附件1

2024年全省定点医疗机构DRG/DIP支付方式改革绩效管理评价表

| **一级**  **指标** | **二级指标** | **三级指标** | **分值** | **评价标准** | **指标属性** | **数据**  **来源** | **计算公式** | **评价对象** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组织建设（140） | 建立DRG/DIP工作推进机制 | 建立主要领导抓改革、院内多部门协同抓支付方式改革的工作机制 | 20 | 主要领导抓改革、建立以医保牵头的多部门协作的工作机制，成立由相关职能科室、临床科室主任作为委员的医保管理委员会，有明确的部门职责分工，得20分。 | 定性 | 医院  填报 | - | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 20 | 每月召开院内支付方式改革运营分析会议，得20分。 | 定性 | 医院  填报 | - |
| 广泛开展DRG/DIP支付方式改革培训 | 20 | 定期分层级召开院级、职能部门、临床科室DRG/DIP支付方式改革培训，得20分。 | 定性 | 医院  填报 | - |
| 建立健全医疗质量安全管理制度 | 规范医疗行为，合理控制医疗成本 | 20 | 建立全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度，得20分。 | 定性 | 医院  填报 | - |
| 20 | 编码人员年度负担出院患者病历数小于或等于同级医疗机构均值的，得20分。 | 定量 | 医院  填报 | 编码人员年度负担出院患者病历数=年度医疗机构上传医保结算清单数÷具有编码资质的编码人员数量 |
| 建立健全绩效分配制度 | 建立适应DRG/DIP支付特点的医院绩效分配制度 | 40 | 结合DRG/DIP支付方式改革特点，建立完善院内绩效分配制度，并组织实施的，得40分。 | 定性 | 医院  填报 | - |
| 医保结算清单质量管理（120） | 医保结算清单  上传率 | 医保结算清单上传率 | 20 | 医保结算清单上传率100%得20分，下降1个百分点扣4分，扣完为止。 | 定量 | 系统  提取 | 医保结算清单上传率=年度医疗机构上传医保结算清单数÷年度医疗机构医保结算人数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 医保结算清单质控通过率 | 医保结算清单质控通过率 | 20 | 医保结算清单质控通过率100%得20分，每下降1个百分点扣4分，扣完为止。 | 定量 | 系统  提取 | 医保结算清单质控通过率=年度医疗机构医保结算清单质控通过数÷年度医疗机构医保结算上传数 |
| 医保结算清单  入组率 | 医保结算清单入组率 | 20 | 根据年度同级医疗机构入组率最高值从高到低排序，以最高值为参照，每下降1个百分点扣4分，扣完为止。 | 定量 | 系统  提取 | 医保结算清单入组率=年度医疗机构医保结算清单入组数÷年度医疗机构医保结算人数 |
| 医保结算清单严重问题数量占比 | 医疗机构上传的医保结算清单中，存在严重质控问题数量 | 40 | 年度医保结算清单严重问题数量与上年同比，下降的得20分。严重问题数量为0的，得40分。 | 定量 | 系统  提取 | - |
| 医保结算清单一般问题数量占比 | 医疗机构上传的医保结算清单中，存在一般质控问题数量 | 20 | 年度医保结算清单一般问题数量与上年同比，下降的得10分。一般问题数量为0的，得20分。 | 定量 | 系统  提取 | - |
| 医疗服务能力（230） | DRG病组数（DIP病种数）覆盖率 | 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 | 40 | 年度医疗机构DRG病组数（DIP病种数）覆盖率与上年度同比，每下降1个百分点扣10分，扣完为止。 | 定量 | 系统  提取 | DRG病组数（DIP病种数）覆盖率=年度医疗机构DRG病组数（DIP病种数）÷总DRG病组数（总DIP病种数） |
| 病例组合指数（CMI） | 年度医疗机构病例组合指数（CMI）的同比 | 40 | 年度医疗机构CMI指数与上年同比，持平的得20分，提高的得40分。 | 定量 | 系统  提取 | CMI值（DRG）=该医疗机构DRG入组病例总权重÷该医疗机构DRG入组病例总病例数 CMI值（DIP）=该医疗机构DIP入组病例总分值÷该医疗机构DIP入组病例总病例数 |
| 三、四级手术比例\* | 三、四级手术占比 | 30 | 年度三级医疗机构四级手术比例与上年同比，持平的得15分，提高的得30分；  年度二级医疗机构三、四级手术比例与上年同比，持平的得15分，提高的得30分。 | 定量 | 系统  提取 | 四级手术比例（三级医疗机构）= 出院患者四级手术台次数÷同期出院患者手术台次数 三级手术比例（二级医疗机构）=年度出院患者三级手术台次数÷同期出院患者手术台次数 | 纳入DRG/DIP的二级及以上医疗机构 |
| 医疗服务能力（230） | 基层医疗机构手术及操作组组数 | 年度基层医疗机构手术及操作组组数情况 | 40 | 年度基层医疗机构手术及操作组组数与上年同比，每增加1组，加10分。 | 定量 | 系统  提取 | - | 纳入DRG/DIP的基层医疗机构 |
| 基层病组数量覆盖占比 | 充分发挥医保对医疗服务供方的引导，进一步促进分级诊疗 | 40 | 基层医疗机构基层病组覆盖率100%得40分；90%以上，得30分；80%以上，得20分；70%以上，得10分；60%以上，得5分。 | 定量 | 系统  提取 | 基层病组数量覆盖占比=年度基层医疗机构基层收治病组组数÷基层病组组数 | 纳入DRG/DIP的基层医疗机构 |
| 基层病组收治人次占比 | 充分发挥医保对医疗服务供方的引导，进一步促进分级诊疗 | 40 | 基层医疗机构基层病组收治人次占比与上年同比，每上升5个百分点加10分。 | 定量 | 系统  提取 | 基层病组收治人次占比=（年度基层病组收治人次-上年度基层病组收治人次）÷上年度基层病组收治人次 | 纳入DRG/DIP的基层医疗机构 |
| 医疗质量管理（110） | 临床路径入径数 | 年度医疗机构纳入临床路径的病例数 | 30 | 年度同级医疗机构病种临床路径入径数量与上年同比，持平的得15分，提高的得30分。 | 定量 | 医院  填报 | 临床路径入径占比=年度医疗机构纳入临床路径的病例数÷年度医疗机构总病例数 | 纳入DRG/DIP的二级及以上医疗机构 |
| 再住院率\* | 年度出院患者出院后31日内因相同或相关疾病非计划再次入院人次数占同期出院患者总人次数的比例 | 40 | 年度医疗机构再住院率与上年同比，持平的得20分，下降的得40分。 | 定量 | 系统  提取 | 再住院率=患者出院后非计划重返再住院人次数/同期出院患者总人次数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 医疗质量管理（110） | 低风险  组病例  死亡率\* | 体现医院医疗质量和安全管理情况，也间接反映了医院的救治能力和临床诊疗过程管理水平 | 40 | 年度低风险组病例死亡率与上年同比，持平的得20分，下降的得40分。 | 定量 | 系统  提取 | 低风险组病例死亡率=低风险组死亡病例数/低风险组病例数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 医疗服务效率（520） | 费用  消耗指数 | 年度医疗机构费用消耗指数 | 40 | 年度医疗机构费用消耗指数与上年同比，持平的得20分，下降的得40分。 | 定量 | 系统  提取 | 费用消耗指数=Σ（医疗机构该病组住院次均费用÷纳入DRG/DIP的全部医疗机构该病组住院次均费用×该医疗机构该病组病例数）÷该医疗机构总病组病例数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 时间  消耗指数 | 年度医疗机构时间消耗指数 | 40 | 年度医疗机构时间消耗指数与上年同比，持平的得20分，下降的得40分。 | 定量 | 系统  提取 | 时间消耗指数=Σ（医疗机构该病组平均住院日÷纳入DRG/DIP的全部医疗机构该病组平均住院日×该医疗机构该病组病例数）÷该医疗机构总病组病例数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 医疗服务效率（520） | 药品  消耗指数 | 年度医疗机构药品收入占总收入比例 | 40 | 年度医疗机构药品消耗指数与上年同比，持平的得20分，下降的得40分。 | 定量 | 系统  提取 | 药品消耗指数=Σ（医疗机构该病组次均药品费用÷纳入DRG/DIP的全部医疗机构该病组次均药品费用×该医疗机构该病组病例数）÷该医疗机构总病组病例数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 耗材  消耗指数 | 年度医疗机构耗材收入占总收入比例 | 40 | 年度医疗机构耗材消耗指数与上年同比，持平的得20分，下降的得40分。 | 定量 | 系统  提取 | 耗材消耗指数=Σ (医疗机构该病组次均耗材费用÷纳入DRG/DIP的全部医疗机构该病组次均耗材费用×该医疗机构该病组病例数）÷该医疗机构总病组病例数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 平均  住院日\* | 年度平均住院时间 | 30 | 年度医疗机构平均住院日与上年同比，持平的得15分，下降的得30分。 | 定量 | 系统  提取 | 平均住院日=年度出院患者占用总床日数/同期出院人数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 参保患者住院费用实际补偿比 | 年度参保患者住院期间实际补偿比 | 30 | 年度医疗机构参保患者住院费用实际补偿与上年同比，持平的得15分，上升的得30分。 | 定量 | 系统  提取 | 参保患者住院费用实际补偿比=参保患者住院期间医保报销金额/住院总费用 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 医疗服务效率（520） | 参保患者次均住院费用 | 年度医疗机构参保患者住院次均费用增幅的同比 | 30 | 年度医疗机构参保患者住院次均费用与上年同比，持平的得15分，下降的得30分。 | 定量 | 系统  提取 | 参保患者次均住院费用=住院总费用/住院总人数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 人次  人头比 | 年度医疗机构住院人次人头比的同比 | 30 | 年度人次人头比与上年同比，持平的得15分，下降的得30分。（放化疗除外） | 定量 | 系统  提取 | 人次人头比=住院总人次数/住院总人数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 集采中选药品使用占比达标率\* | 集采中选药品使用比例 | 30 | 达标率100%的得30分；100%～80%之间的，每降低1个百分点减1分；80%以下的不得分。 | 定量 | 系统  提取 | 集采药品使用占比=中标药品用量/同种药品用量 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 集采中选药品采购协议量完成比例\* | 完成的中选药品带量采购协议量的品种数 | 30 | 约定量完成比例100%的得30分；100%～80%之间的，每降低1个百分点减1分；80%以下的不得分。 | 定量 | 系统  提取 | 集中采购中选药品完成比例=中选药品采购完成品种数/中选药品品种总数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 集采耗材使用占比 | 集中带量采购中标耗材使用比例 | 30 | 集采中选耗材使用比例100%的得30分；100%～80%之间的，每降低1个百分点减1分；80%以下的不得分。 | 定量 | 系统  提取 | 集采耗材使用占比=中标耗材用量/同种耗材用量 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 集中采购中选耗材完成比例 | 完成的中选耗材带量购销协议用量的品种数 | 30 | 约定量完成比例100%的得30分；100%～80%之间的，每降低1个百分点减1分；80%以下的不得分。 | 定量 | 系统  提取 | 集中采购中选耗材完成比例=中选耗材采购完成品种数/中选耗材品种总数 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 医疗服务效率（520） | 检验检查费用占比 | 年度医疗机构检验检查费用占总费用比例 | 30 | 年度医疗机构检验检查费用占比与上年同比，持平的得15分，下降的得30分。 | 定量 | 系统  提取 | 住院医疗检验检查费用占比=住院检验检查费用/住院总费用 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 谈判药品配备种类占比 | 年度医疗机构谈判药品配备种类占比 | 30 | 年度医疗机构谈判药品配备种类与上年同比，持平的得15分，增加的得30分。 | 定量 | 医院  填报 | 谈判药品配备种类占比=年度医疗机构谈判药品配备种类/年度谈判药品种类 | 纳入DRG/DIP的二级及以上医疗机构 |
| 医疗服务收入占比\* | 年度住院医疗服务收入（不包含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入的比例。 | 30 | 年度医疗机构医疗服务收入占比与上年同比，持平的得15分，增幅的得30分。 | 定量 | 系统  提取 | 住院医疗服务收入占比=住院医疗服务收入/住院医疗收入 | 纳入DRG/DIP的全部医疗机构 |
| 剔除有关项后的医疗收入增幅\* | 年度医疗收入与上一年同比增加的收入与上一年医疗收入的比值 | 30 | 年度医疗机构剔除有关项后的医疗收入增幅与上年同比，持平的得15分，下降的得30分。 | 定量 | 系统  提取 | 剔除有关项后的医疗收入增幅=（本年度剔除有关项后的医疗收入-上一年度剔除有关项后的医疗收入）/上一年度剔除有关项后的医疗收入 | 纳入DRG/DIP的二级及以上医疗机构 |