

永州市基本医疗保险门诊综合改革医疗服务质效评估办法

为加快推进省委十二届七次全会部署的三医联动、六医协同集成改革落实落地，提高门诊医疗保障水平，深化医保支付方式改革，创新健康增值服务赋能基本医保参保机制和家庭医生签约服务提升行动，科学、系统、客观评估基层门诊统筹综合试点改革成效，推动永州市基层医疗卫生服务体系高质量发展，结合永州实际，特制定本评估办法。

一、评估目标

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以人民健康为中心，以统筹制定“资金包”“政策包”和“服务包”为抓手，提升门诊医疗保障水平，增强参保人在看病就医的获得感。助推家庭医生签约服务，强化分级诊疗，完善“防、筛、诊、治、管、康”全链条管理服务体系。全面评估基层门诊统筹综合试点改革，检验基层门诊改革服务可及性、质量、效率，精准查找试点政策设计、执行机制、配套措施、协同联动等方面存在的堵点、难点和风险点，为完善门诊统筹政策、调整支付标准、健全管理机制、强化基层能力建设提供实证依据和决策支撑，更好地服务参保群众，更好实现激励约束，更好支持基层医疗卫生机构发展，实现群众得实惠，机构得发展，基金得安全，形成充分释放红利、

具有永州特色的基层门诊统筹综合改革模式。

二、评估对象与方式

（一）评估对象：纳入永州市基层门诊统筹综合试点县（区）内所有参与签约基层医疗卫生机构。

（二）评估方式：试点县区医保、卫健部门对辖区内乡镇卫生院（社区服务中心）开展服务质效评估；乡镇卫生院（社区服务中心）对辖区内村卫生室开展服务质效评估，评估结果报本地医疗保障部门备案。

三、评估指标体系

构建包含“签约参保人普通门诊个人负担比例”“住院率降幅情况”“签约参保人在签约医院门诊就诊率”“有效签约率”“特定清单药品配备率”“村卫生室一体化管理”“实地评估”“加分项”“扣分项”“否决项”等十项综合评估指标体系。每年2月底前，县级医保部门会同卫健、财政部门共同组织对签约基层医疗卫生机构改革成效实施评估，按得名设优秀、良好、合格、不合格四个等次。总分110分（含加分项），评估考核90分至110分评定为“优秀”等次，80分至89分评定为“良好”等次，合格60分至79分评定为“合格”等次，60分以下直接评定“不合格”等次。原则上“优秀”比例不超过30%。试点启动后，每月进行年度监测分析评估，每季度进行一次全面评估，结束后进行终期评估。季度评估平均分占考核总分的30%，年终评估占考核总分70%。

四、评估结果运用

（一）总额预付。基层医疗机构评估考核结果直接与清

算挂钩。每月月初由医保部门按预算总额/12×90%付给签约基层医疗卫生机构，剩余费用评估后1个月内支付。具体清算标准：

1. 评估结果得分90分及以上的医疗机构，全额返还；
2. 评估结果 $80 < \text{得分} < 90$ 的医疗机构，扣减比例为 $(90 - \text{得分}) \times 10\%$ （即80分不予返还）；
3. 评估结果 $60 \leq \text{得分} \leq 80$ 的医疗机构，不予返还；
4. 评估结果得分 < 60 的医药机构，不予返还，取消下年度门诊统筹签约协议。
5. 未返还的剩余费用调配奖励给优秀单位均分。

（二）二次分配。二次分配资金池=筹资总额-签约参保居民门诊按人头付费支出-未签约参保居民门诊按项目付费支出。由县级医保部门会同卫健部门根据评估结果，对签约基层医疗卫生机构按梯度进行二次分配。各试点县（区）二次分配资金池50%，由考核评定为“优秀”的基层门诊签约机构按同类别考核等次的签约人数均分；各试点县（区）二次分配资金池35%，由考核评定为“良好”的基层门诊签约机构按同类别考核等次的签约人数均分；各试点县（区）二次分配资金池15%，由考核评定为“合格”的基层门诊签约机构按同类别考核等次的签约人数均分；考核评定为“不合格”的基层门诊签约机构不参与二次分配资金池分配。资金池资金全部留用签约基层医疗卫生机构，超支部分由签约基层医疗卫生机构承担；因不可抗力或政策调整导致的超支部分，由签约基层医疗卫生机构与医保部门协商解决。

（三）支付流程。实现紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称县（区）医共体，含医共体内各成员单位）总付费的县区。

1. 签约居民按月预付、按季度核算、按年结算，每月月初由医保部门按预算总额/12×90%付给县（区）医共体总院，医共体总院收到预付款后7个工作日内付给签约乡镇卫生院（社区卫生服务中心），签约乡镇卫生院（社区卫生服务中心）7个工作日内付给各村卫生室，剩余10%预留金年底评估后1个月内支付。

2. 未签约居民按月结算、年度清算，医保部门在医共体成员单位全部完成月度费用申报后20个工作日内完成审核和拨付，医共体总院应在7个工作日内向医共体成员单位完成支付。剩余5%预留金年底评估后1个月内支付；未实现医共体总额付费的县区直接按标准付给基层医疗卫生机构。

五、工作要求

（一）加强组织领导。推进基层门诊统筹综合改革是推进“三医联动、六医协同”集成改革的重要内容，是健全参保长效机制，提升群众参保获得感的重要举措。由永州市医保局、永州市卫健委成立基层门诊统筹综合试点改革工作专班，指导各县区医疗保障局实施辖区内门诊改革评估工作。

（二）明确部门职责。医保部门牵头组织实施基层门诊统筹综合改革评估，按时采集考核指标湖南省医疗保障信息平台数据，建立健全定期分析通报制度，加强业务指导和基金监管，规范目录药品使用及确定医药服务价格；卫生健康

部门负责做好常见病种和常用基本药物品种的统计制定、家庭医生签约服务提升行动和分级诊疗制度的实施，督促定点基层医疗卫生机构按时完成医疗、医保信息化和标准化改造，确保数据上传全面、准确、真实、及时，督促紧密型医共体配合做好门诊统筹综合改革试点工作。

（三）严守工作纪律。坚持独立公正立场，杜绝外界干预；确保原始数据真实完整可溯源，严禁篡改伪造；执行评估程序规范严谨，恪守保密规定；实行利益回避制度，保持廉洁自律，抵制任何形式的利益输送；全过程接受监督，对违规行为零容忍。以铁的纪律保障评估过程权威性和结果公信力，为改革决策提供坚实依据。

七、附则

本办法由永州市医疗保障局、永州市卫生健康委员会负责解释。本办法自发布之日起施行。

附件 1-1：永州市基本医疗保险门诊综合改革医疗服务
质效评估指标体系

附件 1-1

永州市基本医疗保险门诊综合改革医疗服务质效评估指标体系

序号	考核指标	分值	计算公式	评估标准	数据来源	负责部门
1	签约参保人普通门诊个人负担比例	15	签约参保人普通门诊个人负担金额(含个人账户支出)/签约参保人普通门诊总医疗费用	以县域内签约参保人平均个人负担比例为基准值,基准分 12 分。每低于基准值 0.5 个百分点,在基准分上加 1 分(不足 0.5 个百分点的不计算加分),累计最高不超过 15 分。每高于基准值 0.5 个百分点,在基准份上扣 1 分(不足 0.5 个百分点的不计算扣分),扣完为止。	湖南省医疗保障信息平台	试点县(区)医疗保障局
2	住院率降幅情况	15	参保人住院人次/参保人数	以县域内平均住院率为基准值,住院率低于基准值得满分;每高于基准值 0.5 个百分点扣 1 分。	湖南省医疗保障信息平台	试点县(区)医疗保障局
3	签约参保人在签约医院门诊就诊率	15	签约参保人年门诊就诊人次/签约参保人人数	以县域内签约参保人平均门诊就诊率为基准值,基准分 12 分。每高于基准值 0.5 个百分点,在基准分上加 1 分(不足 0.5 个百分点的不计算加分),累计最高不超过 20 分。每低于基准值 0.5 个百分点,在基准份上扣 1 分(不足 0.5 个百分点的不计算扣分),扣完为止。	湖南省医疗保障信息平台、湖南省基层卫生信息系统(公卫 3.0)	试点县(区)医疗保障局、卫生健康局
4	有效签约率	15	已完成“健康档案”和“一人一档”全民参保数据库建档的签约参保人数/签约参保人数	以县域内签约参保人平均有效签约率为基准值,基准分 12 分,每高于基准值 0.1 个百分点,在基准分上加 1 分,累计最高不超过 15 分。”	湖南省医疗保障信息平台、湖南省基层卫生信息系统(公卫 3.0)	试点县(区)医疗保障局、卫生健康局

序号	考核指标	分值	计算公式	评估标准	数据来源	负责部门
5	特定清单药品配备率	15	配备特定清单药品品种数量/规定的特定清单药品品种数量	全部配齐得 15 分, 且配备特定清单药品原则上通过省医药集采平台 (医保招采管理子系统) 线上采购, 每少 1 个品种扣 1 分, 扣完为止。	省医药集采平台 (医保招采管理子系统)、湖南省基层卫生信息系统 (公卫 3.0) 现场核查	试点县 (区) 医疗保障局、卫生健康局
6	村卫生室一体化管理	10	乡镇卫生院对村卫生室实行统一药品配送、统一结算、统一监管、统一资金分配、统一协议签订。	实行统一药品配送、统一监管、统一结算、统一资金分配、统一协议签订各得 2 分, 未实行的, 每项扣 2 分。	机构财务报表、协议监管资料、现场核查	试点县 (区) 医疗保障局、卫生健康局
7	实地评估	15	1. 政策知晓率 2. 医疗服务满意度	1、随访 20 名签约参保人, 评估他们对门诊综合改革等医保政策及家庭签约服务政策的知晓情况, 知晓率达 90% 以上的得 7.5 分, 每低 1 个百分点扣 0.5 分, 最多扣 7.5 分。 2、随机抽取参保签约人门诊患者 20 名, 开展对医疗卫生机构门诊医疗服务满意度调查, 满意度达 90% 以上的得 7.5 分, 每低 1 个百分点扣 0.5 分, 最多扣 7.5 分。	第三方满意度调查、患者访谈	试点县 (区) 医疗保障局、卫生健康局、财政局
8	加分项		凡获得国家省市县表彰或示范点、典型案例被上级肯定、承担医保工作任务成绩突出的均可视情况加分。	获国家级表彰获示范点加 5 分、省级加 3 分、市级 2 分、县级 1 分, 其他事项经查实每项加 1 分; 所在乡镇在参保目标基础上将市级下达县区目标, 按上一年度各乡镇完成数测定参保目标, 参保率每提高 0.5 百分点加 1 分 (不足 0.5 个百分点的不计算加分)。最多加 10 分		试点县 (区) 医疗保障局、卫生健康局

序号	考核指标	分值	计算公式	评估标准	数据来源	负责部门
9	扣分项		凡骗保被查处、推诿或拒收门诊就诊和参保任务未达成均予扣分。	经查实每例扣 1 分，上不封顶。所在乡镇在参保目标基础上，参保率每低 0.5 百分点扣 1 分（不足 0.5 个百分点的不计算扣分，但未完成参保目标必扣 1 分），最多扣 10 分。		试点县（区）医疗保障局、卫生健康局
			签约医疗机构触发预警情况	每触发 1 次黄色预警扣 1 分，每发生 1 次红色预警扣 2 分（2025 年试运行，可进行模拟评分，不作为最终评分依据）	县（区）医疗保障局	试点县（区）医疗保障局
10	否决项		定点医疗卫生机构协议实际履行情况	协议考核等级不合格者，门诊综合改革结果直接不合格。		试点县（区）医疗保障局、卫生健康局