附件1

合肥市医疗保障定点住院医疗机构考核评分标准

| 内容 | 考核要求 | 评分标准 | 标准分 |
| --- | --- | --- | --- |
| 一、综合管理（20分） | 建立健全医保管理组织系统，有院领导分管，专设医保负责人或工作人员；有内部管理制度。 | 机构不健全扣1分，制度不健全扣1分。 | 2 |
| 建立医保医师制度；组织对内部科室和医务人员开展医保知识培训。 | 没有医保医师制度扣1分，没有开展培训扣1分。 | 2 |
| 在本单位显要位置悬挂定点医药机构标识；设置医保专用政策宣传栏、咨询服务窗口；采取多种形式宣传医保政策，按医保部门要求发放医保宣传资料，及时更新宣传栏、宣传资料。 | 没有悬挂定点医药机构标识扣1分，没有宣传栏扣1分，没有印发宣传材料扣1分，没有及时更新宣传栏、宣传资料扣1分。 | 4 |
| 药品、耗材进、销、存系统管理、财务账目管理不规范，没有及时准确进行对账，存在进销存账实不相符的。 | 发现一次扣2分，直至扣完。 | 6 |
| 按时、按质、按量完成医保部门布置的工作任务；做好医保目录管理、价格管理、编码对应、网络安全和数据保护、数据反馈、信息系统改造、医保电子凭证推广等相关工作。 | 有一项未完成扣1分，直至扣完。 | 6 |
| 二、就医管理（30分） | 办理住院登记和费用结算手续、门诊就诊时，人、证、卡不相符，有冒名住院、就医现象。 | 发现一例不得分。 | 4 |
| 采取虚假宣传、违规减免自付费用、返现回扣、发放实物、卡券、赠送礼品、免费体检等方式，诱导参保人员就医、住院，且存在违规使用医保基金行为的。 | 发现一例不得分。 | 4 |
| 将非参保人员的医疗费用纳入医保基金结算；将应当由第三人负担的或者不属于医保基金支付情形的医疗费用纳入医保基金结算。 | 发现一例不得分。 | 3 |
| 二、就医管理（30分） | 向参保人员提供住院医疗服务时，尽量使用医保目录内的药品、耗材、医疗服务项目。使用医保支付范围以外的药品、耗材、医疗服务项目的，院外购药、检查的，未征得参保人员或其家属同意，并签字确认（抢救病人除外）的。 | 发现一例扣1分，直至扣完。 | 4 |
| 开展未经卫生许可的诊疗服务项目；超范围开展医疗服务。 | 发现一例不得分。 | 3 |
| 按照分级诊疗的要求，应当严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，降低入院指征、分解住院或要求不符合出院指征的患者出院、挂床住院；出现推诿、拒收参保人员或降低医疗服务质量的。 | 发现一次扣2分，直至扣完。 | 8 |
| 应按照相关规定为参保人员建立门诊、住院病历。病历首页的诊疗记录不真实、不准确、不完整、不清晰，检查结果、治疗记录和票据、费用清单不吻合。 | 发现一次不得分。 | 2 |
| 对本地参保人员不实行线上及时结算；不能实现“一站式”医保结算服务。 | 发现一次不得分。 | 2 |
| 三、费用管理（35分） | 属于国家、省、市集中带量采购实施范围的药品、高值耗材等未按规定执行集采中选价格，其他药品、耗材未执行医保支付价。 | 发现一例扣1分，直至扣完。 | 3 |
| 诊疗项目未执行规定的价格标准，存在超标准收费、分解项目收费、重复收费等不合理收费情况的。 | 发现一次扣2分，直至扣完。 | 6 |
| 患者在住院结算时，不按规定进行医保结算，变相额外收取医疗费用，或将住院费用分解到门诊或通过外购处方分解费用。 | 4 |
| 过度诊疗、过度检查、超量开药、超限定范围用药、高套病组、低套病组。医养结合患者未达到收治标准，未按期进行评估、合理治疗。 | 8 |
| 三、费用管理（35分） | 串换药品、耗材、诊疗项目，上传虚假的药品、耗材和诊疗项目。拼凑上传医保信息系统结算数据。 | 串换药品、耗材、诊疗项目，上传虚假的药品、耗材和诊疗项目发现一次不得分。拼凑上传数据扣1分，未在24小时内上传扣1分。 | 6 |
| 实行定额结算办法进行费用结算的，出现分解结算单元或转嫁到参保人员个人负担的。 | 发现一例扣2分，直至扣完。 | 4 |
| 病人自付比例不合理增长超过上年度。 | 每不合理增长1%，扣1分，直至扣完。 | 4 |
| 四、医药行为管理（15分） | 被医保部门约谈、限期整改的。 | 约谈1次扣1分，约谈2次不得分；责令整改1次扣1分、限期未整改到位扣1分、年度责令整改2次不得分。 | 3 |
| 被举报投诉存在违规行为并查实的。 | 发现一例扣1分，直至扣完。 | 3 |
| 受到医保行政部门行政处罚的。 | 出现一次扣4分。 | 4 |
| 签署《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》承诺书。 | 未签订扣2分。 | 2 |
| 社会满意率 | 满意率为全市平均值以上不扣分，全市平均值以下10%的扣1分，20%的扣2分，30%的不得分。（依托安徽医保公共服务—医药机构服务评价结果） | 3 |
| 五、奖惩管理 | 获得医保部门表彰奖励的可以加分。 | 获得国家、省、市、县医保部门表彰奖励的分别加4分、3分、2分、1分，最多不超过10分。 | 10 |
| 出现以下行为之一的，一票否决，直接评价为不合格等级:违反医保的相关规定，被媒体曝光，造成恶劣影响的；一个年度内被查出的违规金额占本院医保基金使用量10%以上的；出现《安徽省定点医疗机构医疗保障服务协议范本》中特别严重违约责任情形的；因违法违规被暂停协议3个月及以上的。 |  |  |

相关说明：1.每项考核按照倒扣法，标准分值扣完为止；2.暂停协议1至2个月的，当年不得评定为优秀、良好等次。