

# 安庆市医疗保障局文件

宜医保秘〔2024〕24号

## 安庆市医疗保障局关于印发《安庆市医保定点 医疗机构DIP支付方式改革绩效评价办法》 的通知

各县（市、区）医疗保障局，各有关单位：

现将《安庆市医保定点医疗机构DIP支付方式改革绩效评价办法》印发给你们，请遵照执行。



抄送：市卫生健康委、市财政局。

# 安庆市医保定点医疗机构 DIP 支付方式改革 绩效评价办法

为加强医保定点医疗机构 DIP 支付方式改革绩效评价，根据《安徽省医疗保障局关于印发〈安徽省医保定点医疗机构 DRG/DIP 支付方式改革绩效评价办法（试行）〉的通知》（皖医保〔2023〕84号）、《安庆市医疗保障局安庆市卫生健康委员会安庆市财政局关于印发〈安庆市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施办法〉的通知》（宜医保发〔2021〕12号）等文件精神，结合安庆实际，制定如下办法。

## 一、总体要求

落实国家及安徽省和安庆市 DIP 支付方式改革要求，加快建立管用高效的医保支付与激励约束机制，充分发挥医保支付方式改革的引导作用，促进医疗机构转变内部运营管理机制，更加注重内部成本控制、体现医疗服务技术价值，在促进医院精细化管理、高质量发展的同时，提高医保基金使用绩效。

## 二、评价事项

**（一）评价主体及对象。**市、县（市）医保部门按照本《办法》要求，每年年初对辖区内医保定点医疗机构上年度 DIP 支付方式改革工作实施绩效评价。各县（市）医保部门要根据工作安

排及时将评价结果报市医保部门汇总。

**（二）评价指标体系。**定点医疗机构 DIP 支付方式改革绩效评价共 3 项，分为核心指标、地方指标和负面清单。具体指标构成及详细说明，见附件 1、2。

**1. 核心指标。**主要围绕评价医疗机构支付方式改革进展情况，设 5 项一级指标 18 项二级指标，共 95 分，一级指标包括：  
（1）组织建设情况（20 分）；（2）医疗服务情况（20 分）；  
（3）费用控制情况（25 分）；（4）管理质量情况（20 分）；  
（5）任务完成情况（10 分）。

**2. 地方指标。**地方基础指标，根据本地工作实际，围绕医疗机构在转变内部运营管理方式、提高医保服务能力、降低参保群众负担的情况，设 3 项一级指标，共 18 分，包括：（1）基础指标—医保信息化标准化情况（8 分）；（2）基础指标—带量采购中选产品落地情况（8 分）；（3）基础指标—药品、医用耗材外购情况（2 分）。地方加分指标，根据医疗机构创新医保服务能力情况，设 2 项一级指标，共 2 分（单独加分，纳入总分排名），包括（4）医保码应用情况（1 分）；（5）医院医保创建情况（1 分）。

**3. 负面清单。**主要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 DIP 结算的不合理行为，共设 3 项 20 分（单独扣除，纳入总分排名），包括：（1）低标入院、分

解住院、不合理收费；（2）高编低套、分解费用；（3）推诿病人等情况。

**（三）评价计分方式。**定点医疗机构绩效评价得分按照百分制折算，计算公式为：定点医疗机构绩效评价得分=（核心指标得分+地方指标基础指标得分）/113×100+地方指标加分指标得分-负面清单扣分。

### 三、工作安排

**（一）评价时间周期。**绩效评价按年度组织实施，在年度清算前完成；数据时限范围为上一年的1月1日—12月31日；市医保经办机构按季度从全市参评医疗机构中调取、监测指标体系备注栏中标有“★”的项目数据，并适时公布相关数据。

**（二）分级分类评价。**结合不同等级医疗机构实际情况，评价指标范围实行分级分类，分级分类按照《关于印发安庆市DIP医疗机构结算系数的通知》（宜医保秘〔2021〕114号）规定的定点医疗机构结算系数进行确认，医疗机构未纳入评价指标范围的，按照平均得分计算。

**（三）具体评价办法。**核心指标和地方指标中的定性指标由评价专家依据参评医疗机构提供的资料，现场评分；定量指标由各责任科室（单位）从DIP支付结算等相关系统中直接提取，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

金监管及信访统计情况，给予相应扣分。

#### 四、评价结果应用

定点医疗机构 DIP 支付方式改革绩效评价结果与定点医疗机构年度费用决算相关联，具体计算按照《安庆市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施办法》（宜医保发〔2021〕12号）执行，定点医疗机构考核系数为绩效评价得分除以 100，原则上不低于平均分的 2%，不高于平均分的 3%。评价结果抄送同级卫生健康管理部门，推动评价结果与公立医院绩效考核相衔接。

#### 五、组织实施

**（一）统一思想认识，多方共同参与。**各级医保部门和参评医疗机构要充分认识到 DIP 支付方式改革绩效评价的重要意义，确保思想到位、措施到位、行动到位。医保部门各业务环节要协作配合，共同参与到支付方式改革绩效评价中，形成工作合力，促进医疗机构不断提高规范化、精细化医疗服务管理水平。

**（二）坚持公平公正，畅通沟通渠道。**及时向社会公开负面清单，通过安庆医保服务热线、服务窗口、安庆医保公共服务平台等线上线下多种平台受理群众反映相关问题。有效发挥信息化手段在评价工作中的支撑保障作用，确保评价过程公平公正，评价结果真实客观。建立反馈和沟通机制，将评价结果即时反馈医疗机构，畅通被评医疗机构对评价结果异议反映渠道。

**（三）加强宣传引导，营造良好氛围。**各级医保部门要坚持正确的舆论导向，及时准确解读绩效评价相关政策，促进参评医疗机构正确认识专项评价结果，为评价工作的开展创造良好、宽松的工作环境，形成广泛的社会共识，在促进医院精细化管理、高质量发展的同时，保证 DIP 付费改革在医疗机构的顺利落地。

- 附件：1. 医保定点医疗机构 DIP 支付方式改革绩效评价指标体系  
2. 定点医疗机构 DIP 支付方式改革绩效评价指标体系说明

## 附件1:

## 医保定点医疗机构DIP支付方式改革绩效评价指标体系

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	责任科室(单位)	评价范围
一、核心指标(共95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席会议制度的,得2分。	定性	待遇科	所有医疗机构均纳入考核
	2、绩效分配制度 (6分)	完善符合DIP特点的医院绩效分配制度	(1) 根据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	待遇科	结算系数为0.78及以上的医疗机构纳入考核
	3、培训制度 (4分)	广泛开展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	待遇科	所有医疗机构均纳入考核
	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	待遇科	年住院人次5000及以上的医疗机构纳入考核,其中结算系数为1和0.98合并为一类,其他为一类

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	责任科室(单位)	评价范围
(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 ★	管理中心	结算系数为0.76及以上的医疗机构纳入考核,其中结算系数为1和0.98合并为一类,0.88和0.86合并为一类
	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 ★	管理中心	
	7、覆盖DIP病种数 (5分)	年度医疗机构DIP病种数覆盖当地病种总数的比例	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 ★	管理中心	结算系数为0.98及以上的医疗机构纳入考核
	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 ★	管理中心	年住院人次5000及以上的医疗机构纳入考核
(三) 费用控制 (25分)	9、参保患者实际支付率 (8分)	年度参保患者住院期间实际支付(包括自费与自付部分)医疗费用占住院总费用的比重	年度医疗机构参保患者住院期间实际支付率增幅同比下降5%及以上的,得8分,持平( $\pm 5\%$ )的,得5分,上升5%及以上的,不得分。	定量 ★	服务中心	所有医疗机构均纳入考核,特例单议病例除外
	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费用增幅的同比	年度医疗机构参保患者住院均费用增幅同比下降5%及以上的,得8分,持平( $\pm 5\%$ )的,得5分,上升5%及以上的,不得分。	定量 ★	服务中心	结算系数为0.76及以上的医疗机构纳入考核,特例单议病例除外
	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 ★	服务中心	结算系数为0.76及以上的医疗机构纳入考核
	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 ★	服务中心	结算系数为0.98及以上、年住院人次5000及以上医疗机构纳入考核,清算年度前一年新增科室、床位、院区、专家工作室等情况除外。



一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	责任科室(单位)	评价范围
(四) 管理质量 (20分)	13、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★	管理中心	所有医疗机构均纳入考核
	14、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★	管理中心	所有医疗机构均纳入考核
	15、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DIP支付标准5倍的)数占比同比基本持平(±5%)的,得4分,同比变化在5%~10%的,得2分,变化在10%及以上的,不得分。	定量★	服务中心	结算系数为0.76及以上的医疗机构纳入考核,特例单议病例除外
(五) 任务完成 (10分)	16、病种覆盖率(3分)	年度按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★	服务中心	所有医疗机构均纳入考核
	17、入组结算率(3分)	年度按DIP入组的病例数占医疗机构纳入DIP管理病例总数的比重	年度入组结算率达到80%的,得3分,每下降1个百分点,扣0.5分,扣完为止。	定量★	服务中心	所有医疗机构均纳入考核
	18、医保基金覆盖率(4分)	年度按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70%的,得4分,每下降1个百分点,扣0.5分,扣完为止。	定量★	服务中心	所有医疗机构均纳入考核

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	责任科室(单位)	评价范围
二、地方指标(20分)						
1. 基础指标-医保信息化标准化情况(8分)	按照医保信息化标准化工作要求,配合医保部门开展信息化标准化建设。	1. 医保结算清单上传率 $\geq 95\%$ 的得2分, $< 95\%$ 的不得分。 2. 定点医疗机构医保码就医全流程应用率和场景宣传率符合要求的各得1分,不达标扣除对应分; 3. 定点医疗机构按照要求实现“医保专网接入、医保专机管理、定期病毒查杀”的,得3分,未实现的,每项扣1分;出现网络安全问题,对医保信息平台造成影响的,本项不得分。 4. 定点医疗机构按照要求做好贯标工作,得1分,出现“字典非标”和“编码非标”情况的,每出现一类扣0.2分,扣完为止。	定量	规划科 管理中心	所有医疗机构均纳入考核  所有医疗机构均纳入考核	
2. 基础指标-带量采购中选产品落地情况(8分)	严格执行国家、省、市集中带量采购政策,按照要求完成集采中选产品(含药品、医用耗材)约定采购量(因不可抗力因素除外),按时回款,同时做好相关政策解释工作。	按规定落实好带量采购中选产品落地政策的,得8分;未执行落实政策被参保人员投诉的,每发现一起,扣0.25分;未完成约定采购量的,每发现1个品种,扣0.25分;未按时回款,每发现一起,扣0.25分;扣完为止。	定量	价采科 管理中心	所有公立医疗机构均纳入考核	
3. 基础指标-药品、医用耗材外购情况(2分)	医疗机构应加强药品、诊疗和耗材管理,参保人员在住院期间发生的经医疗机构确认的外配处方,其费用应计入参保人员当次住院总费用,实行一票结算。	未发生住院外购病例数的,得2分;发生住院外购病例数的(双通道药品药店直接结算除外),按照住院外购病例数/住院总病例数 $\times 500 \times 2$ 扣分,扣完为止。	定量	基金监管科 管理中心 服务中心	所有医疗机构均纳入考核	
4. 加分指标-医保码应用情况(1分)	根据医保码普及情况进行评分。	医保码结算占比 $\geq 60\%$ 的得1分。	定量	规划科 管理中心	所有医疗机构均纳入考核	

一级指标	二级指标	评价内容	评分办法	指标属性	责任科室(单位)	评价范围
5. 加分指标—医院医保创建情况(1分)		根据医院参与医保各项创建、比赛等活动情况进行评分。	积极参加国家、省、市组织的医保示范创建、智慧医保大赛等各项重要活动的,根据获得的荣誉和名次,进行综合评分,最高得1分。	定性	局各科室、单位	所有医疗机构均纳入考核
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	基金监管科 管理中心 服务中心	所有医疗机构均纳入考核
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种,(2)将目录内项目转为自费项目,将病种内费用转移至病种外进行收费,或指定住院患者去特定的药店、其他医疗机构购药(检查),以上行为每发现1例,扣10分。	定性	基金监管科 管理中心 服务中心	所有医疗机构均纳入考核
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	办公室	所有医疗机构均纳入考核

附件2:

## 定点医疗机构DIP支付方式改革 绩效评价指标体系说明

DIP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；地方指标基础指标3项，18分；地方指标加分指标2项，2分；负面清单3项，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席会议制度。

（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 DIP 支付方式改革情况。

(3) 评价标准：完善符合 DIP 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 DIP 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： $\text{病案编码人员年均负担出院患者病历数} = \text{出院患者病历总数} / \text{同期病案编码人员实际工作总年数}$

(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/医院提供佐证资料

## **(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：DIP 系统

(6) 评价主体：市医保管理中心调取

### **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：DIP 系统

(6) 评价主体：市医保管理中心调取

### **7. 覆盖的 DIP 病种数比例**

(1) 指标属性：定量指标

(2) 评价标准：覆盖的 DIP 病种数比例=

年度医疗机构 DIP 病种数/当地 DIP 病种总数\*100%

(3) 计量单位: %

(4) 指标导向: 逐步提升

(5) 数据来源: DIP 系统

(6) 评价主体: 市医保管理中心调取

## 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: DIP 系统

(6) 评价主体: 市医保管理中心调取

## (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= $\text{参保患者住院期间实际支付(包括自费及自付部分)总费用}/\text{参保患者住院总费用}*100\%$

(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：市医保服务中心调取

## 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：参保患者住院均次费用增幅=（本年度出院参保患者均次医药费用-上一年度出院参保患者均次医药费用）/上一年度出院参保患者均次医药费用\*100%

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

(3) 计量单位：%

(4) 指标导向：逐步降低

(5) 数据来源：DIP 系统

(6) 评价主体：市医保服务中心调取

## 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: DIP 系统

(6) 评价主体: 市医保服务中心调取

## 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: DIP 系统

(6) 评价主体: 市医保服务中心调取

### (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: 市医保管理中心调取

## 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：市医保管理中心调取

#### **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DIP支付标准5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：DIP系统

(6) 评价主体：市医保服务中心调取

#### **(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 DIP 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：DIP 系统

(6) 评价主体：市医保服务中心调取

### **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 DIP 入组的病例数/医疗机构纳入 DIP 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：DIP 系统

(6) 评价主体：市医保服务中心调取

### **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 DIP 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：DIP 系统

(6) 评价主体：市医保服务中心调取

## 二、地方指标

### 1. 基础指标——医保信息化标准化情况

(1) 指标属性：定量指标

(2) 评价标准：医保码应用、网络安全、贯标等医保信息工作情况

(3) 指标导向：正向指标

(4) 数据来源：医保系统

(5) 评价主体：市、县医保部门调取

### 2. 基础指标——带量采购中选产品落地情况

(1) 指标属性：定量指标

(2) 评价标准：带量采购中选产品各公立医疗机构约定采购量完成情况。

(3) 指标导向：正向指标

(4) 数据来源：医保系统

(5) 评价主体：市、县医保部门调取

### 3. 基础指标——药品、医用耗材外购情况

(1) 指标属性：定量指标

(2) 评价标准：医疗机构夯实合理用药等主体责任情况

(3) 指标导向：逐步降低

(4) 数据来源：医保系统

(5) 评价主体：市、县医保部门调取

#### **4. 加分指标——医保码应用情况**

- (1) 指标属性：定量指标
- (2) 评价标准：医疗机构医保码结算情况
- (3) 指标导向：正向指标
- (4) 数据来源：医保系统
- (5) 评价主体：市、县医保部门调取

#### **5. 加分指标——医院医保创建情况**

- (1) 指标属性：定性指标
- (2) 评价标准：医院参与医保各项创建、比赛等活动情况
- (3) 指标导向：正向指标
- (4) 数据来源：医保系统
- (5) 评价主体：市、县医保部门调取

### **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：抽检，市、县医保部门统计

#### **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种、将目录内项目转为自费项目、将病种内费用转移至病种外进行收费、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：抽检，市、县医保部门统计

### **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、县医保部门统计