

附表 1

202 年定点医疗机构（有住院服务）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，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目录库	1.及时更新医保目录数据库的，得1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1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1分。			
2	执行医保政策	3	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，按要求备案的，得1分。			
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	严格执行《江西省人民政府办公厅关于推动药品和医用耗材集中带量采购工作常态化制度化开展的实施意见》、《国务院办公厅关于印发<“十四五”全民医疗保障规划>的通知》、《江西省医疗保障局江西省财政厅江西省卫生健康委员会关于进一步加强药品和医用耗材集中带量采购监管的通知》	1.各批次集采各中选药品使用比例均达到约定采购比例得10分，未全部达标则总分根据每批次得分累加； 计算方法：每批次得分按同批次达标品种数量占比计算，即每批次得分=（10/集采批次次数）×（本批次达标品种数/本批次品种数）； 2.医疗机构采购的所有药品和医用耗材原则上全部在省医药采购服务平台采购。药品网采率≥90%，高值医用耗材网采率≥80%。评分标准：药品网采率≥90%得5分，每降低8个百分点扣1分，扣完为止。高值医用耗材网采率≥80%得5分，每降低6个百分点扣1分，扣完为止。			

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
4	协同推进医保支付方式改革落地	20	严格执行《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划》，在费用控制，管理质量等方面落实责任	<p>1.一个控制区间，各地市根据医疗机构星级及综合和专科等不同情况细化考核指标（总自费率、人均住院天数等），总4分，每超过1%的，扣1分，扣完为止；</p> <p>2.年度医疗机构参保患者住院次均费用增幅同比下降的，或低于全市同级医院住院次均费用的，得4分；增幅同比控制在5%以内的，得2分；增幅同比超过5%以上的，不得分；</p> <p>3.年度人次人头比同比增幅在-3%及以下的，得4分，增幅在-3%~0%的，得2分，增幅在0%~3%的，得1分，增幅在3%及以上的，不得分；</p> <p>4.年度结算清单首次上传符合完整性要求的比例达到95%的，得4分，每下降1个百分点，扣1分，扣完为止；</p> <p>5.1年度上传结算清单中主要诊断准确的病例数占上传病例总数的比例达到95%的，得2分，每下降1个百分点，扣0.5分，扣完为止；</p> <p>5.2年度上传结算清单中主要手术及操作准确的病例数占上传病例总数的比例达到95%的，得2分，每下降1个百分点，扣0.5分，扣完为止。</p>			
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	<p>1.谈判药品品种配备或使用金额高于或等于本机构上一年度的，得2分。</p> <p>2.对“双通道”药品长期不配备或配备不足、“双通道”药品储备达不到协议数量，导致参保人员无法购药，每调查核实年度累计达1次的，该项扣0.5分，依次类推。</p>			
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《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	<p>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；</p> <p>2.严格规范使用医保基金，无违法违规行发生的，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：</p> <p>2.1被医保部门责令改正的，一次扣1分；</p> <p>2.2被责令整改并退回医保基金损失金额的，一次扣1分；</p> <p>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；</p> <p>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；</p> <p>2.5拒不改正或造成严重后果的，不得分。</p>			

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
7	严格管理医保基金	5	全面落实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2分； 4.规范准确上传结算明细数据和结算清单的，得1分。 5.如存在“应收医保款”等相关挂账的，该项不得分。			
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	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1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2分。			
9	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，确保网络联通正常，数据传输准确，探索推进集采中选药品追溯码使用	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2分； 6.探索推进集采中选药品追溯码使用，得1分 7.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。			
五、医保管理服务（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	扣分项目	扣分分值	得分
11	强化服务管理	2	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.未在院内采购使用国家谈判药品的； 3.不严格按照标准认定门诊慢特病管理，认定及归档资料不完整；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。			
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	公立医院绩效考核中患者满意度≥90%的，得1分；无就诊人员医保相关严重举报投诉的，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				
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。