

叶医改领组办〔2024〕2号

**六安市叶集区深化医药卫生体制改革领导小组
办公室
关于印发《叶集区2024年紧密型县域医共体
绩效考核办法》的通知**

区医改领导小组各成员单位、紧密型县域医共体牵头单位：

现将《叶集区2024年紧密型县域医共体绩效考核办法》印发给你们，请遵照执行。

六安市叶集区深化医药卫生体制改革领导小组办公室

2024年5月21日

叶集区 2024 年紧密型县域医共体 绩效考核办法

为持续深化我区医药卫生体制改革，促进区乡一体、乡村一体化管理，推动 2024 年度紧密型县域医共体建设各项工作落实，发挥考核“指挥棒”、“助推器”作用，制定如下考核办法：

一、基本原则

- (一)以核心指标和重点工作作为考核主要内容；
- (二)以监测数据和客观证据作为考核主要依据；
- (三)以外部评价和上级考核作为考核主要方式。

二、考核对象

区紧密型县域医共体牵头单位（叶集区人民医院）。

三、考核方式和时间

考核由区医改领导小组授权区卫健委、区医保局共同负责实施，分季度、半年预考核和年度考核。考核以定量指标为主，结合定性指标，采取数据分析、定期通报、日常督查和查阅资料等方式进行。年度考核工作于 2025 年 3 月底前完成，并形成书面报告。

四、考核内容

通过综合绩效考核，落实“两包三单六贯通”建设路径，规

范推进紧密型县域医共体建设，加快优质医疗资源下沉，推动医疗和预防有效融合，建立医共体利益共享、责任共担及高效运行管理机制。主要包括：全面推进综合医改工作提质增效，提升区域医疗卫生服务能力和县域内就诊率、降低区外就医占比、保障医保基金支出安全、降低参保居民总住院率、落实分级诊疗制度、加强医疗质量控制等。考核数据为 2024 年自然年度发生的医保数据（以 2024 年 1 月 1 日--2024 年 12 月 31 日出院结算日期统计为准）。

具体考核指标见附件。

五、考核结果运用

考核得分作为牵头医院领导班子年终区委区政府综合考核重要依据之一，与院领导班子综合绩效、薪酬待遇保障挂钩，与员工年终绩效分配挂钩，与医保结余资金分配挂钩，建立奖优罚劣的考评机制。

（一）考核得分与兑现牵头医院所有员工年终绩效奖励挂钩，具体标准如下：

1. 得分在 90 分及以上的，院班子成员年终绩效奖励上浮 30%，员工年终绩效奖励上浮 15%。

2. 得分在 85-90 分的，院班子成员和员工年终绩效奖励全额发放。

3. 得分在 80-85 分的，院班子成员年终绩效奖励扣减 20%，

内设管理部门员工年终绩效奖励扣减 10%。

4. 得分在 80 分以下的,院班子成员年终绩效奖励扣减 30%,
内设管理部门员工年终绩效奖励扣减 15%。

(二) 考核得分与牵头医院城乡居民医保基金包干预算结余资金(以下简称“包干结余资金”)分配挂钩,具体标准如下:

1. 得分在 85 分及以上的,不扣减包干结余资金。

2. 得分在 80-85 分的,牵头医院包干结余资金分配总额按失分占比扣除,即每降低 1 分,扣除包干结余资金的 1%。

3. 得分在 80 分以下的,牵头医院包干结余资金分配总额按失分占比 2 倍扣除,直至扣完为止,即每降低 1 分,扣除包干结余资金的 2%。

以上扣除的医保结余资金,暂存医共体共管账户中管理,用于下年度相关指标工作完成情况的奖励。

(三) 考核得分在 90 分以上或当年紧密型县域医共体建设成效明显受到国家和省深化医改真抓实干成效明显督查激励、医共体内医保基金有结余的由区医改领导小组予以通报表彰。牵头医院引进专家团队打造重点科室且效果显著的,区财政给予一定资金奖励。

(四) 有下列情况之一的,不予表彰和专项资金支持:

1. 年度包干医保基金无结余的;

2. 区内住院率低于 60%和跨省就医占比大于 7.5%的;

3. 考核数据或资料存在弄虚作假情况，影响考核的；
4. 发生严重安全事故并造成恶劣影响的；出现严重医疗事故并造成恶劣影响的；院内发生重大交叉感染(患者出现 5 人以上人身损害或 1 人以上死亡)的；
5. 医共体内出现重大公共卫生突发事件，因瞒报或处置不当、措施不力造成重大影响的；
6. 院领导班子成员因履行党风廉政建设和行风建设“一岗双责”不力受到纪律处分甚至违法犯罪的；
7. 因工作落实不力或综合医改指标距市级指标要求差距较大，导致我区在全市综合医改排位严重下滑的。

附件：叶集区 2024 年紧密型医共体建设工作绩效考核指标

附件：

叶集区 2024 年紧密型医共体建设牵头医院 工作绩效考核指标

一、医共体考核指标（75 分），由区卫健委负责统计。

1. 完善医共体内部管理运行机制，充分发挥医共体牵头医院“龙头作用”，不断健全医共体内部管理体系 24 分。医共体办公室职能发挥：贯彻医共体议事决策事项，协调处理医共体日常工作（2 分）；成员单位参与医共体议事决策（2 分）；人员管理：医共体内统筹人才引进和人员调配、岗位设置、绩效考核和收入分配（8 分）；财务管理：医共体内财务统一管理、分户核算（2 分）；医疗管理：医共体内技术规范、业务指导、医疗质量控制和安全管理（2 分）；物资管理：药品耗材实行统一采购配送、统一支付货款、统一用药目录（3 分）；公共卫生服务：落实对基层医疗机构基本公共卫生项目、慢病管理、健康促进、院感防控等监督管理（3 分）；信息管理一体化：规范建设公共卫生信息系统、推动公共卫生服务与医疗服务高效协同、无缝衔接（2 分）。

考核方式：查看硬件设施、人员配备和相关资料，未完成的按照所设分值扣减。

县域内就诊率（含意外伤害、生育、日间病床）10分。评分区间58%-62%，高于或等于62%得满分，低于或等于58%不得分。以62%为基准，每下降0.1个百分点扣除0.25分。（说明：对应的是医改目标任务年度县域内就诊率提升到60%以上）

【计算方法】区域内住院人次占比=参保人员区域内（市域内去除市直四家医疗机构）住院人次/参保人员住院总人×100%。

【数据来源】医保信息系统。

跨省就医占比8分。（此项去年为市外省内就医占比，调整目的是和区医改重点任务相对应）评分区间7.50%-8.50%，低于或等于7.50%得满分，以7.50%为基准，每上升0.1个百分点扣除0.8分，高于或等于8.50%不得分，（说明：2023年跨省就医占比为7.52%，今年目标任务和上一年度值基本持平）。

【计算方法】跨省就医人次占比=参保居民到省外住院人次/参保居民总住院人次*100%

【数据来源】医保信息系统。

基层医疗机构服务能力提升8分。年度基层诊疗量占比大于或等于65%；以国家卫生信息统计网络直报系统和年终市卫健委公布全市平均值为基准，每下降0.1个百分点扣除0.1分，扣完为止。

【计算方法】基层诊疗量占比=基层医疗机构住院+门急诊人次/全区医疗机构住院+门急诊人次。

【数据来源】国家卫生统计信息网络直报系统。

参保人员年住院率（不含意外伤害、生育和院前检查，含日间病床）4分。评分区间 16.50%-17.50%，低于或等于 16.50%得满分，以 16.50%为起点，每升高 0.1 个百分点扣除 0.4 分，高于或等于 17.50%不得分。

计算方法：参保人员年住院率（%）=参保人员年住院人次/参保人数×100%

【数据来源】医保信息系统。

分级诊疗，规范转诊 6 分。制定转诊病种目录、双向转诊标准，落实上下转诊网络信息应用管理。查看系统数据，有效实施患者上转、下转各得 2 分），落实参保患者在医共体内连续住院治疗按住院起付线最高标准收取一次费用（2 分）。

出院患者三四级手术占比 4 分。评分区间 48%-50%，高于或等于 50%得满分，以 50%为基准，每下降 0.1 个百分点扣除 0.2 分，低于或等于 48%不得分。

【计算方法】牵头医院出院患者三四级手术比例（%）=三四级手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%

【数据来源】病案管理信息系统。

平均住院日 2 分。评分标准：小于等于 8 天得满分。以 8 天为基准，每增加 0.1 天，扣除 0.5 分，扣完为止。

【计算方法】出院总人数占用总床日/出院总人数。

【数据来源】医院 HIS 系统。

医疗服务收入占比 2 分。评分区间 33%-35%。大于或等于 35%得满分，以 35%为基准，每下降 0.1 个百分点，扣除 0.1 分，低于 33%不得分。

【计算方法】年度技术性劳务收入/年度总收入。

【数据来源】医院财务系统。

促进优质医疗资源下沉 7 分。主动寻求外部资源合作，融入长三角一体化发展，助力我区医疗服务能力提升。和上海市金山区、省三甲医院等建立 2 个医联体（2 分）、2 个科联体（2 分）、一个远程会诊中心（1 分）和 2 个专家工作站建设（2 分）。

二、医保运行考核指标（25 分），由区医保局负责统计。

医共体包干基金使用情况 5 分。评分区间为 0-5%。包干基金有结余得 2.5 分，其余 2.5 分在评分区间内评分，医共体包干基金超支的不得分，结余率等于或超过 5%得满分。

【数据来源】医共体包干基金清算文件。

医保基金区域内支出率（不含药店）2 分。评分区间：47%-49%。高于或等于 49%得满分，以 49%为基准，每下降 0.1 个百分点，扣除 0.1 分，低于或等于 47%不得分。

【数据来源】安徽省医保信息平台数据。

区域内基层医疗卫生机构医保基金（含门诊和住院）支出占比 2 分。评分区间：30%~32%，高于或等于 32%得满分，以 32%

为基准，每下降 0.1 个百分点，扣除 0.1 分，低于或等于 30%不得分。

【数据来源】安徽省医保信息平台数据。

城乡居民医保基金管理使用考核 3 分。根据市医保局对区医共体牵头医院年度考核结果进行评分，考核得分在 90 分以上的，以实际得分百分比计算此项分值，考核得分低于 90 分的，此项不得分。

合理使用医保基金 3 分。违规使用医保资金占医保资金拨付比例，低于平均值得满分；高于平均值的，每高 0.5 个百分点扣一分，扣完为止。

【数据来源】各项医保基金监督检查结果。

精神疾病患者和透析患者(指门诊单病种)区内住院率 5 分，评分区间为 75-95%，达到或高于 95%得满分，低于或等于 75%不得分，以 95%为基准，每下降 1 个百分点，扣除 0.25 分。

推深做实慢性病精细化管理工作 5 分。推进慢病管理工作，家庭医生签约服务团队落实对慢病患者的“红、黄、绿”管理（2 分），70 种慢特病患者住院率较上一年度下降 2 个百分点及以上（3 分）得满分，下降不足 2 个百分点，每少 0.1 个百分点扣 0.15 分，扣完为止。

三、加减分。

1. 加分项

受到国家、省、市深化医改真抓实干表彰的，分别加 10、5、2 分（同时获得表彰的，以加分项最高的计算，不再叠加）；市年度考核我区综合医改工作排名与上年相比每提升一个位次加 2 分；年度获得区委区政府综合考评优秀等次的加 5 分；年度党建工作考评获得优秀等次的加 2 分；

2. 减分项

违反医保基金管理暂行办法等欺诈骗保行为被各级通报的和举报投诉损害群众利益问题被查处的，每次扣 2 分；因工作不力受到省市区通报批评的，分别扣 5、3、2 分；因工作疏忽，造成社会不良影响或负面舆情的扣 2 分。