

临医保发〔2024〕126号

临沧市医疗保障局关于印发《临沧市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费绩效评价暂行办法》的通知

各县、自治县、区医疗保障局，市医疗保险中心、市医疗保障基金安全运行和监测评估中心，市本级定点医疗机构：

现将《临沧市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费绩效评价暂行办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

临沧市医疗保障局

2024年10月28日

（此件公开发布）

临沧市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费绩效评价暂行办法

第一条 为加强医疗保险DRG付费服务监督管理，维护医疗保障基金安全平稳高效运行，保障DRG付费可持续运行。根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案〉的通知》（医保办发〔2019〕36号）、《临沧市医疗保障局关于印发〈临沧市基本医疗保险住院医疗费用按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施细则（试行）〉的通知》（临医保发〔2023〕63号）等文件精神，结合临沧市实际，制定本办法。

第二条 评价基本原则

（一）坚持有利改革的原则。通过评价，建立医疗服务评价与监控体系，促进定点医疗机构合理收治、规范诊疗、保证质量、提高基金使用效率，确保DRG付费预期目标实现。

（二）坚持科学合理的原则。制定评价指标时充分考虑DRG付费特点，考虑不同级别、不同类别定点医疗机构实际，科学合理，可操作。

（三）坚持客观公正的原则。严格按照评价指标，实事求是、公平合理地确定评价结果，并对定点医疗机构公布，主动接受监督。

(四)坚持激励约束的原则。评价结果与质量保证金清算挂钩,以此激励定点医疗机构加强管理,提高规范诊疗的积极性。

第三条 评价范围

(一) 医疗机构范围

全市开展DRG付费结算的定点医疗机构均纳入评价范围。

(二) 费用范围

按照年度DRG付费结算办法规定实施DRG付费的费用纳入评价范围。职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险分别进行评价。

(三) 时间范围

每年1月1日至12月31日(按出院结算时间提取相关数据)。

第四条 评价指标

(一)量化评价指标。包括人员保障、医保结算清单上传率、DRG入组率、CMI值、时间消耗指数、费用消耗指数、人次人头比增长率、个人自费率增长值、住院人次增长率、特病单议病例通过率。量化评价指标得分通过医保信息系统计算得出。

(二)定性评价指标。包括制度建设、转嫁费用、分解住院、低标入院、高套编码、升级诊断、服务不足、参保人满意度等。重点评价定点医疗机构数据质量、服务质量、违规情形等。定性评价指标得分通过人工查阅资料后进行评分。

第五条 医保行政部门负责医疗机构绩效评价工作的监督和指导,医保经办机构负责医疗机构绩效评价的具体组织实施。原

则上应在次年3月底前完成上年度绩效评价工作。

第六条 评价程序。按照分级管理原则，各级医保经办机构负责组织开展辖区医疗机构年度绩效评价工作。评价方式采取医疗机构自评、医保经办机构现场评价、医保行政部门审定、评价结果通报等程序进行。

（一）医疗机构自评。医疗机构在年度评价实施前对照评价指标开展自评，形成书面材料报所属地医保经办机构。

（二）医保经办机构评价。各级医保经办机构按照评价指标，对医疗机构开展现场检查和数据收集，并结合日常监管、智能审核监管过程中发现的违规问题进行计分统计，对医疗机构进行初评打分，形成评价初步意见报请医保经办机构领导集体研究，提出绩效评价意见。

（三）医保行政部门审定。各级医保行政部门组织召开评审会议，对医保经办机构提出的评价意见进行评审，确定医疗机构年度绩效评价等次。

（四）评价结果通报。各级医保行政部门对绩效评价结果进行通报，并将绩效评价结果上报市医疗保障行政部门备案。

第七条 评价结果应用。根据年度绩效评价结果，对定点医疗机构质量保证金进行年终清算。具体为：

- 1.评分在90分以上（含90分）的，质量保证金全额返还；
- 2.评分在85—90分（含85分）的，质量保证金按95%返还；
- 3.评分在80—85分（含80分）的，质量保证金按90%返还；

4.评分在80分以下的，质量保证金按实际得分的百分比返还。

第八条 医疗机构因违法违规违约被解除协议的，不纳入当年评价，质量保证金不予支付。

第九条 本办法自印发之日起施行，本办法由临沧市医疗保障局负责解释。

按疾病诊断相关分组（DRG）付费年度评价指标

序号	一级指标	二级指标	指标说明	评分标准	备注
1	组织保障 (10分)	制度建设 (5分)	积极配合医疗保险DRG付费改革，成立开展医疗保险DRG付费相关管理组织，建立相关制度。	1.未成立开展医疗保险DRG付费相关管理组织的，扣2分； 2.未建立院内医保结算清单和病案质量管理制度的，扣2分； 3.未建立临床医师与编码质控人员关于病案填写交流反馈机制的，扣1分。	
2		人员保障 (5分)	配备一定数量的病案编码人员	1.一级及以下医疗机构有1名人员具体负责编码工作，得5分，未配备的不得分； 2.二级医疗机构有3名人员具体负责编码工作，得5分，人员每减少1名，扣1分，未配备的不得分； 3.三级医疗机构有5名人员具体负责编码工作，得5分，人员每减少1名，扣1分，未配备的不得分。	中医医疗机构、妇幼保健机构可在同级别负责病案编码人员上减少1名。
3	质量管理 (15分)	医保结算清单上传率 (5分)	上传率=（医保结算清单上传数据÷总数据）×100%	每月10日内上传率达100%，不扣分；每下降1个百分点，扣0.5分。	
4		DRG入组率 (5分)	入组率=（定点医疗机构年度内正常入组的病例数÷定点医疗机构年度内纳入DRG付费的病例数）×100%	中医医疗机构入组率低于90%，每下降1个百分点，扣1分；除中医医疗机构外的医疗机构入组率低于95%的，每下降1个百分点，扣1分。	“正常入组”指：能进入《云南省按疾病诊断相关分组（DRG）付费分组方案》中除QY组、0000组以外的其他任意组。中医医疗机构不含中西医结合医疗机构。
5		CMI值 (5分)	CMI=定点医疗机构DRG总权重÷定点医疗机构DRG病例总数	1.综合性医疗机构CMI值高于全市同支付档次综合性定点医疗机构平均值的，为满分；每低于平均值0.05，扣1分。 2.中医医疗机构CMI值高于全市所有中医医院平均值的，为满分，每低于平均值0.05，扣1分。	有专科特性的医疗机构暂不参与CMI值评价计算

6	服务效率 (30分)	时间消耗指数 (6分)	$\Sigma(\text{定点医疗机构DRG组例均住院日} \div \text{同支付档次全样本该DRG组例均住院日} \times \text{该DRG组入组病例数}) \div \text{定点医疗机构DRG入组病例总数}$	若时间消耗指数>1, 每升高0.1, 扣1分。	
7		费用消耗指数 (6分)	$\Sigma(\text{定点医疗机构DRG组例均住院费用} \div \text{同支付档次全样本该DRG组例均费用} \times \text{该DRG组入组病例数}) \div \text{定点医疗机构DRG入组病例总数}$	若费用消耗指数>1, 每升高0.1, 扣1分。	
8		人次人头比增长率 (6分)	人次人头比增长率=【(本年度住院人次/本年度住院人数-上年度住院人次/上年度住院人数)÷上年度住院人次/上年度住院人数】×100%	相较上一年度同比上升的, 每上升1个百分点, 扣0.5分。	
9		个人自费率增长值 (6分)	非当年新增医疗机构个人自费率增长值=本年度个人自费率-上年度个人自费率 当年新增医疗机构个人自费率增长值=本年度个人自费率-本年度同等级医疗机构平均个人自费率	相较上一年度同比, 低于2个百分点以内的, 不扣分; 高于2个百分点的, 每增长1个百分点, 扣1分。	个人自费费用: 不属于基本医疗保险目录范围内应由个人支付的部分, 包含基本医疗保险目录中的药品、医用耗材、医疗服务项目超过限价标准部分的费用。
10		住院人次增长率 (6分)	医疗机构住院人次同比增长率=【(本年度医疗机构住院人次-上年度医疗机构住院人次)÷上年度医疗机构住院人次】×100%	1.一级医疗机构年度住院人次同比增幅不高于全市同支付档次定点医疗机构平均值的115%, 不扣分; 高于平均值115%的, 每超过1个百分点, 扣1分。 2.二级医疗机构年度住院人次同比增幅不高于全市同支付档次定点医疗机构平均值的110%, 不扣分; 高于平均值110%的, 每超过1个百分点, 扣1分。 3.三级医疗机构年度住院人次同比增幅不高于全市同支付档次定点医疗机构平均值的105%, 不扣分; 高于平均值105%的, 每超过1个百分点, 扣1分。	被评价年度新增开展住院服务的医疗机构此项默认为满分

11	监督检查 (45分)	特病单议病例通过率 (10分)	特病单议病例通过率=(通过特例单议的病例数量÷申请特例单议的病例总数量)×100%	按实际通过率得分,即特病单议病例通过率×10	
13		转嫁费用 (10分)	住院期间要求参保人在门诊或院外自费购买目录内药品、耗材等转嫁费用行为;参保人达到住院标准,要求患者在门诊或院外全套检查、购买目录内药品、耗材后收治住院等转嫁费用行为。	年住院人次大于或等于1万人次的,每查实一例,扣1分;小于1万人次的,每查实一例,扣2分。	
12		分解住院 (10分)	定点医疗机构为未达到出院标准的参保患者办理出院,并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及以上住院诊疗过程,且无正当理由的行为。	年住院人次大于或等于1万人次的,每查实一例,扣1分;小于1万人次的,每查实一例,扣2分。	
14		低标入院、高套编码、升级诊断、服务不足等。 (13分)	通过日常审核、稽核或组织有关人员专项检查,随机或按比例抽查病历发现定点医疗机构病案首页或结算清单出现高套编码、诊断升级、服务不足等违规情况。	年住院人次大于或等于1万人次的,每查实一例,扣1分;小于1万人次的,每查实一例,扣2分。	
15		参保人满意度 (2分)	参保人日常投诉或按比例随机抽取出院患者进行电话随访。	参保患者有效投诉一次或随访患者不满意当次住院及医疗服务的,每发现1次,扣0.5分。	

注:1.本表总分100分,各项目扣分以该项目总分值封顶,扣完为止。

2.评分时,计算过程所需数据四舍五入后保留4位小数;计算指标值四舍五入后保留2位小数;计算得分四舍五入后保留1位小数。

抄送：省医疗保障局，市财政局、市卫生健康委。

临沧市医疗保障局办公室

2024 年 10 月 28 日印
