|  |
| --- |
| 附件**县域医共体医保绩效考核参考指标** |
| **一级指标** | **二级指标** | **指标说明** |
| 一、医保筹资缴费情况 | 1-1城乡居民医保参保率(%) | 【计算方法】城乡居民医保参保率(%)=县域内已参加居民医保人数/应参加居民医保人数×100%【数据来源】市县医保部门、市分配指标 |
| 1-2城乡居民医保财政补助到位率(%) | 【计算方法】城乡居民医保财政补助到位率(%)=财政补助已到位资金/应到位资金×100%【数据来源】市县医保部门 |
| 二、医保基金运行效率情况 | 2-1住院率(%) | 【计算方法】住院率(%)=(县域医共体服务参保人员域内出院人次数+域外出院人次数)/县域医共体服务参保人员数量×100%【数据来源】医保信息系统 |
| 2-2县域外住院率(%) | 【计算方法】县域外住院率(%)=县域医共体服务参保人员域外出院人次数/县域医共体服务参保人员数量×100%【数据来源】医保信息系统 |
| 2-3住院费用增长率 | 【计算方法】住院费用增长率=(县域医共体服务参保人员当年住院医疗总费用-上年住院医疗总费用)/县域医共体服务参保人员上年住院医疗总费用\*100%【数据来源】医保信息系统 |
| 2-4参保人员住院人均费用 | 【计算方法】参保人员住院人均费用=县域医共体服务参保人员住院医疗总费用/县域医共体服务参保人员住院人数【数据来源】医保信息系统 |
| 2-5县域就诊率(%) | 【计算方法】县域就诊率(%)=县域医共体服务参保人员县域内门急诊人次/县域医共体服务参保人员门急诊总人次×100%【数据来源】医保信息系统 |
| 2-6医保基金县域内支出率(不含药店、不含个人账户)(%) | 【计算方法】医保基金县域内支出率(不含药店、不含个人账户)(%)=县域内医疗卫生机构医保基金支出/全县医保基金总支出×100%【数据来源】医保信息系统 |
| 2-7县域内基层医疗卫生机构医保基金占比(%) | 【计算方法】县域内基层医疗卫生机构医保基金占比(%)=基层医疗卫生机构医保基金支出/全县医保基金总支出×100%【数据来源】医保信息系统 |
| 2-8住院费用实际报销比(%) | 【计算方法】住院费用实际报销比(%)=(1-县域医共体服务参保人员住院医疗费用个人负担/县域医共体服务参保人员住院医疗总费用)×100%【数据来源】医保信息系统 |
| 三、医保政策落实情况 | 3-1县域内村卫生室纳入医保定点情况 | 【计算方法】县域内村卫生室纳入医保定点增长率=（县域内村卫生室当年定点数量-上年定点数量）/（县域内上年村卫生室总数量）100%【数据来源】各县医保经办机构、各县卫生健康部门 |
| 3-2集采药品配备情况 | 【计算方法】集采中选药品采购占比=中选药品采购数量/该药品同通用名同剂型所有药品数量×100%。【数据来源】省药品和医用耗材招采管理系统 |
| 四、满意度 | 4-1医保病人满意度(%) | 【计算方法】医保病人满意度(%)=满意患者数/接受调查患者数×100%【数据来源】县医保部门 |
| 五、负面清单 | 5-1不规范诊疗行为情况 | 【计算方法】抽检病历及群众举报反映线索，查实后存在低标入 院、分解入院、不合理收费等不规范诊疗行为的。【数据来源】县医保部门 |