

附件2

定点医疗机构 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价 指标体系说明

2022年度 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价指标，共设置核心指标一级指标5项，二级指标19项，100分；负面清单3项，共20分；另有地方性指标，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/DIP 支付方式改革情况。

(3) 评价标准：完善符合 DRG/DIP 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/DIP 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=
$$\frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期病案编码人员实际工作总年数}}$$

(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/DIP 系统

(6) 评价主体：设区市医保部门调取

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/DIP 系统

(6) 评价主体：设区市医保部门调取

7、覆盖的 DRG 病组数（DIP 病种数）比例

(1) 指标属性：定量指标

(2) 评价标准：覆盖的 DRG 病组数（DIP 病种数）比例=

年度医疗机构 DRG 病组数 (DIP 病种数) / 当地 DRG 病组总数
(DIP 病种总数) * 100%

(3) 计量单位: %

(4) 指标导向: 逐步提升

(5) 数据来源: DRG/DIP 系统

(6) 评价主体: 设区市医保部门调取

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/DIP 系统

(6) 评价主体: 设区市医保部门调取

(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：设区市医保部门调取

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：参保患者住院均次费用增幅=（本年度出院参保患者均次医药费用-上一年度出院参保患者均次医药费用）/上一年度出院参保患者均次医药费用*100%

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

(3) 计量单位：%

(4) 指标导向：逐步降低

(5) 数据来源：DRG/DIP 系统

(6) 评价主体：设区市医保部门调取

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/DIP 系统

(6) 评价主体: 设区市医保部门调取

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= $(\text{本年度医疗机构住院人次}-\text{上一年度医疗机构住院人次})/\text{上一年度医疗机构住院人次}*100\%$

(3) 计量单位: %

(4) 指标导向: 监测比较

(5) 数据来源: DRG/DIP 系统

(6) 评价主体: 设区市医保部门调取

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= $\text{门诊医保基金使用量}/(\text{门诊医保基金使用量}+\text{住院医保基金使用量})*100\%$

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

(3) 计量单位: %

(4) 指标导向: 监测比较

(5) 数据来源: DRG/DIP 系统

(6) 评价主体: 设区市医保部门调取

(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：设区市医保部门调取

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：设区市医保部门调取

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倍或 DIP 支付标准5倍的)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/DIP 系统

(6) **评价主体**: 设区市医保部门调取

(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 (DIP) 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/DIP 系统

(6) **评价主体**: 设区市医保部门调取

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 (DIP) 入组的病例数/医疗机构纳入 DRG (DIP) 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/DIP 系统

(6) 评价主体：设区市医保部门调取

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 (DIP) 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/DIP 系统

(6) 评价主体：设区市医保部门调取

(二) 地方指标

各地可根据实际，增加符合当地支付方式改革特点的个性指标，并细化评价内容、评价方法

(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、设区市医保部门统计

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、设区市医保部门统计

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：设区市医保部门统计