附件5

广州市市直医保定点医疗机构年度考核项目

与评分标准

| 类别 | 序号 | 考核项目 | 考核方式 | 门诊标志 | 评分标准 | 基本分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **市直医保服务基础管理情况** | 1 | 组织建设 | 现场考核 |  | ①未指定单位领导及专职管理人员负责市直医保业务的扣50分；②市直医保管理分工不明确的扣30分。 | 150 |
| 2 | 制度建设 | 现场考核 |  | ①未制定医院配套市直医保管理规章的扣10分；②未制定市直医保处方管理、市直医保档案资料管理等制度及具体措施的缺少一项扣10分；③没有建立市直医保处方、病历自评自审制度的扣25分（不含门诊）；④丢失或现场不能提供《广州市市直医保定点医疗机构医疗服务协议书》的扣50分；⑤市直医疗保险文件资料保管不全的，每份文件扣10分，最高扣50分。 |
| 3 | 培训管理 | 现场考核 |  | ①未按规定组织开展院内医疗保险相关政策培训的，扣50分；②未制定详细、具体的市直医疗保险政策培训计划并实施的扣30分。 |
| 4 | 政策考核 | 现场考核 |  | 抽取医疗管理人员和医务人员进行测验：三级医院抽10人、二级抽5人、一级医院抽5人。成绩平均分85分为合格，85>平均分≥75，扣20分，75>平均分≥65，扣40分，低于65分，扣60分。本项最高扣60分。 |
| 5 | 咨询投诉管理 | 现场考核 |  | ①市直医疗保险咨询服务或就医流程指引不准确，经查实的有效投诉，或未落实市医保中心有关宣传要求的，扣40分；②未在医疗机构显著位置采取适当的方式公开投诉、意见收集渠道的，扣50分；③没有及时（超过5个工作日的）处理医疗保险投诉箱内的举报信件，每例扣20分。本项最高扣100分。 |
| 6 | 参保人员身份校验 | 现场考核 |  | ①不按规定校验市直医保就医凭证的，每查实一例扣10分；②对于持广州市社会保障卡、居民身份证或医保电子凭证就医的参保人员，未严格落实通过“社会保障卡读卡器”或者“医保电子凭证”获取就诊人员信息的规定即予记账结算的，每查实一例扣10分。本项最高扣60分。 |
| 7 | 基础信息管理 | 现场考核 |  | ①抽查定点医疗机构基础信息（含联系人等），每错1项扣20分；②核查电子签约系统中乙方、法定代表人、统一社会信用代码及地址是否有误，每错误一项扣20分。本项最高扣60分。 |
| 8 | 信息维护管理 | 日常考核 |  | 抽查国家医保局数据库医保医师、护士信息维护准确率及赋码率，每错1例扣10分，赋码率低于98%，每降低1%扣10分（98%>赋码率≥97%，扣10分，97%>赋码率≥96%，扣20分，以此类推）。本项最高扣80分。 |
| 9 | 财务管理 | 日常考核 | 门诊标志 | ①定点医疗机构是否按财会制度规定及时办理清算不予支付医疗费用的财务处理，未按规定核销的，每查实一项扣50分；②未按中心通知内容规范操作返还医保违规费用，如退错收款账户，未按要求备注或备注不清等，每查实一项扣10分；③未按规定及时办理银行结算资料变更的手续，每次扣50分。本项最高扣110分。 |
| 10 | 配合医保工作 | 日常考核 | 门诊标志 | ①不按政策及协议的要求积极配合医疗保险管理部门进行日常监督检查工作的，每次扣20分；②不能按要求及时提供需要查阅的一般医疗档案和有关资料的每次扣10分，整份病历不能按要求提供扣20分；③报送结算报表、节假日值班表或其他要求反馈的结果不及时的，每次扣10分；④通知定点医疗机构对错误目录信息进行修改或进行目录匹配，定点医疗机构不配合，每次扣10分；⑤未按完善定点医疗机构基本信息工作有关要求做好相关工作的，扣20分；⑥不积极组织落实医保医师制度的，扣50分；⑦参加医保部门组织的医疗保险有关培训出勤情况，每缺勤一次扣20分；⑧因医院（内部培训、系统故障、指引不当等）未做好内部培训而导致操作错误影响参保人待遇的，每例扣10分；⑨未按要求制订市直医保费用补记账操作及指引工作流程的，扣30分；⑩未按相关指引及工作流程操作，造成参保人相关费用未能记账或补记账结算需零星报销的，每例扣10分，最高50分；⑾未履行服务协议书要求，发生参保人有效投诉的，每例扣20分；⑿定点医疗机构HIS系统目录信息与医保信息系统目录信息不一致，并申报费用的，每例扣10分；⒀未按要求开展延续护理评估服务，每发生一例有效投诉，扣10分；⒁未将申报数据与HIS系统进行核对，导致数据重复上传，影响费用审核工作的，每例扣5分；⒂未按要求给住院病人办理备案手续，导致自费结算的，每发生一例有效投诉，扣10分；⒃未按要求使用属于三个目录的医用材料办理备案手续，导致自费结算的，每发生一例有效投诉，扣10分；⒄未按要求及时配合或协助稳妥处理12345工单或信访，或未妥善处理化解参保人投诉导致发生12345工单或信访的，每一单扣10分；⒅未按规定对外伤（含工伤）患者进行就医服务指引，导致符合支付条件的参保人未能记账费用，造成不良后果的，每例扣20分。本项最高扣150分。 |
| **为参保人员提供医疗服务情况** | 11 | 药品管理 | 现场考核 |  | ①常用药品价格标准不公开的，扣30分；②开展住院业务的定点医疗机构未按国家、省、市要求将国家医保谈判药品纳入院内药物配备的，扣50分。 | 400 |
| 12 | 收费管理 | 现场考核 |  | ①医疗服务价格未按规定公开的（如属于参加口腔种植价格专项治理的医疗机构，还应重点关注相关项目价格和调控总价公示情况），扣30分；②药品售价、医疗服务项目和价格未按照有关部门有关规定执行的，每查实一个人次或一个药品品种扣10分（参加公立医院改革的定点医疗机构抽查10项）；③收费票据打印是否完整、准确，未主动及时为参保人如实提供标准格式的门诊费用清单和财税部门专用票据的，每例扣10分；④不能提供参保人就医的财税部门专用票据存根联或复印件的，每例扣20分；⑤收费项目与实际开展情况不符的（含串换项目行为），每例扣20分。本项最高扣100分。 |
| 13 | 门诊就医管理 | 现场考核 |  | 现场抽查100份门诊处方用于核查（如为“双通道”协议定点医疗机构的，含5份“双通道”门诊处方按现有要求考核诊疗合理性）：①门诊处方填写不完整、不规范，每例扣5分，最高扣40分；②市直医保处方未按照规定单独管理的，扣10分；③门诊用药按照《处方管理办法》的要求进行用药，不符合上述要求的，每例扣5分；④有分解处方的每例扣10分；⑤有其他不符合《广东省基本医疗保险诊疗常规》（以下简称《诊疗常规》）治疗规范的，每查实一例扣20分。本项最高扣150分。 |
| 14 | 门特管理 | 现场考核 |  | 现场选取10位参保人门特病例（如为“双通道”协议定点医疗机构的，含5份“双通道”门特处方）核查①至③项：①未按规定保管门特处方申请单的，每例扣10分；②门特审核不准确、资料不完整、资料未归档的，每例扣10分；③在门特申请有效期内诊疗是否合理，缺乏针对性治疗、仅有辅助治疗或过度诊疗的，每例扣20分；④抽查20人次二类门特申请记录，不符合要求的，每一例扣20分；⑤查实存在其他不规范情形参照住院就医管理的有关条款进行扣分。本项最高扣100分。 |
| 15 | 住院管理 | 现场考核 |  | 随机抽取年度内医疗保险住院病历用于核查：①诊疗时间或周期欠合理、把握入院标准欠合理，每例扣20分；②检查、化验项目不符合病情诊断的需要，药物的应用（包括选择品种、剂量、疗程等）不符合医疗规范，限制用药标识的选择与实际情况不相符，每例扣10分；③治疗项目与诊断的疾病不相关，或治疗项目的应用不符合医疗规范，每例扣10分；④病案首页、出院小结等填写是否完整及如实上传。诊疗项目等信息在住院病历、医保信息系统（结算清单）、医院HIS系统核对是否一致，存在问题的，每份病历扣20分；⑤出院带药超量（超过7天量）或将出院医嘱中的诊疗项目及医疗服务设施费用纳入统筹记账的，每例扣20分；⑥自费项目未征得参保人或家属签字同意的，每查实一例扣 20分；⑦自费项目已签字但未列出具体项目的，每查实一例扣15分；⑧符合政策规定应“合并结算”的病例，无特殊原因未在医保系统办理“合并结算”的，每查实一例扣20分；⑨按照在院参保人员人数1%-5%的比例，随机抽查在院参保人员，发现参保人员不在院的，每查实一例扣20分；⑩挂床住院、虚假住院、或者其他以欺诈、伪造证明材料等违规手段骗取市直医保经费支出的，每查实一例扣200分；⑾抽查2份离休干部病历，因病情需要使用的不属于三个目录内的合规医疗费用，无副主任以上医师开具医嘱并在病历资料中明确使用指征的，每查实一例扣10分。本项最高扣300分。 |
| 16 | 统筹记账情况 | 日常考核 | 门诊标志 | 本年度未发生医疗保险统筹记账费用的，扣200分。本年度仅发生门诊医疗保险统筹记账的，扣150分。 |
| 17 | 审核扣减率 | 日常考核 | 门诊标志 | 采用智能审核扣减率=智能审核扣减金额/该院总金额进行计算，并将结果进行全市（基础数据统计含门诊及住院医疗机构）从低到高排名，排名比值小于10%的不扣分，排名比值在15%及以内的扣5分，每增加5%的加扣5分，最高扣120分。智能审核扣减金额低于50元的医疗机构不纳入统计范围。 |
| 18 | 就医管理 | 日常考核 |  | ①拒绝按政策规定为参保人员提供正常就医服务的，每例扣100分；②自行设置限额、降低市直医保参保人员医疗待遇保障标准，每例扣50分；③在定点医疗机构可提供或目录范围内有可替代的药品、材料及其他医疗卫生物品，却以各种方式引导参保人员外购在定点医疗机构使用，每例扣50分；④因未切实履行职责，致他人冒用参保人员资料办理门诊、门诊特定病种、住院记账的，每查实一例扣50分；⑤配合冒名记账就医的，每查实一例扣200分。 |
| 19 | 服务数量 | 日常考核 | 门诊标志 | 评定期年度内，年内门诊服务数量不达120人次（按市直医保参保人员就医结算人次），扣100分；年内收治住院数量未达到12人次（按市直医保参保人员就医结算人次），扣100分。 |
| 20 | 参保人满意度 | 日常考核 |  | 满意度调查结果低于辖区平均分的，每低5分扣10分（5<差值≤10扣10分，10<差值≤15扣20分，以此类推），最高扣100分。 |
| **信息系统建设及管理情况** | 21 | 信息系统建设 | 日常考核 | 门诊标志 | 不配合开展医保信息系统建设或改造工作，推进本单位HIS系统改造，实现与医保信息系统数据交换无缝对接的，每次扣10分，最高扣30分。  | 100 |
| 22 | 信息系统安全 | 日常考核 | 门诊标志 | 加强做好院内信息安全管理工作，如被市级网络安全管理部门通报的，每次扣40分；或医院年度内被发现存在高危医保专网安全威胁的，每次扣20分，最高扣40分。  |
| 23 | 信息系统管理 | 日常考核 | 门诊标志 | 不配合做好市直医保信息系统日常升级，或不及时处理院内各类系统故障而影响市直医保系统正常使用的，每次扣10分，最高扣20分。 |
| 24 | 医保电子凭证 | 日常考核 | 门诊标志 | 按要求推进医保电子凭证推广应用工作，如在市直医保医疗保障信息平台未使用医保电子凭证办理医保业务结算的，扣10分。最高扣10分。 |
| **费用控制** | 25 | 参保人员年次均门诊费用增长率 | 日常考核 | 门诊标志（仅单纯门诊） | 年度门诊次均费用=年度门诊费用总额/年度门诊总人次；门诊次均费用增长率=（本年度门诊次均费用－上年度门诊次均费用）/上年度门诊次均费用× 100%（本年度结算时间为2023年1至10月），高于同级别平均水平的，每高1%扣10分（差值≤1扣10分，1<差值≤2扣20分，以此类推）。本项最高扣100分。 | 150 |
| 26 | 人次人头比 | 日常考核 | 门诊标志 | ①人次人头比=住院人次/住院人数，超过同级平均值20%的，每高10%扣20分，最高扣100分。住院例数不足100人次机构及精神病专科、肿瘤专科医院此项目不扣分；②人次人头比=门诊人次/门诊人数，超过同级平均值20%的，每高10%扣20分，最高扣100分。门诊例数不足120人次机构此项目不扣分。 |
| **药品耗材采购** | 27 | 药品耗材采购执行情况 | 日常考核 | 门诊标志 | ①药品报量任务完成率：已完成约定采购量的品种数占报量品种总数的比例。针对采购周期结束于考核年度内的各批次国家集采、省集采、市集采报量任务，将任务完成率未达100%的各医疗机构按报量任务完成率从高到低排序，将排位后50%的指标值视实际情况分为不超过5档，从第1档开始扣分，每降一档扣4分。最高扣20分；②医用耗材报量任务完成率：已完成约定采购量的品种数占报量品种总数的比例。针对采购周期结束于考核年度内的各批次国家集采、省集采、市集采报量任务，将任务完成率未达100%的各医疗机构按报量任务完成率从高到低排序，将排位后50%的指标值视实际情况分为不超过5档，从第1档开始扣分，每降一档扣4分。最高扣20分；③药品采购按期回款率：考核年度内的各批次国家集采、省集采、市集采，按期回款金额占应付金额的比例。按期回款金额是指本月收货验收的订单在次月底前完成支付的订单金额；应付金额是指已收货验收订单的总金额。将各医疗机构的药品采购按期回款率从高到低排序，视实际情况分为不超过6档，从第2档开始扣分，每降一档扣4分。最高扣20分；④医用耗材采购按期回款率：考核年度内的各批次国家集采、省集采、市集采，按期回款金额占应付金额的比例。按期回款金额是指本月收货验收的订单在次月底前完成支付的订单金额；应付金额是指已收货验收订单的总金额。将各医疗机构的医用耗材采购按期回款率从高到低排序，视实际情况分为不超过6档，从第2档开始扣分，每降一档扣4分。最高扣20分；⑤药品线下采购率：考核年度内，公立医疗机构药品线下采购总金额占药品采购总金额的比例。线下采购是指未在省平台、广州平台发起采购订单的情况（不包括中药饮片）。对线下采购率大于5%的医疗机构，指标值每超出1%扣1分，超出部分不足1%的按1%计。最高扣5分；⑥耗材线上采购率：考核年度内，公立医疗机构医用耗材线上采购总金额占医用耗材采购总金额的比例。线上采购是指在采购平台发起采购订单的情况。将各公立医疗机构的医用耗材线上采购率从高到低排序，将末位20%的指标值视实际情况分为不超过5档，从第1档开始扣分，每降一档扣3分。最高扣15分。 | 100（加分后药品及耗材采购考核项目总分值不超过100分。） |
| 28 | 药品耗材采购加分情况 | 日常考核 |  | ①药品采购总金额排名：对考核年度内三级、二级、一级（含未分级）医疗机构在广州平台的采购总金额（已收货验收的订单纳入统计范围）分别从高到低进行排名，排名位于每个级别前20%的医疗机构加5分；②医用耗材采购总金额排名：对考核年度内三级、二级、一级（含未分级）医疗机构在广州平台的采购总金额（已收货验收的订单纳入统计范围）分别从高到低排序进行排名，排名位于每个级别前20%的医疗机构加5分；③积极配合药采工作：完成院内采购系统与广州平台对接加2分、积极参加广州平台中药配方颗粒采购工作加1分、积极参与药采方面的改革试点项目加2分、积极参与药采部门开展的调研及系统测试等工作加1分，此项累计最高加5分。因未在规定时限内完成集采报量、整改、提交报告等事项被药采部门通报的，该项不得分。 |
| **重点****工作** | 29 | 双通道业务 | 日常考核 |  | 首批申请开展“双通道”业务的，2023年5月30日前已经签订“双通道”补充协议但未能正式为广州市医保参保人开展“双通道”外配处方服务，扣10分；2023年5月30日前未完成签订“双通道”补充协议的，扣20分，本年度内未完成系统改造验收及签订“双通道”补充协议的，扣30分。 | 100 |
| 30 | 互联网医疗服务 | 日常考核 | 门诊标志 | 经卫健部门批准开展互联网诊疗活动的定点医疗机构但未申请开展医保互联网医疗服务的，扣10分。 |
| 31 | 就医信用无感支付 | 日常考核 |  | ①在规定时间内无任一待遇类型功能上线的，扣10分；②功能上线后未积极开展推广应用工作，本院当年度就医信用无感支付使用人次低于200笔的，扣10分。 |
| **其它** | 32 | 医保药品外配处方 | 日常考核 |  | 试点医院于9月30日前上线医保普通门诊外配处方流转信息化项目的，加5分。 | 按实际情况扣分（加分） |
| 33 | 双通道业务 | 日常考核 |  | 积极上线开展“双通道”业务，2023年3月1日前发生费用的，加10分。2023年5月30日前发生费用的，加5分。 |
| 34 | 就医信用无感支付 | 日常考核 |  | ①积极报名参与就医信用无感支付试点工作的，加1分；②按要求完成普通门诊、一类门特、二类门特、住院待遇类型功能上线工作的，每上线1个待遇类型得加2分，最高加8分。按时上线的再加1分；③功能上线后积极开展推广应用工作，本院当年度就医信用无感支付使用人次高于200笔的，可加5分，使用人次每高10个百分点，再加1分（累计最高加10分）。 |
| 35 | 信息化项目建设 | 日常考核 |  | 按要求开展信息化项目建设（如新国家标准移动支付、医疗收费电子结算凭证上传、监管事前事中等），每上线一个信息化项目加4分，最高加10分。 |
| 36 | 受处理情况 | 日常考核 |  | ①因违反市直医保服务协议约定或违反《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》规定受到约谈处理的(以处理通知发放时间为准，下同)扣20分，受到中止医保协议处理的扣60分；②因违反《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定受到行政处罚的扣40分。其他违反医保法律、法规的情形，参照上述条款，视情节轻重进行扣分。 |
| 37 | 媒体宣传 | 日常考核 |  | ①在社会发表不当或不正确的关于市直医保政策的言论，误导参保人的，每例扣10分；②对市直医保政策进行误导性、欺骗性广告宣传的，每例扣20分；③违反保密规定，未经相关部门批准，私自泄露市直医保管理信息每例扣200分。 |
| 38 | 基金安全 | 日常考核 |  | ①未按时足额返还市直医保医疗费结算周转金，拖欠时间超过1个月，扣30分（拖欠时间自收到书面追缴通知之日始计算）；②主动发现并配合医保监督检查部门查处冒名就医等骗保行为的每例加20分，最高不超过100分； |
| 39 | 试点工作 | 日常考核 | 门诊标志 | 积极参与医保部门开展的创新性试点工作，视具体情况加分，最高加20分。 |

说明：1.评分总分为1000分，得分不超过1000分；2.门诊及住院定点医疗机构，含现场考核和日常考核两部分；3.单纯门诊定点医疗机构以日常考核为主，上表中注明“门诊标志”项为其考核项目；4.考核扣分在各考核类别的基本分值范围内扣完为止；5相关服务量、医疗费用等数据以医疗保险信息系统申报数据为准；6.加减分均在总分核算完毕后进行加、减，加分总和不超过50分。