

附件 2

202 年定点医疗机构（无住院服务）年度考核评分表

定点医疗机构：考核时间：考核人员：

序号	评价项目	设定 分值	评价内容	评分办法	扣分 项目	扣分分 值	得分
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目录库。	1.及时更新医保目录数据库的，得2分； 2.严格执行国家和省基本医疗保险医保药品、医疗服务项目、医用耗材目录范围及目录中涉及支付标准，得2分； 3.医院端目录与中心端目录维护匹配一致、及时，实行进销存全品种管理的，得2分。			
2	执行医保政策	5	严格执行医疗保障行政部门制定的医保政策，按要求落实价格公示制度。	1.现场能提供定点医疗机构医保服务协议、本年度印发的医疗保险文件资料的，得2分； 2.按要求落实公示制度，提供费用清单的，得2分； 3.开展自主定价项目，按要求备案的，得1分。			
二、医保改革落地（共2项，28分）							

[illegible]

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	扣分项目	扣分分值	得分
5	规范使用医保基金	15	贯彻落实《江西省医疗保障基金使用监督管理办法》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。	1.经济合理有效使用医保基金占年度医保基金支付额99.5%以上,得5分;经济合理有效使用医保基金占年度医保基金支付额98.5%-99.4%,得2.5分;经济合理有效使用医保基金占年度医保基金支付额98.5%以下,不得分; 2.严格规范使用医保基金,无违法违规行为发生的,得10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: 2.1.被医保部门责令改正的,一次扣1分; 2.2.被责令整改并退回医保基金损失金额的,一次扣1分; 2.3.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,一次扣2分; 2.4.被责令退回骗取的医保基金并处骗取金额2-5倍罚款的,一次扣5分; 2.5.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	扣分项目	扣分分值	得分
6	严格管理医保基金	8	全面落实医疗保障基金总额管理，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	3	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.按照接口规范要求准确维护上传各类医保信息业务编码，得1分。			
8	医保信息化应用落地	10	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，	1.使用医保电子凭证结算率达40%的，得1分； 2.接入江西省医保信息平台移动支付中心，得1分； 3.接入江西省医保信息平台电子处方中心，得1分； 4.接入江西省医保信息平台电子结算凭证中心，得1分； 5.实现院内医保电子凭证全流程应用，得3分； 6.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3分。			

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	扣分项目	扣分分值	得分
			确保网络联通正常，数据传输准确。				
五、医保管理服务（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。			

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	扣分项目	扣分分值	得分
10	强化服务管理	6	及时与医保经办机构签订医疗服务协议，按相关条款履行义务	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.医疗机构名称、经营范围等发生变化时，未及时申请变更或擅自变更的； 2.未在医院内采购使用国家谈判药品的； 3.不严格按标准认定门诊慢特病管理；不如实书写意外外伤参保人员医疗文书的 4.其他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。			
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				

序号	评价项目	设定 分值	评价内容	评分办法	扣分 项目	扣分分 值	得分
合计							

备注：1. 本评价采用百分制，民营定点医疗机构（或未参与集采单位）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.评分表中指标以2023年执行情况为考核内容，各地可依政策性调整做年度修改；
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。