# 附件

# 深圳市社会医疗保险定点医疗机构医保

# 精细化管理绩效评价操作手册

(2020年版）

# 为推进医疗保障和医药服务高质量协调发展，促进健康中国战略实施，强化定点医疗机构履约责任，发挥医保基金战略性购买作用，探索建立定点医疗机构医保精细化管理绩效评价体系，配合做好《深圳市社会医疗保险定点医疗机构医保精细化管理绩效评价方案（2020年版）》的有关工作，明晰指标类型、定义、算法、导向等内容，制定本操作手册。

一、评分方法及指标类型概述

**（一）评分方法**

单一指标的评分方法根据评分规则及比较对象的不同可分为：

**1、纵向比较评分法**

纵向比较评分是指对同一个评价主体在不同时期的发展阶段和趋势进行比较评分，在医院的绩效评价中一般采用与上一年值的自身比较。

**2、横向比较评分法**

横向比较评分是指对同类的两个或两个以上评价主体进行的比较，在医院绩效评价中即对同级同类型医疗机构进行比较评分。采取平均值进行横比的，该平均值应剔除极端值后核算。

**3、目标值评分法**

目标值评分是指对要评分的指标人为确定一个标准参考值，根据指标的正向、逆向、监测比较等导向不同，确定不同的评分规则，但预算规则都是通过测算实际数值与目标值的距离对评价对象进行评分。

**4、等级划分评分法**

等级划分评分是指对评价指标进行人为的阶段划分，并确定各阶段（或区间）对应分值，但该方法一般被用于定性指标评价。

## **（二）指标类型**

根据指标是否纳入分值计算分为观察指标及评价指标，观察指标不纳入分值计算，评价指标从不同视角出发可进行不同的分类，不同类型的指标对应的评分方法也各不相同。按指标性质分类可将指标分为：定性指标一般指不能直接量化而需要通过其他途径实现量化的考核指标，一般会采用先模糊等级评价再量化评分的方式；定量指标是可以准确数量定义、精确衡量并能设定绩效目标的考核指标。定量指标可进一步分为：绝对量指标是指直接采用评价指标的有效计量单位的统计绝对数的指标；相对量指标又称比率型指标，一般是由两个或两个以上有联系的指标数值相比得到的比率，即从数量上反映两个相互联系的指标之间的对比关系，常体现为百分比数。按照指标的导向可将指标分为：正向指标：指标实际值越高越好；逆向指标：指标实际值越低越好；中优指标：指标靠近合理参照值越近越好。

二、指标框架

医保精细化管理绩效评价体系包含4个一级指标，16个二级指标，41个三级指标。观察指标3个，均为定量指标。考核指标38个，定性指标5个，定量指标33个。需医疗机构或相关部门配合采集指标有11个，通过信息化手段采集指标有27个，信息化采集率71.1%。分为基础管理与保障措施220分、医保引导与医疗价值280分、基金效率与费用控制350分、参保人就医体验与获得感150分，合计总分1000分。其中带**▲**标记的指标为考核无床位医疗机构（门诊部、诊所等）使用，涉及17个，合计总分450分。

三、基础管理与保障措施相关指标

基础管理与保障措施指标部分220分，共有二级指标4个，分别从机构设置与人员配备、制度建设与运行机制、政策培训与执行、信息系统对接与数据采集四方面考核。三级指标13个（观察指标2个），其中定性4个、定量9个。

1. **机构设置与人员配置**

**A11医保办专职医保工作人员配备情况▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核年度内定点医疗机构根据床位及服务量配套完善院内医保管理组织架构及人员配置。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**（1）有一名院领导负责医疗保障服务管理工作得10分；（2）一级及以下医疗机构应明确医保专（兼）职管理人员，二级及以上医疗机构应成立独立的医保医疗服务管理办公室（简称医保办）得10分；（3）医保办根据床位及服务量配置医保专职管理人员（其中必须有一名副高职称以上临床医师），分值计算方式如下：1000张床位及以上的应配备7人及以上专职管理人员得10分，配置5人及以上的得5分，配置3人及以上的得3分；500及以上至1000张床位的应配备6人及以上专职管理人员得10分，配置4人及以上的得5分，配置2人及以上的得3分；300及以上至500张床位的应配备5人及以上专职管理人员得10分，配置3人及以上的得5分，配置2人及以上的得3分；100及以上至300张床位的应配备3人及以上专职管理人员得10分，配置1人及以上的得5分；100张床位以下的医院应配备2人及以上专职管理人员得10分，配置1人的得5分；无床位的医疗机构配备1人及以上专（兼）职管理人员得10分。结算医院绑定基本医疗保险二档（含少儿参保人）及三档参保人累计每10万人增配2人专职管理人员，省异地就医及跨省异地医保参保人月结算人次超过200人次的，增配2人专职管理人员，未落实增配标准的在原得分基础上扣减1分。

**指标说明：**院领导负责医保工作由院领导分工文件证明，科室设置以编办相关文件证明，科室专职人员以医疗机构提供相关材料证明。

**数据来源：**定点医疗机构提供。

**指标意义：**医疗机构医保管理组织架构及人员配置是做好院内医疗保障工作的基础性条件，我市已通过协议书明确相应要求，通过设置考核指标，强化内部管理及履约责任。

**A12每百张床位医保临床药师人数**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构医保药师参与临床查房比例。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**每百张床位医保临床药师人数=医保临床药师人数/医疗机构开放床位数\*100，将全市定点医疗机构每百张床位医保临床药师人数倒序排列，根据医疗机构所处区间按五分位从高到低，不同分位依次得分为：30分、24分、18分、12分、6分。

**指标说明：**无。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**以合理用药为核心开展临床药学服务，鼓励药师参与到疾病的诊疗与治疗中去，有助于提高医师、护士用药水平，提升医疗安全质量。

**（二）制度建设与运行机制**

**A21完善的医保工作内控制度及落实情况▲**

**指标属性：**定性指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构院内医保工作内控制度建设及内控工作落实。

**指标分值：**20分。

**指标算法：**（1）建立包含信息系统、费用记账、月结年结、病案管理、药品耗材招标采购等医保工作的内控制度得10分，缺失一项内容扣减2分；（2）根据院内医保内控制度核查医疗机构落实内控工作，按时按量完成并形成完整内控报告的得10分，其余情况不得分。

**指标说明：**定点医疗机构提供院内内控制度文件及内控工作报告，文件及报告均应同时提供生成时间的佐证材料。

**数据来源：**定点医疗机构提供。

**指标意义：**制度建设是规范管理的基石，是建立现代医院管理制度的手段。医疗机构需加强医保工作内控制度建设，按制度文件要求进行内控工作，有利于医疗机构提高医保管理水平，防控医保基金风险。

**A22运用大数据分析工具进行医保监测及提升医疗质量▲**

**指标属性：**定性指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构运用智能化手段进行运行监测，辅助提升医疗质量。

**指标分值：**20分。

**指标算法：**（1）建立起大数据分析工具，医保数据实现智能化分析的得10分，仅采用手工方式核算分析的得5分，其余情况不得分；（2）应用智能化手段，按月形成数据监测及医疗质量监测报告的得10分，仅采用手工方式核算的得5分，其余情况不得分。

**指标说明：**提供智能化工具建设合同及验收报告，提供使用该工具进行月度分析的报告。采取手工核算方式分析的，提供相应材料。报告应同时提供生成时间的佐证材料。

**数据来源：**定点医疗机构提供。

**指标意义：**运用大数据智能化分析为医院管理决策提供科学依据，推进大数据分析工具应用有利于医疗机构建立标准化数据库，有利于创新医院管理模式，有利于院内医保基金运行监测。提升定点医疗机构管理效率。

**（三）政策培训与执行**

**A31按时完成国家组织集中采购中选产品约定采购量情况**

**指标属性：**定性指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构国家组织药品集中采购中选产品约定采购量。

**指标分值：**10分。

**指标算法：**分别按药品有效含量单位计算定点医疗机构国家组织药品集中采购中选产品的实际采购量与约定采购量的关系（以所有通用名药品、每个通用名药品两个维度）；根据如下规则确定该项分值：未完成国家组织集中采购中选产品约定采购量总量的医疗机构，此项得0分；完成国家组织集中采购中选产品约定采购量总量但有通用名药品未完成约定采购量的医疗机构，每出现1个通用名药品未达标，扣2分，扣完为止。

**指标说明：**考核时采购周期未结束的，约定采购量按考核时已发生的周期占比进行折算；已结束的，按完整采购周期计算。未参与药品集采的机构，该项分值调剂至A21指标。

**数据来源：**省平台和深圳药品采购平台。

**指标意义：**国家组织药品集中采购试点是药品集中采购制度的重大改革。目的是为了让人民群众以比较低廉的价格用上质量更高的药品。通过考核约定采购量完成情况助力改革推进 。

**A32医疗机构30天回款率**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构国家组织药品集中采购中选产品的30天回款率。

**指标分值：**10分。

**指标算法：**医疗机构30天回款率=定点医疗机构国家组织药品集中采购中选产品30天回款金额/发票金额。医疗机构30天回款率分值=医疗机构30天回款率\*10。

**指标说明：**未参与药品集采的机构，该项分值调剂至A22指标。

**数据来源：**省平台和深圳药品采购平台。

**指标意义：**30天回款率关系到药品生产企业是否能够及时收到货款以组织新的生产，影响到国家组织药品集中采购的成效。通过考核30天回款率完成情况助力改革推进 。

**A33药品线下采购金额占比**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构药品线下采购金额比例。

**指标分值：**10分。

**指标算法：**药品线下采购金额占比=（定点医疗机构实际药品采购总额-平台采购额）/定点医疗机构实际药品采购总额。根据如下规则确定该项对应分值：线下采购占比低于3%的，该项得10分；高于3%的，每高1%扣2分，扣完为止。

**指标说明：**未参与药品集采的机构，该项分值调剂至A22指标。由定点医疗机构填报，分局审核。

**数据来源：**定点医疗机构提供。

**指标意义：**通过考核线下采购占比，促进药品集中规范采购和流转。

**A34新冠病毒检测信息报送▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核承担新冠病毒检测的定点医疗机构按规定及时、准确上报检测信息。

**指标分值：**10分。

**指标算法：**定期对报送数据质量差、未落实检测数据日报制度等不能较好地履行主体责任的定点医疗机构进行通报的，每通报一次扣5分，扣完为止。未承担新冠病毒检测的定点医疗机构，该项分值调剂至A41指标。

**指标说明：**无。

**数据来源：**市卫生健康委、市医保局。

**指标意义：**重点人群新冠检测是常态化疫情防控工作的重要举措，承担新冠病毒检测的定点医疗机构应提高政治站位，加强检测数据的上传管理工作，提升报送效率与质量。

**A35院内医保培训▲**

**指标属性：**定性指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构对支付、监管、招采及协议书等政策法规的培训情况。

**指标分值：**20分。

**指标算法：**对于考核年度内新发布的政策法规，定点医疗机构开展有时间、有地点、有参加人员签名等（培训形式可包含视频会议、院内考试等）的全院医保政策培训大会，全年举办1次得10分，2次及以上得20分。

**指标说明：**以视频会议做考核依据的，应提供包含会议名称、在线人员等内容的证明材料。以院内考试做考核依据的，应提供考试科目名称、参考人员等内容的证明材料。

**数据来源：**定点医疗机构提供。

**指标意义：**医疗机构加强院内医保培训有助于医护人员了解最新医疗保障政策，提升医院服务水平，减少违规违约行为的发生，促进科学规范管理，树立医院良好形象。

**A36互联网+线上慢性病特定病复诊政策执行情况（观察指标）**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构开展互联网+线上复诊情况。

**指标分值：**—

**指标算法：**已具备开展互联网线上诊疗资质并签订补充协议书的得5分；线上复诊参保人记账数按年统计：低于1200人次的得1分，超过（含）1200人次的得3分，超过（含）1800人次的得5分。该指标分值不纳入积分，仅做核算使用。

**指标说明：**无 。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**互联网+医疗服务作为新业态，极大方便参保人就医购药，提高医疗机构服务效率，降低患慢性病特定病患者就诊时在医院交叉感染的风险，我市鼓励、支持互联网+医疗服务的发展。

**A37医用高值耗材线上采购率（观察指标）**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构高值耗材线上采购比例。

**指标分值：**—

**指标算法：**线上采购率=耗材采购平台采购额/医疗机构医用耗材总采购额。线上采购率大于等于90%的得30分；80%-90%（含下不含上，下同）的得25分；70%-80%的得20分；60%-70%的得15分；50%-60%的得10分，低于50%的不得分。

**指标说明：**无 。

**数据来源：**耗材采购平台、医院采购系统。

**指标意义：**开展治理高值医用耗材改革目的是通过优化制度、完善政策、创新方式，理顺高值医用耗材价格体系，完善高值医用耗材全流程监督管理，净化高值医用耗材市场环境和医疗服务执业环境。通过考核线上采购比例助力改革推进。

**（四）信息系统对接与数据采集**

**A41医院信息系统上报数据及时性、信息完整性**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构病案数据上传及时性及完整性。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**（1）每月病历首页上传数与实际结算数之比（上传率）≥95%的，得1分，按月累计，每年12分；（2）考核年度内病例首页关键字段缺失病例数量与实际结算数之比≤0.5%的得18分，每增加0.1个百分点扣3分，扣完18分为止。

**指标说明：**无 。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**医保支付以记账数据及病案信息为基础，特别是推广DRG及DIP付费后，结算时对数据上报及时性和完整性要求更高 。

**A42诊断编码一致率**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构诊断与编码的一致率，防止机构出现错编高编行为。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**根据年终清算病种数据，捞取结余率最高的前十个病种，系统随机抽选全市定点医疗机构住院病例中属于前十病种的病例30份，核对病例病情与诊断信息及编码信息的一致性。每发现一份不相符的扣1分，扣完为止。

**指标说明：**无 。

**数据来源：**医保信息系统、定点医疗机构提供。

**指标意义：**诊断编码是DRG及DIP付费入组的重要基础，诊断编码与实际诊断的一致率关系病案质量，更决定支付的准确性。引导医疗机构不断提升病案管理水平，防范编码高编行为。

四、医保引导与医疗价值相关指标

医保引导与医疗价值指标部分280分，共有二级指标4个，分别从合理诊疗、合理用药、医疗安全、诊疗效果四方面考核。三级指标9个（观察指标1个），全部为定量指标。

**（一）合理诊疗**

**B11CD型病例占比**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构收治危重症患者能力。

**指标分值：**25分。

**指标算法：**CD型病例占比=CD型病例人次/同期住院人次，定点医疗机构CD型病例占比指标分值=本机构CD型病例占比/同级同类机构总体CD型病例占比\*25。机构该项指标分值得分大于25分的，按25分计算。

**指标说明：**无 。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**根据病例分型，C型病例为复杂疑难病例，D型病例为复杂危重病例。CD型病例占比一定程度反映了医疗机构收治疑难重症的能力，鼓励医疗机构结合自身定位，不断提升诊疗水平。

**B12三四级手术占比**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构开展较高难度手术的能力。

**指标分值：**25分。

**指标算法：**三四级手术占比=住院病例三四级手术人次/同期住院手术人次，定点医疗机构三四级手术占比指标分值=该机构三四级手术占比/同级同类机构总体三四级手术占比\*25。机构该项指标分值得分大于25分的，按25分计算。

**指标说明：**无 。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**根据手术的难度复杂度和风险度将手术等级划分为四级。其中三四级手术指手术难度比较复杂、风险较大的手术。三四级手术占比一定程度反映医疗机构开展复杂手术的能力，鼓励医疗机构结合自身定位，不断提升手术治疗水平。

**B13剖宫产率**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点机构对生育分娩参保人采取剖宫产方式进行分娩的比例。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**剖宫产率=剖宫产人次/分娩人次，定点医疗机构剖宫产率指标分值=同级同类机构总体剖宫产率/该机构剖宫产率\*30。机构该项指标分值得分大于30分的，按30分计算。

**指标说明：**对于无产科医疗机构，该指标分值调剂至CD行病例占比及三四级手手术占比中，相应分值上调至40分。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**国家鼓励并提倡采取顺产方式进行生产，设置该指标，引导医疗机构对符合顺产指征的孕产妇采取顺产分娩，降低手术感染风险，促进孕产妇的产后恢复。采取剖宫产率做为逆向指标，正向引导机构进行顺产。

**（二）合理用药**

**B21医保药品备药率▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构医保药品品种占比。

**指标分值：**40分。

**指标算法：**医保药品备药率=定点医疗机构医保目录内药品种类数/库存的所有药品种类数。有床位医疗机构备药率大于等于85%的该项指标得40分，80%-85%（含下不含上，下同）的得30分，75%-80%的得20分，70%-75%的得10分，其余情况不得分。无床位医疗机构按备药率倒序排列，将排名进行五分位。根据医疗机构所处区间按五分位从高到低，不同分位依次得分为：40分、30分、20分、10分、0分。

**指标说明：**无。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**按照《基本医疗保险用药管理暂行办法》规定，加强定点医药机构落实医保用药管理政策，履行药品配备、使用、支付、管理等方面职责的监督检查。定点医疗机构应主动适应医保要求，调整药品供应结构，确保参保人用上更多医保药品，减轻医疗费用负担。

**B22重点监控（辅助）用药使用占比▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构重点监控（辅助）用药费用占药品费用比例。

**指标分值：**40分。

**指标算法：**重点监控（辅助）用药名单使用市卫健委印发深圳市医疗机构重点监控合理用药药品目录中的第一批重点监控目录。重点监控（辅助）用药使用占比=重点监控（辅助）用药费用/药品费用金额，定点医疗机构重点监控（辅助）用药使用占比指标分值=同级同类机构总体使用占比/该机构用药费用占比\*40。机构该项指标分值得分大于40分的，按40分计算。

**指标说明：**根据《 市卫生健康委关于印发深圳市医疗机构重点监控合理用药药品目录的通知》确定重点监控合理用药范围。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**加强辅助用药临床应用管理是落实深化医药卫生体制改革任务、控制公立医院医疗费用不合理增长的明确要求，也是减轻患者看病就医负担、维护人民健康权益的重要举措。对重点监控（辅助）用药使用情况进行考核，引导医疗机构加强临床用药管理，提升合理用药水平，减轻患者不必要医疗费用支出。

**B23住院院外购药占比（观察指标）**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构让参保人外购药物比例。

**指标分值：**-

**指标算法：**住院院外购药占比=住院院外购药费用金额/住院药品费用金额，定点医疗机构住院院外购药占比指标分值=同级同类机构总体院外购药占比/该机构住院院外购药占比\*30。机构该项指标分值得分大于30分的，按30分计算。该指标分值不纳入积分，仅做核算使用。

**指标说明：**无。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**医院应加强药物储备，保障参保人权益，降低院外购药占比。

**（三）医疗安全**

**B31低风险组病例死亡率**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构医疗安全水平。

**指标分值：**40分。

**指标算法：**低风险组死亡率=低风险病种死亡例数/低风险病种总例数\*100%。根据医疗机构所处区间按四分位从低到高，不同分位依次得分为：40分、30分、20分、10分。

**指标说明：**计算各病种平均死亡率，死亡率低于平均值负一倍标准差的病种为低风险病种。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**医疗质量好坏直接决定基金支出的高低，低风险组死亡率是公认对医疗质量评价较客观的指标。引导机构提升医疗服务质量与安全管理。

**（四）诊疗效果**

**B41门诊复诊率▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构门诊患者同疾病同医疗机构复诊比例。

**指标分值：**40分。

**指标算法：**门诊复诊率=同医疗机构同病种复诊人次/门诊人次，对需规律复查的化疗及专科病种产生的复查数据不纳入核算范围。定点医疗机构门诊复诊率指标分值=同级同类机构总体门诊复诊率/该机构门诊复诊率\*40。机构该项指标分值得分大于40分的，按40分计算。

**指标说明：**门诊人次使用4小时门诊人次计算。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**诊疗效果是基金战略性购买重要考虑因素，同一疾病反复就诊不仅增加基金支出，极大降低参保人就医体验感。

**B42住院15日内再入院率**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构住院患者15日内因同诊断再次入院比例。

**指标分值：**40分。

**指标算法：**住院15日内再入院率=出院15日内再住院患者人次/出院患者总人数。住院15日内再入院率低于同级同类平均值的得满分，每高1个百分点扣5分，扣完为止。

**指标说明：**数据均为已确认的15日内再入院数据。15日内因同诊断非计划性重返住院的病例纳入考核。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**该指标，一方面考核医疗机构诊疗效果，另一方面防范医疗机构为获取结余留用分解住院。

五、基金效率与费用控制相关指标

基金效率与费用控制指标部分350分，共有二级指标4个，分别从医疗资源效率、院内基金效率、医疗费用控制、医疗收入结构四个方面考核，三级指标13个，其中定性1个、定量12个。

**（一）医疗资源效率**

**C11住院门诊比增长率**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构住院人次与门诊人次比值的增长速度。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**住院门诊比=住院人次/同期门诊人次，住院门诊比增长率=考核年度医疗机构住院门诊比/上一年度医疗机构住院门诊比。定点医疗机构住院门诊比增长率指标分值=同级同类机构总体住院门诊比增长率/该机构住院门诊比增长率\*30。机构该项指标分值得分大于30分的，按30分计算。

**指标说明：**对于床位数及下属医疗机构变化的相应对上一年度医疗机构住院门诊比数据进行修正后核算，门诊人次使用4小时门诊人次计算。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**大数据下，住院人次与门诊人次比值将处在一定合理区间范围内，密切监测增幅，引导医疗机构合理收治，减少不必要的住院医疗费用支出。

**C12参保人住院平均床日**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构参保人住院治疗平均床日。

**指标分值：**15分。

**指标算法：**定点医疗机构参保人平均床日=该院参保人住院总床日数÷参保人住院人次，定点医疗机构参保人平均床日指标分值=同级同类机构总体参保人平均床日/该机构参保人平均床日\*15。机构该项指标分值得分大于15分的，按15分计算。

**指标说明：**无。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**住院平均床日是衡量医疗机构医疗效率的重要指标，床位日渐紧张的大背景下，鼓励医疗机构在保证医疗质量前提下，提升诊疗水平，提高效率，降低平均床日时间。

**C13医保医师门诊服务量▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**中优指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构医保医师门诊服务量。

**指标分值：**20分。

**指标算法：**医保医师门诊服务量=门诊人次/该院已备案医保医师数量，以考核年度全市医保医师门诊服务量为最优值，该最优值偏离范围在（含）3%以内为20分，偏离范围在（含）5%以内的得15分，偏离偏离范围在（含）10%以内的得5分，偏离超过10%的不得分。

**指标说明：**医保医师以在我局备案的执业医师为准，门诊人次使用4小时门诊人次计算。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**医保医师是为参保人提供服务的中坚力量，鼓励医保在保证医疗质量前提下，不断提升医疗效率。

**（二）院内基金效率**

**C21建立住院医疗费用医保基金使用年初预算制度**

**指标属性：**定性指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构住院医疗费用医保基金院内预算工作制度。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**可提供数据详实、测算过程清晰、逻辑合理的住院医疗费用医保基金年初预算报告，建立年初有预算、月度有监测、年终有总结的规范机制的得满分，其余情况不得分。

**指标说明：**定点医疗机构上传，同时提供报告生成时间的佐证材料。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确应加强基金总额预算与考核。做好基金总额预算应发挥医保部门与定点机构协同作用。推动医疗机构建立年初有预算、月度有监测、年终有总结的规范机制，既有利于提升管理，又有利于做好费用控制。

**（三）医疗费用控制**

**C31门诊次均费用增长率▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构门诊次均费用增速合理性。

**指标分值：**40分。

**指标算法：**门诊次均费用增长率=当年门诊次均费用/上年门诊次均费用-1，定点医疗机构门诊次均费用增长率指标分值=同级同类机构总体门诊次均费用增长率/该机构门诊次均费用增长率\*40。机构该项指标分值得分大于40分的，按40分计算。

**指标说明：**无。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**费用控制是医疗机构履约行为的重要考量，医保应综合考虑医保定位、基金收支、医疗配置等情况支付，控制医疗费用不合理增长是确保基金可持续运行有效措施。

**C32医疗机构人均药品费用增长率▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构人均药品费用控制情况。

**指标分值：**20分。

**指标算法：**分别按门诊和住院计算本年度人均药品费用与上年度人均药品费用的比值，并减1。根据如下规则确定该项分值：分别按照门诊和住院每项10分计分，增长率为负值或0的，该项得10分；为正值的，与0%相比，每增加1%扣1分，10分扣完为止。最终得分为门诊和住院分别核算分值的总分。

**指标说明：**若为新成立医疗机构以及无法核算该指标的，该项得20分。若医疗机构仅有门诊或住院，则该项分值为单项分值（门诊或住院）乘2。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**通过人均药品费用增长率控制药品费用支出。

**C33门诊检查检验费用占比**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构门诊次均费用中检查检验费用占比情况。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**门诊检查检验费用占比=门诊次均检查检验费用/门诊次均费用，定点医疗机构门诊检查检验费用占比指标分值=同级同类机构总体门诊检查检验费用占比/该机构门诊检查检验费用占比\*30。机构该项指标分值得分大于30分的，按30分计算。

**指标说明：**无。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**随着我市医疗服务价格改革的推进，逐步降低检验检查项目的收费标准，提升体现医护人员劳务价值的服务类项目价格。逐步纠正过渡检验检查的医疗乱象。

**C34住院次均费用增长率**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构住院次均费用增速合理性。

**指标分值：**40分。

**指标算法：**住院次均费用增长率=当年住院次均费用/上年住院次均费用-1，定点医疗机构住院次均费用增长率指标分值=同级同类机构总体住院次均费用增长率/该机构住院次均费用增长率\*40。机构该项指标分值得分大于40分的，按40分计算。

**指标说明：**无。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**费用控制是医疗机构履约行为的重要考量，医保应综合考虑医保定位、基金收支、医疗配置等情况支付，控制医疗费用不合理增长是确保基金可持续运行有效措施。

**C35住院检查检验费占比**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构住院次均费用中检查检验费用占比情况。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**住院检查检验费用占比=住院次均检查检验费用/住院次均费用，定点医疗机构住院检查检验费用占比指标分值=同级同类机构总体住院检查检验费用占比/该机构住院检查检验费用占比\*30。机构该项指标分值得分大于30分的，按30分计算。

**指标说明：**无。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**随着我市医疗服务价格改革的推进，逐步降低检验检查项目的收费标准，提升体现医护人员劳务价值的服务类项目价格。逐步纠正过渡检验检查的医疗乱象。

**C36住院高值耗材占比**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构住院次均费用中高值耗材费用占比情况。

**指标分值：**20分。

**指标算法：**住院高值耗材占比=住院次均高值耗材费用/住院次均费用，定点医疗机构住院高值耗材占比指标分值=同级同类机构总体住院高值耗材占比/该机构住院高值耗材占比\*20。机构该项指标分值得分大于20分的，按20分计算。

**指标说明：**高值耗材数据选取已公布的特殊医用材料。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**逐步降低住院高值耗材费用占比，更多的选取性价比高的耗材替代，有利于提升参保人改革获得感，有利于理顺高值医用耗材价格体系。

**C37低费用人次占比**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构住院患者低费用人次占住院人次比例。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**低费用人次占比=实际费用低于该病种平均费用30%的病例数/住院人次，定点医疗机构低费用人次占比指标分值=同级同类机构总体低费用人次占比/该机构低费用人次占比\*30。机构该项指标分值得分大于30分的，按30分计算。

**指标说明：** 定点医疗机构经市卫健委批复的日间病房收治病例不纳入核算范围。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**防范过多不合理低费用人次的产生，一方面减少医疗机构未达住院标准收住院情形，另一方面避免医疗机构为获得更多结余而刻意缩减医疗服务。

**（四）医疗收入结构**

**C41医疗收入病种结构**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构收治病种结构与机构级别定位相符合程度。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**（1）三级医疗机构该项考核使用常见病种库病例占住院人次比例做衡量：定点医疗机构常见病种库病例占比高于同级机构总体常见病种库病例占比的得30分，低（含）5%以内的的15分，低（含）10%以内的得5分，其他情况不得分；（2）一、二级医疗机构该项考核使用基层病种库病例占住院人次比例做衡量：定点医疗机构基层病种库病例占比高于同级机构总体基层病种库病例占比的得30分，低（含）5%以内的的15分，低（含）10%以内的的5分，其他情况不得分。

**指标说明：**无。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**医疗机构应根据自身等级、类型、定位，合理收治病患，做到急慢分治、轻重分治，助力我市分级诊疗体系的建立，做到医疗收入病种结构与分级诊疗定位相匹配。

**C42医疗服务费用占比▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构医疗服务费用占医疗费用比例。

**指标分值：**15分。

**指标算法：**（1）考核定点医疗机构参保人门诊治疗费占门诊医疗总费用比例，同比上一年度上升的得5分，其他情况不得分；（2）考核定点医疗机构参保人住院治疗费占住院医疗总费用比例，同比上一年度上升的得10分，其他情况不得分。

**指标说明：**无床位医疗机构仅考核门诊，门诊分值调整为15分。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**随着我市医疗服务价格改革的推进，逐步降低检验检查项目的收费标准，提升体现医护人员劳务价值的服务类项目价格。逐步纠正过渡检验检查的医疗乱象。

六、参保人就医体验与获得感相关指标

参保人就医体验与获得感指标部分150，共有二级指标4个，分别从便捷就医、违规违约、患者负担、满意度调查四方面考核，三级指标6个，全部为定量指标。

**（一）便捷就医**

**D11门诊患者预约后平均等待时间**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**门诊患者按预约时间到达医院后至进入诊室前的等候时间。

**指标分值：**15分。

**指标算法：**Σ（进入诊室时间-到达分诊台或通过信息系统报到的时间）/预约挂号总人次。定点医疗机构患者门诊平均等候时间较上一年下降的得15分，其余情况不得分。

**指标说明：**对于市卫健委不掌握数据的医疗机构，可改为横比同级同类机构平均时间的方式进行评分，低于平均时间的满分，其余情况不得分。

**数据来源：**市卫健委、定点医疗机构提供。

**指标意义：**大力推进门诊预约制度，方便参保人的同时，提升医疗机构服务效率，缩减院内服务时间成本。逐步降低预约患者平均等候时间，优化诊疗流程，避免二次排队现象。

**D12退费便捷性▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构退费流程设置便捷程度。

**指标分值：**15分。

**指标算法：**（1）院内设置退费专窗的得5分；（2）互联网医疗机构设置有线上原路返回途径的得5分，未开展互联网诊疗机构不考核此项；（3）院内设置有顺畅、标识清晰、材料明确的补记帐途径的得5分，未开展互联网诊疗机构该项分值为10分。

**指标说明：** 无。

**数据来源：**医保信息系统、定点医疗机构提供

**指标意义：**医院的退费管理是医院财务内部控制的重要组成部分,是加强医疗收费安全的重要方面,理顺退费管理,保障医院的资金安全，提升参保人就医体验。

1. **目录维护**

**D21医保目录维护▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构目录编码配对一致性的情况。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**考核年度内随机抽选若干条常见的、不同机构间存在不一致、投诉举报量大的三目信息条目，核查该条目实际内涵与机构申报内容是否一致。抽检一致的得30分，存在不一致条目的每条扣减10分，扣完为止。

**指标说明：**无。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**健全医保目录动态调整机制，各地区不得自行制定目录或调整限定范围。医疗机构应严格执行医保目录，严禁套码、超范围用药行为，维护基金安全。

**（三）患者负担**

**D31医保患者自付率▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构医保患者自付费用比例。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**医保患者自付率=（门诊自付费用+住院自付费用）/（门诊总金额+住院总费用），定点医疗机构医保患者自付率指标分值=同级同类机构总体医保患者自付率/该机构医保患者自付率\*30。机构该项指标分值得分大于30分的，按30分计算。

**指标说明：**无床位医疗机构公式只计算门诊部分。

**数据来源：**医保信息系统。

**指标意义：**任何改革的落脚点是人民群众，人民群众对改革好坏的直观体验表现在负担费用占比上，随着各项改革的深入，引导医疗机构逐步降低医保患者自付率。

**（四）满意度调查**

**D41每万门诊人次有效投诉例数▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**逆向指标。

**指标定义：**考核定点医疗机构有效投诉占比的情况。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**每万门诊人次有效投诉例数=经核实有效的参保患者投诉例数/门诊人次\*10000，定点医疗机构每万门诊人次有效投诉例数低于全市平均水平的得30分，超过（含）平均值5%以内的得15分，超过（含）平均值10%以内的得5分，其他情况不得分。

**指标说明：**无。

**数据来源：**局信访数据、基金处投诉数据。

**指标意义：**与服务量挂钩的经核实有效投诉的例数，客观反映医疗机构医疗服务的水平。医院积极对待处理医疗投诉具有积极意义,在降低投诉处理难度和成本的同时,也很好的塑造了医院的社会形象。

**D42参保人就医满意度调查▲**

**指标属性：**定量指标。

**指标导向：**正向指标。

**指标定义：**考核参保人对就医机构服务满意情况。

**指标分值：**30分。

**指标算法：**以问卷形式调查。参保人对就诊定点医疗机构服务情况给予评价，并相应量化为分值，具体问卷内容后续制定。

**指标说明：**无。

**数据来源：**官网、短信、城市服务、现场考核。

**指标意义：**通过患者满意度调查，发现各医疗机构问题，为改进工作提供依据，不断提升服务水平，建立以患者为中心的服务理念。

七、病种绩效评价

为实现精细评价，探索病种绩效评价，本方案以各科常见病,多发病为基础,选择有代表性的一些病种。选用常见评价指标以医疗机构为单位横向比较同级同类医疗机构水平，通过数据分析,找出薄弱环节,针对性解决影响病种费用、质量的主要问题,规范医疗行为,促进医疗质量的提高，为基金战略性病种购买提供依据。

2020年选定用于绩效评价的病种分为门诊及住院，无住院床位医疗机构仅考核门诊病种。

住院病种30个，分别是：急诊：急性脑出血（手术治疗）、急性心梗行支架术、急性胰腺炎；内科：高血压、肺栓塞、慢性阻塞性肺病、肾衰竭、糖尿病、系统性红斑狼疮、心衰、肝硬化（非手术治疗）；外科：乳腺恶性肿瘤手术、结直肠恶性肿瘤手术、胃部恶性肿瘤手术、腹腔镜下胆囊切除术、肝恶性肿瘤术、肺部恶性肿瘤手术、食道恶性肿瘤手术、肾恶性肿瘤手术、胸主动脉手术、垂体瘤手术、髋关节置换术、室间隔/房间隔缺损修补术、择期PCI；妇产：子宫下段剖宫产术、宫颈恶性肿瘤手术、重度子痫前期；五官：白内障加人工晶体植入术、玻璃体视网膜手术、慢性鼻窦炎经鼻镜鼻窦开放术。评价维度包括但不限于如下内容：例数、死亡率、平均住院时间、次均费用、分值、结余率等。

门诊病种2个，均为内科病种：高血压、糖尿病。评价维度包括但不限于如下内容：例数、年度内住院频次、次均开药费用、三四级高血压占比、糖尿病并发症占比等。

2020年度病种绩效评价结果暂不纳入分值计算，待评价体系及机制成熟后，逐步纳入分值计算。

|  |
| --- |
| **住院** |
| **分类** | **评价病种** | **数量** |
| 急症急救 | 急性脑出血（手术治疗）、急性心梗行支架术、急性胰腺炎 | 3 |
| 外科 | 乳腺恶性肿瘤手术、结直肠恶性肿瘤手术、胃部恶性肿瘤手术、腹腔镜下胆囊切除术、肝恶性肿瘤术、肺部恶性肿瘤手术、食道恶性肿瘤手术、肾恶性肿瘤手术、胸主动脉手术、垂体瘤手术、髋关节置换术、室间隔/房间隔缺损修补术、择期PCI | 13 |
| 内科 | 高血压、肺栓塞、慢性阻塞性肺病、肾衰竭、糖尿病、系统性红斑狼疮、心衰、肝硬化（非手术治疗） | 8 |
| 妇产 | 子宫下段剖宫产术、宫颈恶性肿瘤手术、重度子痫前期 | 3 |
| 五官 | 白内障加人工晶体植入术、玻璃体视网膜手术、慢性鼻窦炎经鼻镜鼻窦开放术 | 3 |
| **门诊** |
| **分类** | **评价病种** | **数量** |
| 内科 | 高血压、糖尿病 | 2 |