

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	指标依据	操作方法
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≥80%的，二级医疗机构≥90%的，一级及以下医疗机构≥95%的，得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系统医保目录数据更新时效情况，目录调整后5个工作日内未及时更新的，该项不得分。 2. 查看医院HIS系统医保目录政策维护内容情况，发现目录维护错误的，该项不得分。 3. 医疗机构根据药品供应品种自查评分，未达到相应标准的，每降低1个百分点，扣0.1分，最多扣1分。 医疗机构自评分，医保部门核验。
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	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. 信访举报或日常监管中发现问题，经查实的，每次扣1分 2. 医疗机构未按规定做好收费公示的，每次扣1分 3. 自主定价项目未按要求在7个工作日内履行告知义务的，每次扣1分 本项扣分以3分为限。
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	根据《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）》的通知（苏医保发〔2023〕33号），按照“二级及以上”或者“一级及以下”定点公立医疗机构药品（医用耗材）招采专项评价指标进行评价，设定总分为100分，按20%的权重用于定点医疗机构年度医保基金使用绩效综合评价			苏州市医保局关于转发《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）》的通知（苏医保价招【2023】19号）。
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》评价后折算		关于印发《苏州市定点医疗机构DRG支付方式改革绩效评价办法（试行）》的通知（苏医保特医〔2023〕32号）。未纳入DRG范围的医疗机构，该项不计分，其余项得分按百分比折算后作为总得分。
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	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. 医疗机构未按临床需求配备国谈药的，查实1例扣1分，同一产品查实2例的，扣3分。 2. 医疗机构保留召开国谈药进院专题药事委员会会议相关资料，医保部门抽检核验。 3. 不涉及国谈药品采购工作的专科医院，应召开专题会议研究临床是否需要配备相关药品，否则不得分。
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-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-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	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	数据来源： 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 评分说明： 1. 被医保部门责令改正的，以医保行政部门或者经办机构书面责令改正（退回）通知书为准，1份责令改正（退回）通知书计1次，扣1分。 2. 被责令退回医保基金损失金额并处损失金额-2倍罚款的，以医保行政部门行政处罚决定书为准，1份行政处罚决定书计1次，扣3分；若仅责令退回医保基金损失（或者机构在责令前已主动退回医保基金损失），不予行政处罚的，扣2分。 3. 被责令退回骗取的医保基金并处骗取金额-5倍罚款的，以医保行政部门行政处罚决定书为准，1份行政处罚决定书计1次，扣5分；若仅责令退回骗取的医保基金（或者机构在责令前已退回骗取的医保基金），不予行政处罚的，扣4分。 4. 因违法违规使用医保基金移送司法机关处理暂无法责令退回并罚款的，以医保部门移送函为准，视同第3项，扣5分。 5. 医疗机构因同一违法行为涉及多项扣分项的，从一重扣分； 6. 拒不改正是指定点医疗机构有下列情形之一的： （1）拒绝签收医疗保障行政部门的责令改正和退回基金相关文书 （2）未在医保部门指定的期限内按照责令要求全部改正，且未经医保部门同意延期 （3）未在医保部门指定的期限内全额退回应当退回的医疗保障基金，且未经医保部门同意延期； （4）有《条例》第三十八条、四十条规定的情形之一，被医保部门责令改正，自责令改正期限届满之日起两年内再次实施相同的行为 7. 造成严重后果是指定点医疗机构有下列情形之一的： （1）造成医保基金重大损失，即医疗保障基金损失或者骗取医疗保障基金金额达到上年度该统筹地区医疗保障基金待遇支出金额千分之一以上 （2）造成严重不良社会影响，即造成医患患者人身、财产重大损失，引发不良舆情，或者造成其他涉及一定数量人群的不良影响 8. 相关扣分记入相关处理文书制发所在年度，违法违规行为被医保部门发现后次年处理的，若处理文书制发于绩效评价工作初审公示前，相关扣分计入违法违规行为被医保部门发现时的年度

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	指标依据	操作方法
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	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 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、第二十二条 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	1. 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，纳入DRG付费的医院，结算清单上传率低于98%的，扣1分，低于96%的，扣2分；未纳入DRG付费的医院，结算清单上传率低于90%的，扣1分，低于80%的，扣2分 2. 不配合医保部门做好相关工作，未按时完成账务处理、未规范准确上传，未按规定做好预决算确认工作，经查实1次/项扣1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准率低于1%的，得3分	来源：《医疗保障标准化工作指导意见》	1. 从平台提取医保信息业务编码维护记录 2. 调阅医院各系统国家医保信息系统基础库界面业务编码使用及维护记录
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、智能监控系统等信息系统联网后的对接、维护、传输等工作的，得2分	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 《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	数据来源：省平台统一拉取。 1. 使用医保电子凭证结算率达30%的，得1分；达40%的，得1.5分；达50%的，得2分 2. 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 3. 江苏医保云移动支付接入清单 4. 江苏医保云查验电子处方流转，考核范围针对双通道资质医院，接入得1分，双通道药品电子处方流转率高于50%得0.5分，高于80%得1分 5. 根据省局年度任务要求确定参与评价的定点医疗机构范围
五、医保管理服务提升（共3项，8分）						
10	优质服务提供	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	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 《全国医疗保障定点医疗机构示范点标准（试行）》：（四）医疗费用结算 11. 规范医疗收费 《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》	根据查实情况扣分，每查实一项扣1分，扣完为止
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	《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 四十条、四十三条	根据查实情况扣分
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	来源：《全国医疗保障定点医疗机构示范点标准（试行）》：（七）其他 27. 投诉处理	1. 考核上年度12345、12393、寒山闻钟、公众监督、领导信箱、来信来访、经办柜面等各渠道接到的投诉件的处理情况，经核查：（1）投诉事项成立的，每件扣0.5-1分；（2）未按照协议约定义务配合调查，做好解释引导，及时上报处理群众反映的问题，或存在推诿、误导宣传等情形的，每件扣0.5-1分；（3）及时纠正，或情节轻微没有造成不良影响的，可以酌情减免扣分。 2. 本项考核与其他指标涉及信访来源渠道的事项不重复扣分，按扣分值高的择一记分。 3. 拟扣分情况，与相关医疗机构核实确认，每半年度通报一次。 4. 调取第三方机构调查数据，满意度评分最高的前10家医疗机构，分别加0.1-1分；满意度评分最低的10家医疗机构，分别扣0.1-1分。 5. 本项得分最多不超过2分，最少不低于0分。
六、地方自主评价（共2项，10分）						
13	先诊疗后付费项目接入	5（加分）	接入苏州市先诊疗后付费平台并运行	接入苏州市先诊疗后付费平台并正常运行的，加3分；2023年12月当月结算量达到本院当月全部结算量5%的，加2分。2024年平均结算量达到本院全部结算量10%的，加2分。	《苏州市委办公室市政府办公室关于印发苏州市2023年民生实事项目的通知》（苏委办〔2023〕3号）	从先诊疗后付费平台查看医院接入情况

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	指标依据	操作方法
14	医保政策宣传引导	5（加分）	协助做好医保政策宣传引导	按要求积极做好医保政策宣传、引导，得5分	医疗机构医疗保障定点协议第八条	1. 按医保部门通知要求，及时转发医保重要政策或以其他方式协助宣传（提供截图，每次加1分）； 2. 在诊疗大厅、导医台等醒目位置通过电子屏、海报、宣传材料或其他有效方式宣传医保政策。（提供照片，每一项加0.5分） 本项加分以5分为限。

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《药品耗材招采使用专项评价办法》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》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《定点公立医疗机构药品（医用耗材）招采改革专项评价办法》《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。

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	指标依据	操作方法
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	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系统医保目录数据更新时效情况，目录调整后5个工作日内未及时更新的，该项不得分。 2.查看医院HIS系统医保目录政策维护内容情况，发现目录维护错误的，该项不得分。 3.医疗机构根据药品供应品种自查评分，未达到标准的，每降低1个百分点，扣0.1分，最多扣2分。 医疗机构自评分，医保部门核验。
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	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.信访举报或日常监管中发现问题，经查实的，每次扣1分 2.医疗机构未按规定做好收费公示的，每次扣1分 3.自主定价项目未按要求在7个工作日内履行告知义务的，每次扣1分 本项扣分以5分为限。
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	根据《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）》的通知（苏医保发〔2023〕33号），按照“二级及以上”或者“一级及以下”定点公立医疗机构药品（医用耗材）招采专项评价指标进行评价，设定总分为100分，按20%的权重用于定点医疗机构年度医保基金使用绩效综合评价			苏州市医保局关于转发《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）》的通知（苏医保价招〔2023〕19号）。
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	来源：《关于加强医疗机构价格管理控制医药费用不合理增长的通知》二、科学设定指标，控制医药费用不合理增长	门诊次均费用增幅=（本年度参保患者门诊次均医药费用-上年度参保患者门诊次均医药费用）/上年度参保患者门诊次均医药费用 门诊人次人头比=门诊就诊人次/门诊就诊人数 考核规则： 医疗机构门诊次均费用较上年度增长低于本组医疗机构平均增长率的，得4分；高于平均增长率的，每超出5%。扣1分，扣完为止。 医疗机构门诊人次人头较上年度增长低于本组医疗机构平均增长率的，得4分；高于平均增长率的，每超出5%。扣1分，扣完为止。
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	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	数据来源： 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 评分说明： 1.被医保部门责令改正的，以医保行政部门或者经办机构书面责令改正（退回）通知书为准，1份责令改正（退回）通知书计1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，以医保行政部门行政处罚决定书为准，1份行政处罚决定书计1次，扣3分；若仅责令退回医保基金损失（或者机构在责令前已主动退回医保基金损失），不予行政处罚的，扣2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，以医保行政部门行政处罚决定书为准，1份行政处罚决定书计1次，扣5分；若仅责令退回骗取的医保基金（或者机构在责令前已退回骗取的医保基金），不予行政处罚的，扣4分。 4.因违法违规使用医保基金移送司法部门处理暂无法责令退回并罚款的，以医保部门移送函为准，视同第3项，扣5分。 5.医疗机构因同一违法行为涉及多项扣分项的，从一重扣分； 6.拒不改正是指定点医疗机构有下列情形之一的： （1）拒绝签收医疗保障行政部门的责令改正和退回基金相关文书； （2）未在医保部门指定的期限内按照责令要求全部改正，且未经医保部门同意延期； （3）未在医保部门指定的期限内全额退回应当退回的医疗保障基金，且未经医保部门同意延期； （4）有《条例》第三十八条、四十条规定的情形之一，被医保部门责令改正，自责令改正期限届满之日起两年内再次实施相同的行为。 7.造成严重后果是指定点医疗机构有下列情形之一的： （1）造成医保基金重大损失，即医疗保障基金损失或者骗取医疗保障基金金额达到上年度该统筹地区医疗保障基金待遇支出金额千分之一以上。 （2）造成严重不良社会影响，即造成就医患者人身、财产重大损失，引发不良舆情，或者造成其他涉及一定数量人群的不良影响。 8.相关扣分记入相关处理文书制发所在年度。违法违规行为被医保部门发现后次年处理的，若处理文书制发于绩效评价工作初审公示前，相关扣分计入违法违规行为被医保部门发现时的年度。

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	指标依据	操作方法
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	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 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、第二十二条 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	不配合医保部门做好相关工作，未及时完成账务处理、未规范准确上传，未按规定做好预决算确认工作，经查实1次/项扣1分
四、医保标准化信息化建设（共3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准低于1%的，得3分	来源：《医疗保障标准化工作指导意见》	1.从平台提取医保信息业务编码维护记录 2.调阅医院各系统国家医保信息系统基础库界面业务编码使用及维护记录
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、智能监控系统等信息系统联网后的对接、维护、传输等工作的，得2分	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 《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	数据来源：省平台统一拉取。 1.使用医保电子凭证结算率达30%的，得1分；达40%的，得1.5分；达50%的，得2分 2.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 3.江苏医保云移动支付接入清单 4.江苏医保云查验电子处方流转，考核范围针对双通道资质医院，接入得1分,双通道药品电子处方流转率高于50%得0.5分，高于80%得1分 5.根据省局年度任务要求确定参与评价的定点医疗机构范围
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	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 《全国医疗保障定点医疗机构示范点标准（试行）》： （四）医疗费用结算 11.规范医疗收费 《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》	根据查实情况扣分，每查实一项扣1分，扣完为止
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	《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 第四十条、四十三条	根据查实情况扣分
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	来源：《全国医疗保障定点医疗机构示范点标准（试行）》：（七）其他 27.投诉处理	1.考核上年度12345、12393、寒山闻钟、公众监督、领导信箱、来信来访、一号一平台、经办柜面等各渠道接到的投诉件的处理情况，经核查，（1）投诉事项成立的，每件扣0.5-1分；（2）未按照协议约定义务配合调查、做好解释引导，及时上报处理群众反映的问题，或存在推诿、误导宣传等情形的，每件扣0.5-1分；（3）及时纠正，或情节轻微没有造成不良影响的，可以酌情减免扣分。 2.本项考核与其他指标涉及信访来源渠道的事项不重复扣分，按扣分值高的择一记分； 3.拟扣分情况，与相关医疗机构核实确认，每半年度通报一次。 4.本项得分最多不超过3分，最少不低于0分。
六、地方自主评价（共2项，10分）						
12	先诊疗后付费项目接入	5（加分）	接入苏州市先诊疗后付费平台并运行	接入苏州市先诊疗后付费平台并正常运行的，加3分；2023年12月当月结算量达到本院当月全部结算量8%的，加2分。2024年平均结算量达到本院全部结算量10%的，加2分。	《苏州市委办公室市政府办公室关于印发苏州市2023年民生实事项目的通知》（苏委办〔2023〕3号）	从先诊疗后付费平台查看医院接入情况。
13	医保政策宣传引导	5（加分）	协助做好医保政策宣传引导	按要求积极做好医保政策宣传、引导，得5分	医疗机构医疗保障定点协议第八条	1.按医保部门通知要求，及时转发医保重要政策或以其他方式协助宣传；（提供截图，每1次加1分） 2.在诊疗大厅、导医台等醒目位置通过电子屏、海报、宣传材料等有效方式宣传医保政策；（提供照片，每一项加0.5分） 本项加分以5分为限。

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；

序号	评价项目	设定 分值	评价内容	评分办法	指标依据	操作方法
----	------	----------	------	------	------	------

2. 一级及以下公立定点医院“推进药品耗材招采使用改革”评价项目，由各设区市参照《药品耗材招采使用专项评价办法》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《定点公立医疗机构药品（医用耗材）招采改革专项评价办法》《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。