



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

各州（市）医疗保障局、财政局、卫生健康委员会、人力资源和社会保障局：

为贯彻落实党中央、国务院的决策部署以及国家医疗保障局关于支付方式改革的要求，健全完善县域内医共体打包付费考核机制，结合我省工作实际，经研究，制定《县域内城乡居民医疗保障资金打包付费考核实施方案（试行）》，请遵照执行。

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

2019年12月31日

县域内城乡居民医疗保障资金打包付费 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）精神，健全完善县域内医共体打包付费考核激励机制，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，制定本方案。

一、总体要求

（一）工作目标

坚持以人民为中心的发展思想，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机构参与医共体建设的积极性，引导医共体建立，完善费用控制体系，规范

医共体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，提升基层医疗卫生服务能力和县域医疗卫生服务整体绩效。到 2020 年底，医共体内各级医疗卫生机构权责更加明确，内部管理更加规范，医疗服务整体绩效不断提升，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，有效推动“三医联动”改革，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。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，保证考核过程公开透明。

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、导向作用，将考核结果作为医共体当年打包资金结算及次年打包资金预算、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

开展医保资金打包付费的县域医共体。

三、考核指标

根据考核结果，对县域内医共体年度打包资金额度 20%左右的部分（年初预留年终结算考核资金）进行结算，并对次年打包资金预算进行结果运用。加大对年度打包资金结余部分的使用引导，促进结余经费使用科学化、规范化，按照“提升质量、倾斜基层”的原则，设置考核指标（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) 履行定点医疗机构医疗保险服务协议;
- (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

年度过程中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（附件2）。

- (一) 住院患者到门诊自费购买医保报销范围内药品;
- (二) 住院患者到门诊自费购买医保报销范围内耗材;
- (三) 住院患者到院外自费购买医保报销范围内药品;
- (四) 住院患者到院外自费购买医保报销范围内耗材;
- (五) 降低出院标准;
- (六) 推诿、挑选、拒收参保人员住院。

五、考核程序

考核工作按年开展，分两个阶段。第一阶段自查自评，医共体根据考核指标，结合医共体对成员单位的管理情况和医共体打包资金运行情况，对照服务协议和考核评分细则认真组织自查自评，形成自查自评书面报告报县（市、区）医疗保障局；第二阶段实地考察，县（市、区）医疗保障局牵头组织财政、卫生健康、人力资源社会保障等部门，按照公平、公正、公开的原则，对医共体的运行管理情况进行实地初评后由州（市）医疗保障局进行终评。

六、考核结果及运用

（一）医共体年度考核结果

考核指标采取百分制，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）考核结果应用

1. 考核最终得分在 95 分以上（含 95 分），对年初预留年度打包资金总预算部分（年终结算考核资金）予以全部拨付；考核分值低于 95 分的，每下降 1 分扣除当年年终结算考核资金的 5%，以此类推直至扣完。

2. 考核分值低于 75 分的，次年打包资金年初预算扣减 10%。
3. 考核分值低于 60 分的，更换医共体牵头医疗机构。

（三）结余留用政策

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）和《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）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，结余资金由医共体牵头医疗机构报县（市、区）医共体管理委员会审批后合理使用。为确保县域内医疗资源合理配置和高效利用、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，用于提升基层医疗服务能力、开展疾病预防、加强人才队伍建设、发展重点专科等方面投入不低于年度结余资金总量的40%。

七、考核时间

（一）自查自评

各医共体牵头医疗机构于次年1月15日前根据考核内容，结合上一年度运行管理情况，对照服务协议和考核评分细则认真组织开展自查自评，形成自查自评书面报告，报各县（市、区）医疗保障局，逾期报送将在年终考核时扣除相应分值。

（二）实地考察

各县（市、区）医疗保障局结合医共体自评情况于次年1月30日前牵头组织县（市、区）财政、卫生健康、人力资源社会保障等部门完成对县域内医共体的初评；次年2月底前，各州（市）医疗保障局组织完成对县域内医共体终评，并公布年度考核结果。

八、工作要求

（一）各州（市）医疗保障局要结合实际，牵头对《云南省医保资金打包付费考核指标》进行细化、量化，已出台打包付费实施方案的州（市），于2020年1月底前制定具体考核细则和评分标准，暂未出台打包付费实施方案的州（市），需于打包付费实施方案出台后3个月内制定具体考核办法。根据“综合考核、激励约束、风险共担”的原则，各州（市）医保部门要组织、指导开展打包付费的县（市、区）进行年度考核工作，考核结果

云南省医疗保障局行政规范性文件

作为医共体年度打包资金结算的主要依据，并与下年打包预算资金相挂钩。

（二）参与考核的各部门工作人员要自觉遵守工作纪律，认真履职尽责，严格遵守各项纪律要求，不走过场，按照考核细则和服务协议内容进行考核。

（三）各州（市）医保局于每年3月底前将考核结果及结果运用情况报省医保局。

本方案自2020年1月1日起执行。

- 附件：1. 云南省医保资金打包付费考核指标
2. 负面清单