南医管办〔2021〕9号

南安市公立医疗机构管理委员会办公室关于

加强医共体成员单位2021年度医保及医改

监测指标绩效考核结果运用的通知

市总医院各成员单位：

为加强南安市总医院成员单位院长（书记）目标管理绩效考核，建立完善院长(书记)激励约束机制，扎实推进各项医改工作，根据国家卫生计生委等四部门《关于加强公立医疗卫生机构绩效评价的指导意见》（国卫人发〔2015〕94号）、《南安市紧密型医疗卫生共同体建设实施方案的通知》(南医改组〔2020〕2号)等文件要求，已经南安市公立医疗机构管理委员会会议审议通过。通知如下。

一、总体目标

坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，按照“统一预算、按月预付、结余留用、绩效考核、合理超支分担”的付费机制，将县域城乡居民参保对象医保基金按参保属地打包给各片区诊疗中心，倒逼各片区诊疗中心主动控费，使用医保基金更加优质高效，促进医保基金可持续；整体提升县域医疗卫生服务水平，有效提高参保对象县域内住院量占比，通过推行高性价比的价值医疗，避免浪费，推动公立医院高质量发展，确保基金安全、有效使用。

二、考核对象

由总医院组织对市医院、中医院、光前医院、南侨医院、海都医院和洪濑中心卫生院等六个片区诊疗中心进行年度医保及医改监测指标绩效考核。

各片区诊疗中心组织对其所辖各成员单位进行年度医保及医改监测指标绩效考核。

三、考核办法

医保及医改监测指标绩效考核每年进行一次，于次年2月底内完成上年度绩效考核。

考核根据附件2、附件3的相关指标要求进行。

四、工作要求

市总医院、片区诊疗中心、成员单位应加强对医保基金使用情况和重要医改考核指标进行监测和数据分析，按季、半年、年度细化监测和分析，紧盯相关监测指标要求，落实落细各项考核指标，在医疗费用控制、提升县域就诊率、提高信息化和精细化管理水平、落实公共卫生服务等方面加大工作力度，加强打包基金共管、规范使用，进一步提高县域就诊率和医保基金使用效率。

五、考核结果的应用

（一）医保基金总额包干支付绩效考核指标的考核结果与片区诊疗中心打包基金年度结算比例和合理超支分担比例等医保基金支付结算挂钩。

1.实施考核结算分配。总医院于次年第一季度根据各片区诊疗中心的绩效考核结果，分三档进行结算：考核名次前两名的，年度打包基金按100%结算；考核名次三、四名的，年度打包基金按98%结算；考核名次五、六名的，年度打包基金按96%结算。

2.实施合理结余分配。对年度内片区诊疗中心产生的结余，按泉州医保规定50%部分可参照考核名次留作奖励性绩效（其中：奖励性绩效的25%用于相关片区成员单位工作人员的奖励性绩效，25%分配给控费成效明显的片区诊疗中心作奖励性绩效），其余50%部分由总医院统筹，按医保规定比例计提风险储备金后，主要用于提高成员单位综合医疗服务能力、开展健康管理和医防融合工作、加强卫生人才队伍建设、推进分级诊疗工作奖励、质控人员补助、精细化管理等项目支出。

3.实施合理超支分担。对年度内片区诊疗中心实际发生的统筹基金支出总额超过医保基金打包总额的部分，在市医管委、医保部门按考核等次和超支比例分段进行超支分担后，总医院历年滚存的风险储备金可以根据考核的等级按一定比例参与分担。分担总额不超过总医院历年滚存的风险储备金总额。

（二）医保和医改监测指标考核结果各占院长(书记)年度目标管理绩效考核总分的30%。院长(书记)目标管理绩效考核结果与院长薪酬、任免、职称评聘、奖惩等挂钩，严格贯彻党政领导任期目标责任制和末位淘汰制。并视同医院绩效考核结果，与财政补助、医保支付、工资总额、医院评审评价及单位工作人员薪酬、任免、职称评聘、年度考核优秀等次名额、奖惩等挂钩。

附件：1.南安市总医院医保基金打包支付实施方案（试行）

2.南安市医共体成员单位医保基金总额包干支付绩

效考核指标（2021年度修订版）

3.南安市医共体成员单位医改监测绩效考核指标

（2021年度修订版）

南安市公立医疗机构管理委员会办公室

2021年7月21日

（此件主动公开）

附件1

南安市总医院医保基金打包支付实施方案

**（试行）**

一、医保基金打包支付方式

医保基金打包总额扣除未纳入医共体管理5家医疗单位医保基金打包支付金额、总医院预留的年度考核资金（预留基金总额的5%）和医保部门预留的年度考核资金（预留基金总额的5%）后，最终确定医共体内年度可使用基金总额。

1.城乡居民基本医保：县域内医共体医保基金采取城乡居民按诊疗片区、按人头打包付费的方式（按人头打包费用为每人年筹资标准扣除意外、大病及风险金后的金额）。

2.城镇职工医保：城镇职工医保基金暂时未纳入诊疗片区基金打包支付总额预算，采用按实结算并结合年度考核方式。

3.医院预留基金总额的5%和医保部门预留基金总额的5%部分，总医院于次年第一季度根据各片区诊疗中心的绩效考核结果结合医保考核预留拨付情况进行结算。

二、各部门具体职责

卫健部门：负责落实市医管委的决策，加强对总医院诊疗服务行为、经济运行和财务活动的会计和审计监管，实施以监督、指导为主要方式的行业管理，形成统一高效的监管机制、推进管办分开。

医保部门：完善医保政策，牵头优化医保基金打包支付和绩效考核指标，做好医共体医保基金运行分析和支付结算工作，将县域外就诊患者流向、费用开支等信息查询权限开放给牵头机构。

财政部门：进一步落实“六项”投入政策，加强医保基金预决算监督管理、强化预算约束机制，确保基金安全有效运行。

总医院：具体负责组织医保基金打包支付政策的实施，完善行业内控制度，落实各项考核指标，做好县域外就诊患者病情研判。

三、基金打包结算方式

城乡居民医保实行诊疗片区包干支付。试行期限为1年，1年后根据实际进行修订。

1.诊疗片区之间城乡居民医保基金实行流动管理，即非本诊疗片区医保患者就诊产生的基金支付金额由患者所参保的诊疗片区支付。

2.城乡居民医保转出县域外就医所产生的医保基金，按实际发生的基金额由患者参保所属诊疗片区支付，由总医院从片区诊疗中心打包支付总额中扣回。

3.按月预付。在收到医保机构扣除药品耗材支付货款、发生在医共体以外的医药补偿费用、医保稽核不合规罚款的月预付款后，总医院按确定的月预付额，预付给各片区诊疗中心，再由片区诊疗中心拨付给各成员单位。

由就诊机构每月从医保系统导出上月患者就诊明细，筛选非本诊疗片区就诊数据，汇总后提交总医院医保结算部，经审核并造表后送财务部结算。

如确定的月预付额不足以支付药品耗材货款的，相关片区诊疗中心应协调成员单位委托银行支付医保结算差额部分，未办理银行托收协议前，应在收到医保经办机构收款通知的7个工作日内将差额部分缴存到指定的结算账户。总医院将按月对参保对象在医共体内部各级医疗机构所发生的医保基金进行审核并及时结算。

四、基金结余留用原则

按照泉医保〔2021〕36号文件要求，结余基金用于以下支出项目：

1.奖励性绩效。当年度各片区诊疗中心结余资金的50%，结合年度考核分数留用作为片区工作人员的奖励性绩效（近三年均有结余的，提取比例上限可调至55%）。由片区诊疗中心组织对成员单位二次考核与拨付。其中：25%用于各成员单位工作人员的奖励性绩效；25%分配给控费成效明显的片区诊疗中心作奖励性绩效。

2.当年度片区诊疗中心剩余50%部分由总医院统筹分配。

（1）风险储备金。当年度结余留用基金提取10%，作为合理超支分担的风险储备金。当逐年滚存的风险储备金达到当年度医共体基金打包总额的5%时，可不再计提。

（2）提升县域医疗机构综合服务能力。重点用于加强薄弱学科和核心临床专科建设，为参保群众提供远程会诊服务等。

（3）加强卫生人才队伍建设。重点用于专家引进、上级医院专家“传帮带”、医疗下沉、下基层人员补助及人才培养等项目。

（4）加强医防融合工作，提升参保人健康管理水平。主要用于开展健康管理课题方面研究、健康知识宣传普及、慢病管理、重点人群的健康管理、家庭医生签约及履约完成情况等健康管理项目基金支出。

（5）推进分级诊疗工作，提高县域就诊率。重点用于驻乡驻村、医共体内上下转诊及分诊工作奖励。

（6）加强精细化管理。提高医共体成员医保、医务管理水平、各质控检查小组人员补助等工作的支出。

南安市公立医疗机构管理委员会办公室 2021年7月21日印发