

福建省省属医疗机构按疾病诊断相关分组 (CHS-DRG)绩效考核方案(试行)

根据《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的通知》(闽医保〔2022〕2号)要求,为深入推进我省 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,结合我省实际,制定本方案。

一、考核目的

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,保障我省 DRG 付费工作可持续运行,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:福建省医疗保障基金中心、福州市医疗保障基金中心(以下简称经办机构)为考核主体,分别对省属 DRG 付费试点医疗机构进行考核评估工作,依据考核结果与试点医疗机

构进行基金年终清算。

(二)考核对象：省属 DRG 付费试点的定点医疗机构均作为考核对象。

三、考核指标体系

DRG 考核指标主要内容包括组织管理和制度建设、上报数据质量、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。

(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：数据质量管理、成本核算管理、绩效考核制度建设等配套措施建立情况的考核。

(二)结算清单数据及质量：由于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，需从相关数据的完整性、主要诊断选择准确率等方面进行评价。

(三)医疗服务能力：通过对收治病例覆盖的 DRG 组数、病例组合指数值(CMI 标化值)等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、

推诿重病人和让患者非预约在住院前或者住院期间到门诊交费的现象。

（五）医疗质量和效率：从住院患者同一疾病 15 天内返住率（急诊、肿瘤放化疗除外）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：从次均住院费用、自费项目费用比例等方面考核实施 DRG 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，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：考核采取日常考核和专项考核相结合方式，以系统数据、客观资料查阅、复核、随访为主。

（二）专项考核周期：结合试点工作模拟运行实际实行年度考核。

五、考核结果应用

DRG 付费绩效考核结果纳入公立定点医疗机构协议考核分值管理，按百分制换算成 30 分值，作为附加分计入协议考核总分，与医保基金考核支付挂钩。

各试点医疗机构应根据 DRG 付费结果制定相应的绩效分配

办法，建立有效的激励机制，确保 DRG 付费改革的正常运行。工作过程中如有遇到问题和困难，请及时向有关部门反馈。