

临医保联发〔2020〕46号

---

**关于印发临沧市县域医共体城乡居民  
基本医疗保险打包付费考核  
实施方案（试行）的通知**

各县、自治县、区医疗保障局、财政局、卫生健康局、人力资源和社会保障局、市场监督管理局：

现将《临沧市县域医共体城乡居民基本医疗保险打包付费考

核实施方案（试行）》印发你们，请认真抓好贯彻落实。

临沧市医疗保障局

临沧市财政局

临沧市卫生健康委员会

临沧市人力资源和社会保障局

临沧市市场监督管理局

2020年11月4日

（此件公开发布）

# 临沧市县域医共体城乡居民基本医疗保险 打包付费考核实施方案（试行）

为深入贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府以及市委、市政府深化支付方式改革决策部署和《云南省医疗保障局 云南省财政厅 云南省卫生健康委员会 云南省人力资源和社会保障厅关于印发县域内城乡居民医疗保障资金打包付费考核实施方案的通知》（云医保〔2019〕179号）、《中共临沧市委办公室 临沧市人民政府办公室关于印发〈临沧市全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设实施方案〉的通知》（临办通〔2019〕72号）、《临沧市医疗保障局 临沧市财政局 临沧市卫生健康委员会 临沧市人力资源和社会保障局 临沧市市场监督管理局关于印发临沧市开展县域内城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革实施方案（试行）的通知》（临医保联发〔2020〕6号）精神，建立健全县域医共体城乡居民基本医疗保险打包付费考核激励约束机制，发挥医保基金杠杆作用，调动各方共同推进改革的积极性，促进医疗资源合理配置和高效利用，确保医保基金安全可持续运行，增强参保群众医疗保障获得感，结合实际，制定本方案。

## 一、总体要求

### （一）工作目标

坚持以人民为中心的思想，通过建立促进优质医疗资源上下贯通的考核和激励机制，充分调动各级各类医疗卫生机构积极参与医共体建设，引导医共体建立、完善费用控制体系，规范医疗保障资金运行管理和医疗卫生机构诊疗行为，有效控制医疗费用不合理增长，提升基层医疗卫生机构服务能力和县域医疗卫生服务整体效益，实现“保基本、强基层、建机制”和“维护公益性、调动积极性、保障可持续性”的改革目标。到 2020 年底，促进医共体内各级医疗卫生机构权责更加清晰，内部管理更加规范，医疗服务整体效益不断提升，机构运行成本明显降低，精细化管理水平明显提升，医务人员收入合理增长，医保支付方式改革撬动“三医联动”改革成效逐步凸显，最终实现医院、医保、患者三方“共赢”的局面。

## （二）基本原则

**公益导向，服务大局。**以满足人民群众基本医疗服务需求为出发点，服务深化医药卫生体制改革全局。通过合理设定绩效考核指标，强化考核和制度约束，推动落实公立医疗卫生机构的公益性，促进医疗卫生工作重心下移和优质医疗卫生资源下沉基层，建立医共体内各级医疗卫生机构权责明确、分工协作的工作机制。

**科学评价，客观公正。**日常监管与年度考核相结合，综合考虑医疗资源下沉情况、基层服务能力提升情况、医疗保障政策落实情况、居民健康改善情况和服务对象满意情况等因素，建立量

效并重的考核办法和指标体系，规范考核程序、内容和标准，保证考核过程公平、公开、公正。

**激励约束，有效引导。**加强考核结果运用，充分发挥绩效考核的激励、约束和导向作用，将考核结果作为当年打包付费资金结算和次年签订医保服务协议、打包付费资金预算拨付的重要依据，并探索与医务人员绩效工资、进修、职务晋升等挂钩，有效调动医疗卫生机构和医务人员参与医保资金打包付费改革工作的积极性。

**基金高效，群众满意。**完善卫生体系、整合医疗资源，促进县乡平衡发展，逐步提高基层医疗卫生机构服务能力，最大限度发挥医保资金使用效率，全面提升人民群众在医疗保障和卫生健康领域的获得感、幸福感、安全感。

## **二、考核范围**

县域医共体，包含医共体内县级公立医疗卫生机构、乡镇卫生院、街道卫生服务中心、村卫生室、社区卫生服务站、自愿加入医共体的社会办医定点医疗机构。

## **三、考核指标**

坚持目标导向，按照实事求是、突出重点、定性与定量相结合的原则，兼顾考核结果与县域医共体年度打包付费资金部分结算、次年打包付费资金预算分配挂钩，并结合对县域医共体年度打包付费资金结余部分进行科学、规范分配使用的实际，科学合理的设置考核指标（详见附件1）。

- (一) 医保待遇政策落实;
- (二) 分级诊疗制度建设;
- (三) 患者实际待遇保障;
- (四) 药品、耗材政策落实;
- (五) 履行医疗保险服务协议;
- (六) 医共体建设;
- (七) 县域内医疗服务能力;
- (八) 医疗保障政策宣传;
- (九) 满意度;
- (十) 资金使用及拨付;
- (十一) 支付方式改革;
- (十二) 医共体年度包干费用控制。

#### 四、负面清单

年度考核发现以下情形之一的，一经查实，在考核总分基础上直接扣分（详见附件2）。

- (一) 住院患者到门诊或院外自费购买医保报销范围内药品和医用耗材的;
- (二) 降低出院标准的;
- (三) 推诿、拒收参保人员住院的。

#### 五、考核方式

采取年终考评与日常监管相结合、书面考核与实地考核相结合的方式开展。年度考核工作每年组织一次。

## 六、考核时间及程序

考核共分为三个阶段：

第一阶段 自查自评（时间：次年1月10日前完成）

各县域医共体牵头医疗机构对照考核指标、医保服务协议和考核评分细则，结合医共体对成员单位管理情况和医共体打包付费资金运行情况，认真组织成员单位开展自查自评，并汇总形成自查自评书面报告报本辖（区）医疗保障行政部门；

第二阶段 实地考察（时间：次年1月20日前完成）

各县（区）医疗保障局牵头组织同级财政、卫生健康、人力资源社会保障、市场监督管理等部门，对县域医共体的运行管理情况进行实地考察评价；

第三阶段 考核结果复核与确认（时间：次年1月底前完成）

市医疗保障局牵头组织同级财政、卫生健康、人力资源社会保障、市场监督管理等部门，对全市县域医共体考核结果进行抽查复核确认，并结合日常监督、专项复核进行终评和公开年度考核结果。

## 七、考核结果及运用

### （一）医共体年度考核分值设定

考核评分采取百分制，满分为100分，各项考核指标得分保留至小数点后两位；负面清单采用扣分方式考核。考核指标得分扣减负面清单相应分值后为考核最终得分（最终得分取整数，出现小数点时采取四舍五入计算）。

## （二）考核结果运用方式及内容

将考核结果作为医共体年度打包付费资金结算的主要依据，并与下年打包付费预算资金相挂钩。即：对县域医共体年度打包付费资金额度 15% 的部分（含定点医疗机构服务质量考核保证金在内的按季度预拨预留的年终考核资金）进行结算，并对次年打包付费资金预算进行结果运用。

1.考核最终得分在 90 分(含 90 分)以上的，对年初预留年度打包付费资金总额预算部分（年终结算考核资金）予以全部拨付；考核分值低于 90 分的，每下降 1 分扣除当年年终结算考核资金的 2%，以此类推直至扣完当年年终结算考核资金为止。

2.考核分值低于 70 分的，次年打包付费资金年初预算额度扣减 10%。

3.考核分值低于 60 分的，建议县域医共体主管部门更换（整合）医共体牵头医疗机构或建议组织部门调整医共体总医院负责人。

## （三）结余留用政策

加大对县域医共体年度打包付费资金结余部分的使用引导，促进结余资金使用科学化、规范化，按照“提升质量、倾斜基层”的原则分配使用结余资金。

按照《云南省医疗保障局 云南省财政厅 云南省卫生健康委员会 云南省人力资源和社会保障厅关于印发开展县域内城乡居民医疗保障资金按人头打包付费试点工作的指导意见的通知》

（云医保〔2019〕35号）、《云南省卫生健康委员会 中共云南省委机构编制委员会办公室 云南省财政厅 云南省人力资源和社会保障厅 云南省医疗保障局关于做好紧密型县域医疗卫生共同体建设试点工作的通知》（云卫基层发〔2019〕7号）、《临沧市医疗保障局 临沧市财政局 临沧市卫生健康委员会 临沧市人力资源和社会保障局 临沧市市场监督管理局关于印发临沧市开展县域内城乡居民基本医疗保险打包付费支付方式改革实施方案（试行）的通知》（临医保联发〔2020〕6号）精神，医共体在确保按政策规定和医学原则提供合理医疗服务的前提下，结余资金由县域医共体总医院报县（区）医共体管理委员会审批后合理分配使用。为确保县域内医疗资源合理配置、高效利用及医疗服务能力有效提高，最大限度发挥医保资金的杠杆作用，促进医共体运行机制进一步健全完善，推动医疗卫生服务模式转变，结余资金用于提升基层医疗服务能力、扶持中医药发展、妇幼保健、疾病预防、慢性病管理、人才培养、信息化建设、医疗科研建设、发展重点专科、医疗设备配置等方面投入不低于年度结余资金总量的40%。对县域医共体城乡居民基本医疗保险打包付费考核扣减资金滚存县（区）城乡居民医保基金专户管理。

## 八、工作要求

（一）提高思想认识，加强组织领导。各级各有关部门要充分认识到做好县域医共体城乡居民基本医疗保险打包付费考核工作的重要意义，进一步统一思想、提高政治站位、加强组织领导、

健全工作机制、凝聚工作合力、压实工作责任，确保考核工作稳步有序开展，取得实效。各县（区）医疗保障局于每年2月15日前将考核结果运用情况书面报送市医疗保障局；2月底前，由市医疗保障局汇总并书面上报省医疗保障局。

（二）加强探索实践，完善指标体系。各县（区）可结合县域医共体医保打包付费方案和资金安全规范运行情况，对《临沧市县域医共体城乡居民基本医疗保险资金打包付费考核细则》中三级指标的评分标准内容进行细化、量化。以后年度，市级相关部门要围绕全市紧密型医共体建设、支付方式改革工作任务和推进情况，加强探索实践，适时调整和逐步固定全市统一的考核指标，不断完善考核指标体系。

（三）严肃工作纪律，规范工作行为。参与考核的各级各部门工作人员要严格遵守工作纪律，认真履职尽责，做到思想上和行动上严肃对待。要进一步转变工作作风，切实克服形式主义、官僚主义，确保考核不走过场，不流于形式。对工作纪律执行不到位、造成不良影响甚至贻误工作的，按有关规定追究相关人员责任。

## 九、执行时间

本方案自2020年1月1日起施行。今后，国家和省级出台新的政策规定，按国家和省的政策执行。

附件：1.临沧市县域医共体城乡居民基本医疗保险资金打包

## 付费考核细则

### 2.负面清单

附件 1

## 临沧市县域医共体城乡居民基本医疗保险资金打包付费考核细则

一级指标	二级指标	分值	三级指标	评分标准	考核方式
政策落实 (50分)	医保待遇政策落实	10分	“两病”待遇落实情况	此项 1 分。将治疗高血压、糖尿病的“两病”用药纳入乡村两级定点医疗机构门诊医保支付范围得 1 分，未纳入此项不得分。	查看医疗机构结算系统和参保患者结算清单
				此项 1 分。乡村两级定点医疗机构“两病”门诊用药执行医保支付政策（即：政策范围内报销比例 50%、年度最高支付限额 400 元）得 1 分，发现未按政策执行 1 例扣 0.05 分，扣完此项分值为止。	查看医疗机构结算系统和参保患者结算清单
				此项 1 分。治疗“两病”门诊用药执行医保支付标准得 1 分；高于药品支付标准导致“两病”患者待遇得不到落实，发现未按政策执行 1 例扣 0.05 分，扣完此项分值为止。	查看医疗机构结算系统和参保患者结算清单
				此项 1 分。乡镇卫生院、村卫生室配备使用“两病”用药，村卫生室配备药品能基本满足患者用药，药品配备品种不少于 80 种，得 1 分；每接到一次举报投诉并核查属实扣 0.1 分，扣完此项分值为止。	查看医疗机构药品库房管理系统及药品进货单据，并核查投诉属实情况
			基本医疗保险、大病保险、医疗救助落实情况（包括普通门诊、特慢病门诊、住院）	此项 1 分。普通门诊就医有保障得 1 分；发现未按政策执行 1 例扣 0.05 分，扣完此项分值为止。	查看医疗机构结算系统和参保患者结算清单
				此项 1 分。特慢病门诊就医有保障得 1 分；发现未按特慢病门诊政策执行 1 例扣 0.05 分，扣完此项分值为止。	查看医疗机构特慢病门诊结算系统和参保患者结算清单
				此项 1 分。住院就医有保障得 1 分。发现未按住院医保政策执行 1 例扣 0.05 分，扣完此项分值为止。	查看医疗机构住院结算系统和住院参保患者结算清单

		药品目录执行情况	此项 1 分。严格执行药品目录得 1 分。发现 1 个采购配备医保目录药品未录入结算系统扣 0.1 分，扣完此项分值为止。	查看医疗机构药品库房管理系统和结算系统	
		耗材目录执行情况	此项 1 分。严格执行耗材目录得 1 分。发现 1 个采购配备医保目录医用耗材未录入结算系统扣 0.1 分，扣完此项分值为止。	查看医疗机构医用耗材库房管理系统和结算系统	
		医疗服务项目目录执行情况	此项 1 分。严格执行医疗服务项目目录得 1 分。发现 1 个医疗服务项目未按规定执行扣 0.1 分，扣完此项分值为止。	查看医疗机构结算系统	
	分级诊疗制度建设	10 分	县域内下转率	此项 2.5 分。县域内下转率=县域医共体内住院下转人次÷辖区参保人员在县域医共体内住院总人次×100%。医共体内二级及以上医疗机构住院患者下转基层治疗比例达 10%以上（含 10%）得 2.5 分；每下降 1%扣 0.25 分，扣完此项分值为止。	查看医保和医疗机构管理系统
			县域内上转率	此项 1.5 分。县域内上转率=乡镇卫生院住院上转人次÷辖区参保人员在乡镇卫生院住院总人次×100%。医共体内住院上转率控制在 45%以内（含 45%）得 1.5 分；超过 45%的，每超过 1%扣 0.05 分，扣完此项分值为止。医共体内逐步实现住院上转率控制在 35%以内的目标。	查看医保和医疗机构管理系统
			转外就医率	此项 1.5 分。转外就医率（含不规范转外就医）=辖区参保人员外转住院人次÷辖区参保人员在辖区定点医疗机构住院总人次×100%。转外就医率控制在 30%以内（含 30%）得 1.5 分；超过 30%的，每超过 1%扣 0.1 分，扣完此项分值为止。逐步实现转外就医率控制在 10%以内的目标。	查看医保和医疗机构管理系统
			县域内就诊率	此项 3 分。县域内就诊率（县域内住院率）=辖区参保人员在辖区定点医疗机构就诊住院总人次÷辖区参保人员就诊住院总人次（含县域外住院）×100%。县域内就诊率在 70%以上（含 70%）得 3 分；低于 70%的，每下降 1%扣 0.05 分，扣完此项分值为止。到 2022 年底基本实现县域内住院率达 90%以上的目标。	查看医保和医疗机构管理系统
			县域内基层就诊率	此项 1.5 分。县域内基层就诊率=乡、村两级医疗机构就诊总人次÷辖区参保人员在医共体内就诊总人次×100%。县域内基层就诊率在 55%以上（含 55%）得 1.5 分；低于 55%的，每下降 1%扣 0.05 分，扣完此项分值为止。逐步实现县域内基层就诊率达 65%以上的目标。	查看医保和医疗机构管理系统

	患者实际待遇保障	10分	政策范围内报销比例与实际报销比例差距值	此项5分。政策范围内报销比例与实际报销比例差距值=政策范围内报销比例-实际报销比例（包括基本医疗、大病保险、医疗救助）。实际报销比例与政策范围内报销比例差距值较上年下降或持平得5分；差距值每增加1%扣0.5分，扣完此项分值为止。若以后年度报销比例政策调整，再作调整规定。	查看医疗机构结算系统和参保患者结算清单
			医共体住院患者自费率较上年度对比情况	此项5分。住院患者自费率=住院全自费费用（不含起付线）÷住院总费用×100%。住院患者自费率较上年下降或持平得5分；自费率每增加1%扣0.5分，扣完此项分值为止。若以后年度报销比例政策调整，再作调整规定。	查看医疗机构结算系统和参保患者结算清单
药品、耗材政策落实		10分	按规定采购及使用药品情况	此项4分。1.医共体内公立医疗机构采购平台药品采购率（以采购金额计算，且特殊药品、中药饮片采购金额除外）=平台药品采购总金额÷医疗机构实际采购药品总金额×100%。平台药品采购率达80%以上（含80%）得2分；平台药品采购率在80%以下的，每下降1%扣0.2分；平台药品采购率低于70%（不含70%）的，此项不得分。2.医共体内采购配备使用抗癌药等国家谈判药品得2分；未采购配备使用国家谈判药品，每接到一次举报投诉并核查属实扣0.2分，扣完此项分值为止。	查看省药品采购平台数据，并到医疗机构实地核查。
			高值医用耗材情况	此项2分。使用医保目录外高值医用耗材费用占比=使用医保目录外高值医用耗材总费用÷住院总医疗费用×100%。使用医保目录外高值医用耗材费用占比控制在5%以内（含5%）得2分，超过5%的每超过1%扣0.2分，扣完此项分值为止。	查看医疗机构结算系统和参保患者结算清单。
			优先使用国家和省组织集中带量采购中选药品情况	此项2分。优先使用国家和省组织集中带量采购中选药品并完成采购任务，得2分。医共体成员单位未优先采购中选药品且未完成采购任务，此项不得分。	查看省药品采购平台数据，并到医疗机构实地核查。
			按医保支付标准使用药品情况	此项2分。执行医保药品品种最高限价得2分。未执行医保支付标准，发现一个药品扣0.2分，扣完此项分值为止。	查看省药品采购平台数据，并到医疗机构实地核查。

	履行医疗保险服务协议	10分	履行定点医疗机构医疗保险服务协议	此项10分。本年度内医共体内定点医疗机构（或医疗机构内部科室）因违约被终止医保服务协议的，终止1家扣2分；本年度内违约被暂停医保服务的，每被暂停1家（或1个医疗机构内部科室）扣1分；本年度内医保部门对医共体按协议扣款超过50万的，每递增50万扣0.5分。扣完此项分值为止。	查看医疗保障部门协议管理痕迹资料。
管理效率（50分）	医共体建设	7分	牵头单位对医共体成员单位日常监管	此项2分。医共体建立日常监管机制的得1分，落实日常监管责任的得1分，否则不得分。	查看医共体管理痕迹资料，并深入医共体成员单位进行核查。
			派驻基层医务人员情况	此项2分。医共体牵头单位组织二级及以上医疗机构每年向医共体内每个乡镇卫生院派驻骨干医务人员得2分。每缺1个乡镇卫生院派驻医务人员扣0.5分，扣完此项分值为止。	查看医共体管理痕迹资料，并深入医共体成员单位进行核查。
			医共体内业务培训	此项1分。医共体内每年组织医务人员开展医保政策、业务培训不少于2次得1分，少一次扣0.5分，扣完此项分值为止。	查看医共体管理痕迹资料，并深入医共体成员单位进行核查。
			高血压、糖尿病等慢性病规范管理情况	此项2分。结合开展基本公共卫生服务、家庭医生签约服务，对本辖区常住慢性病人员建立健康档案得1分，建立随访机制得1分。未建立的此项不得分。	查看医共体管理痕迹资料，并深入医共体成员单位进行核查。
	县域内医疗服务能力	10分	医共体成员单位出院病例总权重数	此项2分。2020年度不纳入考核范围，此项按满分计算。2021年开始实施按疾病诊断分组（DRG）付费改革，2021年纳入实施按疾病诊断分组（DRG）付费改革的医疗机构年度出院总权重数不低于上年出院总权重数得2分，未实施按疾病诊断分组（DRG）付费改革的此项不得分。	查看医共体内医院管理系统和管理痕迹资料，并深入医共体成员单位进行核查。

			病例组合指数 CMI 值	此项 2 分。CMI 值=年度出院病例总权重数÷年度出院总病例数。2020 年度不纳入考核范围，此项按满分计算。2021 年开始实施按疾病诊断分组（DRG）付费改革，CMI 值按规定每降低 0.1 扣 0.1 分，扣完此项分值为止。	查看医共体内医院管理系统和管理痕迹资料，并深入医共体成员单位进行核查。
			出院病人临床路径 入径率	此项 2 分。出院病人临床路径入径率=临床路径管理出院患者人数÷纳入临床路径病种管理出院患者总人数。二级及以上综合医院按照临床路径管理出院患者人数占医院纳入临床路径病种管理出院患者总人数 70%以上的（含 70%）得 1 分，每下降 1%扣 0.1 分；二级中医医院按照临床路径管理出院患者人数占医院纳入临床路径病种管理出院患者总人数 50%以上的（含 50%）得 1 分，每下降 1%扣 0.1 分。二级及以上医疗机构未开展临床路径管理的，此项不得分。	查看医院管理系统和管理痕迹资料，并深入医共体成员单位进行核查。
			诊疗规范落实情况	此项 4 分。医共体成员单位不合理用药、检查、收费，每发现一次扣 0.05 分；大型设备检查阳性率低于 70%的（不含 70%），每降低 1%扣 0.2 分；医共体内每发生一起一级医疗事故扣 1 分、发生一起二级医疗事故扣 0.5 分、发生一起三级医疗事故扣 0.2 分、发生一起四级医疗事故扣 0.1 分。扣完此项分值为止。	查看医院管理系统，并查看管理痕迹资料。医疗事故由卫生健康部门提供。
医疗保障政策 宣传	4 分	医疗保障政策宣 传情况	此项 2 分。通过培训、电子屏、发放宣传材料和设置政策咨询台、摆放政策宣传栏、入户宣传等方式，及时准确宣传解释医保政策得 2 分。视宣传工作落实情况酌情扣分。	查看医共体管理痕迹资料，并深入医共体成员单位进行核查。	
		是否存在偏差、 误导参保患者的 情况	此项 2 分。正确引导参保患者合理就医得 2 分。存在诱导、误导参保患者就诊住院或出院的，每接到一次举报投诉并核查属实扣 0.2 分；符合办理特慢病未办理的，每接到一次举报投诉并核查属实扣 0.2 分。扣完此项分值为止。	开展医保日常巡查发现和进行举报投诉情况核查。	

满意度	8分	门诊患者满意度	此项3分。门诊患者对医疗机构的合理引导就医（挂号、就诊、缴费、取药）和诊疗、检查、护理、用药（耗材）、收费、服务态度、政策宣传等方面进行综合评价，门诊患者满意度在90分以上（含90分）得3分，每下降1分扣0.1分，扣完此项分值为止。	结合开展日常监督、核查工作，对被考核医疗机构随机抽取一级医疗机构不少于100人次、二级医疗机构不少于200人次、三级医疗机构不少于300人次的门诊就诊患者，进行调查询问测评。日常监督、核查调查询问测评人数不少于调查总人数的80%。
		住院患者满意度	此项3分。住院患者对医疗机构合理引导就医以及诊疗、检查、护理、手术、用药（耗材）、收费、服务态度、政策宣传等方面进行综合评价，住院患者满意度在90分以上（含90分）得3分，每下降1分扣0.1分，扣完此项分值为止。	结合开展日常监督、核查工作，对被考核医疗机构随机抽取一级医疗机构不少于100人次、二级医疗机构不少于200人次、三级医疗机构不少于300人次的住院患者，进行调查询问测评。日常监督、核查调查询问测评人数不少于调查总人数的80%。
		医务人员满意度	此项2分。医务人员对医疗机构的社会保障待遇、薪酬制度、绩效分配、资源配置、医疗服务规范管理等方面进行综合评价，职工满意度在90分以上（含90分）得2分，每下降1分扣0.1分，扣完此项分值为止。	结合开展日常监督、核查工作，对被考核医疗机构随机抽取一级医疗机构不少于50人次、二级医疗机构不少于100人次、三级医疗机构不少于150人次的在职职工，进行调查询问测评。日常监督、核查调查询问测评人数不少于调查总人数的80%。
资金使用及拨付	10分	乡村两级分配资金占比	此项4分。乡村两级医疗机构医保资金分配占比=乡村两级医疗机构医保资金分配总额÷医共体内医疗机构医保资金分配总额×100%。乡村两级医保资金分配占比达25%及以上得4分，每降低1%扣0.2分，扣完此项分值为止。	结合医保管理系统，查看医共体医保资金分配方案和财务结算管理痕迹资料。

		按结算办法及时拨付资金情况	此项4分。医共体内定点医疗机构按疾病诊断分组（DRG）、按病种、按项目付费结算，医保资金下拨医共体后15个工作日必须足额拨付到医共体成员机构。医保资金未及时足额拨付的，每核实一次扣0.5分；医共体内医保资金拨付情况须于完成资金下拨后1个月内报所属医疗保障部门备案，未按时报送或缺报的，每发生一次扣0.5分。扣完此项分值为止。	结合医保管理系统，查看医共体财务管理痕迹资料。
		制定结余资金使用管理办法	此项2分。医共体制定结余资金使用管理办法得1分；医共体医保资金年度清算结束2个月内将结余医保资金使用情况报所属医疗保障部门备案得1分。否则此项不得分。	查看医共体医保资金管理痕迹资料。
支付方式改革	6分	县级实施按疾病诊断分组（DRG）付费改革	此项4分。2020年度不纳入考核范围，此项按满分计算。2021年开始推行县级实施按疾病诊断分组（DRG）付费改革得4分，未实施的不得分。	查看医疗机构管理系统和管理痕迹资料。
		实施按病种管理情况	此项2分。认真执行按病种付费管理并按病种结算得2分，未执行的不得分。	查看医疗机构管理系统和管理痕迹资料。
医共体年度包干费用控制	5分	结余率	此项5分。医共体建立内控机制，严格控制医保打包付费资金预算管理。医共体年度打包付费资金结余或持平，得5分。医共体年度打包付费资金超支控制在5%以下（含5%）扣1分；资金超支控制在5-10%以内（含10%）的扣3分；资金超支在10%以上的扣5分。	结合医保结算系统，核查医共体医保资金年度清算台账。

注:1.以上考核指标百分比计算均四舍五入取整。2.满意度评价:调查评价内容可根据评价需求合理设置评价项目;评价分为满意、较满意、基本满意、不满意以及不了解。满意度得分计算:①评价折算得分方法为:满意100分、较满意80分、基本满意60分、不满意0分,不了解视为弃权,在总数中扣除;②分项满意度得分=[(满意数×100分)+(比较满意数×80分)+(基本满意数×60分)]÷(调查对象人数-不了解人数);③总体满意度得分=分项满意度得分之和÷分项数。

## 附件 2

### 负面清单

序号	内容	扣分
1	住院患者到门诊自费购买医保报销范围内药品	查实 1 例扣 1 分
2	住院患者到门诊自费购买医保报销范围内耗材	查实 1 例扣 1 分
3	住院患者到院外自费购买医保报销范围内药品	查实 1 例扣 2 分
4	住院患者到院外自费购买医保报销范围内耗材	查实 1 例扣 2 分
5	降低出院标准	查实 1 例扣 1 分
6	推诿、拒收参保人员住院	查实 1 例扣 1 分

---

抄送：省医疗保障局，省财政厅，省卫生健康委，省人力资源社会保障厅，省市场监督管理局，省食品药品监督管理局。

市委办公室，市人大常委会办公室，市政府办公室，市监委，市审计局，市税务局，市政协办公室。

各县（区）人民政府，各县（区）医疗保障局、财政局、卫生健康局、人力资源社会保障局、市场监管局。

市级各定点医疗机构。