

瓮安县人民政府办公室文件

瓮府办发〔2024〕10号

瓮安县人民政府办公室 关于印发《瓮安县紧密型县域医共体及定点 民营医疗机构基本医疗保险资金总额 付费绩效管理实施方案》的通知

各乡镇人民政府，各街道办事处，县政府各部门、各直属机构，省、州驻瓮企、事业单位：

《瓮安县紧密型县域医共体及定点民营医疗机构基本医疗保险资金总额付费绩效管理实施方案》已经县人民政府同意，现印发给你们，请遵照执行。



瓮安县紧密型县域医共体及定点民营医疗机构基本医疗保险资金总额付费绩效管理实施方案

为贯彻落实《中共贵州省委 贵州省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（黔党发〔2020〕26号）《中共黔南州委 黔南州人民政府印发关于深化医疗保障制度改革的实施方案的通知》（黔南委〔2021〕8号）及《省人民政府办公厅关于深入推进全省紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施意见》（黔府办发〔2023〕20号）精神，进一步落实县域紧密型医共体总额付费改革。结合我县实际，特制定本实施方案。

一、实施范围

县域内定点医疗机构全面实行基本医疗保险资金总额付费绩效管理，基本医疗保险资金包括城镇职工基本医疗保险统筹基金和城乡居民基本医疗保险统筹基金，不包括生育保险基金、大病保险、高额医疗保险、一般诊疗费、医疗救助涉及资金。基本医疗保险资金总额付费绩效管理以县人民医院县域医共体和县中医医院县域医共体为牵头医院两个共体单位实施总额付费，定点民营医疗机构同步纳入至两个县域医共体进行改革。

（一）县人民医院县域医共体成员单位。贵州省瓮安县人民医院、瓮安县妇幼保健院、瓮安县珠藏镇中心卫生院、瓮安县猴场镇中心卫生院、瓮安县银盏镇中心卫生院、瓮安县雍阳街道办

事处社区卫生服务中心、瓮安县玉山镇中心卫生院、瓮安县江界河镇中心卫生院、瓮安县岚关乡中心卫生院及以上中心卫生院（社区卫生服务中心）辖区内的一般卫生院、村（社区）卫生室，瓮安鼓楼医院、瓮安仁爱医院、瓮安青主妇女儿童医院、瓮安康欣医院、瓮安康华医院、瓮安金欧医院、瓮安王维新医院、雍阳街道办事处河滨社区卫生服务站、瓮安县瓮水街道办事处金龙社区卫生服务站、瓮水街道办事处鼓楼社区卫生服务站。

（二）县中医医院县域医共体成员单位。瓮安县中医医院、瓮安县精神病医院、瓮安县瓮水街道办事处社区卫生服务中心、瓮安县中坪镇中心卫生院、瓮安县天文镇中心卫生院、瓮安县平定营镇中心卫生院、瓮安县建中镇中心卫生院、瓮安县永和镇中心卫生院及以上中心卫生院（社区卫生服务中心）辖区内的一般卫生院、村（社区）卫生室，瓮安明康医院、瓮安心康精神病医院、瓮安康尔健医院、瓮安华夏中医医院、瓮安东康医院、瓮安大瑞医院、瓮安袁庆礼中医医院、瓮安县瓮水街道办事处花竹社区卫生服务站、瓮安县瓮水街道办事处中心社区卫生服务站、瓮水街道办事处新庄社区卫生服务站、瓮水街道办事处广场社区卫生服务站。

新纳入医保定点的民营医疗机构根据上年度两个县域医共体结算医保基金总金额占比，纳入占比较低的县域医共体管理。

发生医保统筹资金支出的定点零售药店根据结算医保基金情况研判是否纳入县域医共体进行总额付费。

二、医保资金每月预拨付

（一）每月分配指标

根据上级医疗保障部门医保区域付费方案，每月预拨至本县的医保基金额度。城乡居民医保基金与城镇职工医保基金指标分别核定，其中职工医保需按上年度全县每月生育保险基金结算金额平均值进行扣减。

（二）基金预算分配预警指标

建立县域医共体年度总额指标预算预警机制，以两个县域医共体上年度医保信息系统清算基本医保统筹基金结算费用占比计算预警指标。每月预警指标按以下公式计算：

某个县域医共体每月预警指标 = 上年度该医共体统筹基金结算费用（不含跨统筹地区异地结算费用）占比 × 每月分配指标。

原则上某个县域医共体连续两年统筹基金结算占比出现增长情况，次年将不再进行每月预警指标调整。

（三）每月医保费用预拨付

每月以基金预算分配预警指标为参照基准拨付各共体清算的医保统筹基金费用（城乡居民医保基金与城镇职工医保基金分别拨付）。当月全县清算统筹基金总额小于每月分配指标的，或全县累计结余指标金额能够支付当月清算统筹基金总额的，据实拨付医保费用至医共体内各医疗机构；当月全县清算统筹基金总额大于州每月下拨核定分配指标的且全县累计结余指标金额不够支付县域医共体清算医保费用时，对超预警指标比例最高一个

或两个县域医共体按预警指标金额进行拨付，具体拨付方式如下：

1.未超每月预警指标情况。各紧密型县域医共体月清算统筹基金金额未超月预警指标的，据实拨付清算医保统筹基金费用至该医共体内各医疗机构，其中村（社区）卫生室医保统筹基金费用拨付至辖区中心卫生院（社区卫生服务中心）。

2.超过每月预警指标情况。出现某一个医共体月清算统筹基金金额超月预警指标的，按该医共体预警指标额度拨付医保统筹基金费用。优先保障实行药品“零差率”销售的基层医疗机构正常运行，据实拨付医共体内乡镇（街道）、村（社区）两级定点医疗机构清算医保统筹基金费用至辖区中心卫生院（社区卫生服务中心）。该县域医共体内其他成员单位按照清算统筹基金费用占比分配剩余医保统筹基金。超过每月预警指标的部分暂缓拨付，待年度考核清算。

三、医保资金年度考核清算

根据当年上级医保部门对本县医保资金使用情况及考核结果，由县医保部门对县域医共体医保基金总额付费绩效管理情况进行考核，对本县承担的超资分担资金或结余奖励资金进行分配。通过绩效考核，促进县内医疗机构精细化管理，规范诊疗行为，严格控制医保基金支出不合理增长。

（一）建立县级医共体绩效管理考核机制。根据当年上级医保部门对县级年度考核指标情况，由县医保部门建立医共体以结

果为导向的绩效考核机制。年终对紧密型县域医共体进行考核，按照年度医保费用“结余纳入奖励、合理超支分担”原则，清算结余奖励或超支分担剩余资金。

（二）强化紧密型县域医共体内部考核。当年县级医保部门制定紧密型县域医共体医保资金总额付费考核方案，由县医保部门作指导，医共体牵头医院年终组织开展医共体内部年度考核，合理分配该医共体清算结余奖励或超支分担剩余资金。

（三）考核机制运用。县医保部门根据考核清算结果，将本结余留用奖励或超预警指标暂缓拨付资金一并打包拨付至县域医共体牵头医院，由医共体牵头医院开展内部考核，根据考核结果二次分配给医共体成员单位，医共体内部考核分配结果及时向县医保部门进行备案。

四、医保基金监管

基金监管主要由医保部门和县域医共体牵头单位共同实施，采取医保智能监控系统监管、随机抽查审核、重点监管等相结合的方式进行。具体工作监管形式如下：

（一）医保部门综合监管。由医保部门组织人员或协调相关部门人员参与组织实施。

1.医保智能监控系统监管：县医保部门要通过智能监控系统对各定点医疗机构申报的医疗费用进行100%全覆盖审核经查实的违规费用，全额直接扣减进入基金池。

2.常态化监管：一是每季度末定期检查县域医共体牵头单位

对其下属成员单位开展绩效管理监管的工作情况；二是对县域医共体成员单位和定点民营医疗机构每年开展不少于 4 次的专项检查，通过大数据分析对发现异常的定点医疗机构进行现场检查；三是建立部门协同监管机制，统筹协调公安、卫健、市场监管等部门推行联合检查、联合惩戒，实现基金监管全链条无缝衔接；四是按照省、州基金监管要求，对反馈的问题数据、专项稽核、专项检查、DIP 支付方式改革等及时回应。

（二）县域医共体成员单位行业自律监管。由县域医共体牵头单位抽调医共体内各定点医疗机构人员组成基金审核小组实施。基金审核小组每月或每季度对各定点医疗机构发生的住院和门诊费用实行“随机抽查”审核，基金审核小组按规定抽取需实际审核的病历、处方，医共体内住院病历抽取数量为 10%（智能审核初审通过、其他检查已核查的病例除外），所抽病历处方和抽审结果须登记造册备查，经医疗机构签字盖章认可，作为核减依据；县医保局不定期对基金审核小组抽查审核的病历或门诊处方进行抽查复审，全年抽查复审住院病历抽审数量不低于 5%。

（三）违约违法行为处理。违约行为按当年度适用医疗保障定点服务协议执行；涉及医保领域欺诈骗保行为，由医保部门严格按照《医保基金监督管理使用条例》等法律条款依法处理。

五、基金管理机制

（一）建立基金运行预警机制。县医保部门要建立医保基金运行分析制度，按月、季、半年、年度进行预警分析并通报，及

时掌握参保病人和医保资金流向。每季度将基金运行分析情况及时公布，对超支明显的定点医疗机构进行约谈，确保医保基金安全、健康、有效运行。

（二）严格执行分级诊疗制度。各级定点医疗机构要严格落实分级诊疗和双向转诊制度，实行上下联动、医疗资源共享。在卫健、医保等部门的指导下，由牵头医院发挥医共体龙头带动作用，通过建立临床路径，推动成员单位与牵头医院用药目录衔接统一、实现处方有序流动。

（三）完善监督管理机制。县医保部门要建立严格的医保基金监督管理机制，加强对各定点医疗机构医疗服务行为的日常管理和督查，规范参保患者就医和定点医疗机构诊疗行为，保证医疗服务质量。严禁以任何理由推诿、拒收患者，严禁因控费不力将年度绩效管理超额部分医疗费用让参保病人自费承担。凡是发现涉及欺诈骗保行为的，要从快从严打击整治。

（四）落实医保信息公开机制。推进医疗保障领域的信用体系建设，县医保部门应切实做好县域内定点医疗机构信用管理工作，定期公开信用评价结果；严格组织开展定点医疗机构协议管理考核，考核结果作为是否续签协议、定点退出、医保监管等级依据，及时做好公示；组织各定点医疗机构对使用医保资金情况进行信息披露，接受社会监督，促进行业规范和自我约束。

六、其他

（一）政策调整因素。在改革工作过程中，如遇国家、省、

州相关政策调整，本考核实施方案相应政策随之予以调整。

（二）考核方案制定。每年紧密型县域医共体医保资金总额付费考核方案由县医保部门制定，2024年考核方案按附件执行。

（三）政策交替衔接。本方案自印发之日起执行，本方案相关政策与已印发的县级其他方案相冲突的以本方案为准。

附件：瓮安县2024年度紧密型县域医共体医保资金总额
付费考核方案

附件

瓮安县2024年度紧密型县域医共体医保资金 总额付费考核方案

根据《中共瓮安县委办公室 瓮安县人民政府办公室关于印发〈瓮安县紧密型县域医共体及定点民营医疗机构基本医疗保险资金总额付费绩效管理实施方案〉的通知》（瓮委办字〔2024〕XX号）文件精神，为进一步规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长、确保医保基金高效合理使用，充分发挥医保在医改中的基础性作用，基于紧密型县域医共体总额付费改革，建立基金使用绩效评价与考核机制。结合我县实际情况，特制定本考核方案。

一、考核原则

考核工作遵循“结余留用、合理超支分担”原则。坚持从严考核、精准考核、量化考核；坚持结果导向、问题导向、目标导向。

二、考核目的

健全医保对医疗行为的激励约束机制，提高医保基金使用效率，增强人民群众就医可及性。优化医疗卫生资源配置，加快提升基层医疗卫生服务能力，推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度，构建有序就医新秩序。

三、考核对象

(一)县人民医院县域医共体成员单位。贵州省瓮安县人民医院(牵头医院)、瓮安县妇幼保健院、瓮安县珠藏镇中心卫生院、瓮安县猴场镇中心卫生院、瓮安县银盏镇中心卫生院、瓮安县雍阳街道办事处社区卫生服务中心、瓮安县玉山镇中心卫生院、瓮安县江界河镇中心卫生院、瓮安县岚关乡中心卫生院及以上中心卫生院(社区卫生服务中心)辖区内的一般卫生院、村(社区)卫生室,瓮安鼓楼医院、瓮安仁爱医院、瓮安青主妇女儿童医院、瓮安康欣医院、瓮安康华医院、瓮安金欧医院、瓮安王维新医院、雍阳街道办事处河滨社区卫生服务站、瓮安县瓮水街道办事处金龙社区卫生服务站、瓮水街道办事处鼓楼社区卫生服务站。

(二)县中医医院县域医共体成员单位。瓮安县中医医院(牵头医院)、瓮安县精神病医院、瓮安县瓮水街道办事处社区卫生服务中心、瓮安县中坪镇中心卫生院、瓮安县天文镇中心卫生院、瓮安县平定营镇中心卫生院、瓮安县建中镇中心卫生院、瓮安县永和镇中心卫生院及以上中心卫生院(社区卫生服务中心)辖区内的一般卫生院、村(社区)卫生室,瓮安明康医院、瓮安心康精神病医院、瓮安康尔健医院、瓮安华夏中医医院、瓮安东康医院、瓮安大瑞医院、瓮安袁庆礼中医医院、瓮安县瓮水街道办事处花竹社区卫生服务站、瓮安县瓮水街道办事处中心社区卫生服

务站、瓮水街道办事处新庄社区卫生服务站、瓮水街道办事处广场社区卫生服务站。

四、组织领导

成立考核工作领导小组，负责紧密型县域医共体医保总额付费的考核工作。

- 组 长：邱定菊 县医疗保障局党组书记、局长
副组长：黄 山 县医疗保障局党组成员、副局长
刘 鹏 县医疗保障局副局长
曾庆尧 县医疗保障局党组成员、县医疗保险服务中心主任
- 成 员：谢永宏 县医疗保障局综合科负责人
卢道进 县医疗保障局业务科负责人
骆 柳 县医疗保障局基金财务科负责人
万 云 县医疗保障数据监测中心主任
赵万会 县医疗保险服务中心综合保障科科长
陈小维 县医疗保险服务中心医疗保险服务科负责人

领导小组下设办公室在业务科，刘鹏同志任办公室主任，主要负责组织考核工作，卢道进同志任办公室副主任，负责具体考核工作，考核完成后将结果上报领导小组。

五、每月分配指标

上级医疗保障部门根据医保区域付费方案，每月预拨至本县

的医保基金额度。城乡居民医保每月分配额度为 2607 万元；城镇职工医保上级分配指标为 430 万元，其中预留 50 万元用于生育保险和零星报销支出，实际每月分配额度为 380 万元。

六、基金预算分配预警指标

某个县域医共体每月预警指标 = 上年度该医共体统筹基金结算费用（不含跨统筹地区异地结算费用）占比 × 每月分配指标。

（一）城乡居民医保

2024 年度城乡居民医保月预警指标额度

序号	医共体单位	上年度结算资金总额（万元）	上年医共体基金使用占比	州每月下拨核定分配指标（万元）	月预警指标（万元）
1	县医院医共体	16864.87	51.26%	2607	1336
2	县中医医院医共体	16034.37	48.74%		1271

（二）城镇职工医保

2024 年度城镇职工基本医疗保险月预警指标额度

序号	医共体单位	上年度结算资金总额（万元）	各医共体支出占全年占比	州每月下拨核定分配指标（万元）	月预警指标（万元）
1	县医院医共体	2108.21	48.81%	380	185
2	县中医医院医共体	2210.77	51.19%		195

七、每月预拨付

每月以基金预算分配预警指标为参照基准拨付各共体清算的医保统筹基金费用（城乡居民医保基金与城镇职工医保基金分

别拨付)。当月全县清算统筹基金总额小于每月分配指标的，或全县累计结余指标金额能够支付当月清算统筹基金总额的，据实拨付医保费用至医共体内各医疗机构；当月全县清算统筹基金总额大于州每月下拨核定分配指标的且全县累计结余指标金额不够支付县域医共体清算医保费用时，对超预警指标比例最高一个或两个县域医共体按预警指标金额进行拨付，具体拨付方式如下：

（一）未超每月预警指标情况。各紧密型县域医共体月清算统筹基金金额未超月预警指标的，据实拨付清算医保统筹基金费用至该医共体内各医疗机构，其中村（社区）卫生室医保统筹基金费用拨付至辖区中心卫生院（社区卫生服务中心）。

（二）超过每月预警指标情况。出现某一个医共体月清算统筹基金金额超月预警指标的，按该医共体预警指标额度拨付医保统筹基金费用。优先保障实行药品“零差率”销售的基层医疗机构正常运行，据实拨付医共体内乡镇（街道）、村（社区）两级定点医疗机构清算医保统筹基金费用至辖区中心卫生院（社区卫生服务中心）。该县域医共体内其他成员单位按照清算统筹基金费用占比分配剩余医保统筹基金。超过每月预警指标的部分暂缓拨付，待年度考核清算。

八、年终考核清算

（一）考核内容和方式

1.县级考核: 在次年年初,由县医保局按照《2024年度瓮安县紧密型县域医共体医保总额付费考核评分表》,对县人民医院县域医共体、县中医医院县域医共体开展年度考核。重点考核紧密型县域医共体的满意度、有序就医新格局、医疗服务能力、医疗卫生资源利用、医保基金监管、医保基金使用效能等。主要采取实地查阅资料、调取系统数据及随访等方式,由考核工作领导小组办公室对县人民医院县域医共体、县中医医院县域医共体进行考核评分。

2.医共体内部考核: 在次年年初,由县医保局指导,由医共体牵头医院成立由牵头医院、成员单位、县医保局相关人员组成的考核小组,按照《2024年度紧密型县域医共体成员单位医保总额付费考核评分表(二级及以上定点医疗机构)》《2024年度紧密型县域医共体成员单位医保总额付费考核评分表(一级定点医疗机构)》《2024年度紧密型县域医共体成员单位医保总额付费考核评分表(一级以下医疗机构)》开展对县域医共体成员单位年度考核。考核结果征求医共体成员单位同意后,向考核工作领导小组进行备案。

医共体内牵头医院和精神病专科医院的考核成绩以紧密型县域医共体医保总额付费考核评分为准,不再进行单独考核;一般乡镇卫生院、村(社区)卫生室的考核成绩以所在乡镇中心卫生院(社区卫生服务中心)考核评分为准,不再进行单独考核。

（二）结果运用

考核结果应用于医共体及医共体成员单位本年承担超支资金或结余留用资金分配，年终考核清算完成后的结余留用奖励或超预警指标暂缓拨付资金，县医保局对县域医共体考核清算后，一并打包拨付至县域医共体牵头医院，由医共体牵头医院开展内部考核，根据考核结果二次分配给医共体成员单位，考核分配结果及时向考核工作领导小组进行备案。城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险分别单独考核清算。

1. 医共体年终清算

年终考核清算完成后的结余留用奖励或超预警指标暂缓拨付资金，县医保局对县域医共体考核清算后，一并打包拨付至县域医共体牵头医院，由医共体牵头医院开展内部考核，根据考核结果二次分配给医共体成员单位，考核分配结果及时向考核工作领导小组进行备案。

（1）超支资金分担

本县承担超支资金情况具体由黔南州医疗保障局年度考核清算结果确定。瓮安县承担超支资金= $(\text{实际发生数}-\text{可支配基金}) \times \text{县域内使用资金}/\text{实际发生数}$ 。

按照“合理超支分担”原则，根据当年两个县域医共体医保统筹资金实际使用金额占比进行全县超支分担资金的预分配，考核得分为100分及以上的不承担超支分担资金；考核得分低于

100 分以下的，每降低 1 分按照该医共体预分配额度的 2% 先行承担超支资金，剩余超支资金再按医共体当年使用统筹资金占比再进行分担。

(2) 结余资金分配

本县结余留用资金情况具体由黔南州医疗保障局年度考核清算结果确定。瓮安县结余留用资金=(可支配基金-实际发生数)×县域内使用资金/实际发生数。按照“结余留用”原则，根据两个医共体考核得分之比，分配本县结余留用资金。

2. 医共体成员单位年终清算

(1) 超支资金分担

由医共体牵头医院按照该医共体成员单位使用医保统筹资金占比进行超支分担资金预分配，考核得分为 100 分及以上的不承担超支分担资金；考核得分每降低 1 分，该成员单位按照分配额度的 2% 先行承担超支资金，剩余超支分担金额按照成员单位使用医保统筹资金占比再分配。属于医共体内实行药品“零差率”销售的基层医疗机构，如乡镇（街道）、村（社区）两级定点医疗机构的超支分担资金由医共体进行承担。

(2) 结余资金分配

由医共体牵头医院按照该医共体成员单位使用医保统筹资金占比进行结余资金预分配，考核得分每降低 1 分，该成员单位预分配额度减少 2%，剩余结余资金按照成员单位使用医保统筹

资金占比再分配。属于医共体内实行药品“零差率”销售的基层医疗机构，如乡镇（街道）、村（社区）两级定点医疗机构的结余留用资金按医共体内医疗机构使用统筹资金占比分配给医共体其他成员单位。

九、其他

在本方案执行过程中，如国家、省、州相关政策及考核指标调整发生重大变化，本考核方案相应政策及考核指标随之予以调整。

- 附件：1. 《2024年度瓮安县紧密型县域医共体医保总额付费考核评分表》
2. 《2024年度紧密型县域医共体成员单位医保总额付费考核评分表（二级及以上定点医疗机构）》
3. 《2024年度紧密型县域医共体成员单位医保总额付费考核评分表（一级定点医疗机构）》
4. 《2024年度紧密型县域医共体成员单位医保总额付费考核评分表（一级以下医疗机构）》

附件 1

2024 年度瓮安县紧密型县域医共体医保总额付费考核评分表

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
1	(一) 满意度 (5 分)	参保患者满意度 (%)	参保患者满意度 $\geq 95\%$ 得 5 分, 每下降 1 个百分点减 1 分, 减完为止。	随机通过实地、电话等形式, 调查县域内医共体牵头医院参保就医患者 50 人。参保患者满意度=评价满意的参保患者人数/接受调查参保患者总人数 $\times 100\%$	5			
2		县域内医共体职工 (居民) 医保住院人次占比增幅 (%)	年度医共体内住院人次增幅与县域外住院人次增幅比较, 高于或等于得 5 分, 低于减分, 每降低 0.1 个百分点减 0.25 分, 减完为止。	住院人次增幅为本年度与上年度同比, 按完成情况评分。	5			
3	(二) 有序就医新格局 (20 分)	县域内基层卫生医疗机构职工 (居民) 医保门 (急) 诊人次占比 (%)	年度医共体内基层卫生医疗机构职工 (居民) 医保门 (急) 诊人次占比高于或等于上年度水平得 5 分; 低于减分, 每低 0.1 个百分点减 0.25 分, 减完为止。	年度医共体内基层卫生医疗机构城乡居民医保门 (急) 诊人次占比=年度医共体内基层卫生医疗机构城乡居民医保门 (急) 诊人次/年度县域内医疗卫生机构城乡居民医保门 (急) 诊总人次 $\times 100\%$ 。基层卫生医疗机构是指: 乡镇卫生院、社区卫生服务中心 (站)、村卫生室。门 (急) 诊人次按三同人次 (同一患者、同一医疗机构、同一天) 计算。 统计口径: 通过医保系统查询结算数据。	5			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
4	(二) 有序就医新格局 (20分)	医保码结算使用率 (%)	考核标准: 各医共体内医疗机构医保码结算率高于或等于全州平均值值得 10 分。低于平均值减分, 每低 0.1 个百分点减 0.25 分, 减完为止。统计口径为: 医共体内医疗机构总结算量及医保码结算量 (具体口径以州级考核为准)。	医保码结算率=医共体医疗机构产生的凭证结算量/总结算量×100%。	10			
5	(三) 医疗服务能力和医疗卫生资源利用 (45分)	牵头医疗机构医务性收入占比 (%)	年度医共体牵头医疗机构医务性收入占比高于或等于上年度水平得 10 分; 低于减分, 每降低 0.1 个百分点减 0.5 分, 减完为止。	牵头医疗机构医务性收入占比=牵头医疗机构 (医疗收入 - 药品、耗材、检查检验收入) / 牵头医疗机构总医疗收入×100%。	10			
6		牵头医疗机构 CMI 值	DIP 改革下, 年度医共体牵头医院 CMI 值与全州各县市牵头医疗机构平均值比较, 高于或等于平均值值得 10 分。低于平均值减分, CMI 值较平均值每低 1 分扣减考评分 0.5 分, 减完为止。	CMI 值=DIP 入组总分值/入组病例数。	10			
7		牵头医疗机构 DIP 每指数单价	DIP 改革下, 医共体牵头医疗机构每指数单价与全州各县市牵头医疗机构平均值比较, 低于或等于平均值得 15 分, 较平均值每高 0.01 元/分减 1 分, 减完为止。	DIP 每指数单价=DIP 入组病例总费用 / DIP 入组总分值。	15			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
8	(三) 医疗服务能力和医疗卫生资源利用 (45分)	落实药品、耗材集中带量采购政策。	医共体牵头医院及成员单位全部完成集采任务得10分。未完成集采任务的, 每个品规减2分, 减完为止。	按州级考核情况评分。	10			
9	(四) 医保基金监管(5分)	医共体内部监督基金检查情况。	医共体建立内部监管机制得2分, 开展医保基金监管, 主动上缴不规范诊疗行为、不规范收费行为等涉及的违规资金每次得1分, 最高得5分。	按完成情况评分。	5			
10	(五) 医保基金使用效能 (20分)	职工(居民)医保住院费用实际报销比(%)	牵头医疗机构与上年度比较, 高于或等于上年度水平得10分。低于减分, 每降低0.1个百分点减0.25分, 减完为止。	住院费用实际报销比(含大病、大额)(%)=参保人员住院实际报销总额/参保人员住院费用总额×100%。	10			
11		临床路径管理	建立有效临床路径目录, 并于8月1日前向医保局备案的得1分; 入径率达到70%得2分, 出径率达到50%得2分, 出入径率每降低0.1个百分点, 减0.1分, 减完5分为止。	按完成情况评分。	5			
12		职工(居民)医保参保人员年住院率(%)	年度医共体内职工(居民)医保参保人员年住院率低于或等于上年度水平得10分, 高于减分, 每增加0.1个百分点减0.20分, 减完为止。	年度医共体内参保人员年住院率=年度医共体内参保人员年住院总人次/年度参保人数×100%。	10			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
加分项	(六) 医疗服务能力提升 (5分)	牵头医疗机构等级、国家级、省级重点专/学科建设情况。	县域医共体牵头医疗机构有一家及以上达到三级医疗机构的，加2分；医共体内医疗机构年度内获得一个国家级重点专/学科加2分，获得一个省级重点专/学科加1分。最高加5分； 乡镇卫生院（社区卫生服务中心）考核年度内重点学科/专科通过验收，获一个国家级重点学科/专科得2分、获一个省级重点学科/专科得2分，获得一个州级重点学科/专科得1分，最高加5分。	提供证明材料、当年度获得重点专/学科并验收合格的证明材料得分。	5			
评分合计								

医共体牵头医院负责人：

经办机构检查人员：

审核人：

备注：1、考核评分满分100分，加分项为5分。2、此考核评分表按城乡居民、城镇职工分别考核，指标及考核内容相同。

附件 2

2024 年度瓮安县紧密型县域医共体医保总额付费考核评分表 (二级及以上定点医疗机构)

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
1	(一) 满意度 (5 分)	参保患者满意度 (%)	参保患者满意度 $\geq 95\%$ 得 5 分, 每下降 1 个百分点减 1 分, 减完为止。	随机通过实地、电话等形式, 调查参保就医患者 50 人。参保患者满意度=评价满意的参保患者人数/接受调查参保患者总人数 $\times 100\%$	5			
2	(二) 就医新格局 (10 分)	医保电子凭证结算使用率 (%)	考核标准: 医保电子凭证结算率与全州平均值比较, 高于或等于平均值得 10 分。低于平均值减分, 每低 0.1 个百分点减 0.25 分, 减完为止。	医保电子凭证结算率=县(市)辖区内一级以上医疗机构产生的凭证结算量/总结算量 $\times 100\%$ 。数据由州医保局提供。	10			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
3	(三) 医疗服务能力和医疗卫生资源利用 (60分)	医务性收入占比 (%)	年度医务性收入较全县二级及以上医疗机构均值比较 (精神病医院除外), 等于或高于得 10 分, 每低 0.1 个百分点减 0.2 分, 减完为止。或较上年增加, 每增加 0.1 个百分点得 0.5 分。该指标最高得 10 分。	医务性收入占比 = (医疗收入 - 药品、耗材、检查检验收入) / 总医疗收入 × 100%。	10			
4		CMI 值	DIP 改革下, 年度 CMI 值与全州 DIP 同类医疗机构均值比较, 高于或等于得 10 分, CMI 值每低 1 分扣考评分 0.5 分, 减完为止。	CMI 值 = DIP 入组总分值 / 入组病例数。	10			
5		DIP 每指数单价	DIP 改革下, 年度医疗机构每指数单价与全州 DIP 同类医疗机构均值比较, 低于或等于得 10 分, 每高 0.01 元/分减 1 分, 减完为止。	DIP 每指数单价 = DIP 入组病例总费用 / DIP 入组总分值。	15			
6		DIP 低标住院例数	DIP 改革下, 年度医疗机构低标住院病例发生率, 小于或等于全州同类医疗机构平均数得 15 分, 每高 0.1 个百分点减 0.4 分, 减完为止。	低标住院为 DIP 规则下所规定的相关编码病例。低标住院病例发生率占比 = 低标住院病例 / DIP 实际付费病例数。	20			
7		DIP 不规范数据	DIP 改革下, 未出现不规范数据得 5 分, 年度医疗机构不规范数据发生 1 条, 减 1 分, 减完为止。	以年度 DIP 清算分析报告数据为准。	5			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
9	(四) 医保基金监管(10分)	医保基金日常监管	积极配合县医保局开展医保基金监管工作得5分。同时,被各级医保部门检查违规使用违规资金超1万元以上扣分,每1万元减1分;被医保部门行政处罚一次扣2分;被群众投诉违规使用医保基金被查实,一次扣2分;发现未有效核验就医人员参保凭证,一例扣2分;减完为止。	按完成情况评分。	5			
10		智能审核及病例抽查复审情况。	根据智能审核和病历抽审复查发现违规金额与全县同级别医院均值比较,低于或等于得5分,高于每个百分点减0.1分,减完为止。	按完成情况评分。	5			
11	(五) 医保基金使用效能(15分)	住院费用实际报销比(%)	与全县二级及以上医疗机构住院费用实际报销均值比较,高于或等于得10分。低于减分,每低0.1个百分点减0.5分,减完为止。	住院费用实际报销比(含大病、大额)% = 参保人员住院实际报销总额 / 参保人员住院费用总额 × 100%。	10			
12		参保人员住院人次人头比	与上年度比较,低于或等于上年度得5分。高于上年度减分,每增加0.1个百分点减0.25分,减完为止。	参保人员住院人次人头比 = 参保人员住院人次 / 住院人数	5			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
加分项	(六) 行业自律监管 (5分)	医疗机构自查自纠金额	年度内开展医保基金自查自纠, 主动上缴不规范诊疗行为、不规范收费行为等涉及的违规资金, 每4万元加1分, 最高加5分。	按完成情况加分。	5			
评分合计								

医共体牵头医院负责人:

经办机构检查人员:

审核人:

备注: 1.考核评分满分 100 分, 加分项为 10 分。

2.此考核评分表按城乡居民、城镇职工分别考核, 指标及考核内容相同。

3.精神病医院以所在医共体考核分值为准。4、医共体牵头医院以紧密型县域医共体医保总额付费考核分值为准

附件 3

2024 年度紧密型县域医共体成员单位医保总额付费考核评分表 (一级定点医疗机构)

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
1	(一) 满意度 (5分)	参保患者满意度 (%)	参保患者满意度 $\geq 95\%$ 得 5 分, 每下降 1 个百分点减 1 分, 减完为止。	随机通过实地、电话等形式, 调查参保就医患者 50 人。参保患者满意度=评价满意的参保患者人数/接受调查参保患者总人数 $\times 100\%$	5			
2	(二) 就医新格局 (10分)	医保电子凭证结算使用率 (%)	考核标准: 医保电子凭证结算率与全州平均值比较, 高于或等于平均值得 10 分。低于平均值减分, 每低 0.1 个百分点减 0.25 分, 减完为止。	医保电子凭证结算率统计口径以全州医保信息化、标准化要求统计口径为准。	10			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
3	(三) 医疗服务能力和医疗卫生资源利用 (60分)	医务性收入占比 (%)	年度医务性收入与全县一级及以上医疗机构均值比较, 等于或者高于得 10 分, 每低 0.1 个百分点减 0.2 分, 减完为止。或较上年增加, 每增加 0.1 个百分点得 0.5 分。该指标最高得 10 分。	医务性收入占比=(医疗收入-药品、耗材、检查检验收入)/总医疗收入×100%。	10			
4		CMI 值	DIP 改革下, 年度 CMI 值与全州 DIP 同类医疗机构均值比较, 高于或等于得 10 分, CMI 值每低 1 分扣考评分 0.5 分, 减完为止。	CMI 值=DIP 入组总分值/入组病例数。	10			
5		DIP 每指数单价	DIP 改革下, 年度医疗机构每指数单价与全州 DIP 同类医疗机构均值比较, 低于或等于得 10 分, 每高 0.01 元/分减 1 分, 减完为止。	DIP 每指数单价=DIP 入组病例总费用/DIP 入组总分值。	15			
6		DIP 低标住院例数	DIP 改革下, 年度医疗机构低标住院病例发生率, 小于或等于全州同类医疗机构平均数得 15 分, 每高 0.1 个百分点减 0.4 分, 减完为止。	低标住院为 DIP 规则下所规定的相关编码病例。低标住院病例发生率占比=低标住院病例/DIP 实际付费病例数。	20			
7		DIP 不规范数据	DIP 改革下, 未出现不规范数据得 5 分, 年度医疗机构不规范数据发生 1 条, 减 1 分, 减完为止。	以年度 DIP 清算分析报告数据为准。	5			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
8	(四) 医保基金监管 (10分)	医保基金日常监管	积极配合县医保局开展医保基金监管工作得5分。同时被各级医保部门检查违规使用违规资金超3000元以上扣分,每3000元减1分;被行政处罚一次扣2分;被群众投诉违规使用医保基金被查实,一次扣2分;发现未有效核验就医人员参保凭证,一例扣2分;减完为止。	按完成情况评分。	5			
9		智能审核及病例抽查复审情况。	根据智能审核和病历抽审复查发现违规金额与全县同级别医院均值比较,低于或等于得5分,高于每个百分点减0.1分,减完为止。	按完成情况评分。	5			
10	(五) 医保基金使用效能 (15分)	住院费用实际报销比(%)	与全县一级医疗机构住院费用实际报销比均值比较,高于或等于得10分。低于减分,每低0.1个百分点减0.5分,减完为止。	住院费用实际报销比(含大病、大额)% = 参保人员住院实际报销总额 / 参保人员住院费用总额 × 100%。	10			
11		参保人员住院人次人头比	与上年度比较,低于或等于上年度得5分。高于上年度减分,每增加0.1个百分点减0.25分,减完为止。	参保人员住院人次人头比 = 参保人员住院人次 / 住院人数	5			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
加分项	(六)行业自律监管(5分)	医疗机构自查自纠金额	年度内开展医保基金自查自纠,主动上缴不规范诊疗行为、不规范收费行为等涉及的违规资金,每2万元加1分,最高加5分。	按完成情况加分。	5			
评分合计								

医院负责人:

经办机构检查人员:

审核人:

备注: 1.考核评分满分100分,加分项为10分。

2.此考核评分表按城乡居民、城镇职工分别考核,指标及考核内容相同。

附件 4

2024 年度紧密型县域医共体成员单位医保总额付费考核评分表 (一级以下医疗机构)

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
1	(一) 满意度 (5分)	参保患者满意度 (%)	参保患者满意度 $\geq 95\%$ 得 5 分, 每下降 1 个百分点减 1 分, 减完为止。	随机通过实地、电话等形式, 调查参保就医患者 50 人。参保患者满意度=评价满意的参保患者人数/接受调查参保患者总人数 $\times 100\%$	5			
2	(二) 就医新格局 (10分)	医保电子凭证结算使用率 (%)	考核标准: 医保电子凭证结算率与全州平均值比较, 高于或等于平均值得 10 分。低于平均值减分, 每低 0.1 个百分点减 0.25 分, 减完为止。	医保电子凭证结算率=县(市)辖区内一级以上医疗机构产生的凭证结算量/总结算量 $\times 100\%$ 。数据由州医保局提供。	10			
3	(三) 医疗服务能力和医疗卫生资源利用 (10分)	医务性收入占比 (%)	年度医务性收入高于或者等于上年度占比得 10 分, 每减少 0.1 个百分点减 0.5 分。该指标最高减 10 分。	医务性收入占比=(医疗收入-药品、耗材、检查检验收入)/总医疗收入 $\times 100\%$ 。	10			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
4	(四) 医保基金监管 (25分)	医保基金日常监管	积极配合县医保局开展医保基金监管工作得10分。同时被各级医保部门检查违规使用违规资金超3000元以上扣分,每3000元减1分;被行政处罚一次扣2分;被群众投诉违规使用医保基金被查实,一次扣2分;发现未有效核验就医人员参保凭证,一例扣2分;减完为止。	按完成情况评分。	10			
5		医保基金智能审核	根据智能审核发现违规金额与全县同级别医院均值比较,低于或等于得5分,高于每个百分点减0.1分,减完为止。	按完成情况评分。	5			
6		医保基金专项检查	在年度医保基金专项检查过程中,年度累计违规费用金额每1000元扣减1分,扣完为止。	按完成情况评分。	10			
7	(五) 医保基金使用效能 (50分)	门诊费用实际报销比(%)	与全县未定级医疗机构门诊费用实际报销比与全县同级别均值比较,高于或等于得10分。低于减分,每低0.1个百分点减0.5分,减完为止。	实际报销比(含大病、大额)%=参保人员住院实际报销总额/参保人员住院费用总额×100%。	10			
8		门诊服务量	与上年度比较,高于或等于上年度得10分。低于上年度减分,每低0.1个百分点减0.25分,减完为止。	门诊服务量以年度内门诊人次计算。统计口径:通过医保系统查询结算数据。	10			

序号	一级指标	二级指标	考核标准和计分	考核办法和指标说明	分值	打分依据	考核得分	
							城乡居民医保	城镇职工医保
9		医保资金使用效率	年度使用医保基金增幅低于或等于上年水平得 20 分，每增加 0.1 个百分点减 0.4 分。	按完成情况评分。统计口径：通过医保系统查询结算数据。	20			
10		慢病服务能力	针对门诊慢特病、城乡两病（高血压、糖尿病）患者提供相应医保服务，就诊人次比去年同期增加每 0.1 百分点得 0.1 分，最高得 10 分。	特殊门诊按三同人次（同一患者、同一医疗机构、同一天）计算。统计口径：通过医保系统查询结算数据。	10			
加分项	（六）行业自律监管（5 分）	医疗机构自查自纠金额	年度内开展医保基金自查自纠，主动上缴不规范诊疗行为、不规范收费行为等涉及的违规资金，每 1 万元加 1 分，最高加 5 分。	按完成情况加分。	5			

医院负责人：

经办机构检查人员：

审核人：

- 备注：1. 考核评分满分 100 分，加分项为 5 分。
 2. 此考核评分表按城乡居民、城镇职工分别考核，指标及考核内容相同。
 3. 一般乡镇卫生院、村（社区）卫生室以所在乡镇卫生院得分计算。

瓮安县人民政府办公室

2024年7月18日印

共印80份