附件2

2024年全省定点医疗机构

DRG/DIP支付方式改革绩效管理评价

操作手册

为有效提升全省DRG/DIP支付方式改革成效，充分发挥医保支付方式改革战略购买作用，着力引导定点医疗机构深度参与改革，结合《甘肃省DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》要求，制定定点医疗机构绩效评价手册。

一、评价范围

开展DRG/DIP支付方式改革的定点医疗机构。

二、评价周期

按年度组织实施绩效评价工作，在年度清算前完成；数据时限范围：2024年1月1日—12月31日。

三、评价办法

评价指标中的定性指标由市州医保部门组织评分；定量指标由省医保局从DRG/DIP支付结算系统中提取数据统一计算赋分。

四、评价指标

依据《甘肃省定点医疗机构DRG/DIP支付方式改革绩效管理评价表》进行评价，按照计分制，对不同评价对象设置总分均为1000分，其中：5个一级指标，33个二级指标，34个三级指标。其中，定性指标5个，定量指标31个。分为组织建设140分，医保结算清单质量管理120分，医疗服务能力230分，医疗质量管理110分，医疗服务效率520分。

**评价标准说明**：**“同比”**是指该医疗机构本年度与上年度相比较。**“同级别医疗机构”**是指省级医疗机构（三甲）、市级医疗机构（三甲、三乙）、县级医疗机构（三乙、二级）、基层医疗机构（一级及未定级医疗机构）。

（一）组织建设（140分）

**1.建立DRG/DIP工作推进机制（60分）**

（1）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。（40分）

**指标属性**：定性指标

**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。

**评价标准**：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；每月召开院内支付方式改革运营分析会议，得20分。

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：医院填报

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

（2）广泛开展DRG/DIP支付方式改革培训。（20分）

**指标属性**：定性指标

**指标意义**：评价医疗机构支付方式改革内部培训情况。

**评价标准**：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。

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：医院填报

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**2.建立健全医疗质量安全管理制度（40分）**

规范医疗行为，合理控制医疗成本。（40分）

**指标属性**：定性/定量指标

**指标意义**：评价医疗行为的规范性，医疗成本的合理性。

**评价标准**：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；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。

**指标导向**：逐步提升

**数据来源**：医院填报

**计算公式**：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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**3.建立健全绩效分配制度（40分）**

建立适应DRG/DIP支付特点的医院绩效分配制度。（40分）

**指标属性**：定性指标

**指标意义**：评价医疗机构建立适应DRG/DIP支付特点的医院绩效分配制度。

**评价标准**：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。

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：医院填报

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

（二）医保结算清单质量管理（120分）

**1.医保结算清单上传率（20分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步提升

**数据来源**：系统提取

**计算公式**：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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**2.医保结算清单质控通过率**（20分）

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步提升

**数据来源**：系统提取

**计算公式**：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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**3.医保结算清单入组率**（20分）

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步提升

**数据来源**：系统提取

**计算公式**：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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**4.医保结算清单严重问题数量占比（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**5.医保结算清单一般问题数量占比（20分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

（三）医疗服务能力（230分）

**1.DRG病组数（DIP病种数）覆盖率（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**计算公式**：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）

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**2.病例组合指数（CMI）（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：无

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**计算公式**：CMI值（DRG）=该医院DRG入组病例总权重÷该院DRG入组病例总病例数

CMI值（DIP）=该医院DIP入组病例总分值÷该院DIP入组病例总病例数

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**3.三、四级手术比例\*（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**计算公式**：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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的二级及以上医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**4.基层医疗机构手术及操作组组数（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**评价对象**：纳入DRG/DIP的基层医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**5.基层病组数量覆盖占比（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**计算公式**：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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的基层医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**6.基层病组收治人次占比（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**计算公式**：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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的基层医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

（四）医疗质量管理（110分）

**1.临床路径入径数（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：例

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：医院填报

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的二级及以上医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**2.再住院率\*（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**3.低风险组病例死亡率\*（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

（五）医疗服务效率（520分）

**1.费用消耗指数（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：无

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式**：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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**2.时间消耗指数（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：无

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式**：时间消耗指数=Σ（医疗机构该病组平均住院日÷纳入DRG/DIP的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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**3.药品消耗指数（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：无

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**4.耗材消耗指数（40分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：无

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**5.平均住院日\*（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：日

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**平均住院日=年度出院患者占用总床日数÷同期出院人数

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**6.参保患者住院费用实际补偿比（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步提升

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**7.参保患者次均住院费用（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：元

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**参保患者次均住院费用=住院总费用÷住院总人数

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**8.人次人头比（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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）

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**人次人头比=住院总人次数÷住院总人数

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**9.集采中选药品使用占比达标率\*（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**集采药品使用占比=中标药品用量÷同种药品用量

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**10.集采中选药品采购协议量完成比例\*（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**11.集采耗材使用占比（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**集采耗材使用占比=中标耗材用量÷同种耗材用量

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**12.集中采购中选耗材完成比例（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**13.检验检查费用占比（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**14.谈判药品配备种类占比（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：医院填报

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的二级及以上医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**15.医疗服务收入占比\*（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：正向指标

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**住院医疗服务收入占比=住院医疗服务收入÷住院医疗收入

**评价对象**：纳入DRG/DIP的全部医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取

**16.剔除有关项后的医疗收入增幅\*（30分）**

**指标属性**：定量指标

**评价标准**：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。

**计量单位**：%

**指标导向**：逐步降低

**数据来源**：系统提取

**计算公式：**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

**评价对象**：纳入DRG/DIP的二级及以上医疗机构

**评价主体：**各市州医保部门调取