

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 （2026 年评价版）

序号	评价项目	设定 分值	评价内容	评分办法	责任科室单位 (排名首位的为牵头部门)
一、医保政策执行（共 1 项，6 分）					
1	执行医保目录、支付标准及医疗服务价格政策	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，按照协议执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策	1. 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 2 分	医药服务科、监管中心、各县（市）医保局
				2. 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 2 分	医药服务科、医保中心、各县（市）医保局
				3. 严格按照协议执行医疗服务价格政策的，得 1 分；开展自主定价项目，按要求备案或告知的，得 1 分	价格招采科、各县（市）医保局
二、医保改革政策落地（共 3 项，43 分）					
2	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		价格招采科、各县（市）医保局

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	责任科室单位 (排名首位的为牵头部门)
3	协同推进医保支付方式改革落地	20	进一步深化 DRG 支付方式改革，强化医疗机构改革协同，规范诊疗行为，促进改革持续提质增效	1. 年度同级医疗机构费用消耗指数从小到大排序，排名在前 25% 的，得 4 分；排名 26%~50% 的，得 3 分；排名 51%~75% 的，得 2 分；排名 76%~100% 的，得 1 分 2. 年度同级医疗机构时间消耗指数从小到大排序，排名在前 25% 的，得 4 分；排名 26%~50% 的，得 3 分；排名 51%~75% 的，得 2 分；排名 76%~100% 的，得 1 分 3. 以本市同级同类定点医疗机构的 CMI 值为基准。本院占比达到这一平均水平的，得 3 分；高于或低于平均水平的，按比率折算得分，最高不超过 4 分 4. 年度住院次均费用与 CMI 比值相较前一年同比下降或持平的，得 4 分；相较前一年同比增长的，每上升 1.25 个百分点，扣 0.5 分，扣完为止 5. 医疗机构及时汇总本机构拟申报特例单议的病例情况，在规定时间内，按要求提交申报病例及相应说明材料的，得 4 分；年度医疗机构无特例单议病例申报的，得 2 分	医药服务科、各县（市）医保局
4	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. 国谈药配备情况：三级综合性医疗机构国谈药配备率不低于 30%、三级中医医院（含中西医结合医院）国谈药配备率不低于 20%，得 2 分；三级专科医疗机构和二级及以下医疗机构，国谈药配备品种数不低于本机构上一年度的，得 2 分 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 1 分	医药服务科、各县（市）医保局

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	责任科室单位 (排名首位的为牵头部门)
三、医保基金管理使用（共2项，19分）					
5	规范使用医保基金	15	贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规，严格遵守《盐城市定点医药机构医疗保障服务协议》规定，落实自我管理主体责任	严格规范使用医保基金，得15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. 被医保部门责令改正（约谈）的，一次扣2分 2. 被暂停拨付或追回已支付的医保基金且未被行政处罚的，一次扣4分 3. 被责令退回医保基金损失金额并处损失金额1-2倍罚款的或被医保部门暂停（中止）协议6个月以下的（不含），一次扣6分 4. 被责令退回骗取的医保基金并处骗取金额2-5倍罚款的或被医保部门暂停（中止）协议6个月以上的，一次扣10分 5. 造成医保基金重大损失或社会影响严重被解除协议的，不得分	基金监督科、医保中心、监管中心、各县（市）医保局
6	严格管理医保基金	4	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）》、《江苏省定点医疗机构医保预付金实施细则（试行）》，协同推进总额预算编制、协商谈判、预算执行、结算清账、预付金管理	1. 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、结算数据对账、预算执行、季度清算等工作，得2分 2. 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 3. 单独设置预付金台账，严格规范预付金使用范围，得1分	医保中心、价格招采科、各县（市）医保局

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	责任科室单位 (排名首位的为牵头部门)
四、医保标准化信息化建设（共 1 项，10 分）					
7	医保标准化信息化应用落地	10	严格执行并及时动态维护国家医保信息业务编码标准，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，实现电子处方、电子病历、药品追溯等功能应用，确保网络和数据安全，提升医保协议电子化水平，强化智能监管能力	1. 在国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台，及时准确更新维护机构、医保医师等相关信息的得 0.5 分，每半年进行一次信息确认或更新的得 0.5 分；与定点医疗机构相关的医保信息业务编码非标率低于 0.2%的，得 1 分，非标率每增加 0.1%，扣 0.5 分，扣完为止 2. 接入省电子处方中心的，得 0.5 分；所有本地和异地“双通道”及单独支付药品均通过处方中心开方并流转至药店的，得 0.5 分 3. 按要求全量采集上传药品追溯信息的，得 2 分，采集率每下降 1%，扣 1 分，扣完为止 4. 完成电子病历全量上传的，得 4 分；能实现电子病历常态化上传的，得 2 分；仅完成接口改造的，得 1 分 5. 实现 3101、3102、3103 接口对接智能监管子系统开展事前提醒并有效应用的，得 2 分 6. 对接医保信息平台的网络、终端设备、接口系统及相关运维通道未与互联网物理隔离，或与其它外部网络联网时未采用有效的安全及隔离措施，扣 3 分；网络被攻击导致接口异常、业务中断的，扣 5 分；发生医保核心数据泄露或被窃取的，扣 10 分 7. 未按要求实现电子签章功能并完成电子化协议签署的，扣 1 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	责任科室单位 (排名首位的为牵头部门)
五、医保管理服务提升（共3项，12分）					
8	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2分，扣完为止： 1. 推诿或者拒收重症患者 2. 诱导参保人员在住院期间到门诊就医、药店购药或另设账号交费 3. 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药服务（除急诊、抢救等特殊情形外） 4. 未严格执行门诊统筹、门诊慢特病、处方管理等政策	基金监督科、医保中心、监管中心、各县（市）医保局
9	强化服务协议重要约定管理	3	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3分。 有下列违规情形之一的，经查实后不得分： 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. 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 3. 被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的 4. 未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的	基金监督科、医保中心、监管中心、各县（市）医保局
10	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	责任科室单位 (排名首位的为牵头部门)
六、地方自主评价（共 1 项，10 分）					
11	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
		4	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 4 分。每发现一项未实现的，扣 2 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	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	基金监督科、监管中心、各县（市）医保局
七、加分项（共 1 项，2 分）					
12		2		三级医疗机构同步实现刷脸支付、一码支付、移动支付、信用支付结算落地应用，加 2 分；二级及以下医疗机构实现任意三个便捷支付的，加 2 分	监管中心、医保中心、各县（市）医保局

- 备注：1. 本评价一~六部分为百分制，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. 第七部分为加分项，评价指标合计满分102分；
3. 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，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；
4. 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，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；
5. 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/DIP支付方式改革绩效评价办法》有重复的，不因同一违规行为重复扣分。