

定点医疗机构 DRG 支付方式改革绩效评价 价指标体系说明

DRG 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 18 项，95 分；地方性指标 3 项，共 20 分；负面清单 3 项，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 支付方式改革情况。

(3) 评价标准：完善符合 DRG 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 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=出院患者病历总数/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 系统

(6) 评价主体：市医保中心调取

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 系统

(6) 评价主体：市医保中心调取

7. 覆盖的 DRG 病组数比例

(1) 指标属性：定量指标

(2) 评价标准：覆盖的 DRG 病组数比例=年度医疗机构
DRG 病组数/当地 DRG 病组总数*100%

(3) 计量单位：%

(4) 指标导向：逐步提升

(5) 数据来源：DRG 系统

(6) 评价主体：市医保中心调取

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= $(\text{本年度医疗机构 CMI 值}-\text{上一年度医疗机构 CMI 值})/\text{医疗机构上一年度 CMI}*100\%$

(3) 计量单位：%

(4) 指标导向：逐步提升

(5) 数据来源：DRG 系统

(6) 评价主体：市医保中心调取

(三) 费用控制

9. 参保患者实际支付率

(1) 指标属性：定量指标

(2) 评价标准：参保患者住院费用实际支付率= $\text{参保患者住院期间实际支付}(\text{包括自费及自付部分})\text{总费用}/\text{参保患者住院总费用}*100\%$

(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：市医保中心调取

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：参保患者住院次均费用增幅= $(\text{本年度出院参保患者次均医药费用}-\text{上一年度出院参保患者次均医药费用})/\text{上一年度出院参保患者次均医药费用}*100\%$

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

（3）计量单位：%

（4）指标导向：逐步降低

（5）数据来源：DRG 系统

（6）评价主体：市医保中心调取

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 系统

（6）评价主体：市医保中心调取

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=（本年度医疗机构住院人次-上一年度医疗机构住院人次）/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 系统

(6) 评价主体: 市医保中心调取

(四) 管理质量

13. 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: 市医保中心调取

14. 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: 市医保中心调取

15. 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 系统

(6) 评价主体：市医保中心调取

(五) 任务完成

16. 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 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 系统

(6) 评价主体：市医保中心调取

17. 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 入组的病例数/医疗机构纳入 DRG 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 系统

(6) 评价主体：市医保中心调取

18. 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 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 系统

(6) 评价主体：市医保中心调取

二、地方指标

1. 基础病组占比

(1) 指标属性：定量指标

(2) 评价标准：基础病组占比=按 DRG 基础病组入组的病例数/该医疗机构按 DRG 入组病例总数*100%

(3) 计量单位：%

(4) 数据来源：DRG 系统

(5) 评价主体：市医保中心调取

2. 医疗服务收入占医疗收入的比例

(1) 指标属性：定量指标

(2) 评价标准：(医疗收入-药品收入-卫生材料收入-检查化验收入)/医疗收入×100%

(3) 计量单位：%

(4) 指标导向：三级、二级、专科医院在 30%及以上；一级医院在 25%以上。

(5) 数据来源：DRG 系统

(6) 评价主体：市医保中心调取

3. 职工医保、居民医保均次住院费用差异率

(1) 指标属性：定量指标

(2) 评价标准：（年度医疗机构职工医保均次住院费用-年度医疗机构居民医保均次住院费用）/年度医疗机构居民医保均次住院费用*100%

(3) 计量单位：%

(4) 指标导向：不超过 10%

(5) 数据来源：DRG 系统

(6) 评价主体：市医保中心调取

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：市、县医保经办机构

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、将目录内项目转为自费项目、将病组内费用转移至病组外进行收费、指定住院患者去特定的药店、其他医疗机构购药（检查）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：市、县医保经办机构

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：市、县医保经办机构