

浙江省医疗保障局文件

浙医保发〔2023〕32号

浙江省医疗保障局关于印发《浙江省基本医疗保险 DRG 点数付费评价暂行办法》的通知

各设区市医疗保障局，省级医疗机构：

现将《浙江省基本医疗保险 DRG 点数付费评价暂行办法》印发给你们，请遵照执行，原《浙江省基本医疗保险 DRGs 点数付费评价办法（试行）》（浙医保发〔2021〕50号）同时废止。执行中如有问题和意见，请及时向省医疗保障局报告。

浙江省医疗保障局

2023年10月30日

浙江省基本医疗保险 DRG 点数付费 评价暂行办法

第一条 为有效推进基本医疗保险 DRG 点数付费改革，提升患者获得感，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》《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》《浙江省医疗保障条例》《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“公开、公平、公正”原则，科学、真实反映医疗机构的实际工作情况。

第三条 本办法适用于全省范围实施 DRG 点数付费的医保定点医疗机构。

第四条 DRG 点数付费评价内容包括：

（一）组织管理和制度建设：DRG 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、绩效评价管理等。

（二）数据质量和目录管理：病案质量、结算清单和医保目录管理。

（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）、三四级手术占比、住院服务人头数。

（四）行为规范：评判分解住院、推诿重病人、提供医疗服务不足、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）、人次人头比、患者满意度、低风险组死亡率。

（六）资源使用效率：医疗机构 DRG 的时间消耗指数、费效系数、平均住院日、药品消耗指数、耗材消耗指数（手术、操作组）。

（七）DRG 费用控制：参保人员个人政策范围外费用比例、住院次均费用、住院费用基金实际支付比例、门诊检查检验费用比例。

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医保结算和病案信息进行，年度评价主要依据《医疗机构 DRG 点数付费评价表》（以下简称《评价表》）对医疗机构进行评价。

（一）日常评价。医保部门通过大数据核查、抽查、交叉检查等方式对医疗机构“分解住院”“高套点数”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《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 DRG 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，分别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 分及以上的可为优秀，80（含）~ 90 分为良好，60（含）~ 80 分为合格，60 分以下为不合格。不同等级医疗机构评价优秀的比例可由各设区市自行确定，总数量原则上不超过 20%。

第七条 评价结果主要应用于 DRG 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，其对应 DRG 点数不予计算，并按不超过 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。

10.未按要求及时上传结算清单的病例，相应费用可不予拨付。

（二）年度评价结果应用。

按照每月不超过申拨金额的 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，可按不超过上年度 DRG 清算总点数的 0.3%实行点数激励。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2023年12月1日起实施。

附件：1.医疗机构 DRG 点数付费评价表
2.指标及术语解释

附件 1

医疗机构 DRG 点数付费评价表

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，或无明确分工、职责未落实，或无专人负责的扣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，或文件资料管理不规范的扣1分。		
	3.配合医保经办机构对医疗服务、医疗费用、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。		1分	不配合监督检查的扣1分。		
	4.对上年度病组运行情况开展分析，解决病组超支问题，提高管理绩效。		2分	不进行分析的扣1分；发现问题未及时整改的扣1分；未将DRG执行情况纳入绩效考核的扣1分。		
数据质量和目录管理（25分）	1.病案质量与结算清单管理（19分）	1.1 主要诊断选择错误率。	3分	错误率大于5%的，每增加1个百分点，扣0.5分。		
		1.2 主要手术操作选择错误率。	3分	错误率大于5%的，每增加1个百分点，扣0.5分。		
		1.3 其他诊断或手术操作多报/漏报率。	3分	多报/漏报率大于5%的，每增加1个百分点，扣0.5分。		
		1.4 诊断或手术操作编码错误率。	3分	错误率大于5%的，每增加1个百分点，扣0.5分。		

项目	自评内容		分值	评分标准	自评分	评估分
		1.5 结算清单返修率。	3分	返修率大于5%的,每增加1个百分点扣1分;或申请返修病例数超过1500例的,每增加100例,扣1分。		
		1.6 每月按规定及时上传电子病历、结算清单等信息,并按要求做好分组调整反馈工作。	4分	未在规定时间内及时上传或不上传的扣2分,上传比例低于95%的扣1分。未按要求及时反馈的,每次扣1分。		
	2.医保目录管理(6分)	2.1 严格执行基本医疗保险药品目录管理规定。	2分	违规1例扣0.1分。带量采购药品和耗材未完成约定采购量,扣1分。		
		2.2 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0.1分。		
		2.3 严格落实国家和省谈判药品耗材配备使用规定。	2分	国家谈判药品目录公布后3个月内,医疗机构未召开药事管理与药物治疗学委员会会议的,扣1分。国家和省谈判药品耗材配备率未达到省定标准的,每少1个百分点扣1分。		
	服务能力(10分)	1.医疗机构收治病例覆盖DRG组数。		3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)。		3分	相较前一年同比下降的,每下降10个百分点扣1分。			
3.三四级手术占比。		2分	三级医疗机构三四级手术占比较前一年同比下降的,每下降5个百分点扣1分。二级医疗机构三级手术占比相较前			

项目	自评内容	分值	评分标准	自评分	评估分
			一年同比下降的，每下降5个百分点扣1分。		
	4.住院服务人头数。	2分	相较前一年同比下降的，每下降5个百分点扣0.5分。		
行为规范 (25分)	1.严格执行省、市医疗收费标准。	3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、不符合入院指征住院。	4分	查实的每例扣0.2分。		
	3.严禁高套点数，严禁将住院费用分解至门诊结算。	4分	查实的每例扣0.2分。		
	4.严禁要求参保病人在院期间医保结算后转自费住院。	4分	查实的每例扣0.4分。		
	5.严禁推诿重病人。	5分	查实的每例扣1分。		
	6.病人住院期间发生的医疗费用明细(含自费、外购的药品及医用耗材)，必须按规定及时上传到医保经办机构。	3分	查实的每次扣0.15分。		
	7.造成医疗保障基金和参保人损失的其他行为。	2分	查实的每例扣0.2分。		
质量管理 (15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等情况除外)。	6分	相较前一年同比上升的，每上升0.5个百分点扣1分。		
	2.人次人头比。	2分	相较前一年同比上升的，每上升5个百分点扣1分。		
	3.患者满意度。	5分	一个年度内患者满意度平均分≥95分得5分，每下降3分扣1分。		

项目	自评内容	分值	评分标准	自评分	评估分
	4.低风险组死亡率。	2分	相较前一年同比上升的，每上升0.1个百分点扣1分。		
资源使用效率 (10分)	1.时间消耗指数。	2分	相较前一年同比上升的，每上升1个百分点扣0.5分。		
	2.费效系数。	2分	相较前一年同比上升的，每上升1个百分点扣0.5分。		
	3.平均住院日。	2分	高于全市同级医疗机构平均水平，且相较前一年同比上升的，每上升10个百分点扣1分；低于全市同级医疗机构平均水平，且相较前一年同比下降的，每下降20个百分点扣1分。		
	4.药品消耗指数。	2分	相较前一年同比增长的，每上升5个百分点扣0.5分。		
	5.耗材消耗指数（手术、操作组）。	2分	相较前一年同比增长的，每上升5个百分点扣0.5分。		
DRG费用控制 (10分)	1.参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。	3分	每超过1个百分点扣1分。连续两年超过15%并较上年增长的，扣3分。		
	2.CMI标化的住院次均费用。	2分	相较前一年同比增长的，每上升1个百分点，扣1分。		
	3.住院费用基金实际支付比例。	3分	相较前一年同比下降的，每下降1个百分点扣0.5分。		
	4.门诊检查检验费用比例。	2分	相较前一年同比增长的，每上升1个百分点		

项目	自评内容	分值	评分标准	自评分	评估分
			扣 0.5 分。		
自 评 分 合 计					

填报人：

审批人：

日期：

年 月 日

附件 2

指标及术语解释

1.主要诊断选择错误率=主要诊断选择错误的人次数÷出院总人次数×100%。

2.主要手术操作选择错误率=主要手术操作选择错误的人次数÷出院总人次数×100%。

3.其他诊断或手术操作多报或漏报率=其他诊断或手术操作多报或漏报的人次数÷出院总人次数×100%。

4.诊断或手术操作编码错误率=诊断或手术操作编码错误的人次数÷出院总人次数×100%。

5.结算清单返修率=按照监管规则需返修的结算清单数÷出院总人次数×100%。

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

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）无正当理由同一住院过程病例拆分为 DRG 和床日付费结算；（2）病人出院后通过调整主诊断再次入院（危急重症除外）；（3）可以一次完成的多个手术分解为多次手术；

(4) 同一疾病结算后转科治疗，有功能障碍转康复和肿瘤患者转放化疗治疗等除外；(5) 将不符合出院条件的病人转至他院治疗；(6) 其他分解住院情况。

8.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。

9.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，符合规定的日间手术除外；(7) 其他各种形式的挂名（床）住院情形。

10.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。

11.高套点数：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的分组。

12.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。或者不按医疗规范给离院患者带药，让患者到门诊进行结算。

13.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。

推诿病人不予住院治疗的，查实后按该行为发生后病人首次住院病案的相应点数进行扣除。

14.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》第四十条规定进行认定：（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。

15.提供医疗服务不足或提前出院：是指为了获取更多利益，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，甚或危及病人生命的行为。

提供医疗服务不足，要求病人限时离院结算的，按照所入病组进行扣除对应点数。

16.人次人头比=住院总人次÷住院总人数。

17.患者满意度：住院患者对医疗服务怀有的期望与其对医疗

服务的实际感知的一致性程度。

18.低风险组死亡率=低风险组和零风险组死亡的病例数÷低风险组和零风险组全部病例数量×100%。

(1) 低风险组：是指住院死亡率低于负一倍标准差的 DRG 组，其死亡风险评分为 1 分。

(2) 零风险组：是指没有出现过死亡病例的 DRG 组。

19.时间消耗指数= Σ （该医疗机构该病组平均住院日÷全部医疗机构该病组平均住院日×该医疗机构该病组病例数）÷该医疗机构总病组病例数。

20.费效系数=费用消耗指数÷CMI 值。

费用消耗指数= Σ （该医疗机构该病组住院均次费用÷全部医疗机构该病组住院均次费用×该医疗机构该病组病例数）÷该医疗机构总病组病例数。罕见病用药可不统计在内。

21.药品消耗指数= Σ （该医疗机构该病组次均药品费用÷全部医疗机构该病组次均药品费用×该医疗机构该病组病例数）÷该医疗机构总病组病例数。罕见病用药可不统计在内。

22.耗材消耗指数= Σ （该医疗机构该病组次均耗材费用÷全部医疗机构该病组次均耗材费用×该医疗机构该病组病例数）÷该医疗机构总病组病例数。

23.参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÷总医药费用。

“政策范围外费用”包括：（1）在医疗服务项目、医保药品、

医保耗材三种目录范围之外的费用；（2）虽在医疗服务项目、医保药品、医保耗材三种目录范围之内，但使用超出医保限定范围的费用。

医保目录外的罕见病用药、纳入工伤保险、大病保险、惠民性商业保险的药品、耗材及诊疗项目的自费费用以及超标床位费可不统计在内。

24.CMI 标化的住院次均费用=住院次均费用÷CMI 值。罕见病用药可不统计在内。

25.住院费用基金实际支付比例=实际住院基金支出总额÷住院总费用×100%。

26.加计扣除点数不参与点值计算，是指在完成当年对医疗机构的清算后，按加计扣除点数乘以点值从违规医疗机构所拨付的相关金额中扣除。

27.本办法所述“情节严重”，是指符合下列情形之一的：（1）一次查实违规病案数量在 10 例以上的；（2）违规病例住院费用合计在 100 万元以上的；（3）一个年度内被查处后，又发生同类违规行为的。

28.《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。

（主动公开）