；小组成员职责清晰、机制健全，有明确的分工和任务计划。（3分） | 10分 | 未开展或落实的，每项扣两分，扣完为止。 | 现场查阅佐证材料 |
| 2.制订本院DRG改革工作方案及工作流程。（1分） |
| 3.医院院内本年度开展DRG改革相关工作内部培训活动，并记录培训效果。（2分） |
| 4.医院针对患者进行DRG改革相关知识的正面宣教。（1分） |
| 5.根据DRG结算系统接口规范，及时做好医院信息系统改造，并确保接口字段的准确和数据畅通。（2分） |
| 6.医院开通有效渠道，方便医生、编码员沟通，并指定专人负责与医保部门联系，及时将意见向医生、编码员反馈。（1分） |
| （二）医疗行为管理 | 建立院内医保监管制度：涵盖主要约束行为：1.推诿病人；2.降低服务质量；3.分解住院；4.虚假住院；5.住院费用转嫁门诊；6.高编高靠等。 | 5分 | 未制定不得分，缺失一项扣一分，扣完为止。 | 现场查阅佐证材料 |
| （三）病案质量管理 | 1.建立院内病案质量管理制度；2.建立明确有效的沟通渠道，确保临床医师与编码质控人员可将病案填写过程中发现的问题及时进行交流反馈，并指定专人负责问题整理及汇报。 | 5分 | 建立病案管理制度，得2分；建立有效沟通反馈渠道的，3分。 | 现场调研并查询佐证材料 |
| （四）制度建设 | 建立医院内：1、临床路径管理；2、成本核算管理；3、数据规范安全管理机制；4、绩效考核制度建设；5、医保基金稽核制度。 | 10分 | 少一项扣2分，扣完为止。 | 现场查阅佐证材料 |
| 1. 质量控制

（35 分） | （一）出院患者信息上传及时性及完整性 | 按DRG经办规程在规定时间内完成医保基金结算清单上传的病例数量。 | 9分 | 上传比例达到90%以上，不扣分， 每降低5%扣1分， 扣完为止。 | 医保系统统计数据 |
| （二）病例数据校验通过率 | 首次上传的医保基金结算清单，经DRG系统规则校验的合格率。（校验合格率=首次上传且通过规则校验的清单数/已上传总清单数）。 | 5分 | 合格率达90%以上，不扣分，每降低 5%扣1分，扣完为止。 | 医保系统统计数据 |
| （三）诊断操作信息填写准确度 | 按照国家医保局及本市 CHS-DRG 诊断及编码相关填写规范规范进行病例抽查，审核病例的诊断、手术/操作填写及编码准确情况（采取病例抽查形式：三级医院每家不少于 50 份；二级、一级医院每家不少于20份；本大项内抽查病历数量可合并执行）。 | 5分 | 合格率达90%以上，不扣分，每降低 5%扣1分，扣完为止。 | 专业人员评审 |
| （四）降低服务质量 | 通过病例抽查，邀请临床及病案专家审查是否存在诊断、手术/操作高编高靠；通过对病程记录及医嘱等审查，是否存在降低住院治疗服务质量的情况（采取病例抽查形式：三级医院每家不少于 50 份；二级、一级医院每家不少于20份；本大项内抽查病历数量可合并执行）。 | 5分 | 合格率达90%以上，不扣分，每降低 5%扣1分，扣完为止。 | 专家评审 |
| （五）三个目录管理 | 三个目录记费内容与实际使用不匹配。 | 5分 | 抽查未发现问题不扣分；发现1例，扣1分， 扣完为止。 | 现场抽查和中心数据 |
| （六）分解住院 | 通过病例抽查，邀请临床专家审查是否存在分解住院情况（采取病例抽查形式：三级医院每家不少于 50 份；二级、一级医院每家不少于20份；本大项内抽查病历数量可合并执行）。 | 5分 | 抽查未发现问题病案的，不扣分；发现1例，扣1分， 扣完为止。 | 专家评审 |
| （七）住院费用转嫁 | 核查是否存在将本次住院应纳入的治疗项目，引导患者进行门诊结算或药店的情况。 | 5分 | 抽查未发现问题病案的，不扣分；发现1例，扣1分， 扣完为止。 | 举报受理或现场查阅佐证材料 |
| 三、医疗综合指标考核（46 分） | （一）DRG住院人次数变化率 | DRG住院人次数变化率=（本年度DRG结算患者人次数-上年度DRG结算患者人次数）/上年度DRG结算患者人次数×100%。 | 4分 | 与上年度相比变化幅度未超过10%的，不扣分；变化幅度超过10%以上，如无正当理由的，每超过1%，扣1分；扣完为止。 | 医保系统测算 |
| （二）住院总费用增长率 | 住院总费用增长率=（本年度DRG住院例均总费用-上年度DRG住院例均总费用）/上年度DRG住院例均总费用×100%。 | 3分 | 与全部试点医院住院总费用平均增长率进行比较；低于平均增长率的，不扣分；高于平均增长率的，每超过1%，扣1分，扣完为止。 | 医保系统测算 |
| （三）分解住院 | ①出院15天内再住院率与上年度相比增加10%以上。出院15天内再住院率=DRG住院结算患者出院后15天内再住院总人次数/DRG结算患者总人次数×100%；DRG住院结算患者出院后15天内再住院，且因同一病因，分入相同DRG组的，作为判定标准。 | 5分 | ①②中任意一项大于10%，如无正当理由，扣5分。 | 医保系统测算 |
| ②同一DRG组例均费用下降比=（本年度同一DRG组例均费用-上年度同一DRG组例均费用）/上年度同一DRG组例均费用。 |
| （四）根据病组价格挑选患者 | ①不同DRG组患者总人数变化率=（本年度某DRG组患者总人数-上年度某DRG组患者总人数）/上年度某DRG组患者总人数②不同DRG组患者人数构成比变化幅度=本年度某DRG组患者总人数/本年度住院总人数-上年度某DRG组患者总人数/上年度住院总人数③同一DRG组下严重细分组患者占比变化幅度=本年度同一DRG组下严重细分组患者占比-上年度同一DRG组下严重细分组患者占比④某DRG组平均住院时间变化率=（本年度某DRG组平均住院时间-上年度某DRG组平均住院时间）/上年度某DRG组平均住院时间。 | 8分 | ①②③④中任意一项大于10%，如无正当理由，每增加1%，扣一分，扣完为止。 | 医保系统测算 |
| （五）编码升级 | ①次均诊断个数增加=本年度次均诊断个数-上年度次均诊断个数。②CMI波动率=（本年度CMI-上年度CMI）/上年度CMI。 | 4分 | 与上年度CMI相比，波动幅度大于10%，如无正当理由，波动幅度每超过1%，扣一分，扣完为止。 | 医保系统测算 |
| （六）患者满意度 | 住院患者针对该医院DRG 工作相关内容投诉到卫生/医保管理部门，并经核查属实的。 | 4分 | 每发生1例扣1分， 扣完为止。 | 案件受理及现场核查 |
| （七）虚假医疗行为 | 医疗机构不能够提供完整进销存台账或进销存台账与上传医保系统数据不一致、虚增医疗项目、虚构医疗文书、冒名就诊等虚假医疗行为。 | 10分 | 每核实一次扣除5分，扣完为止。 |  |
| （八）自费项目比 | 自费项目费用占总费用的比例。 | 4分 | 高于同级医院平均值每1%扣0.5分，扣完为止。 |  |
| （九）低标准入院 | 降低入院标准，如住院体检等。 | 4分 | 查实一例扣1分，扣完为止（含日常审核、稽核发现病例）。 |  |
| 四、DRG指标（35 分） | （一）覆盖病组数 | 本年度所有纳入DRG结算病例所覆盖的病组总数。 | 5分 | 与上年度覆盖病组数相比，如无正当理由，降幅每超过5%，扣1分，扣完为止。 | 医保系统测算 |
| （二）入组率 | 入组率=正常入组病例总数/应纳入DRG结算住院病例总数\*100%。 | 5分 | 入组率≥95%的，不扣分；每减少1%，扣一分，扣完为止。 | 医保系统测算 |
| （三）医院 CMI 值 | CMI值用于评估医院病例的复杂程度（CMI值=∑（某DRG费用权重\*该医院该DRG的病例数）/该医院病例数）。 | 5分 | 已建立院内绩效评价体系，并将CMI纳入的，CMI值按医院等级划分，≥平均值得2分，＜平均值每少0.05扣1分，扣完为止。 | 现场查阅佐证材料 |
| 医院CMI值变化率=（本年度CMI值-上一年度CMI值）/上一年度CMI值\*100%。 | 5分 | 与上年度相比增加或降低小于10%，得2分；大于等于10%，如无正当理由，不得分。 |  |
| （四）时间消耗指数 | 所有病例实际住院天数与标准住院天数总和的比值。 | 3分 | 按照医院级别分类测算；消耗指数≤1.0的，得3（2）分；反之，每超过0.2，扣1分，扣完为止。 | 医保系统测算 |
| （五）费用消耗指数 | 所有病例实际住院费用与标准住院费用总和的比例。 | 2分 |
| （六）实际补偿比 | 医保基金实际支付给医疗机构的费用/按项目实际发生的费用。 | 5分 | 低于同级医院平均值每1%扣0.5分，扣完为止。 |
| （七）低风险组死亡率 | 用于度量医生住院医疗服务的安全质量。 | 5分 | 低风险组死亡率为0得5分，每增加0.1%扣1分，扣完为止。 |

有关考核指标及术语解释

1.定点医疗机构收治病例覆盖DRG组数：DRG组数，代表治疗病例所覆盖疾病类型的范围，体现医疗服务的广度。每个DRG组表示一类疾病，包含多个病种。出院病例覆盖的DRG组数越多，提示这个医院能够提供的医疗服务范围越广。

2.病例组合指数值（CMI 值）：是某个医院的例均权重，跟医院收治病例的类型有关，CMI值越大，提示该医院治疗病例的平均技术难度水平越高。CMI值也能反映出医院医保基金的获取能力。

3.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。

4.推诿重病人：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，定点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。

5.减少必要服务：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。

6.费用消耗指数：=Σ（该定点医疗机构该病组住院均次费用÷全部定点医疗机构该病组住院均次费用×该定点医疗机构该病组病例数）÷该定点医疗机构总病组病例数。如果计算值在1左右，提示接近平均水平；小于1，提示医疗费用较低或住院时间较短；大于1，提示医疗费用较高。

7.时间消耗指数：=Σ（该定点医疗机构该病组平均住院日÷全部定点医疗机构该病组平均住院日×该定点医疗机构该病组病例数）÷该定点医疗机构总病组病例数。如果计算值在1左右，提示接近平均水平；小于1，提示医疗费用较低或住院时间较短；大于1，提示医疗时间长。

8.人次人头比：指出院人次和出院人数的比值。这是针对重复住院的管控指标。比值大提示重复住院多。

9.参保人员个人政策范围外费用占医疗总费用的比例：参保患者住院个人自费医疗费用/参保患者住院总费用×100%。

10.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。每年度根据要求确定该任务。