

漯河市医疗保障局文件

漯医保〔2022〕2号

关于印发《漯河市基本医疗保险 按疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费 考核办法（试行）》的通知

各县区医保局，局机关各相关科室，市医疗生育保险中心，市医疗保障基金稽核中心，各有关定点医疗机构：

现将《漯河市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费考核办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻落实。



漯河市基本医疗保险按疾病诊断相关分组 (DRG) 点数法付费考核办法(试行)

为做好漯河市基本医疗保险按疾病诊断相关分组(DRG)点数法付费改革工作,规范医疗机构诊疗行为,防范化解医保基金运行风险,保障参保人员合法权益,不断提高参保人员医疗保障待遇水平,根据《漯河市基本医疗保险疾病诊断相关分组(DRG)点数法付费实施办法(试行)》(漯医保〔2021〕52号)文件精神,制定本办法。

一、考核范围和对象

漯河市开展医保住院按疾病诊断相关分组(DRG)点数法付费的定点医疗机构(以下简称医疗机构)。漯河市参保人员在上述医疗机构发生的住院医疗费用纳入本考核办法管理。

二、考核指标体系

考核指标主要包括医保日常管理、医疗服务能力、医疗行为、医疗质量、费用控制和患者满意度等。

1. 医保日常管理:包括组织管理及制度建设、病案质量管理、编码管理、目录管理和价格管理。通过医保日常管理以反映医疗机构是否积极参与到DRG点数法付费中,并在日常的工作中是否严格按照医保管理规定执行。

2. 医疗服务能力:从收治病例覆盖的DRG组数、病例组合指

数值（CMI 值）、住院服务量、转外住院病人比例等方面，考核医疗机构服务人次、医院 CMI 值、转外住院病人等相关情况的变化。

3. 医疗行为：从按照医疗原则收治病人、因病施治、规范住院收费行为等方面，考核可能出现的分解住院、选择轻病人、推诿重病人和让患者在住院前（需要紧急救治的急危重症除外）或者住院期间到门诊缴费等违规现象。

4. 医疗质量：从入出院诊断符合率、15 天内返住率、院内感染发生率和低风险死亡率等方面，考核可能出现的升级诊断、服务不足和效率不高等降低医疗质量现象。

5. 费用控制：从人次人头比、次均住院费用、自费项目费用比例、费用和时间消耗指数等方面，考核实施 DRG 点数法付费后，医疗机构是否主动控制成本，减少不合理的用药和检查，医药费用不合理上涨是否得到遏制，参保人员待遇水平是否得到提高。

6. 患者满意度：从患者对医疗行为和医疗质量满意度方面，考核 DRG 点数法付费实施后，医疗机构是否存在医疗行为改变、医疗服务质量下降等情况直接导致的参保人员满意度下降。

三、考核流程

考核工作分为日常考核和年度考核两种形式。日常考核主要通过分析结算和病案信息进行。年度考核主要依据《漯河市基本医疗保险住院按疾病诊断相关分组（DRG）点数付费监督考核评分表（试行）》（以下简称《评分表》）对医疗机构进行考核。

（一）日常考核。医保经办机构对医疗机构“高编高套”“分解住院”“低标准住院”“转移费用”等违规医疗行为进行监管。

（二）年度考核。成立漯河市基本医疗保险定点医药机构年度考核工作领导小组，组长由市医保局主要领导担任，领导小组办公室设在市医保局医药服务管理科。DRG 点数法付费考核由市医保经办机构组织各县区医保部门具体实施。

1. 考核评分。市医保经办机构统一组织各县区医保部门开展对医疗机构各项指标的考核，按《评分表》所列项目给予赋分。考核不区分险种，年度考核时间每年一次，考核时段为上年度全年。

2. 成绩反馈。市医保经办机构将考核成绩汇总后向各定点医疗机构反馈，同时报考核工作领导小组办公室。医疗机构对考核成绩有异议的，在收到反馈 5 日内向考核工作领导小组办公室提出申诉，考核工作领导小组办公室组织人员对申诉事项进行核实，拟定年度考核结果。

3. 结果公布。考核工作领导小组办公室将拟定的考核结果报领导小组研究通过后统一公布，全市统一运用。

四、考核等次

考核实行百分制，满分为 100 分，考核结果分为四个等次：考核分数 90 分（含）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。

五、考核兑现与激励

（一）日常考核结果应用

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”等情形的病例，其对应 DRG 点数不予计算，并按对应 DRG 点数 1 倍以上 2 倍以下扣除该医疗机构点数。

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，并将分解至门诊的费用据实折算点数后，按 1 倍以上 2 倍以下扣除该医疗机构点数。

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，并将转自费后的住院医疗费用据实折算点数后，按 1 倍以上 2 倍以下扣除该医疗机构点数。

4. 对查实“高套点数”的病例，其对应 DRG 点数不予计算，并按高套病组与标准病组基准点数差额的 1 倍以上 2 倍以下扣除该医疗机构总点数。

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 倍标准扣除相应点数。

6. 医保经办机构在日常考核中发现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，应及时报告同级医疗保障行政部门，按规定中止或解除协议。

（二）年度考核结果应用

坚持“考核与付费”相结合的办法，将考核结果主要应用于 DRG 点数年度清算。各医疗机构分别给予考核，每项考核实际得分不超过本项分值，根据评分标准进行扣减，扣完为止，不倒扣。

考核加减点数计入所在属地的年度清算，且只计一次。考核等次为优秀的医疗机构，每高 1 分，追加统筹区该医疗机构年度总点数的 1‰。追加点数折算金额不超过统筹区该医疗机构年度总点数折算金额的 5‰。考核等次优秀的医疗机构原则上不超过统筹区医疗机构的 30%。优秀等次医疗机构占比超过 30%的，取考核成绩排名前 30%医疗机构追加点数，其他优秀等次医疗机构不再追加点数；优秀等次医疗机构占比不足 30%的，按实际优秀等次医疗机构追加点数。考核等次为良好的医疗机构，按 DRG 点数年度清算，点数不作奖罚计算。考核等次为良好以下的，每低 1 分，扣减该医疗机构累计年度总点数的 1‰。对考核等次为不合格的医疗机构在扣减点数的基础上暂停拨付医保费用，责令限期整改，整改不合格的，按规定中止或解除医保协议。

六、考核要求

1. 考核工作遵循“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。

2. 医疗机构应制定并实施与付费考核办法相配套的内部管理制度，积极配合做好考核工作，按照考核要求主动提供有关资料，不得以任何借口干扰考核工作。拒不接受考核的，取消医保

定点资格。

3. 医保经办机构应认真落实考核办法，按照办法要求，做好日常考核及资料存档、年度考核各项指标测算等工作。

4. 考核工作领导小组办公室要加强对考核工作的监督指导，确保考核工作公平、公正、公开；要对医保经办机构考核工作执行情况准确评价，评价结果纳入市、县（区）医保部门年度考核目标体系。

七、其他事项

1. 当年度新纳入 DRG 结算的、住院病例低于或等于 100 例的医疗机构，不得定为优秀等次。医疗机构在考核年度内被中止或解除医保协议的，不得追加点数。

2. 监督考核中发现并查实涉及违规行为的责任医生按医保医师有关办法执行。

附件：漯河市基本医疗保险住院按疾病诊断相关分组（DRG）点数付费监督考核评分表（试行）

漯河市基本医疗保险住院按疾病诊断相关分组（DRG）点数付费 监督考核评分表（试行）

考核项目	考核指标	考核内容	分值	评分标准	考评分
医保日常 管理 (15分)	1. 组织管理及制度建设	1. 按时做好日对账、月对账工作，遇到问题数据及时处理。 2. 积极配合医保经办机构对医疗服务、医疗费用、病例病案的监督和审核，及时提供需要查阅的医疗档案和有关资料。	2	对账不及时，每次扣0.5分。	
	2. 病案质量管理	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。 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。	1	不积极配合检查监督的，扣0.5分。不积极提供相关资料的，扣0.5分。	
	3. 编码管理	严格执行15项医保信息业务编码标准。及时动态维护医保信息业务编码。	6	发现违规情况的，违规1例扣1分，“高套点数”的1例扣2分。	
	4. 目录管理	严格执行基本医疗保险药品目录管理、医疗服务项目管理规定。	1	不及时上传、反馈的扣1分。	
	5. 价格管理	严格执行河南省、市医疗收费标准。	2	违规1例，扣0.5分。未及时维护1例，扣0.5分。	
			2	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。	
			1	每超过标准值1%扣1分。	

考核项目	考核指标	考核内容	分值	评分标准	考评分
医疗服务能力 (15分)	1. 覆盖 DRG 组数	医院收治病例覆盖的 DRG 组数。	3	与医院上年数据对比，每少 10 组扣 1 分，扣完为止	
	2. 医院住院人次 数变化率	医院住院人次变化率 = (本年度出院患者人次 - 上一年度出院患者人次) / 上一年度出院患者人次 × 100%。	3	与上年度相比增加，< 5%，得 3 分；≥ 5%，如无正当理由，扣 1 分；≥ 10%，如无正当理由，不得分	
	3. 医院 CMI 值 变化率	1、CMI 值用于评估医院病例的复杂程度 (CMI 值 = $\sum$ (某 DRG 基准点数 / 100 × 该医院该 DRG 的病例数) / 该医院或该学科病例数)。 2、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%。	3	与上年度相比，每下降 5% 扣 1 分	
	4. 转外住院病人 比例	转外住院病人比例变化	3	较上年同期转外住院病人比例每增加 1%，扣 1 分，扣完为止	
	5. 年度病例反馈率	申请调整分组病例数占比	3	超过 5% 的每增加 1% 扣 1 分	
医疗行为 (25分)	1. 低标准住院	严格掌握住院病人的出入院标准，严禁健康体检住院、挂名 (床) 住院、不符合出入院指征。	6	查实一例扣 1 分，扣完为止 (含日常稽核发现病例)	
	2. 分解住院	医院在住院患者尚未痊愈的前提下，为病人办理多次出院、住院手续的行为。	6	查实一例扣 1 分，扣完为止 (含日常稽核发现病例)	
	3. 药品、医用耗材 外购和转移诊疗 费用情况	让病人或家属外购目录内药品或医用耗材，将诊疗费用转移至门诊或其它途径。	8	查实一例扣 1 分，扣完为止 (含日常稽核发现病例)	
	4. 推诿患者	无合理原因的拒收患者	3	查实一例扣 1 分，扣完为止 (含日常稽核发现病例)	
	5. 其他违规	造成医疗保障基金损失的其他行为。	2	查实一例扣 1 分，扣完为止 (含日常稽核发现病例)	

考核项目	考核指标	考核内容	分值	评分标准	考评分
医疗质量 (15分)	1. 低风险组死亡率	用于度量医生住院医疗服务的安全质量	4	低风险组死亡率为0得4分,每增加0.1%扣1分,扣完为止	
	2. 出入院诊断符合率	入院诊断与出院诊断一致性	4	应大于等于95%,不达标不得分	
	3. 15天内返住率	15天内因同一疾病再次入院率=出院患者15天内再住院人数/出院患者总数×100%(恶性肿瘤放、化疗、纳入床日付费管理,婴幼儿等情况除外)	4	相较前一年,每上升0.5%,扣1分,扣完为止	
	4. 院内感染发生率	医院感染率=医院感染人数/出院人数×100%	3	超过规定比例不得分	
费用控制 (20分)	1. 人次人头比	人次人头比=(本年度住院患者人次/头比-上一年度住院患者人次/头比)/上一年度住院患者人次/头比×100%。	5	增幅超过1%的,每上升1%扣1分,扣完为止	
	2. 自费项目费用比	自费项目费用/按项目实际发生的费用	5	相较前一年,每上升1%扣1分,扣完为止	
	3. 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值。	5	相较前一年,每上升1%,扣0.5份,扣完为止	
	4. 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。	5	相较前一年,每上升1%,扣0.5份,扣完为止	
患者满意度 (10分)		随机调查医保住院患者医疗服务满意程度,核实医保患者举报投诉	10	1、患者评价“非常满意”的为满分,“满意”为4分,“一般”为3分,“不满意”为0分;2、每一例有效举报投诉扣1分	

