

附件 1

长治市基本医疗保险住院定点医疗机构考核评分标准（按项目付费医疗机构）

一、重点指标考核评分标准

重点指标考核评分标准（40 分）

考核办法：医疗保险信息系统采集

序号	考核指标	分值	考核办法	备注
1	参保患者住院收入总额增幅	3	1. 参保患者住院收入增幅=（参保患者本年度住院收入总额-参保患者上年度住院收入总额）/参保患者上年度住院收入总额×100%； 2. 最佳值递减法 B。	评分办法说明： 1. “标准值法 A”：达到或高于标准值的为满分，低于的按比例减分； 2. “标准值法
2	住院次均费用增幅	5	1. 住院次均费用增幅=（本年度出院患者次均医药费用-上年度出院患者次均医药费用）/上年度出院患者次均医药费用×100%；出院患者次均医药费用=出院患者住院费用/出院人次； 2. 最佳值递减法 B。	
3	医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗收入比例	3	1. 挂号、诊察、床位、治疗、手术和护理等医疗服务收入总和占医疗收入的比重=（医院挂号收入+诊察收入+床位收入+治疗收入+手术收入+护理收入）/医疗收入×100%； 2. 最佳值递减法 A。	
4	药品收入占医疗收入比例	1.5	1. 药占比（不含中药饮片）=医院药品收入/医疗收入×100%； 2. 最佳值递减法 B。	
5	检查化验收入占医疗收入比例	1.5	1. 检查、化验收入占医疗收入比例=（医院检查收入+化验收入）/医疗收入×100%； 2. 最佳值递减法 B。	
6	耗材收入占医疗收入比例	1.5	1. 耗材占医疗服务收入比例=卫生材料费/医疗收入×100%； 2. 最佳值递减法 B。	

7	出院患者手术占比	3	1. 出院患者手术占比=出院患者手术台次数/同期出院患者总入次数×100%; 2. 最佳值递减法 A。	B”：达到或低于标准值的为满分，高于的按比例减分； 3.“最佳值递减法 A”：以最高值为满分，其他按低于的按比例减分； 4. “最佳值递减法 B”：以最低值为满分，其他按高于的按比例减分。
8	日间手术占择期手术比例	1.5	1. 日间手术占择期手术比例=日间手术台次数/同期出院患者择期手术总台次数×100%; 2. 最佳值递减法 A。	
9	出院患者微创手术占比	1.5	1. 出院患者微创手术占比=出院患者微创手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%; 2. 最佳值递减法 A。	
10	出院患者三、四级手术比例	1.5	1. 出院患者三、四级手术比例=出院患者三级、四级手术台次数/同期出院患者手术台次数×100%; 2. 最佳值递减法 A。	
11	甲类药品使用率	5	1. 甲类药品使用率=年度甲类药品使用量/同年药品使用总量×100%; 2. 最佳值递减法 A。	
12	国家组织药品集中采购中标药品使用比例及医用耗材使用比例	3	1. 中标药品、耗材用量/同种药品、耗材用量×100%; 2. 最佳值递减法 A。	
13	基本药物使用率	3	1. 按国家规定配备使用基本药物，三级医疗机构基本药物使用率达到 30%以上，二级及二级以下医疗机构达到 50%以上。 2. 标准值法 A。	
14	住院患者医保费用比例	3	1. 比例=住院医保费用/住院医疗费用×100%; 2. 最佳值递减法 A。	
15	单病种退出率	3	1. 严格执行单病种付费，对患者第一诊断符合单病种付费管理的，纳入相应病种诊治。三级医院年度单病种退出率控制在 20%以内，二级、专科及民营医院应控制在 15%以内； 2. 标准值法 B。	
合计		40		

二、现场考核评分标准

现场考核评分标准（60分）

考核办法：听取汇报、查阅资料结合日常检查

内容	考核要求	分值	评分标准及考核方法	备注
一、 综合 管理 (15 分)	1. 100 张床位以上的医疗机构设医疗保障办公室，配备专职工作人员；100 张床位以下的配备专（兼）职管理人员。	1	查看有关文件、院务会记录（每年不少于 4 次），无分管领导扣 0.5 分，会议记录少一次扣 0.2 分，扣完为止。	
	2. 医院成立医保管理服务部门，“人员、场所、设施、岗位责任制”四落实，履行医保管理职责。	1	查看医保科及临床科室医保管理人员花名册和人员岗位职责，医保科人员配置按照每 100 床：1 的比例配置，低于 100 床位以下的最少配备 1 名。人员配备不够扣 0.5 分，无岗位职责或 1 名人员不熟悉岗位职责扣 0.5 分。	
	3. 建立与基本医疗保险管理相适应的医保管理工作制度，形成奖惩并重的管理机制。	1	查看管理制度是否健全，是否建立奖惩并重的机制。管理制度不健全、未建立奖惩机制、违规处理制度不落实分别扣 1 分，扣完为止。	
	4. 制定医保管理工作计划，定期对医保质量和医保数据进行分析、评估和总结，及时进行通报点评。	2	查看医保管理工作计划，是否按季度对医保质量和数据进行分析，是否通报相关科室并提出改进建议，年终总结是否解决存在问题。无计划扣 1 分、分析少一次扣 0.5 分，无年终总结或问题久拖不解决扣 1 分，扣完为止。	
	5. 定期组织临床工作（和相关）人员学习基本医疗保险有关政策、规定，每年不少于 2 次，临床工作人员要进行考核，促进其掌握医保政策、规定。要有学习培训资料和考核资料。	2	每少 1 次培训扣 1 分，有培训无考核扣 0.5 分；抽查 5 名工作人员对医保政策掌握情况，不达要求者每人扣 0.2 分，工作人员不积极配合抽考的每人扣 0.5 分。扣完为止。	
	6. 在显要位置悬挂“定点标牌”，设置“医保政策宣传栏”，服务窗口要有明显标识，公示“就医流程”。开展多种形式政策宣传，医保政策及规定有变化时，宣传栏内容要及时增加。	2	未悬挂定点标牌、未设置宣传栏、无标识、未公示就医流程分别扣 0.5 分；未开展医保政策宣传或内容不及时增加扣 1 分，扣完为止。	

一、 综合 管理 (15 分)	7. 公示药品、治疗、化验和检查项目价格，建立医疗费用查询制和费用清单制度，提高收费透明度。	1	查看价格公示情况及医疗费用查询和费用清单制度落实情况。有 1 项落实不好的扣 0.5 分，扣完为止。	
	8. 按要求及时领取、报送相关资料，对布置的工作，按要求在规定时间内报送。	1	根据医保部门有关科室日常掌握情况酌情扣分。	
	9. 名称、注册地址、机构性质、法定代表人、主要负责人、医疗机构收费类别、诊疗科目、机构规模等重大信息变更的，要在 10 个工作日内向医保中心备案。其他一般信息应在 15 天内书面告知。	2	重大信息变更未按规定时间备案的扣 2 分，一般信息未按规定时间及时进行备案的扣 1 分，扣完为止。	
	10. 设置医保投诉箱，公示本院医保咨询、监督、投诉电话，及时妥善处理参保人员投诉和社会监督反映的问题并做好记录。	2	未设置投诉箱、未公示咨询、监督、投诉电话扣 1 分，未及时处理投诉问题、无投诉处理记录的扣 2 分。	
二、 就医 管理 (16 分)	11. 建立健全双向转诊转院、转科制度，严格掌握统筹区外转诊转院标准。	1	查看制度落实情况，结合有关科室日常监管/实地检查/投诉举报情况，每查实 1 例扣 0.5 分，扣完为止，并按有关规定处理。因院方责任发生转诊转院投诉的，发现一例扣 0.5 分。	
	12. 建立自费项目参保患者知情确认制度。向参保人员提供住院医疗服务时，使用医保支付范围以外的药品、医疗服务项目的，应事先征得患者或其家属同意，并签字确认（抢救病人除外）。	1		
	13. 严格把握入院标准，不得推诿和拒收符合住院条件的病人，不得将不符合入院标准的收住入院，不得采取减免个人承担部分费用、返还礼金、礼券、赠品等不正当手段诱导参保病人住院。	2		
	14. 严格掌握出院标准，不得要求未达到出院标准的参保人员提前出院，及时为符合出院条件的参保人员办理出院手续。不得无故要求参保人员全额现金结算医疗费用。	2		
	15. 按《病历书写基本规范》、《处方管理办法》等规定书写医疗文书。	1		
	16. 外伤病人应详细记录受伤时间、地点、原因及经过，严禁串改受伤原因。	1		
	17. 出院带药量要符合相关规定。一般不超过 7 天量，长期慢性病不得超过 15 天量，中草药不得超过 7 剂量。	1		

二、 就医 管理 (16 分)	18. 严格执行日费用清单制度、住院患者请销假制度，严格执行重症监护病房收治标准。	1	查看制度落实情况，结合有关科室日常监管和实地检查情况，每发现 1 例扣 0.5 分，扣完为止。	
	19. 制定门诊特殊慢性病管理制度，主管医生合理为参保人员制定治疗方案，《门诊特殊慢性病申报、申请表》书写规范认真。	1	查看制度建立、落实情况；抽取门诊慢性病申报、申请表 30 份，结合各有关科室日常投诉管理情况，查实 1 例不符合要求或不规范的扣 0.5 分，扣完为止。 因院方责任发生慢性病投诉的，发现一例扣 0.5 分。	
	20. 能够满足门诊特殊慢性病用药和检查要求，不推诿患者。	1		
	21. 门诊特殊慢性病患者的检查和化验符合频次规定，符合病情需要和医保规定，不搭车化验，不随意降低标准或弄虚作假	1		
	22. 对实行按病种付费的疾病诊疗应严格按照临床路径或临床指南操作，治疗期间全部费用纳入按病种付费结算定额，不得再收取或变相收取其他医疗费用。	2	结合各有关科室日常投诉管理情况，每查实 1 例，扣 0.5 分，扣完为止。	
	23. 实行定额结算办法进行费用结算的，不得以任何理由分解结算单元或转嫁到参保人员个人负担。	1		
三、 药 品、 医用 材料 及诊 疗项 目管 理(6 分)	24. 严格按照有关规定购进、使用、管理药品和医用耗材，及时调整供应结构，确保医保目录内药品及医用耗材供应。	1	结合各有关科室日常投诉管理情况，查实 1 例扣 0.5 分，扣完为止。	
	25. 药品及医用材料应当保存真实完整的购进和使用记录，建立药品和医用耗材购销存台账，记录真实、完整、规范，确保可追溯性。	1	查看台账及药品管理情况，酌情打分。	
	26. 药品及医用耗材必须通过山西省药品、耗材阳光招采平台采购，严禁网下采购。	1	存在非网采情况的不得分。	
	27. 建立特殊药品、医用材料和诊疗项目内部审批制度。	1	查看制度及落实情况，无制度扣 0.5 分，制度落实不好的酌情扣分。	
	28. 严格执行医疗保险药品目录限定的使用范围和药品使用说明书规定，并有相关使用依据。	1	结合有关科室日常监管和实地检查情况，每查实 1 项扣 0.5 分。	
	29. 严格执行国家、省、市药品耗材招采价格，及时结算货款。	1	查看账务情况，发现 1 次未按规定结算货款的扣 0.5 分，扣完为止。	

四、 医疗 费用 管理 (18 分)	30. 参保人员办理门诊挂号或住院登记和费用结算手续时, 认真进行人、身份证件与社保卡核验, 杜绝冒名就诊,	2	冒名就医的查实一次扣 1 分, 并按有关规定进行处理。	
	31. 严格按照《医疗机构执业许可证》准许范围或执业地址开展医疗服务。不得发生未经许可或不符合资质的检查、化验、诊疗、手术等医疗服务项目。不得将科室转包、租售他人使用。	2	结合有关科室日常监管/实地检查/投诉举报情况, 每查实 1 项扣 1 分, 扣完为止, 并按有关规定处理。	
	32. 不得为其他单位提供刷卡服务或将其他单位个人的医疗费用纳入医保结算。	1	查实一次扣 1 分	
	33. 应做到票据、费用清单、住院医嘱、化验单(报告单、治疗单)和病程记录等“五吻合”。	1	结合有关科室日常监管/实地检查/投诉举报情况, 每查实 1 例扣 0.2 分, 扣完为止, 并按有关规定处理。	
	34. 及时记账、妥善保管对账资料, 与经办机构财务往来账目相符, 医保部门拒付医疗费用及时做相应账务处理, 不得挂账。	1	查看医疗机构账目, 结合经办机构财务科日常管理情况打分, 不及时对账的扣 1 分, 拒付费用不及时做账务处理的扣 1 分。	
	35. 重复收费、分解收费、超标准收费、串换收费	10	结合有关科室日常监管/实地检查/投诉举报情况, 每查实 1 项扣 1 分, 扣完为止, 并按有关规定处理。	
	36. 无指征检查、化验、治疗			
	37. 严格按照《山西省公立医疗机构医疗服务项目价格》(2020 版)收费标准及其说明等规定进行收费, 未经卫健部门和价格主管部门批准的不得收费。			
	38. 套餐式检查			
	39. 挂床住院			
	40. 分解住院			
	41. 对医疗机构进行检查时, 不能及时提供相关资料或相关人员不配合	1	发现一项扣 1 分	

五、 信息 系统 管理 (5 分)	42. 严格执行有关规定, 确保信息系统的安全性可靠性和准确性。指定部门和专人负责医疗保险信息管理, 明确专职人员管理的工作职责。	1	部门、人员职责缺失扣 0.5 分, 信息系统运行较差的扣 0.5 分。	
	43. 严禁违反医保待遇政策修改结算数据, 侵害参保人按规定享受待遇。	1	查实 1 例扣 0.5 分, 并按有关规定处理, 扣完为止。	
	44. 定点医疗机构医师库名单有调整的, 应及时备案。	1	未及时备案的发现 1 例扣 0.2 分, 扣完为止。	
	45. 保证医保信息数据传输准确性符合规定, 做到住院信息实时上传、诊断、费用准确无误。	1	查实 1 例扣 0.2 分, 扣完为止。	
	46. 指定专人负责三个目录的维护工作, 按要求完成下载、对照等维护工作。	1	未指定专人负责的扣 0.5 分, 未按要求维护的扣 0.5 分。	
合计		60		