

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（2024 年评价版）

序号	评价项目	分值	评价内容	评分办法	指标依据	操作方法	牵头处室 单位（市 本级）	备注
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. 因未及时更新影响参保群众待遇享受被投诉的，每次扣 0.5 分，最多扣 1 分； 2. 因未严格执行目录被投诉的，每次扣 0.5 分，最多扣 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<80%的，二级医疗机构<90%的，一级及以下医疗机构<95%的，扣 1 分。	来源：《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令 第 1 号）第二十二 条； 《全国医疗保障定点医疗机构示范标准（试行）》（五）目录管理 15. 执行目录政策（七）医保改革任务落地 24. 药品和医药耗材进销存管理。	1. 查看医院 HIS 系统医保目录执行及更新情况； 2. 信访反映问题，经查实的，予以扣分。	医保中心 待遇处	
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. 被群众投诉查实价格政策执行存在问题的，每次扣 0.5 分，最多扣 1 分； 2. 未按照价格公示制度公示的，扣 0.5 分；未提供费用清单的，扣 0.5 分； 3. 开展自主定价项目未按要求备案或告知的，扣 1 分。	来源：《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令 第 2 号）第三章 定点医疗机构运行管理 第十五条； 《江苏省价格条例》第二章 经营者的价格行为 第九条、第十条。	1. 查看定点医疗机构 HIS 系统中医疗服务价格项目情况； 2. 查看定点医疗机构提供的费用清单情况； 3. 信访反映问题，经查实的，不得分。	价采处	

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)》和《宿迁市医保定点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			价采处	
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			待遇处	
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较上年度降幅超10%的，扣0.5分；降幅超20%的，扣1分； 2. 新版药品目录公布后1个月内未召开国谈药进院专题药事委员会会议的，扣1分； 3. 2个月内未同步采购新版药品目录内国谈药的，扣1分。	来源：《全国医疗保障定点医疗机构示范标准(试行)》(四)目录管理，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； 《关于做好17种国家医保谈判抗癌药执行落实工作的通知》二、做好挂网采购和支付工作； 《江苏省医疗保障局江苏省卫生健康委员会关于进一步做好国家医保谈判药品落地保障有关工作的通知》(苏医保发〔2021〕68号)。	1. 查看医疗机构药事管理委员会会议记录； 2. 抽查医院药品进销存记录； 3. 调阅谈判药电子处方流转平台记录。	医保中心待遇处
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	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，或被医保部门暂停协议处理1-3个月的，一次扣5分； 4. 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； 5. 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； 6. 拒不改正或造成严重后果的，不得分； 7. 被国家局曝光的，扣14分；被省局曝光的，扣5分。	来源：《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、四十条； 《江苏省医疗保障条例》第七十三条、七十五条。	1. 医保基金监管现场检查、专项检查等各类检查结果； 2. 医保基金智能监管系统相关基础数据。	基金监督处

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	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未建立健全财务制度和医保基金使用考核评价体系的，扣 0.5 分；未定期检查并及时纠正医疗保障基金使用不规范行为的，扣 0.5 分； 2. 未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、季度及年度清算等工作，扣 0.5 分； 3. 未及时完成自身承担的医疗费用账务处理，存在新增“应收医保款”挂账的，扣 0.5 分； 4. 结算清单上传率低于 98%的，扣 0.5 分；结算清单超过 30%不符合填写规范的，扣 0.5 分。 	<p>来源：《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)》《全国医疗保障定点医疗机构示范点标准(试行)》：(一) 医保基础管理</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医保制度建设； 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令 第 2 号)第三章 定点医疗机构运行管理 第十九条、第二十一条、二十二条； 国家医疗保障局办公室关于修订《医疗保障基金结算清单》和《医疗保障基金结算清单填写规范》的通知(医保办发〔2021〕34 号)加快推进医保结算清单的落地使用。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查看 46 项多因素指标等基础数据填报情况； 2. 医保部门组织开展集体协商与协商谈判记录； 3. 查看结算系统定点医疗机构对账单及结算清单等相关数据； 4. 查看定点医疗机构应收医保款往来账及相关财务资料。 	医保中心 综服中心	
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	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未严格执行国家医保信息业务编码标准，未实现院内管理系统基础库全覆盖应用，扣 1 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 0.5%不扣分、0.5% (不含) -0.8%扣 0.5 分、0.8% (不含) -1%扣 0.75 分、高于 1%扣 1 分。 	来源：《医疗保障标准化工作指导意见》	<ol style="list-style-type: none"> 1. 从平台提取医保信息业务编码非标数据； 2. 抽查 18 项医保编码在收费结算系统、门急诊系统、住院系统、进销存管理系统等应用情况。 	综服中心	
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	<ol style="list-style-type: none"> 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 1 分，扣完为止； 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； 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； 4. 未接入省电子处方中心并实际开方的，扣 2 分； 5. 未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，扣 2 分； 6. 未按要求上传药品追溯信息的，扣 2 分。 	<p>来源：《关于进一步做好医保信息平台便民服务应用工作的通知》(苏医保函〔2022〕186 号)三、重点任务(四) 深化推广便民服务应用；</p> <p>《江苏省医疗保障局关于印发 2022 年度江苏医保民生实事项目的通知》(苏医保发〔2022〕34 号) 5. 建立全省统一电子处方流转平台 12. 全面推进移动支付服务。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医保电子凭证结算率=参保人年度门诊、住院使用医保电子凭证结算笔数/参保人年度门诊、住院结算总笔数； 2. 江苏医保云移动支付接入清单； 3. 江苏医保云查验电子处方流转； 4. 根据市局年度任务要求确定参与评价的定点医疗机构范围。 	综服中心	

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>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将与本次疾病相关范围内费用转移到门诊、药店或另设账号交费； 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药服务(除急诊、抢救等特殊情形外)； 6. 未向异地就医参保人员提供同等、合规、必要的医疗服务。 	<p>来源：《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)第三章 定点医疗机构运行管理 第十五条</p> <p>《全国医疗保障定点医疗机构示范标准（试行）》：（四）医疗费用结算 11. 规范医疗收费；</p> <p>《江苏省医疗保障局关于统一基本医疗保险门诊特殊病保障政策的通知》。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 信访件、举报件中核实存在问题的，予以扣分； 2. 书面告知单留存，从自费占比排名靠前一定比例的病例中，随机抽取部分就诊参保人员的告知单进行检查。 	医保中心	
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	<p>未及时签订并通过国家平台上传医疗服务协议信息的，扣2分。</p> <p>有下列违规情形之一的扣2分：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<p>《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)第五章 定点医疗机构的动态管理</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查看协议签订及履行情况记录。 	医保中心	
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	<p>无就诊人员举报投诉的或有举报投诉但院方无过错的，不扣分，参保人员的医保相关合理诉求得到及时解决的，扣1分，未及时解决合理诉求的，扣2分。</p>	<p>来源：《全国医疗保障定点医疗机构示范标准（试行）》：（七）其他 27. 投诉处理</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查看信访平台运行情况； 2. 调取 12345 数据。 	医保中心	

六、地方自主评价（共1项，10分）								
13	合理控制医疗费用	5	控制医药费用不合理增长	1. 门诊项目统筹费用同比增长 5%以内的，不扣分；10%以内的，扣 1 分；超过 10%的，扣 2 分； 2. 住院项目统筹费用同比增长 5%以内的，不扣分；10%以内的，扣 1 分；超过 10%的，扣 2 分； 3. 医疗机构当年度项目统筹费用同比增长 5%以内的，不扣分；10%以内的，扣 1 分；超过 10%，扣 2 分。				医保中心
14	服务协议履行情况	2	严格履行服务协议各项规定	每被医保服务协议处理 1 次，扣 1 分，扣完为止。		查看协议履行情况记录。	医保中心 基金监督处	
15	单位依法参保情况	2	依法为职工办理参保登记的	未依法为职工办理参保登记的，每例扣 1 分，扣完为止。			医保中心 基金监督处	
16	提升医保数据质量	1	按国家医保数据标准上传医保数据	按国家局医保数据标准上传数据的，不扣分： 1. 年内上传非标数据，被医保部门监测 2 次以上的，扣 0.5 分，每多 1 次，扣 0.2 分，最多扣 1 分； 2. 年内上传非标数据，被医保部门监测到后未在 1 个月内按要求整改到位的，扣 1 分。			综服中心	