

江苏省医疗保障局办公室文件

苏医保办发〔2023〕26号

关于印发《江苏省定点医疗机构医疗保障基金使用绩效综合评价办法（试行）》的通知

各设区市医疗保障局：

为贯彻落实《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）》（苏医保发〔2021〕66号），在全省统一规范开展定点医疗机构医疗保障基金使用绩效综合评价工作，省局研究制定了《江苏省定点医疗机构医疗保障基金使用绩效综合评价办法（试行）》，现印发你们，请结合实际抓好贯彻落实。

江苏省医疗保障局办公室

2023年6月7日

办公室

（联系处室单位：省医保中心）

（此件公开发布）

江苏省定点医疗机构医疗保障基金使用 绩效综合评价办法（试行）

为贯彻落实《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）》（苏医保发〔2021〕66号），在全省统一规范开展定点医疗机构医疗保障基金使用绩效综合评价工作（以下简称“绩效评价”），结合我省实际，制定本办法。

一、总体要求

坚持统一规范、公平公正、科学透明，建立健全管用高效的医疗保障基金绩效综合评价和专项评价工作机制，体现合理回报、激励先进，实现预算管理与绩效管理一体化，更好服务全省医疗保障制度改革大局。按照全省统一的指标体系、操作办法和工作流程，对全省各级各类定点医疗机构组织开展医疗保障基金使用绩效综合评价和药品耗材招采使用、医保支付方式改革专项评价，科学真实反映定点医疗机构工作情况，严格落实激励约束举措，推动定点医疗机构提升医疗服务质量和医保基金使用质效，更好发挥医保基金战略购买作用，更好满足参保人员基本医疗保障需求，切实增强参保群众在医保领域的获得感、幸福感和满意度。

二、评价内容和指标

（一）评价内容。根据医疗保障法律法规政策规定，结合医疗保障制度改革推进情况，围绕医保政策执行、医保改革政策落地、医保基金管理使用、医保标准化信息化建设、医保管理服务提升等方面开展绩效评价。

1. 医保政策执行。医保政策事关参保人员切身利益。围绕定点医疗机构落地落实医保政策，全面完整、准确规范、及时有效执行医保目录和支付标准、医疗服务价格等开展评价，切实保障参保群众充分享受基本医疗保险各项权益。

2. 医保改革政策落地。医保改革需要定点医疗机构的全面深度参与和实践。围绕定点医疗机构协同推进 DRG/DIP 支付方式改革、药品耗材招采改革、国家医保谈判药管理改革等重大改革开展评价，着力推进医疗保障和医药服务协同发展和治理。

3. 医保基金管理使用。定点医疗机构是医保基金使用的第一道关口。围绕定点医疗机构贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》《江苏省医疗保障条例》等法律法规、开展总额预算全流程管理、规范使用医保基金等开展评价，切实提升医保基金使用效率和管理效能。

4. 医保标准化信息化建设。医保标准化信息化是提升医保管理精细化水平的重要抓手。围绕定点医疗机构全面落实医保信息业务编码并实现动态维护、全面及时对接医保信息系统各功能模块、实现医保各项业务间的数据贯通、医保信息化应用落地等

开展评价，持续提升医保治理体系和治理能力现代化水平。

5. 医保管理服务提升。管理服务效能是衡量定点医疗机构医保工作的重要指标。围绕定点医疗机构为参保人员提供优质的诊疗服务和医保服务、落实医保协议管理要求、处理与医保相关的投诉举报、提升人民群众的满意度等开展评价，共同为参保人员提供优质、便捷、高效的医保服务。

（二）指标体系。根据评价内容，将定点医疗机构分为有住院服务和没有住院服务两大类，省局统一制定年度医保基金使用绩效综合评价指标体系（见附件1、附件2），对各定点医疗机构进行百分制量化评价，并确定部分指标为全省监测指标。同时预留10%由各设区市根据年度重点特色工作制定相关绩效评价指标。指标体系根据年度工作进行动态调整，省局每年4月底前形成年度评价指标体系印发各设区市，各设区市5月底前具体细化后形成评价评分标准，并主动向定点医疗机构公开。

三、组织实施

绩效评价工作由省局统一部署，各设区市成立绩效评价工作领导小组和专项工作小组统一在设区市范围内组织推进，各县（市、区）成立区域专项工作小组按要求做好相关工作。

（一）时间安排。绩效评价工作按照年度实施，评价年度为上一年度1月1日至12月31日。每年2月初启动，原则上3月底前确认评价结果、对外公示，并在年终清算过程中落实激励约束举措。

（二）工作程序。各设区市专项工作小组制定年度绩效评价实施方案，报设区市绩效评价工作领导小组同意后，启动设区市范围内定点医疗机构绩效评价工作。

1. 定点医疗机构自评申报。各县（市、区）区域专项工作小组指导区域范围内各定点医疗机构对照评价指标体系，完成评价年度医保基金使用绩效情况的分析评估，将自评结果报送各区域专项工作小组。

2. 县（市、区）初审。各县（市、区）区域专项工作小组组织工作专班，通过全省统一的医保信息平台、日常管理台账等渠道采集各定点医疗机构相关数据，将各定点医疗机构自评结果进行大数据比对，必要时组织现场抽查，对区域内定点医疗机构自评得分进行审核，形成本区域定点医疗机构年度绩效评价初审结果，并反馈各区域内定点医疗机构，接受定点医疗机构申诉反馈。鼓励有条件的设区市组织所辖县（市、区）开展集中交叉初审。

3. 设区市确认评价结果。设区市专项工作小组根据评价结果和相关材料，通过专家论证等形式进行复核复审，形成最终评价结果提交工作领导小组审定。评价结果反馈定点医疗机构，并及时以适当形式向社会公布，同时报送省局。

四、结果应用

绩效综合评价结果是医疗保障部门对定点医疗机构年度医

保管理工作的重要评价标准。要将绩效评价结果与定点医疗机构预留质量保证金分配、医保服务协议续签、信用等级评定等挂钩。要根据绩效综合评价结果，全额统筹分配所有定点医疗机构预留的质量保证金，质量保证金具体分配办法可参考《定点医疗机构医保质量保证金分配办法》（见附件3）。绩效评价结果和资金分配方案经设区市绩效评价工作领导小组审定后在一定范围内公示，公示无异议后在年度清算中落实。

五、保障措施

（一）加强组织领导。各设区市要进一步统一思想，充分认识开展基金使用绩效综合评价的重要性和复杂性，加强组织领导，压实工作责任，全面落实全省统一要求，并结合实际细化落实，确保2023年起按本办法组织实施定点医疗机构医疗保障资金使用绩效综合评价工作。各设区市原制定的定点医疗机构年度考核、协议考核等同步调整至绩效综合评价，不再重复开展考核。

（二）强化日常管理。各设区市要建立健全各项基础工作台账，强化日常管理数据和检查数据归集。要根据本办法及时调整定点医疗机构医疗保障服务协议内容，定期发布相关指标落实情况通报，促进定点医疗机构加强内控管理。对绩效评价中发现的问题，要指导督促医疗机构及时采取措施整改落实到位。

（三）夯实数据基础。各设区市要充分发挥全省统一医保信息平台作用，尽可能从平台采集使用相关数据。对定点医疗机构

制度建设、服务质量、政策执行等需要现场核实的指标开展线下评价时，扣分项要及时固化相关证据材料。要指导督促定点医疗机构按要求提供年度绩效自评申报各项数据及材料，确保数据真实准确。

（四）推动结果共享。各设区市要加强与相关部门协调联动，建立绩效评价信息和结果部门共享机制，将绩效评价结果推送至相关部门，探索作为定点医疗机构重大改革试点、高质量发展评价的依据和参考，不断拓展绩效评价结果应用范围。

（五）严肃工作纪律。各设区市要全程主动接受定点医疗机构和纪检监察等部门的监督，保证评价过程和评价结果的公开透明。要坚持科学评价，注意方式方法，综合评价和专项评价应同时部署，同步推进，一次完成，避免增加定点医疗机构负担。要加强宣传引导，加强对评价办法的解读，为定点医疗机构健康发展营造良好舆论环境。

- 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）
2. 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（2023年评价版）
3. 定点医疗机构医保质量保证金分配办法

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	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	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	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	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 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，情节严重的 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。

附件 2

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（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，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≥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

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法
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	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	
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，得4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，得4分
三、医保基金管理使用（共2项，23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
6	严格管理医保基金	8	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2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2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）				
7	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	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
8	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。	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，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： 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	及时签订并规范履行医疗保障服务协议重要约定的，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

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		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. 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；
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/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。

附件3

定点医疗机构医保质量保证金分配办法

一、总体思路

（一）坚持评价引领。根据医保基金使用绩效综合评价结果，计算绩效评价水平指数，按照水平指数分档计算可获得的质量保证金，体现合理回报、激励先进。

（二）坚持全额分配。全额统筹分配各定点医疗机构预留的质量保证金，绩效评价水平指数较低的定点医疗机构未予以拨付部分，全部用于统筹奖励绩效评价水平指数较高的定点医疗机构。

（三）坚持分类管理。各设区市根据定点医疗机构等级、数量、分布等实际情况，将设区市范围内定点医疗机构进行科学合理分组，按照确定的办法在组内分别进行质量保证金分配。

二、分配办法

（一）计算各定点医疗机构绩效评价水平指数

根据某定点医疗机构年度绩效评价得分和定点医疗机构年度绩效评价平均分计算其绩效评价水平指数。即：

某定点医疗机构绩效评价水平指数=该定点医疗机构年度绩效评价得分/定点医疗机构年度绩效评价平均分。

定点医疗机构年度绩效评价平均分= Σ 参与评价的各定点医疗机构年度绩效评价得分/参与评价的定点医疗机构数量。

(二) 分档计算定点医疗机构可获得质量保证金

1. 绩效评价水平指数低于0.98的定点医疗机构

该定点医疗机构可获得质量保证金=该定点医疗机构绩效评价水平指数 $\times$ 该定点医疗机构预留质量保证金

未予以拨付部分质量保证金作为质量保证金奖励金,用于统筹奖励绩效评价水平指数高于1.02的定点医疗机构。

2. 绩效评价水平指数在0.98至1.02之间的定点医疗机构

该定点医疗机构可获得质量保证金=该定点医疗机构预留质量保证金

3. 绩效评价水平指数高于1.02的定点医疗机构

某定点医疗机构可获得质量保证金=该定点医疗机构预留质量保证金+分配的质量保证金奖励金

分配的质量保证金奖励金=待分配质量保证金总额 $\times$ 该定点医疗机构质量保证金待分配系数 $\div \Sigma$ 可获得质量保证金奖励金的各定点医疗机构质量保证金待分配系数

该定点医疗机构质量保证金待分配系数=该定点医疗机构年度预留质量保证金 $\times$ 该定点医疗机构绩效评价水平指数

注：各设区市可根据实际情况，对办法中设置的0.98、1.02绩效评价水平指数作适当调整后，进行质量保证金的分配。

抄送：三级定点医疗机构

江苏省医疗保障局办公室

2023 年 6 月 9 日印发
