附件1

定点医疗机构DRG支付方式改革绩效评价指标体系（试行）

| 一级指标 | 二级指标 | 评价内容 | 评分办法 | 指标属性 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、核心指标（共100分） | | | | | |
| （一）组织建设  （20分） | 1、内部管理制度  （6分） | 建立主要领导抓改革、院内多部门协作的支付方式改革工作推进和矛盾处理机制 | （1）形成主要领导抓改革、院内多部门协作的支付方式改革工作推进机制的，得2分；  （2）形成院内支付方式改革相关矛盾问题处理机制的，得2分；  （3）建立定期院内支付方式改革工作联系会议制度的，得2分。 | 定性 |  |
| 2、绩效分配制度  （6分） | 完善符合DRG特点的医院绩效分配制度 | （1）根据DRG支付方式改革特点，完善院内绩效分配制度的，得2分；  （2）完善后绩效分配制度组织实施的，得2分；  （3）绩效分配能充分考虑ICU、麻醉、手术室、急诊等科室特点，体现医务人员劳务价值的，得2分。 | 定性 |  |
| 3、培训制度  （4分） | 广泛开展DRG支付方式改革培训 | （1）医院主要领导、科室及部门负责人专题进行DRG支付方式改革授课的，得2分，每缺一项，扣1分，扣完为止；  （2）临床科室培训覆盖率达100%的，得1分，每下降1个百分点，扣0.1分，扣完为止；  （3）在职人员培训覆盖率达85%的，得1分，每下降1个百分点，扣0.1分，扣完为止。 | 定性 |  |
| 4、专职人员配备  （4分） | 配备一定数量的病案编码人员 | 病案编码人员年度负担出院患者病历数低于或等于同级同类医疗机构均值的，得4分，每高于均值5个百分点，扣0.4分，扣完为止。 | 定量 |  |
| （二）医疗服务  （20分） | 5、费用消耗指数  （5分） | 年度同级同类医疗机构费用消耗指数的排名 | 年度同级同类医疗机构费用消耗指数从小到大排序，前33%的，得5分，排名34%～66%的，得3分，排名67%～100%的，得1分。 | 定量 | ★ |
| 6、时间消耗指数  （5分） | 年度同级同类医疗机构时间消耗指数的排名 | 年度同级同类医疗机构时间消耗指数从小到大排序，排名在前33%的，得5分，排名34%～66%的，得3分，排名67%～100%的，得1分。 | 定量 | ★ |
| 7、覆盖DRG病组数  （5分） | 年度医疗机构DRG病组数覆盖当地病组（病种）总数的比例 | DRG病组数比例覆盖比例达到70%及以上的，得5分；覆盖比例达到50%～70%的，得3分；覆盖比例在50%及以下的，得1分。 | 定量 | ★ |
| 8、病例组合指数  （5分） | 年度医疗机构病例组合指数（CMI）的同比 | 年度医疗机构CMI值与上年同比，增幅在1%及以上的，得5分，基本持平（±1%）的，得3分，增幅在-1%及以下的，得1分。 | 定量 | ★ |
| （三）费用控制  （30分） | 9、参保患者住院  费用自费率  （8分） | 年度参保患者住院期间总自费医疗费用占住院总费用的比重 | 参保患者住院期间总自费率控制在的8%以内的，得8分，每超过1%的，扣1分，扣完为止。 | 定量 | ★ |
| 10、参保患者均次  住院费用  （8分） | 年度医疗机构参保患者住院次均费用增幅的同比 | 年度医疗机构参保患者住院次均费用增幅同比下降5%及以上的，得8分，持平（±5%）的，得5分，上升5%及以上的，不得分。 | 定量 | ★ |
| 11、人次人头比  （5分） | 年度医疗机构住院人次人头比的同比 | 年度人次人头比同比增幅在-3%及以下的，得5分，增幅在-3%～0%的，得3分，增幅在0%～3%的，得1分，增幅在3%及以上的，不得分。 | 定量 | ★ |
| 12、住院人次  （4分） | 年度医疗机构住院人次的同比 | 年度医疗机构住院人次同比增幅在5%及以内的，得4分，增幅在5%～10%的，得2分，增幅在10%及以上的，不得分。 | 定量 | ★ |
| 13、门诊医保基金  使用占比  （5分） | 年度医疗机构门诊医保基金使用占比的同比 | 年度医疗机构门诊医保基金使用占比同比增幅在3%及以下的，得5分，增幅在3%～5%的，得3分，增幅5%及以上的，不得分。 | 定量 | ★ |
| （四）管理质量  （20分） | 14、结算清单完整率  （8分） | 年度结算清单首次上传符合完整性要求的比例 | 年度结算清单首次上传符合完整性要求的比例达到95%的，得8分，每下降1个百分点，扣1分，扣完为止。 | 定量 | ★ |
| 15、结算清单准确率  （8分） | 结算清单上传主要诊断、主要手术及操作准确的比例 | （1）年度上传结算清单中主要诊断准确的病例数占上传病例总数的比例达到95%的，得4分，每下降1个百分点，扣0.5分，扣完为止；  （2）年度上传结算清单中主要手术及操作准确的病例数占上传病例总数的比例达到95%的，得4分，每下降1个百分点，扣0.5分，扣完为止。 | 定量 | ★ |
| 16、特殊结算病例  占比  （4分） | 年度极高病例数占总结算病例数比重的同比 | 年度极高病例（参保病例能入组，但住院总费用高于DRG 支付标准3倍）数占比同比基本持平（±5%）的，得4分，同比变化在5%～10%的，得2分，变化在10%以上及以上的，不得分。 | 定量 | ★ |
| （五）任务完成  （10分） | 17、病种覆盖率  （3分） | 年度按DRG结算的病例数占医疗机构住院60天以内的病例总数的比重 | 年度病种数覆盖率达到75%的，得3分，每下降1个百分点，扣0.5分，扣完为止。 | 定量 | ★ |
| 18、入组结算率  （3分） | 年度按DRG入组的病例数占医疗机构纳入DRG管理病例总数的比重 | 年度入组结算率达到70%的，得3分，每下降1个百分点，扣0.5分，扣完为止。 | 定量 | ★ |
| 19、医保基金覆盖率  （4分） | 年度按DRG付费的医保基金支出占医疗机构60天以内住院病人医保基金支出的比重 | 年度医保基金覆盖率达到60%的，得4分，每下降1个百分点，扣0.5分，扣完为止。 | 定量 | ★ |
| 二、地方指标（20分） | | | | | |
| 政策范围内报销比（6分） | | 年度医疗机构住院病例的平均政策范围内报销比例 | 年度同级同类医疗机构占比从大到小排序，排名在前33%的，得6分，排名34%～66%的，得3分，排名67%～100%的，得1分。 | 定量 |  |
| 国谈药进院情况（5分） | | 年度医疗机构DRG住院病例内是否使用国谈药品 | 新版药品目录公布1个月内召开药事委员会的，得3分；年度内DRG住院病例中使用国谈药品的，得2分。专科医院不涉及国谈药相关品类的不扣分。 | 定性 |  |
| 国家、省、市重点专科数量  （4分） | | 年度内该医疗机构国家、省、市重点专科数量 | 年度内该医疗机构国家、省重点专科数量每个1分，最多得4分。（适应于三级综合医疗机构）  年度内该医疗机构国家、省、市重点专科数量每个1分，最多得4分。（适应于二级综合医疗机构） | 定量 |  |
| 基础病组占比（5分） | | 年度内该院基础病组病例占该院按DRG结算病例数比重 | 年度同级同类医疗机构占比从小到大排序，排名在前33%的，得5分，排名34%～66%的，得3分，排名67%～100%的，得1分。（适应于三级综合医疗机构）  年度同级同类医疗机构占比从大到小排序，排名在前33%的，得5分，排名34%～66%的，得3分，排名67%～100%的，得1分。（适应于综合二级医疗机构） | 定量 |  |
| 三、负面清单（20分） | | | | | |
| 1、低标入院、分解住院、不合理收费  （5分） | | 病案抽检、信访举报核查过程中发现的低标入院、分解住院、不合理收费情况 | 每家医疗机构抽检50份病例及群众举报反映线索中，发现存在低标入院、分解住院或不合理收费情况的，每发现1例，扣5分。 | 定性 |  |
| 2、高编低靠、分解费用  （10分） | | 病案抽检、信访举报核查过程中发现的高靠诊断及高编低套、分解病组（病种）费用等情况 | 每家医疗机构抽检50份病例及群众举报反映线索中，发现存在（1）高靠诊断及高编低靠病组（病种），（2）将目录内项目转为自费项目，将病组（病种）内费用转移至病组（病种）外进行收费，或指定住院患者去特定的药店、其他医疗机构购药（检查），（3）医疗机构对国谈药“二次议价”等情况，以上行为每发现1例，扣10分。 | 定性 |  |
| 3、推诿病人  （5分） | | 信访举报问题中反映的推诿病人的情况 | 信访件、举报件中核实存在推诿病人情况的，每发现1例，扣5分。 | 定性 |  |

附件2

定点医疗机构DRG支付方式改革绩效评价

指标体系说明

共设置核心指标一级指标5项，二级指标19项，100分；地方指标4项，共20分；负面清单3项，共20分。

一、核心指标

（一）组织建设

**1、内部管理制度**

（1）**指标属性**：定性指标

（2）**指标意义**：评价医疗机构支付方式改革内部管理协同推进情况。

（3）**评价标准**：形成主要领导抓改革、院内多部门协作的支付方式改革工作推进机制；形成院内支付方式改革相关矛盾问题处理机制；建立定期院内支付方式改革工作联系会议制度。

（4）**指标导向**：正向指标

（5）**数据来源**：查看资料

（6）**评价主体**：医院提供佐证资料

**2、绩效分配制度**

（1）**指标属性**：定性指标

（2）**指标意义**：评价医疗机构内部绩效分配管理适应DRG支付方式改革情况。

（3）**评价标准**：完善符合DRG特点的医院绩效分配制度；引导院内合理认识支付方式改革工作，树立正确的改革观念。

（4）**指标导向**：正向指标

（5）**数据来源**：查看资料

（6）**评价主体**：医院提供佐证资料

**3、培训制度**

（1）**指标属性**：定性指标

（2）**指标意义**：评价医疗机构开展DRG支付方式改革培训情况。

（3）**评价标准**：医疗机构负责人进行专题授课；临床科室、在职人员培训覆盖率达到一定比例。

（4）**指标导向**：正向指标

（5）**数据来源**：查看资料

（6）**评价主体**：医院提供佐证资料

**4、专职人员配备**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：病案编码人员年均负担出院患者病历数=出院患者病历总数/同期病案编码人员实际工作总年数

（3）**计量单位**：份/年

（4）**指标导向**：逐步降低

（5）**数据来源**：查看资料

（6）**评价主体**：现场核查

（二）医疗服务

**5、费用消耗指数**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：年度同级同类医疗机构费用消耗指数进行排名

（3）**计量单位**：无

（4）**指标导向**：逐步降低

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体：**市医保部门调取

**6、时间消耗指数**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：年度同级同类医疗机构时间消耗指数进行排名

（3）**计量单位：**无

（4）**指标导向**：逐步降低

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体：**市医保部门调取

**7、覆盖的DRG病组数比例**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**： 覆盖的DRG病组数比例=年度医疗机构DRG病组数/当地DRG病组总数\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：逐步提升

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体：**市医保部门调取

**8、病例组合指数**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：年度医疗机构CMI值同比=（本年度医疗机构CMI值-上一年度医疗机构CMI值）/医疗机构上一年度CMI值\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：逐步提升

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体：**市医保部门调取

（三）费用控制

**9、参保患者住院费用自费率**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：参保患者住院费用自费率=参保患者住院期间自费总费用/参保患者住院总费用\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：逐步降低

（5）**数据来源**：医保结算清单

（6）**评价主体**：市医保部门调取

**10、参保患者均次住院费用**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：参保患者住院次均费用增幅=（本年度出院参保患者次均医药费用-上一年度出院参保患者次均医药费用）/上一年度出院参保患者次均医药费用\*100%

年度医疗机构参保患者住院次均费用增幅同比=（本年度参保患者住院次均费用增幅-上一年度参保患者住院次均费用增幅）/上一年度参保患者住院次均费用增幅\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向：**逐步降低

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体：**市医保部门调取

**11、人次人头比**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：人次人头比=医疗机构住院人次/医疗机构住院人头

年度医疗机构住院人次人头比同比=（本年度人次人头比-上一年度人次人头比）/上一年度人次人头比\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：逐步降低

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体**：市医保部门调取

**12、住院人次**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：年度医疗机构住院人次同比=（本年度医疗机构住院人次-上一年度医疗机构住院人次）/上一年度医疗机构住院人次\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：监测比较

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体**：市医保部门调取

**13、门诊医保基金使用占比**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：门诊医保基金使用占比=门诊医保基金使用量/（门诊医保基金使用量+住院医保基金使用量）\*100%

年度医疗机构门诊医保基金使用占比同比=（本年度门诊医保基金使用占比-上一年度门诊医保基金使用占比）/上一年度门诊医保基金使用占比\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：监测比较

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体**：市医保部门调取

（四）管理质量

**14、结算清单完整率**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：年度结算清单首次上传符合完整性要求的比例=年度结算清单首次上传符合完整性要求的病例数/年度上传病例总数\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：逐步提升

（5）**数据来源**：医保结算清单

（6）**评价主体**：市医保部门调取

**15、结算清单准确率**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：主要诊断准确率=年度上传结算清单中主要诊断准确的病例数/年度上传病例总数\*100%

主要手术及操作准确率=年度上传结算清单中主要手术及操作准确的病例数/年度上传病例总数\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：逐步提升

（5）**数据来源**：医保结算清单

（6）**评价主体**：市医保部门调取

**16、特殊结算病例占比**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：年度极高病例数占比=年度医疗机构年度极高病例（参保病例能入组，但住院总费用高于DRG 支付标准3倍）数/医疗机构总结算病例数\*100%

年度极高病例数占比同比=（本年度极高病例数占比-上一年度极高病例数占比）/上一年度极高病例数占比\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：监测比较

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体**：市医保部门调取

（五）任务完成

**17、病种覆盖率**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：病种覆盖率= 按DRG付费的病例数/医疗机构住院60天以内的病例总数\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：逐步提升

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体**：市医保部门调取

**18、入组结算率**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：入组结算率= 按DRG入组的病例数/医疗机构纳入DRG管理病例总数\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：逐步提升

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体**：市医保部门调取

**19、医保基金覆盖率**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：医保基金覆盖率=按DRG付费的医保基金支出/医疗机构60天以内住院病人医保基金支出\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：逐步提升

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体**：市医保部门调取

（二）地方指标

**20、政策范围内报销比**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：政策范围内报销比= 医保基金报销费用/政策范围内医疗费用

（3）**计量单位**：%

（4）**指标导向**：逐步提升

（5）**数据来源**：DRG系统

（6）**评价主体**：市医保部门调取

**21、国谈药进院情况**

（1）**指标属性**：定性指标

**（2）指标意义：**评价医疗机构国谈药品落地情况。

**（3）评价标准**：形成主要领导为主的院内多部门协作体制机制，及时召开药事委员会，并在年度内DRG住院病例中使用国谈药品。

（4）**指标导向**：正向指标

（5）**数据来源**：查看资料

（6）**评价主体**：医院提供佐证资料

**22、国家、省、市重点专科数量**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：医疗机构国家、省、市重点专科数量

（3）**计量单位**：个

（4）**指标导向**：逐步提升

（5）**数据来源**：每家医疗机构

（6）**评价主体**：医院提供佐证资料

**23、基础病组占比**

（1）**指标属性**：定量指标

（2）**评价标准**：基础病组占比= 按DRG基础病组入组的病例数/医疗机构按DRG入组的病例总数\*100%

（3）**计量单位**：%

（4）**数据来源**：DRG系统

（5）**评价主体**：市医保部门调取

（三）负面清单

**1、低标入院、分解住院、不合理收费**

（1）**指标属性**：定性指标

（2）**评价标准**：不存在低标入院、分解住院（48小时内非急诊因同一DRG细分组重复入院）或不合理收费情况

（3）**指标导向**：反向指标

（4）**数据来源**：每家医疗机构抽检50份病例及群众举报反映线索

（5）**评价主体**：抽检、市医保部门统计

**2、高编低靠、分解费用**

（1）**指标属性**：定性指标

（2）**评价标准**：不存在高靠诊断及高编低靠病组（病种）、将目录内项目转为自费项目、将病组（病种）内费用转移至病组（病种）外进行收费、指定住院患者去特定的药店、其他医疗机构购药（检查）或医疗机构对国谈药“二次议价”等情况

（3）**指标导向**：反向指标

（4）**数据来源**：每家医疗机构抽检50份病例及群众举报反映线索

（5）**评价主体**：抽检、市医保部门统计

**3、推诿病人**

（1）**指标属性**：定性指标

（2）**评价标准**：不存在推诿病人情况

（3）**指标导向**：反向指标

（4）**数据来源**：信访件、举报件中反映问题

（5）**评价主体**：市医保部门统计