

定点医疗机构（有住院服务）年度医保基金使用绩效综合评价指标 （2024年评价版）

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	责任处室单位 (排名首位的为牵头部门)
一、医保政策执行（共2项，6分）					
1	执行医保目录和支付标准	3	严格执行并及时更新基本医疗保险和生育保险药品、诊疗服务项目、医疗服务设施目录，提高医保目录内药品在医院药品目录库中的品种数占比	1.按月及时更新药品、诊疗服务项目、医疗服务设施目录数据库的，得1分。	医药服务处、医保中心、各县(市)医保局
				2.严格执行国家和省基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准，得1分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				3.医保目录内药品占医院药品供应目录的品种数占比，三级医疗机构≥80%的，二级医疗机构≥90%的，一级及以下医疗机构≥95%的，得1分。	医药服务处、医保中心、各县(市)医保局
2	执行医疗服务价格政策	3	严格按照协议执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，按要求落实价格公示制度	1.严格按照协议执行医疗服务价格政策的，得1分。	价格招采处、各县(市)医保局
				2.按要求落实价格公示制度，提供费用清单的，得1分。	价格招采处、各县(市)医保局
				3.开展自主定价项目，按要求备案或告知的，得1分。	价格招采处、各县(市)医保局
二、医保改革政策落地（共3项，43分）					
3	协同推进药品耗材招采使用改革落地	20	按照《江苏省医保定点公立医疗机构药品（医用耗材）招采专项评价办法（试行）》评价后折算		价格招采处、各县(市)医保局

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	责任处室单位 (排名首位的为牵头部门)
4	协同推进医保支付方式改革落地	20	按照《定点医疗机构 DRG 支付方式改革绩效评价办法(试行)》评价后折算		医药服务处、各县(市)医保局
5	协同推进国家医保谈判药管理改革落地	3	根据临床用药需求及时配备国家医保谈判药品,提升谈判药品可及性	1.谈判药品品种配备率高于或等于本机构上一年度的,得1分。	医药服务处、各县(市)医保局
				2.新版药品目录公布后1个月内召开国谈药进院专题药事委员会会议的,得2分。	医药服务处、各县(市)医保局
三、医保基金管理使用(共2项,17分)					
6	规范使用医保基金	14	贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规,严格执行基金监督管理要求,完善医保基金使用管理制度,落实自我管理主体责任	严格规范使用医保基金,无欺诈骗保行为发生的,得14分。存在违法违规使用医保基金行为的,按下列情形分别扣分:	
				1.发现违规问题被协议处理(追回所涉医保费用5万元以下)的,一次扣1分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				2.发现违规问题被协议处理(追回所涉医保费用5万元及以上至10万元)的,一次扣2分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				3.发现违规问题被协议处理(追回所涉医保费用10万元及以上至20万元)的,一次扣3分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				4.发现违规问题被协议处理(解除协议、追回所涉医保费用20万元及以上),一次扣5分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				5.开展专项整治自查自纠后仍然发生相应违法违规使用医保基金行为的,严格处理处罚,1次扣5分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	责任处室单位 (排名首位的为牵头部门)
6	规范使用医保基金	14	贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规,严格执行基金监督管理要求,完善医保基金使用管理制度,落实自我管理主体责任	6.被医保部门责令改正的,一次扣1分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				7.被责令退回医保基金损失金额并处损失金额1-2倍罚款的,一次扣3分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				8.被责令退回骗取的医保基金并处骗取金额2-5倍罚款的、被医保部门暂停协议处理1-3个月的,一次扣5分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				9.开展专项整治自查自纠后仍然发生相应违法违规使用医保基金行为的,严格处理处罚,1次扣5分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				10.智能监管系统发现违法违规使用医保基金行为,经指出后不予整改的,严格处理处罚,1次扣5分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				11.拒不改正或造成严重后果的,不得分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
7	严格管理医保基金	3	全面落实《江苏省医疗保障局关于规范医疗保障基金总额管理的实施意见(试行)》,协同推进总额预算编制、协商谈判、预算执行和结算清账	1.建立健全财务制度和医保基金使用考核评价体系,定期检查并及时纠正医疗保障基金使用不规范行为的,得1分。	基金监督处、监管中心、医保中心、各县(市)医保局
				2.配合医保部门做好相关工作的,包括但不限于总额管理过程中的预算编制(含药品耗材单列预算)集体协商、预算执行、年度清算等工作,得1分。	医保中心、价格招采处、各县(市)医保局
				3.及时完成自身承担的医疗费用账务处理,无新增“应收医保款”挂账的,得1分。	医保中心、各县(市)医保局

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	责任处室单位 (排名首位的为牵头部门)
7	严格管理医保基金	3	全面落实《江苏省医疗保障局关于规范医疗保障基金总额管理的实施意见(试行)》，协同推进总额预算编制、协商谈判、预算执行和结算清账	4.结算清单上传率超过98%，得0.5分，结算清单超过98%符合填写规范，得0.5分。	医保中心、各县(市)医保局
四、医保标准化信息化建设(共2项,16分)					
8	医保信息业务编码应用	2	严格执行并及时动态维护国家医保信息业务编码标准	1.严格执行国家医保信息业务编码标准,实现院内管理系统基础库全覆盖应用,得1分。	监管中心、医保中心、各县(市)医保局
				2.按要求及时准确动态维护医院医保信息业务编码,与定点医疗机构相关的业务编码非标率低于0.5%得1分、低于0.8%得0.5分、低于1%得0.25分。	监管中心、医保中心、各县(市)医保局
9	医保信息化应用落地	14	严格按照医保信息平台标准规范做好院内信息系统与医保信息平台对接,深化拓展医保信息化应用,实现医保码、移动支付、电子处方、电子结算凭证、药品追溯等功能应用,确保网络和数据安全	1.实现医保码全流程应用的,得3分,每发现1个院内需要身份核验的场景不支持使用医保码,扣2分,扣完为止。	监管中心、医保中心、各县(市)医保局
				2.医保码结算率达50%的,得3分,结算率每下降5%,扣1分,扣完为止。	监管中心、医保中心、各县(市)医保局
				3.医保移动支付结算占比(包括江苏医保云渠道和自建小程序渠道)达30%的,得2分,结算占比每下降3%,扣0.2分,扣完为止。	监管中心、医保中心、各县(市)医保局
				4.接入省电子处方中心并实际开方的,得2分得2分。	监管中心、医保中心、各县(市)医保局

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	责任处室单位 (排名首位的为牵头部门)
9	医保信息化应用落地	14	严格按照医保信息平台标准规范做好院内信息系统与医保信息平台对接, 深化拓展医保信息化应用, 实现医保码、移动支付、电子处方、电子结算凭证、药品追溯等功能应用, 确保网络和数据安全	5.接入电子结算凭证中心, 并按要求全量上传电子票据数据的, 得2分。	监管中心、医保中心、各县(市)医保局
				6.按要求上传药品追溯信息的, 得2分。	监管中心、医保中心、各县(市)医保局
五、医保管理服务提升 (共3项, 8分)					
10	优质诊疗服务提供	4	按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务, 保障参保人员获得高质量、有效率的医药服务	按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务, 得4分。 以下情形每查实一项扣1分, 扣完为止:	
				1.未严格执行门诊统筹, 门诊慢特病、长处方、门急诊待遇等政策, 不及时上传相关信息。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				2.推诿或者拒收重症患者。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				3.降低服务标准。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				4.诱导参保人员在住院期间到门诊缴费、药店购药或另设自付账号交费。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	责任处室单位 (排名首位的为牵头部门)
10	优质诊疗服务提供	4	按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务,保障参保人员获得高质量、有效率的医药服务	5.未经参保人员或其近亲属、监护人同意,提供医疗保障基金支付范围以外的医疗服务(急诊、抢救等特殊情形除外)。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				6.未向异地就医参保人员提供同等、合规、必要的医疗服务。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
11	强化服务协议重要约定管理	2	及时与医保经办机构签订医疗服务协议,按协议约定条款履行相关义务	及时签订并通过国家平台上传医疗服务协议信息的,得2分。有下列违规情形,每查实一项不得分:	
				1.医保协议有效期内发现问题未按要求整改或整改不到位的。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				2.为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保结算的。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				3.拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等,情节恶劣的。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				4.被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				5.法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定,或有违法失信行为的。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
				6.未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局
12	就诊人员满意度提高	2	及时处理与医保相关的投诉举报,提高参保人员对医疗机构医保服务满意度	无就诊人员举报投诉的,得2分,参保人员的医保相关合理诉求得到及时解决的,得1分。	医保中心、监管中心、各县(市)医保局

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	责任处室单位 (排名首位的为牵头部门)
六、地方自主评价 (共 1 项, 10 分)					
13	地方医保重点工作	2	实现参保人员线上结算应结尽结	实现应结尽结的, 得 2 分。每发现一例未线上直接结算到医保经办机构手工报销的, 扣 0.1 分, 扣完为止。	医保中心、各县(市)医保局
		3	承办医疗保障经办服务事项	按规定承办门诊慢性病、特殊病, 国谈药“双通道”待遇认定等医保服务的, 得 3 分。每发现一项未实现的, 扣 1 分, 扣完为止; 其他医疗机构按满分计算。	医保中心、各县(市)医保局
		2	及时动态维护上传基本信息	按规定在国家医保信息业务编码标准数据库动态维护医保医师、医保护士、医保药学人员、医保医技人员代码以及医保电子协议等基本信息, 得 2 分。每发现一例代码未维护的, 扣 0.1 分, 扣完为止; 电子协议未维护的不得分。	医保中心、各县(市)医保局
		2	加强医疗保障政策法规宣传工作	开展参保扩面、待遇政策、打击欺诈骗保等医保政策法规宣传的, 得 1 分, 每缺一项扣 0.5 分, 扣完为止; 设置“医疗保障政策宣传栏”“医疗保障投诉箱”得 1 分, 每缺一项扣 0.5 分, 扣完为止。	医保中心、各县(市)医保局
		1	公开违规举报投诉渠道信息	公布《违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施办法》以及举报渠道的, 得 1 分, 未公布不得分。	基金监督处、监管中心、各县(市)医保局

- 备注: 1. 本评价采用百分制, 民营定点医疗机构评价总分为 80 分, 最终评价总分按评价项目总得分×100/80, 折算成百分制;
2. 一级及以下公立定点医疗机构“推进药品耗材招采使用改革”评价项目, 可参照《江苏省医保定点公立医疗机构药品(医用耗材)招采专项评价办法(试行)》选取 1、3、4 指标进行评价;

3. 未涉及支付方式改革的定点医疗机构“推进医保支付方式改革”评价项目，可参照《医保支付方式改革专项评价办法（试行）》选取部分指标进行评价；
4. 本评价办法指标与《江苏省医保定点公立医疗机构药品（医用耗材）招采专项评价办法（试行）》《定点医疗机构 DRG 支付方式改革绩效评价办法（试行）》有重复的，不因同一违规行为重复扣分；
5. 鼓励医疗机构加强“三医”协同工作，对受到省级相关部门表彰或领导批示的，加 1 分；受到国家相关部门表彰或领导批示的，加 2 分。

定点医疗机构（没有住院服务）年度医保基金使用绩效综合评价指标 （2024年评价版）

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
一、医保政策执行（共2项，11分）				
1	执行医保目录和支付标准	6	严格执行并及时更新基本医疗保险和生育保险药品、诊疗服务项目、医疗服务设施目录，提高医保目录内药品在医院药品目录库中的品种数占比	1.按月及时更新药品、诊疗服务项目、医疗服务设施目录数据库的，得2分。 2.严格执行国家和省基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准的，得2分。 3.医保目录内药品占医院药品供应目录的品种数占比 $\geq 95\%$ 的，得2分。
2	执行医疗服务价格政策	5	严格按照协议执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，按要求落实价格公示制度	1.严格按照协议执行医疗服务价格政策的，得2分。 2.按要求落实价格公示制度，提供费用清单的，得2分。 3.开展自主定价项目，按要求备案或告知的，得1分。
二、医保改革落地（共2项，28分）				
3	协同推进药品耗材招采使用改革落地	20	参照《江苏省医保定点公立医疗机构药品（医用耗材）招采专项评价办法（试行）》选取部分指标进行评价	

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
4	合理控制医疗费用	8	加强药品和医疗服务价格管理,控制医药费用不合理增长	1.参保患者门诊次均费用较本机构上年度在合理增长范围内的,同比增长0%及以下的得4分,0%-6%(含6%)的,得3分;6%以上的,得2分。
				2.参保患者门诊人次人头比较本机构上年度在合理增长范围内的,同比增长0%及以下的得4分,0%-6%(含6%)的,得3分;6%以上的,得2分。
三、医保基金管理使用(共2项,20分)				
5	规范使用医保基金	14	贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规,严格执行基金监督管理要求,完善医保基金使用管理制度,落实自我管理主体责任	严格规范使用医保基金,无欺诈骗保行为发生的,得14分。存在违法违规使用医保基金行为的,按下列情形分别扣分:
				1.发现违规问题被协议处理(追回所涉医保费用5万元以下)的,一次扣1分。
				2.发现违规问题被协议处理(追回所涉医保费用5万元及以上至10万元)的,一次扣2分。
				3.发现违规问题被协议处理(追回所涉医保费用10万元及以上至20万元)的,一次扣3分。
				4.发现违规问题被协议处理(解除协议、追回所涉医保费用20万元及以上),一次扣5分。
				5.开展专项整治自查自纠后仍然发生相应违法违规使用医保基金行为的,严格处理处罚,1次扣5分。
6.被医保部门责令改正的,一次扣1分。				

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
5	规范使用医保基金	14	贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规，严格执行基金监督管理要求，完善医保基金使用管理制度，落实自我管理主体责任	7.被责令退回医保基金损失金额并处损失金额 1-2 倍罚款的，一次扣 3 分。
				8.被责令退回骗取的医保基金并处骗取金额 2-5 倍罚款的、被医保部门暂停协议处理 1-3 个月的，一次扣 5 分。
				9.开展专项整治自查自纠后仍然发生相应违法违规使用医保基金行为的，严格处理处罚，1 次扣 5 分。
				10.智能监管系统发现违法违规使用医保基金行为，经指出后不予整改的，严格处理处罚，1 次扣 5 分。
				11.拒不改正或造成严重后果的，不得分。
6	严格管理医保基金	6	全面落实《江苏省医疗保障局关于规范医疗保障基金总额管理的实施意见(试行)》，协同推进总额预算编制、协商谈判、预算执行和结算清账	1.建立健全财务制度和医保基金使用考核评价体系，定期检查并及时纠正医疗保障基金使用不规范行为的，得 2 分。
				2.配合医保部门做好相关工作的，包括但不限于总额管理过程中的预算编制（含药品耗材单列预算）集体协商、预算执行、年度清算等工作，得 1 分。
				3.及时完成自身承担的医疗费用账务处理，无新增“应收医保款”挂账的，得 1 分。
				4.规范准备上传结算明细数据的，得 2 分，有一例未规范准确上传的，扣 0.2 分，扣完为止。

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
四、医保标准化信息化建设（共2项，16分）				
7	医保信息业务编码应用	2	严格执行并及时动态维护国家医保信息业务编码标准	<p>1.严格执行国家医保信息业务编码标准，实现院内管理系统基础库全覆盖应用，得1分。</p> <p>2.按要求及时准确动态维护医院医保信息业务编码，与定点医疗机构相关的业务编码非标率低于0.5%得1分、低于0.8%得0.5分、低于1%得0.25分。</p>
8	医保信息化应用落地	14	严格按照医保信息平台标准规范做好院内信息系统与医保信息平台对接，深化拓展医保信息化应用，实现医保码、移动支付、电子处方、电子结算凭证、药品追溯等功能应用，确保网络和数据安全	<p>1.实现医保码全流程应用的，得3分，每发现1个院内需要身份核验的场景不支持使用医保码，扣2分，扣完为止。</p> <p>2.医保码结算率达50%的，得3分，结算率每下降5%，扣1分，扣完为止。</p> <p>3.医保移动支付结算占比(包括江苏医保云渠道和自建小程序渠道)达30%的，得2分，结算占比每下降3%，扣0.2分，扣完为止。</p> <p>4.接入省电子处方中心并实际开方的，得2分得2分。</p> <p>5.接入电子结算凭证中心，并按要求全量上传电子票据数据的，得2分。</p> <p>6.按要求上传药品追溯信息的，得2分。</p>
五、医保管理服务提升（共3项，15分）				
9	优质诊疗服务提供	6	按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，保障参保人员获得高质量、有效率的医药服务	按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，得6分。以下情形每查实一项扣1分，扣完为止：

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
9	优质诊疗服务提供	6	按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，保障参保人员获得高质量、有效率的医药服务	1.未严格执行门诊统筹，门诊慢特病、长处方、门急诊待遇等政策，不及时上传相关信息。 2.推诿或者拒收重症患者。 3.降低服务标准。 4.诱导参保人员在住院期间到门诊缴费、药店购药或另设自付账号交费。 5.未经参保人员或其近亲属、监护人同意，提供医疗保障基金支付范围以外的医疗服务（急诊、抢救等特殊情形除外）。 6.未向异地就医参保人员提供同等、合规、必要的医疗服务。
10	强化服务协议重要约定管理	6	及时与医保经办机构签订医疗服务协议，按协议约定条款履行相关义务	及时签订并通过国家平台上传医疗服务协议信息的，得6分。有下列违规情形，每查实一项不得分： 1.医保协议有效期内发现问题未按要求整改或整改不到位的。 2.为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保结算的。 3.拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣的。 4.被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的。 5.法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的。 6.未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的。

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
11	就诊人员满意度提高	3	及时处理与医保相关的投诉举报,提高参保人员对医疗机构医保服务满意度	无就诊人员举报投诉的,得3分,参保人员的医保相关合理诉求得到及时解决的,得2分。
六、地方自主评价(共1项,10分)				
12	地方医保重点工作	3	实现参保人员线上结算应结尽结	实现应结尽结的,得3分。每发现一例应线上结算但未线上结算,后续到医保经办机构报销的,扣0.2分,扣完为止。
		3	及时动态维护上传基本信息	按规定在国家医保信息业务编码标准数据库动态维护医保医师、医保护士、医保药学人员、医保医技人员代码以及医保电子协议等基本信息,得3分。每发现一例代码未维护的,扣0.1分,扣完为止,电子协议未维护的不得分。
		2	加强医疗保障政策法规宣传工作	开展参保扩面、待遇政策、打击欺诈骗保等医保政策法规宣传的,得1分,每缺一项扣0.5分,扣完为止;设置“医疗保障政策宣传栏”“医疗保障投诉箱”得1分,每缺一项扣0.5分,扣完为止。
		2	公开违规举报投诉渠道信息	公布《违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施办法》以及举报渠道的,得2分,未公布不得分。

- 备注: 1. 本评价采用百分制,民营定点医疗机构评价总分为80分,最终评价总分按评价项目总得分 $\times 100/80$,折算成百分制;
2. 一级及以下公立定点医疗机构“推进药品耗材招采使用改革”评价项目,可参照《江苏省医保定点公立医疗机构药品(医用耗材)招采专项评价办法(试行)》选取1、3、4指标进行评价;
3. 本评价办法指标与《江苏省医保定点公立医疗机构药品(医用耗材)招采专项评价办法(试行)》《定点医疗机构DRG支付方式改革绩效评价办法(试行)》有重复的,不因同一违规行为重复扣分。
4. 责任分工按《定点医疗机构(有住院服务)年度医保基金使用绩效综合评价指标(2024年评价版)》参照执行。