

关于《宣城市医保定点医疗机构 DRG 支付方式改革绩效评价办法（征求意见稿）》的起草说明

一、起草背景

为落实省、市支付方式改革三年行动计划要求，深化医保支付方式改革，引导医疗机构协同推进支付方式改革，自觉规范医疗服务行为，提高医保基金使用效益，我局起草了《宣城市医保定点医疗机构 DRG 支付方式改革绩效评价办法（征求意见稿）》（以下简称《办法》）。

二、政策依据

根据《安徽省医保定点医疗机构 DRG 支付方式改革绩效评价办法（试行）》（皖医保发〔2023〕84 号）和《宣城市基本医疗保险区域总额预算管理下的疾病诊断相关分组点数付费实施办法》（宣医保秘〔2023〕16 号）要求，结合我市实际，起草本《办法》。

三、起草过程

2024 年 7 月，我局按照相关文件要求，以安徽省 DRG 支付方式改革绩效评价指标为基准，结合我市 DRG 支付运行实际，增设 3 项本地化评价指标，拟定本《办法》。

7 月 30 日，第一次书面征求各县市区医保局、市医保中心、宣城市人民医院意见。8 月 20 日，经采纳合理意见建议，修改

完成第二版征求意见稿，再次向各县市区医保局、市医保中心、宣城市人民医院书面征求意见，各单位均无意见。

四、主要内容

《办法》主要内容有五点，具体为：

（一）评价对象及主体。宣城市市域内施行 DRG 点数付费的定点医疗机构。每年初，市级医保部门对市域内三级综合医疗机构上年度 DRG 支付方式改革工作实施绩效评价。各县（市、区）医保部门具体负责对辖区内二级及以下施行 DRG 点数付费定点医疗机构实施绩效评价。

（二）评价指标及构成。DRG 支付方式改革绩效评价共设置 24 项评价指标。其中，围绕医疗机构支付方式改革进展情况，设置 5 项一级指标 18 项评价指标，共 95 分；针对医疗机构在推进支付方式改革工作中可能存在的问题，特别是影响 DRG 结算的不合理行为，设置 3 项负面清单指标，共 20 分；结合我市 DRG 支付运行实际，设置 3 项本地个性化指标，共 20 分。

（三）评价方式及办法。采用日常监测与年度评价相结合的方式。核心指标中的定性指标由评价专家根据参评医疗机构提供的资料，现场评分；定量指标由市医保中心从 DRG 信息系统中提取确定，不宜直接提取的，可通过组织专家查看台账、实地抽查和日常监督情况给予评分。地方指标根据由医保部门根据 DRG 系统数据情况给予评分。负面清单指标根据评价专家病案抽检、日常稽核、基金监管等情况，给予相应扣分。

（四）结果评定及应用。按照三级、二级、一级及以下、专科医院医疗机构分别设定绩效评价分值。绩效评价分为两个等级，得分为满分60%(含)以上为合格等级，60%以下为不合格等级。定点医疗机构DRG支付方式改革绩效评价结果纳入年终清算指标，即，定点医疗机构年终清算总点数=定点医疗机构年度总点数*系数。绩效评价结果为合格，系数为1.0；绩效评价结果为不合格，系数为0.999。

（五）本《办法》由宣城市医疗保障局负责解释，自2024年1月1日起执行。