

晋城市医疗保障局文件

晋市医保发〔2025〕9号

晋城市医疗保障局 关于印发《县级医疗集团医保基金管理办法》的 通 知

各县（市、区）医疗保障局、各直属事业单位：

为进一步加强县级医疗集团医疗保障基金使用监督管理，保障基金安全，促进基金有效使用，维护参保人员医疗保障合法权益，根据《中华人民共和国医疗保障法》（草案）《医疗保障基金使用监督管理条例》《晋城市医疗保险基金总额预算管理办法》

等相关规定，结合本市实际，制定本办法。现印发给你们，请遵照执行。



（此件主动公开）

县级医疗集团医保基金管理办法

第一章 总则

第一条 为进一步加强县级医疗集团医疗保障基金使用监督管理，保障基金安全，促进基金有效使用，维护参保人员医疗保障合法权益，根据《中华人民共和国医疗保障法》（草案）《医疗保障基金使用监督管理条例》《晋城市医疗保险基金总额预算管理办法》等相关规定和《定点医疗机构医疗保障服务协议》约定内容，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于晋城市域内医保经办机构与县级医疗集团（含所辖乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室等基层医疗机构）之间的住院医疗保险基金总额预算、绩效评价、结算清算及基金监督等全流程管理。

第三条 职工、城乡居民基本医疗保险基金均按本办法进行管理。

第四条 市级医保部门履行统筹指导职责，负责制定基金管理政策；县级医保部门承担属地监管责任，负责县域内基金分配执行、日常监督检查及绩效评价组织实施。

第五条 县级医疗集团作为基金使用主体，需加强行业自律，规范医药服务行为，促进行业规范和自我约束，依法依规使用医疗保障基金。

第二章 总额预算

第六条 市级医保经办机构坚持“总量控制、结构优化、动态调整”原则，根据年度职工、城乡居民本地住院总额预算指标，参考全市住院类机构近年来统筹支出数等因素对本地住院资金进行总额预算。年度预算资金分配应综合考虑历史医疗费用、服务能力与水平等因素确定。

第七条 县级医保部门应在市级住院总额指标下达 20 个工作日内，结合县域内医疗机构规模、服务能力、历史医保基金使用情况等实际情况，科学合理做好县域内总额指标分配工作。分配需向服务能力强、履约情况好的医疗机构倾斜，向承担更多基层首诊、双向转诊任务的机构倾斜。

第八条 县级医疗集团根据县级医保部门下达的年度医保基金总额预算指标，结合历史数据、服务量、价格调整、政策调整等因素，科学编制集团内部医保基金年度预算方案。预算方案需体现向基层倾斜、支持分级诊疗、促进健康管理的导向，包含集团总院与基层机构的分配比例、奖励约束机制等内容。

方案制定并经集团党委会审议通过后，需在 5 个工作日内报县级医保行政部门审核备案。

第三章 绩效评价

第九条 市级医保经办机构于每年 1 月份拟定年度医疗集

团医保基金使用绩效评价方案，方案需明确绩效评价周期（自然年度）、评价对象（医疗集团内所有定点医疗机构）、评价主体（县级医保部门）及评价指标体系。

绩效评价指标体系采用“6+X”模式，即6项基础指标+X项项目绩效评价指标。基础指标覆盖基础管理、就医管理、住院管理、信息管理、集中采购管理、财务管理六大方面，项目绩效评价指标包括年度重点工作、重要指标完成情况和群众满意度等方面。

绩效评价指标体系实行百分制，根据年度工作进行动态调整。绩效评价指标可参考2024年度县级医疗集团实行DRG付费的定点医疗机构绩效评价标准赋分表（附件1）和未实行DRG付费的定点医疗机构绩效评价标准赋分表（附件2）。

第十条 县级医保部门应坚持统一规范、公平公正、科学透明原则，根据医保基金使用绩效评价方案组织开展绩效评价工作。可采取自评与核查相结合、线上与线下相结合、日常工作与重点工作相结合的方式开展评价。集团所辖医疗机构自评工作由医疗集团自行组织，核查工作由医保部门进行。自评结果需上报县级医保部门备案。

县级医疗集团绩效评价结果需由县级医保部门报市级医保部门备案。

第十一条 绩效评价结果是医疗保障部门对医疗集团年度

医保管理工作的重要评价标准。绩效评价结果与县级医疗集团预留质量保证金分配、医保服务协议续签等挂钩。绩效评价结果需在年度清算中落实。

第十二条 绩效评价工作原则上须于每年3月底前完成。

第四章 结算清算

第十三条 县级医疗集团住院医保基金实行“按月拨付、年终清算”方式。县级医保经办机构按照服务协议约定，预留拨付费用的5%作为医保服务质量保证金后，将剩余部分拨付至县级医疗集团，作为实际的月拨付资金。县级医疗集团收款后3个工作日内拨付至乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室。

第十四条 市、县两级医保经办机构要建立医保基金结算长效预警机制，对年中使用超出预算额度的医疗集团，要及时预警，防范超支风险。

第十五条 县级医疗集团各定点医疗机构在年度绩效评价中得分在85分及以上的（含85分），服务质量保证金全额返还；评价得分在80分及以上（含80分）至85分的，服务质量保证金按90%返还；评价得分在70分及以上（含70分）至80分的，服务质量保证金按70%返还；评价得分在65分及以上（含65分）至70分的，服务质量保证金按50%返还；评价得分不满65分的，服务质量保证金不再返还，解除服务协议。

第十六条 医疗集团内非 DRG 付费试点医院年度统筹基金支付医疗费用低于或超出年度总额，县级医保经办机构根据年度绩效评价结果按以下标准与其进行清算：

（1）结余留用。年度绩效评价分值在 95 分及以上（含 95 分）结余基金由医疗机构全额留用。90 分至 95 分（不含 95 分）以下的，结余部分占预算总额 10% 以内的部分由医疗集团留用，10%—20% 的部分医疗集团留用 50%，超出 20% 的部分基金不予支付。低于 90 分（不包含 90 分）不予留用。

（2）合理超支分担。年度绩效评价分值在 90 分及以上（含 90 分），实际使用资金超出年度总额预算 10% 以内的部分，医保基金和医疗机构按各 50% 分担；10%—20% 的部分医保基金分担 30%；超出 20% 以上的部分全部由医疗机构承担。低于 90 分（不包含 90 分）医保基金不予分担。

县级医疗集团内 DRG 付费试点医院年终清算按照 DRG 付费结算管理办法、年终清算方案等相关文件执行。

第十七条 市级医保经办机构负责对县级医保经办机构清算工作进行业务指导。

县级医保经办机构按时间要求稳步推进县级医疗集团资金清算工作，具体负责清算方案制定、清算资金拨付、清算进展定期调度、清算拨付情况核实、清算情况汇总等工作。

县级医疗集团应严格按照规定时限向集团内部医疗机构拨

付清算基金，杜绝拖欠、积压现象，切实减轻基层医疗机构医保基金垫付压力。对未按时拨付清算基金的，应追究相关责任人的责任。

第十八条 医保基金清算工作原则上须于每年6月底前完成。

第五章 基金监管

第十九条 市级医保部门要宏观分析各县级医疗集团基金使用数据，及时进行风险预警。定期对县级医保部门的监管工作进行检查和评估，联合公安、卫健等部门开展市级抽查复查，严厉打击重大违规行为。建立违规行为举报奖励制度，鼓励社会各界参与监督。加强对县级医保部门和医疗集团监管人员的培训，提升整体监管能力和业务水平。

第二十条 县级医保部门要做好事前事中监管，要采取大数据监测、现场检查等多种方式，依托智能监管平台主动筛查违规行为，严查分解住院、重复检查、限制用药等违规行为。对于发现的违规行为，要依法依规进行严肃处理，包括追回违约医保基金、处以罚款、暂停医保服务协议、对违规医师进行记分处理等。动态监测医疗集团医疗费用、转外就医、基金运行等情况，防范过度控费或服务缩水等异常情况，定期反馈监测结果，提供政策解读和合规指导，推动问题整改闭环。

第二十一条 县级医疗集团要严格遵守基金管理规定,加强内部管理,规范医疗服务行为,杜绝分解住院、重复检查等违规操作。建立健全内部监管机制,定期开展自查自纠,主动发现和纠正问题,积极配合医保部门监管工作,如实提供相关数据和资料。加强对医护人员的教育和培训,提高其对医保政策的认识和执行能力。对于发现的违规行为,要及时整改,避免类似问题再次发生,共同维护医保基金安全、稳定。

第六章 保障监督

第二十二条 市级医保部门在总额预算资金分配、年终清算方案制定、基金使用监督管理等过程中发挥统筹指导作用,加强与县级医保部门、县级医疗集团的沟通协商,确保医保基金安全、稳健、高效运行。

第二十三条 县级医保部门应对县级医疗集团住院基金使用分配方案的制定、年度服务协议의签订、每月支出进度的跟踪以及清算工作的开展实施全程跟踪监督,要定期通报县级医疗集团住院指标,并对县级医疗集团医保基金实际使用状况进行对比分析,分析内容包括但不限于基金使用效率、费用结构等方面。

第二十四条 县级医保部门要监督医疗集团不得推诿患者、降低服务质量,防止出现转移医疗费用等损害参保人利益的行为。应畅通投诉举报渠道,设立专门的投诉举报电话、邮箱等,

及时处理参保人的投诉和举报。

第二十五条 医疗集团要严格落实协议管理要求,及时将协议文本下发至集团内各定点医疗机构,组织集团内部认真学习、严格遵守,确保协议执行到位、基金使用合理规范。

第七章 附则

第二十六条 本办法由市医疗保障局负责解释,未尽事宜按国家、省、市相关规定执行。

第二十七条 本办法自印发之日起施行。

附件:1.2024 年度县级医疗集团实行 DRG 付费的定点医疗机构绩效评价标准赋分表

2.2024 年度县级医疗集团未实行 DRG 付费的定点医疗机构绩效评价标准赋分表

晋城市医疗保障局

2025 年 7 月 4 日

附件 1

2024 年度县级医疗集团实行 DRG 付费的定点医疗机构绩效评价标准赋分表

序号	绩效评价项目	绩效评价内容	评分标准	标准分值	扣分说明	绩效评价得分	备注
1	基础管理 (12 分)	每年按规定时间签订《医疗服务协议》，及时通过国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台上传协议，按规定及时将相关资料及数据上报医保部门；有多种方式公布基本就诊流程，设置医保宣传栏、投诉箱和咨询电话等。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	4			
2		DRG 组织建设：成立由院长牵头的 DRG 付费试点工作小组，由医院主要负责任组长、医保管理、质控和病案管理、信息管理、临床科室等部门负责人任成员；小组成员职责清晰、机制健全、有明确的分工和年度任务计划。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	4			
3		DRG 宣传培训：在一个年度内有序开展 4 次及以上针对各级管理人员和医务人员的 DRG 付费内部培训活动。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	4			
4	就医管理 (8 分)	为困难群众（特困人员、低保对象、返贫致贫人口、监测对象等）患者开通“绿色通道”，提供“一站式”结算服务；农村困难群体实行慢特病“免申即享”。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	2			
5		使用中医诊疗项目、康复与物理治疗项目等应该严格掌握适应症，治疗台账应明确记录操作日期，项目名称、部位（穴位）、治疗操作时长、医生签字、操作者、患者签字。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	2			
6		不得推诿拒收参保患者；不得诱导参保人员在住院期间到门诊交费、药店购药或另设自付账号交费。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	4			

序号	绩效评价项目	绩效评价内容	评分标准	标准分值	扣分说明	绩效评价得分	备注
7	住院管理（18分）	是否有挂床住院，不符合住院指征收住院；是否有与疾病无关的检查、重复检查、无临床意义的高频度检查和治疗；有无伪造病历、冒用参保人员身份虚假住院、诱导住院、虚假收费等骗取医疗保险基金；有无串换诊疗项目；有无不执行原药品、诊疗项目、医用耗材、器械或医疗服务设施的项目内涵及价格标准超标准收费；有无超限量用药；有无大型设备、三类医疗技术的开展和收费未按规定经相关部门批准；有无超医保限定支付范围支付等违规使用医保基金行为。	每发现一项问题，查证属实扣1分，此项分值扣完为止。	8			
8		是否及时下载、对应、维护医疗保险《三个目录》；是否及时动态维护国家医保信息业务编码贯标，是否有被省局绩效评价为不合格的项目。	每发现一项问题，查证属实扣1分，此项分值扣完为止。	8			
9		有无违规行为被新闻媒体曝光经上级部门查处的。	发现一例扣2分。	2			
10	信息管理（20分）	积极引导就诊参保人员进行“医保码”激活启用，使用“医保码”进行医保一站式结算率50%以上。	“医保码”结算率40%-49%扣1分，30%-39%扣2分，20%-29%扣3分，未达到20%扣4分。	4			
11		医院院内所有需要进行参保身份核验的流程（包括挂号、诊间核验身份、支付、取药、取报告等）支持使用“医保码”占比（三级医院100%、二级医院100%、一级及以下定点医院机构50%全流程支持使用）。	仅支持全流程应用三项以上不达五项的扣1分；仅支持全流程应用两项的扣2分；仅支持全流程应用一项的扣3分，未实现全流程应用的扣4分。	4			

序号	绩效评价项目	绩效评价内容	评分标准	标准分值	扣分说明	绩效评价得分	备注
12	信息管理 (20分)	二级及以上定点医院实现医保移动支付全流程应用。	已申请已上线移动支付应用但未进行移动支付结算的扣1分；已申请未联调上线移动支付应用的扣2分；未申请未联调上线的扣3分。移动支付结算率不达10%的扣2分，不达30%的扣1分。	4			
13		按质保质完成医保部门要求的医保信息系统开发、接口改造、联网对接等信息化开发内容。	未按要求完成任务目标的扣1-4分。	4			
14	集中采购药品和耗材管理 (10分)	建立健全网络安全管理制度、操作规程；制定网络管理和网络攻防防御措施，内网与互联网物理隔离；内部用户终端专机专用，使用医疗保障局颁发的数字证书进行用户身份认证且采用国密算法加密登录系统；建立应急预案并开展安全技术培训和演练，定期开展安全检查。	未按照要求完成的，每项扣1分。	4			
15		是否按照国家药品耗材集中采购带量采购中选结果，完成国家、省际联盟组织开展的药品及医用耗材集中采购中选结果，完成集采任务。	按全年任务完成情况给分，全部完成给5分，部分完成给3分，全部未完成给0分。	4			
16		医疗机构在落实国家、省际联盟组织开展的药品及医用耗材集中采购中选结果时，是否与配送企业及时结清货款。	按全年任务完成情况给分，全部结算给5分，部分结算给3分，全部未结算给0分。	4			
17		医疗集团按照医保政策要求为基层医疗卫生机构采购配送集采药品情况。	按配送情况给分，全部配送给2分，部分配送给1分，未配送给0分。	2			

序号	绩效评价项目	绩效评价内容	评分标准	标准分值	扣分说明	绩效评价得分	备注
18	财务管理(9分)	有严格的医保财务管理制度，账目能真实反映医保收支情况，将相关对账资料妥善保管，及时记账，保证医疗机构与医疗保障部门财务往来账目的一致。	未建立制度的扣1分，未真实反映医保收支情况的扣1分，财务往来账目不一致的扣1分。	3			
19		是否按规定建立药品进、销、存账目、做到票账相符、账账相符、账实相符。	未按照要求完成的，每项扣1分。	3			
20		结算收据（发票）存根、费用明细清单保存时间是否按照财务票据管理规定期限留存。	未按照要求完成的，每项扣1分。	3			
21	项目绩效评价指标(23分)	医保基金结算清单上传率：清单上传数量/结算当月应在规定时间内上传的清单数量×100%。（医疗机构每月10日前完成上月度住院患者的结算清单上传）	当月未在规定时间内完成上传的扣0.25分，扣完为止。	3			
22		DRG入组率=入组病例数/纳入DRG结算总病例数×100%（00组以及QY组不纳入计算）。	入组率≧同级别医院平均数的不扣分，否则，每降低1个百分点扣0.5分，扣完为止。	3			
23		住院人次增长率=（2024年度医疗机构住院人次-2023年度医疗机构住院人次）/2023年度医疗机构住院人次*100%	增幅在10%以内的得5分；增幅在10%-15%的，得3分；增幅在15%-20%的得2分；增幅在20%以上的不得分。	5			

序号	绩效评价项目	绩效评价内容	评分标准	标准分值	扣分说明	绩效评价得分	备注
24	项目绩效评价 指标 (23分)	医疗机构病例组合指数(CMI)同比	年度医疗机构CMI值与上年同比,增幅在2%及以上的,得5分,基本持平($\pm 1\%$)的,得3分,增幅在-1%及以下的,得1分。	5			
25		2024年度医疗机构费用消耗指数	年度医疗机构费用消耗指数 ≥ 1 得4分;0.7-1之间的得2分; ≤ 0.7 的得1分。	4			
26		满意度调查(每份调查问卷20题,满意不扣分,基本满意扣0.5分,不满意扣1分)。	每份问卷低于90分为不合格问卷,合格率应 $\geq 90\%$;每降低1%扣0.5分。	3			

绩效评价人员签字：

绩效评价时间：

附件 2

2024 年度县级医疗集团未实行 DRG 付费的定点医疗机构绩效评价标准赋分表

序号	绩效评价项目	绩效评价内容	评分标准	标准分值	扣分说明	绩效评价得分	备注
1	基础管理（12分）	每年按规定时间签订《医疗服务协议》，及时通过国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台上传协议，按规定及时将检查相关资料及数据上报医保部门；有多种方式公布基本就诊流程，设置医保宣传栏、投诉箱和咨询电话等。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	4			
2		建立健全医保管理机构，要有院领导分管并专设医保科室以及相应的负责人和工作人员。建立医疗保障基金使用内部管理制度，有医疗机构执业许可证原件，并提供复印件，检查人员核对科室设置和床位数，是否超范围执业和调整项目收费标准。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	4			
3		按规定参加由医疗保障部门组织的宣传和培训；定期组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，工作人员对医保政策熟练掌握。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	4			
4	就医管理（8分）	为困难群众（特困人员、低保对象、返贫致贫人口、监测对象等）患者开通“绿色通道”，提供“一站式”结算服务；农村困难群体实行慢特病“免申即享”。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	4			
5		不得推诿拒收参保患者；不得诱导参保人员在住院期间门诊交费、药店购药或另设自付账号交费。	每发现一项不符合要求扣 1 分，此项分值扣完为止。	4			

序号	绩效评价项目	绩效评价内容	评分标准	标准分值	扣分说明	绩效评价得分	备注
6	住院管理（18分）	是否有挂床住院，不符合住院指征收治住院；是否有与疾病无关的检查、重复检查、无临床意义的高频度检查和治疗；有无伪造病历、冒用参保人员身份虚假住院、诱导住院、虚假收费等骗取医疗保险基金的行为；有无串换诊疗项目；有无不执行原药品、诊疗项目、医用耗材、器械或医疗服务设施的项目内涵及价格标准超标准收费等情况；有无超限用药；有无大型设备、三类医疗技术的开展和收费未按规定经相关部门批准；有无超医保限定支付范围支付等违规使用医保基金行为。 是否及时下载、对应、维护医疗保险《三个目录》是否及时动态维护国家医保信息业务编码贯标，是否有被省局绩效评价为不合格的项目。 有无违规行为被新闻媒体曝光经上级部门查处的。	发现一项问题，查证属实扣1分。	8			
7			发现一项问题，查证属实扣1分。	8			
8			发现一例扣2分。	2			
9		积极引导就诊参保人员进行医保码激活启用，使用医保码进行医保一站式结算率达50%以上。	医保码结算率40%-49%扣1分，30%-39%扣2分，20%-29%扣3分，未达到20%扣4分。	4			
10	信息管理（20分）	医院内所有需要进行参保身份核验的流程（包括挂号、诊间核验身份、支付、取药、取报告等）支持使用医保码占比（三级医院100%、二级医院100%、一级及以下定点医疗机构50%全流程支持使用）。	仅支持全流程应用三项以上不达五项的扣1分；仅支持全流程应用两项的扣2分；仅支持全流程应用一项的扣3分；未开通医保码全流程应用的扣4分。	4			
11		二级及以上医疗机构上线医保移动支付应用，并使用医保移动支付结算率达30%及以上。	未上线医保移动支付应用的扣4分；已上线移动支付应用但未进行移动支付结算的扣3分；已上线移动支付应用但移动支付结算率未达15%及以下的扣2分；已上线移动支付应用但结算率未达30%的扣1分。	4			

序号	绩效评价项目	绩效评价内容	评分标准	标准分值	扣分说明	绩效评价得分	备注
12	信息管 理（20 分）	按期保质完成医保部门要求的医保信息系统开发、接口改造、联网对接等信息化开发内容。	未按照要求完成任务目标的扣1-4分。	4			
13		建立健全网络安全管理制度、操作规程；制定网络管理和网络攻击防御措施，内网与互联网物理隔离；内部用户终端专用，设置专用密码，禁止使用弱口令密码；建立应急预案并开展安全技能培训和演练，定期开展安全检查。	未按照要求完成的，每项扣1分。	4			
14	集中带 量采购 药品和 耗材管 理（10 分）	是否按照国家药品耗材集中带量采购工作相关政策要求，落实国家、省际联盟组织开展的药品及医用耗材集中采购中选结果，完成集中采购任务。	按全年任务完成情况给分，全部完成给5分，部分完成给3分，全部未完成给0分。	5			
15		医疗机构在落实国家、省际联盟组织开展的药品及医用耗材集中采购中选结果时，是否与配送企业及时结清货款。	按全年任务完成情况给分，全部结算给5分，部分结算给3分，全部未结算给0分。	5			
16	财务管 理（9分）	有严格的医保财务管理制度，账目能真实反映医保收支情况，将相关对账资料妥善保管，及时记账，保证医疗机构与医疗保障部门财务往来账目的一致。	未建立制度的扣1分，未真实反映医保收支情况的扣1分，财务往来账目不一致的扣1分。	3			
17		是否按规定建立药品进、销、存账目、做到票账相符、账账相符、账实相符。	未按照要求完成的，每项扣1分。	3			
18		结算收据（发票）存根、费用明细清单保存时间是否按照财务票据管理规定期限留存。	未按照要求完成的，每项扣1分。	3			

序号	绩效评价项目	绩效评价内容	评分标准	标准分值	扣分说明	绩效评价得分	备注
19	项目绩效评价 指标 (23分)	开展住院费用异地直接结算率达75%。	70%-74%扣1分；65%-69%扣2分；60%-64%扣3分；59%及以下扣4分。	4			
20		严格掌握适应症，使用物理治疗与康复项目、中医诊疗项目、精神科诊疗项目、口腔科治疗项目等，应如实记录治疗部位、次数、疗程和结果分析，并有卫生技术人员签字和患者签字确认。大型设备及特殊检查项目阳性率达60%以上（精神病专科医院大于50%）。	未达到要求扣1-5分。	5			
21		次均住院费用增幅（绩效评价当年度医院住院病人次均住院费用与上年同期进行对比）。	次均住院费用增幅与上年次均费用对比每高出0.1个百分点扣0.2分，扣完为止。	6			
22		病历及处方书写规范、清晰、准确、完整，严禁出现大处方。坚持因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药原则，严格遵守《处方管理办法》、《长期处方管理规范》等规定，普通疾病门诊处方量一般在7天内，最长不超过14天；慢性疾病门诊处方量一般在1个月内，最长不超过3个月。	每发现一项不符合要求扣1分，此项分值扣完为止。	4			
23		满意度调查(每份调查问卷20题，满意不扣分，基本满意扣0.5分，不满意扣1分)。	每份问卷低于90分为不合格问卷，合格率应≥90%；每降低1%扣0.5分。	4			

绩效评价人员签字：

绩效评价时间：

