附件 5

泉州市 CHS-DRG 付费绩效考核方案（试行）

根据《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48 号）、《福建省医疗保障局关于印发福建省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（闽医保发〔2022〕2 号）、《泉州市医疗保障局关于印发泉州市 DRG 支付方式改革三年行动计划实施方案的通知》（泉医保〔2022〕15 号）等文件精神和要求，为深入推进我市 DRG 支付方式改革，促进医疗机构规范化、精细化管理，提高医保基金使用效益，保障参保人员医疗保障权益，结合我市实际，制定本方案。

一、总体要求

贯彻落实国家和省医保局 DRG 支付方式改革三年行动计划要求，深化医保支付方式改革，建立医保基金使用绩效评价机制，引导医疗机构协同推进支付方式改革，自觉规范医疗服务行为，避免并遏制推诿病人、升级诊断、服务不足等不合理行为，保障参保群众合法权益，提高医保基金使用效益，推动医疗保障事业高质量发展。

二、考核主体和对象

（一）考核主体

泉州市医疗保障基金中心为考核主体，负责全市DRG支付方式改革的运行监督，并根据考核方案对开展DRG实际付费的医疗机构进行考核评估工作，依据考核结果与实施DRG付费改革的医疗机构进行基金年终结算。

（二）考核对象

全市开展医保住院CHS-DRG付费的定点医疗机构均作为考核对象（4家DRG收付费医院参照执行）。

三、考核指标体系

DRG绩效考核指标体系主要包括组织管理和制度建设、数据质量、医疗服务能力、医疗行为、医疗质量、资源效率、费用控制和患者满意度等内容。

（一）组织管理和制度建设

通过组织管理和制度建设考核以反映医疗机构是否积极参与到DRG付费中，并制定相应的措施以保障DRG付费的顺利开展和有效运行。管理制度建设包括：内部制度管理、宣传培训管理、专职人员管理、绩效考核和分配管理、信息系统建设、临床路径管理、财务管理制度等配套措施建立情况的考核。

（二）结算清单数据及质量

结算清单的填写质量直接影响DRG分组和付费标准测算的准确性，也能反映实施DRG付费的医疗机构诊疗规范情况，因此，从相关数据的完整性、主要诊断选择准确率等方面进行考核。

（三）医疗服务能力

通过对收治病例覆盖的DRG组数、病例组合指数（CMI值）、总权重、费用消耗指数、时间消耗指数等的考核，反映医疗机构的服务能力，也可作为实施DRG付费的不同医疗机构间进行比较的重要指标。

（四）医疗行为

从分解住院率、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选择轻病人、推诿重病人和分解住院费用等现象。

（五）医疗质量和效率

从住院患者同一疾病30天内返住率和平均住院日等方面考核可能出现的升级诊断、服务不足和效率不高等现象。

（六）费用控制

从实际报销比、医疗费用增长率、医务性收入占比、非医保项目费用占比、住院次均费用等方面，考核DRG实施后医疗机构是否主动控制成本，减少不合理的用药和检查，参保人员受益水平是否得到提高。

（七）患者满意度

从患者对医疗行为和医疗质量的满意度方面的调查，考核DRG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。

四、考核办法和考核周期

（一）考核办法

考核以医保信息系统数据、客观资料查阅、复核、随访为

主，采取日常考核和定期考核相结合的方式。日常考核以医保经办机构平时工作中收集的违规记录为主，定期考核由医保经办机构组织人员全面实施考核。

（二）考核周期

DRG付费运行之初，医保经办机构应每月抽取DRG定点医疗机构一定数量的病历进行考核，待运行稳定后可结合实际运行情况采取年度考核。

五、考核结果运用

DRG付费绩效考核结果纳入紧密型县域医共体绩效考核或定点医疗机构协议考核指标范围，与医保基金支付结算挂钩。

开展DRG付费的各医疗机构应根据DRG付费结果制定相应的绩效分配办法，根据科室及个人的评价结果进行绩效分配，建立有效的激励机制，确保DRG支付方式改革的正常运行。

六、工作要求

（一）提高思想认识。各有关单位要充分认识DRG支付方式改革绩效考核的重要意义，统一思想，积极落实DRG支付方式改革绩效考核，促进医疗机构不断提高规范化、精细化医疗服务管理水平。

（二）坚持公开公平公正。要充分发挥信息化技术在考核工作中的支撑作用，确保评价结果真实客观。建立反馈和沟通机制，将评价结果即时反馈医疗机构，畅通被评价医疗机构对评价结果异议反映渠道。

（三）加强政策宣传。各级医保部门要坚持正确的舆论导

向，及时准确解读绩效考核相关政策，促进参评医疗机构正确认识专项考核结果，营造良好的社会氛围，推动DRG支付方式改革工作规范、高效，向纵深发展。

附件：泉州市DRG付费绩效考核指标体系（试行）

附件5-1

泉州市CHS-DRG付费绩效考核指标体系（试行）

一级指标	二级指标	考核内容	分值	评分方法或计算公式	评分标准	考核得分	备注
组织管理和制度建设（15分）	内部管理制度	建立院内DRG付费改革工作管理制度	2	查阅相关资料和现场实地查看	1.无相关管理制度的，扣0.5分； 2.无主要领导牵头负责、分管领导具体负责工作记录的，扣0.5分； 3.无院内多部门协作，共同推进DRG改革记录的，扣0.5分； 4.无召开DRG相关工作会议记录的，扣0.5分。		
	宣传培训制度	开展院内DRG业务培训和政策宣传工作	2	查阅相关资料和现场实地查看	1.未开展DRG院内培训的，扣1分； 2.有开展培训但培训次数少于5次的，扣0.5分； 3.有开展培训但培训未覆盖院内所有临床医生的，扣0.5分； 4.未开展DRG宣传工作的，扣1分； 5.有开展DRG宣传工作但宣传方式少于2种的，扣0.5分。		
	院内信息系统建设	建设与DRG支付方式改革相适应的院内信息系统	3	实地查看和日常信息系统维护情况	1.未建立电子病历系统的，扣1分； 2.有电子病历系统但功能不完善的，扣0.5分； 3.未建立病案管理系统的，扣0.5分； 4.未建立DRG管理系统，实行智能质控的，扣0.5分； 5.未按照DRG管理要求及时更新维护信息系统导致分组和结算不能正常运行的，每次扣0.5分，最多扣1分。		
	绩效考核分配制度	完善符合DRG特点的院内绩效分配制度	3	查阅相关资料和现场实地查看	1.未建立符合DRG特点的院内绩效分配制度的，扣3分； 2.有建立符合DRG特点的院内绩效分配制度但未实际组织实施的，扣1分； 3.绩效分配制度与科室或病种盈亏挂钩的，扣1分。		
	临床路径管理制度	建立院内临床路径管理制定	1	查阅相关资料和现场实地查看	1.建立院内临床路径管理制度的，得1分； 2.有建立临床路径管理制度但覆盖率低于70%的，扣0.5分。		
	财务管理制度	建立符合DRG付费的医保基金财务管理制度	2	查阅相关资料和现场实地查看	1.建立符合DRG付费的医保基金财务管理和成本管理制度的，得0.5分； 2.配备专职医保基金财务结算人员的，得0.5分； 3.按时完成医保基金相关报表的，得1分，每少1次扣0.5分，最多扣1分。		
	专职人员配备情况	配备一定数量的病案编码人员	2	查阅相关资料和现场实地查看	1.未配备病案编码人员的，扣2分； 2.有配备病案编码人员但数量与出院人次比少于1：13000的，扣1分。		

一级指标	二级指标	考核内容	分值	评分方法或计算公式	评分标准	考核得分	备注
数据质量（7分）	医保结算清单上传及时率	医保结算清单上传符合时间要求	3	医保信息系统	医保结算清单上传及时率达100%的，得3分；每减少1个百分点扣0.5分直至扣完。		
	医保结算清单上传准确率	医保结算清单上传主要诊断、主要手术及操作准确率	4	随机抽查病历查看	抽查15份病历查看 1.医保结算清单上传主要诊断准确率达100%的，得2分，每减少1个百分点扣0.5分，最多扣2分； 2.医保结算清单上传主要手术及操作准确率达100%的，得2分，每减少1个百分点扣0.5分，最多扣2分。		
医疗服务能力（16分）	DRG病组覆盖率	DRG病组覆盖数不低于上年度的95%	4	医保信息系统 DRG病组数=医院全部病例经过DRG分组后能覆盖的DRG组数量DRG病组覆盖率=本年医院DRG病组数量/上年医院DRG病组数量×100%	DRG病组覆盖数量低于上年度覆盖数的95%的，每减少1组扣0.5分直至扣完；DRG病组覆盖数量低于医院病组数量的70%的，每减少1%扣1分直至扣完。		
	病例组合指数（CMI值）	病例组合指数（CMI值）不低于上年度水平	4	医保信息系统 CMI值=总权重/出院人次	病例组合指数（CMI值）低于上年度水平的，每降低0.1扣1分直至扣完。		
	总权重	总权重不低于上年度水平	4	医保信息系统 总权重=Σ某DRG组权重×医院该DRG组病例数	总权重低于上年度水平的，每降低10扣1分直至扣完；总权重低于全市同级别医疗机构的，每降低10扣1分直至扣完。		
	费用消耗指数	费用消耗指数不高于上年度水平	2	医保信息系统 费用消耗指数=Σ（医院DRG各组费用比×DRG各组病例数）/医院总入组病例数	费用消耗指数高于上年度水平的，每提高0.01扣0.1分直至扣完。		
	时间消耗指数	时间消耗指数不高于上年度水平	2	医保信息系统 时间消耗指数=Σ（医院DRG各组平均住院日比×DRG各组病例数）/医院总入组病例数	时间消耗指数高于上年度水平的，每提高0.01扣0.1分直至扣完。		

一级指标	二级指标	考核内容	分值	评分方法或计算公式	评分标准	考核得分	备注
医疗行为（32分）	降低入院标准	不存在降低入院标准行为	4	抽查病历 查阅有关资料 稽查稽核情况	抽查15份病历，查阅有关投诉举报件线索，结合平时稽查稽核情况等，每核实1例降低入院标准病例的扣1分直至扣完。		
	分解住院	不存在分解住院行为	4	抽查病历 查阅有关资料 稽查稽核情况	抽查15份病历，查阅有关投诉举报件线索，结合平时稽查稽核情况等，每发现1例出院后15天内因同一疾病再次住院（经查实确实因病情实际需要者除外）的扣1分直至扣完。		
	不合理收费	不存在不合理收费行为	4	抽查病历 查阅有关资料 稽查稽核情况	抽查15份病历，查阅有关投诉举报件线索，结合平时稽查稽核情况等，每核实1例存在不合理收费的扣1分直至扣完。		
	高编低靠	不存在高编低靠行为	10	抽查病历 查阅有关资料 稽查稽核情况	抽查15份病历，查阅有关投诉举报件线索，结合平时稽查稽核情况等，每核实1例高编低靠病例的扣2分直至扣完。		
	推诿病人	不存在推诿病人行为	5	查阅有关资料	查阅有关投诉举报信访件及有关线索，每核实1例推诿病人情况的扣1分直至扣完。		
	转嫁住院费用	不存在转嫁住院费用，违规让住院患者到门诊交费或购买耗材的行为	5	抽查病历 查阅有关资料	抽查15份病历，查阅有关投诉举报件线索，结合平时稽查稽核情况等，每核实1例转嫁费用情况的扣1分直至扣完。		
医疗质量（13分）	平均住院床日	平均住院床日不超过上年度同期水平	4	医保信息系统 平均住院床日=住院总床日/同期住院总人次	平均住院床日不超过上年度同期水平，每延长0.2天扣1分，直至扣完。		
	DRG病组入组率	DRG病组入组率不低于全市同级别医疗机构平均水平	5	医保信息系统 DRG病组入组率=入组病例数/纳入DRG管理病例总数×100%	低于全市同级别医疗机构DRG入组率的，每降低0.5%扣1分，直至扣完。		
	低住院天数人次占比	低住院天数人次占比不高于全市同级别医疗机构平均水平	4	医保信息系统 低住院天数人次占比=住院天数≤2天出院人次/同期出院人次数×100%	高于全市同级别医疗机构低住院天数人次占比，每提高0.1%扣1分，直至扣完。		

一级指标	二级指标	考核内容	分值	评分方法或计算公式	评分标准	考核得分	备注
费用控制（15分）	实际报销比	实际报销比不低于上年度水平	3	医保信息系统实际报销比=参保患者住院报销总额（含基本医保、大病保险、医疗救助、公务员补助等各类医保基金支出）/参保患者住院总费用×100%	低于上年度水平的，每降低0.5%扣1分，直至扣完。		
	住院医疗费用增长率	住院医疗费用增长率不高于上年度水平的10%	3	医保信息系统	高于上年度水平的10%，每提高0.5%扣1分，直至扣完。		
	医务性收入占比	医务性收入占比不低于32%	3	医改公布的数据住院医务性收入占住院总费用比例	低于32%的，每降低1%扣1分直至扣完。		
	非医保项目费用占比	非医保项目费用占比不高于上年度水平	3	非医保项目费用占比=非医保项目费用/住院总费用	高于上年度水平的，每提高0.5%扣1分，直至扣完。		
	住院次均费用	住院次均费用不高于上年度水平	3	住院次均费用=住院总费用/出院总人次	高于上年度水平的，每提高1个百分点扣0.5分，直至扣完。		
满意度（2分）	投诉情况	无参保人员投诉	1	查阅有关资料	查阅有关投诉举报信访件及线索，核实投诉情况属实的，每1起扣0.5分直至扣完。		
	满意率	群众满意度较高	1	查看医院满意度调查实地查看	满意度低于95%的，每降低1%扣0.5分，直至扣完。		

备注：相关考核指标的评分标准以上年度为依据，若上年度受疫情等重大公共卫生事件影响，则以上两年度的平均值作为评分标准。