

附件 1

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（2023 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，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 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1分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 $\geq 80\%$ 的，二级医疗机构 $\geq 90\%$ 的，一级及以下医疗机构 $\geq 95\%$ 的，得1分
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 2.按要求落实价格公示制度，提供费用清单的，得1分 3.开展自主定价项目，按要求备案或告知的，得1分

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
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	
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/DIP 支付方式改革绩效评价办法（试行）》评价后折算	
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 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
三、医保基金管理使用（共2项，20分）				
6	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的，一次扣1分 2.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 3.被责令退回骗取的医保基金并处骗取金额2-5倍罚款的，一次扣5分 4.拒不改正或造成严重后果的，不得分

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
7	严格管理医保基金	5	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	<ol style="list-style-type: none"> 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 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.规范准确上传结算明细数据和结算清单的，得2分
四、医保标准化信息化建设（共2项，13分）				
8	医保信息业务编码应用	5	严格执行并及时动态维护国家医保信息业务编码标准	<ol style="list-style-type: none"> 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的，得2分 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1%的，得3分
9	医保信息化应用落地	8	深化拓展医保信息化应用，实现医保电子凭证、移动支付、电子处方流转功能的应用，医保医院信息系统联通，完成接口改造，确保网络联通正常，数据传输准确	<ol style="list-style-type: none"> 1.使用医保电子凭证结算率达50%的，得2分 2.接入江苏医保云实现移动支付功能的，得2分 3.接入江苏医保云实现电子处方流转功能的，得2分 4.按要求完成结算系统、智能监控系统、药品耗材采购系统等信息系统联网后的对接、维护、传输等工作的，得2分

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
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	<p>按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，得4分。</p> <p>以下情形每查实一项扣1分，扣完为止：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
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	及时签订并规范履行医疗保障服务协议重要约定的，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 2.为非定点医疗机构或处于中止服务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
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
六、地方自主评价（共1项，10分）				
13		10	由各设区市结合年度工作重点统一提出工作要求和设置评分办法	

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，由各设区市参照《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；

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，由各设区市参照《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. 评分办法以得分角度表述的项目，各设区市可细化具体扣分项目，对定性指标，各设区市可根据实际细化明确定量目标；
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（试行）》有重复的，不因同一违规行为重复扣分。