

附件1

定点医疗机构 DRG/DIP 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/DIP 特点的医院绩效分配制度	（1）根据 DRG/DIP 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	

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	备注
	3、培训制度 (4分)	广泛开展 DRG/DIP 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/DIP 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 (DIP 病种数) (5分)	年度医疗机构 DRG 病组数 (DIP 病种数) 覆盖当地病组 (病种) 总数的比例	DRG 病组数 (DIP 病种数) 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 ($\pm 1\%$) 的,得3分,增幅在-1%及以下的,得1分。	定量	★

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	备注
(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均次费用增幅的同比	年度医疗机构参保患者住院均次费用增幅同比下降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	★

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	备注
	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倍或DIP支付标准5倍的)数占比同比基本持平($\pm 5\%$)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(DIP)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(DIP)入组的病例数占医疗机构纳入DRG(DIP)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(DIP)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)					
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					

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	备注
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	