

厦门市医疗保障中心文件

厦医保中心〔2022〕80号

厦门市医疗保障中心 关于印发 2022 医保年度基本医疗保险 定点医疗机构考核评价指标的通知

各定点医疗机构：

为进一步规范和完善基本医疗保险定点医疗机构考核评价工作，根据《厦门市基本医疗保险定点医疗机构考核评价管理办法》（厦医保〔2018〕41号）精神，现将2022医保年度基本医疗保险定点医疗机构考核评价指标印发给你们，请遵照执行。



(此件主动公开)

抄送：厦门市医疗保障局

厦门市医疗保障中心

2022年12月27日印发

厦门市基本医疗保险定点医疗机构考核评价指标(2022 医保年度)

一、考核评价内容及得分计算

定点医疗机构考核评价内容, 包括线上考核评价指标、线下考核评价指标及加分项三部分。定点医疗机构考核评价得分=线上考核评价得分*70%+线下考核评价得分*30%+加分项得分*10%, 最高不超过 100 分。线上或线下考核评价得分=(适用考核项得分/适用考核项总分)*100%。

二、线上考核评价指标(总分权重 70%)

(一)线上考核评价指标对比范围

根据医疗机构等级类型, 分六类进行评分, 分别为三级综合医院、二级综合医院、一级及以下综合医院、专科医院、门诊部、养老服务机构内设医疗机构。其中, 专科医院的对比范围为同级综合医院的对应科室。

(二)评分方法

1. **最大值高优:** 指标实际值越高越好, 实际值最高的 20%医疗机构为满分, 其它医疗机构得分=指标分值*基准分值比例(50%)+指标分值*[100%-基准分值比例(50%)]*(该医疗机构指标值/按实际值从小到大排列, M 分位数对应的指标实际值)。

2. **实际值中优:** 样本集的平均值为 $\bar{x}$, 以此作为标杆, 对应分为满分。按实际值从小到大排列, 离 $\bar{x}$ 越接近得分越高, 离 $\bar{x}$ 越远得分越低。

得分=指标分值*基准分值比例(50%)+指标分值*[100%-基准分值比例(50%)]* $(1 - \frac{|x - \bar{x}|}{C \cdot \bar{x}})$

C 为参数, 设置为 2; $(1 - \frac{|x - \bar{x}|}{C \cdot \bar{x}}) \leq 0$ 时, 按 0 计算。

3. 最小值低优: 指标实际值越低越好, 实际值最低的 20% 医疗机构为满分, 其它医疗机构得分=指标分值*基准分值比例 (50%)+指标分值*[100%-基准分值比例 (50%)]* (按实际值从大到小排列, M 分位数对应的指标值/该医疗机构指标值)。

(三) 有住院医疗机构线上考核评价指标 (家签类机构八类 37 项, 非家签类机构七类 34 项)

一级指标	二级指标	分值	指标类型	业务含义	计算公式 (注 1)	评分方法
一、门诊费用管理 (11 分)	1. 门诊医疗费用总额增长率 (注 2)	3	门诊	体现整体门诊费用增长情况	门诊医疗费用总额为统计时段内门诊医疗费用汇总。增长率=(本次-上次)/上次*100%	最小值低优
	2. 门诊人均费用增长率 (注 2)	2	门诊	体现门诊人均费用增长情况	(门诊人均费用)分子: 门诊医疗费用; 分母: 门诊就诊人数。增长率=(本次-上次)/上次*100%	最小值低优
	3. 门诊次均费用增长率 (注 2)	2	门诊	体现门诊次均费用增长情况	(门诊次均费用)分子: 门诊医疗费用; 分母: 门诊就诊人次。增长率=(本次-上次)/上次*100%	最小值低优
	4. 门诊检查检验费占比	2	门诊	体现门诊检查检验费用在门诊总医疗费用中的占比情况	分子: 门诊检查检验费用; 分母: 门诊总医疗费用	实际值中优
	5. 门诊次均检查检验费增长率 (注 2)	2	门诊	体现门诊次均检查检验费用增长情况	(门诊次均检查检验费)分子: 门诊检查检验费; 分母: 门诊就诊人次。增长率=(本次-上次)/上次*100%	实际值中优
二、住院费用管理 (11 分)	6. 住院医疗费用总额增长率 (注 2)	3	住院	体现整体住院费用增长情况	住院医疗费用总额为统计时段内住院医疗费用汇总。增长率=(本次-上次)/上次*100%	最小值低优

一级指标	二级指标	分值	指标类型	业务含义	计算公式(注 1)	评分方法
	7. 住院人均费用增长率(注 2)	2	住院	体现住院人均费用增长情况	(住院人均费用)分子: 住院医疗费用; 分母: 出院人数; 增长率=(本次-上次)/上次*100%	最小值低优
	8. 住院次均费用增长率(注 2)	2	住院	体现住院次均费用增长情况	(住院次均费用)分子: 住院医疗费用; 分母: 出院人次。增长率=(本次-上次)/上次*100%	最小值低优
	9. 住院检查检验费占比	2	住院	体现住院检查检验费用在整体医疗费用中的占比情况	分子: 住院检查检验费用; 分母: 住院医疗费用	实际值中优
	10. 住院次均材料费增长率(注 1)	2	住院	体现住院次均材料费用增长情况	(住院次均材料费)分子: 住院材料费; 分母: 出院人次。增长率=(本次-上次)/上次*100%	实际值中优
三、参保人费用负担(10 分)	11. 门诊患者医保费用比例	5	门诊	体现患者门诊费用中医保费用占比情况	分子: 门诊医保费用; 分母: 门诊医疗费用	最大值高优
	12. 住院患者医保费用比例	5	住院	体现患者住院费用中医保费用占比情况	分子: 住院医保费用; 分母: 住院医疗费用	最大值高优
四、医疗服务质量(15 分)	13. 出院患者手术占比(注: 二、三级综合医疗机构适用)	3	住院	体现住院患者中手术患者占比情况	分子: 出院患者手术人次(同次住院多次手术的按 1 次计); 分母: 同期出院总人次	最大值高优
	14. 门诊 3 天内复诊率(不含急诊科、精神科、儿科病人)	3	门诊	体现 3 天内同院同科室(不含急诊科、精神科、儿科病人)重复就诊的情况	分子: 3 天内存在两次及以上本院同科室(不含急诊科、精神科、儿科病人)的就诊人数; 分母: 门诊就诊人数	最小值低优
	15. 短期再入院率(本院)(注 3)	3	住院	体现是否存在分解住院情况	分子: 15 天内再次住院(本院)人次; 分母: 出院人次	最小值低优
	16. 短期再入院率(外院)(注 3)	3	住院	体现是否存在推诿病人、重复住院情况	分子: 15 天内同病种再次住院(外院)人次; 分母: 出院人次	最小值低优
	17. 褥疮发生率	3	住院	体现住院病人褥疮发生情况	分子: 入院诊断中无褥疮诊断、出	最小值低优

一级指标	二级指标	分值	指标类型	业务含义	计算公式(注 1)	评分方法
				及护理质量	院诊断中有褥疮诊断的人次；分母：出院人次	
五、医保综合管理 (30 分)	18. 刷脸核身医保医师占比	3	全部	体现医保医师注册情况是否属实	分子：有效人脸识别医师人数(或存在结算数据医师人数)；分母：注册医保医师总人数 注：医师人数不含执业范围为影像、检验等人员	最大值高优
	19. 智能监管提醒依从率	2	全部	体现医疗机构是否遵从医保提醒	分子：根据事前事中提醒，进行取消操作次数；分母：事前事中提醒总次数	最大值高优
	20. 限年龄使用违规次数占比	2	全部	体现限年龄使用违规情况	分子：限年龄相关违规扣款条数；分母：智能审核总数	最小值低优
	21. 限性别使用违规次数占比	2	全部	体现限性别使用违规情况(如用药、检查、诊疗项目、医用材料等与性别不符)	分子：限性别使用违规扣款条数；分母：智能审核总数	最小值低优
	22. 限工伤使用违规次数占比	2	全部	体现限工伤使用违规情况	分子：限工伤使用违规扣款条数；分母：智能审核总数	最小值低优
	23. 限住院使用违规次数占比	2	门诊	体现门诊产生限住院使用的违规情况	分子：限住院使用违规扣款条数；分母：智能审核总数	最小值低优
	24. 超时间多收费次数占比	2	住院	体现超时间多收费(如住院天数、床位费、护理费、吸氧小时数等)违规情况	分子：超时间多收费违规扣款条数；分母：智能审核总数	最小值低优
	25. 其它超限用范围收费违规次数占比(不含前述限年龄、性别、工伤、住院使用违规)	3	全部	体现超限用范围违规情况(不含前述限年龄、性别、工伤、住院使用违规)	分子：其它超限用范围违规扣款条数(不含前述限年龄、性别、工伤、住院使用违规)；分母：智能审核总数	最小值低优

一级指标	二级指标	分值	指标类型	业务含义	计算公式(注 1)	评分方法
	26. 一个月内口腔治疗项目超 10 次的就诊人数占比(注 4)	3	门诊	体现口腔科就诊治疗项目数情况	分子: 1 个月内在本机构内口腔治疗项目大于 10 次的就诊人数; 分母: 口腔科就诊总人数	最小值低优
	27. 中医违规次数占比(注 5)	3	全部	体现中医诊疗违规情况	分子: 智能审核中医药有关规则违规扣款条数; 分母: 智能审核总数	最小值低优
	28. 中医单次治疗项目超两种就诊人次占比(注 5)	3	门诊	体现中医单次治疗项目大于 2 种的就诊人次占比	分子: 中医单次治疗项目大于 2 种的就诊人次; 分母: 中医就诊总人次	最小值低优
	29. 中医单次治疗项目超三种就诊人次占比(注 5)	3	门诊	体现中医单次治疗项目大于 3 种的就诊人次占比	分子: 中医单次治疗项目大于 3 种的就诊人次; 分母: 中医就诊总人次	最小值低优
六、信息化管理 (8 分)	30. 结算清单上传比例	3	住院	体现结算清单及时上报情况	分子: 结算清单上传数量; 分母: 出院人次	最大值高优
	31. 门诊即时结算率	3	门诊	体现门诊结算效率	分子: 门诊即时结算人次; 分母: 门诊人次	最大值高优
	32. 智能监管实时监控未覆盖天数	2	全部	体现智能监管平台使用是否符合医保要求	统计时段内, 智能监管平台实时监控未覆盖天数	最小值低优
七、医保电子凭证 (15 分)	33. 医保从业人员激活率	3	全部	体现医疗机构医保相关医药从业人员的医保电子凭证激活情况	分子: 申报医保医师、护士及收费员医保电子凭证激活数; 分母: 申报医保医师、护士及收费员总人数; 统计参保范围限本市参保人员	100%得 3 分, 达 95%得 2 分, 达 90%得 1 分, 90%以下不得分

一级指标	二级指标	分值	指标类型	业务含义	计算公式(注 1)	评分方法
	34. 医保电子凭证结算率(注:不适用于养老机构的内设医疗机构)	12	全部	体现医疗机构医保电子凭证结算人次占比	分子: 参保人员在该医疗机构使用医保电子凭证就医结算人次; 分母: 参保人员在该医疗机构医保结算总人次	达 10%得 8 分; 10%以上, 每增加 5%加得 1 分
八、分级诊疗管理 (20 分, 注 6)	35. 家签参保人本院就诊率	6	门诊	体现家庭医生签约后, 在签约医院的就诊率	分子: 家签参保人在本院的就诊人次; 分母: 在该机构签约的参保人在全市的就诊总人次	最大值高优
	36. 家签参保人就诊占比	4	门诊	体现家签参保人就诊情况	分子: 家签参保人在本院的就诊人次; 分母: 本机构门诊总就诊人次	最大值高优
	37. 家签重点人群长处方率	10	门诊	体现家签重点人群开长处方的情况	分子: 家签重点人群门诊长处方(处方天数 28 天及以上)人次; 分母: 家签重点人群门诊处方人次	最大值高优
合计		120				

注 1: 门诊医疗费用不含疫苗(按编码)、离休人员(按人员类别)及执行未满一年的国家谈判药品(按编码)费用, 住院医疗费用不含离休人员(按人员类别)及执行未满一年的国家谈判药品(按编码)费用。注 2: 增长率为同比增长率; 截至上一医保年度末, 纳入定点未满 2 年的医疗机构不考核增长率指标。注 3: 仙岳医院不适用, 其它机构不含先兆早产、先兆流产、化疗病例(按出院主要诊断 ICD 编码)。注 4: 含口腔科室的医疗机构适用。注 5: 含中医科室的医疗机构适用。注 6: 家签类医疗机构适用。

(四)无住院医疗机构线上考核评价指标(家签类机构七类 26 项, 非家签类机构六类 23 项)

一级指标	二级指标	分值	指标类型	业务含义	计算公式(注 1)	评分方法
一、门诊费用管理 (25 分)	1. 门诊医疗费用总额增长率 (注 2)	10	门诊	体现整体门诊费用增长情况	门诊医疗费用总额为统计时段内门诊医疗费用汇总。增长率=(本次-上次)/上次*100%	最小值低优

一级指标	二级指标	分值	指标类型	业务含义	计算公式(注 1)	评分方法
	2. 门诊人均费用增长率(注 2)	5	门诊	体现门诊人均费用增长情况	(门诊人均费用)分子: 门诊医疗费用; 分母: 门诊就诊人数。增长率=(本次-上次)/上次*100%	最小值低优
	3. 门诊次均费用增长率(注 2)	4	门诊	体现门诊次均费用增长情况	(门诊次均费用)分子: 门诊医疗费用; 分母: 门诊就诊人次。增长率=(本次-上次)/上次*100%	最小值低优
	4. 门诊检查检验费占比	3	门诊	体现门诊检查检验费用在门诊总医疗费用中的占比情况	分子: 门诊检查检验费用; 分母: 门诊总医疗费用	实际值中优
	5. 门诊次均检查检验费增长率(注 2)	3	门诊	体现门诊次均检查检验费用增长情况	分子: 门诊次均检查检验费用; 分母: 上年同期门诊次均检查检验费用。	实际值中优
二、参保人费用负担(10 分)	6. 门诊患者医保费用比例	10	门诊	体现患者门诊费用中医保费用占比情况	分子: 门诊医保费用; 分母: 门诊医疗费用	最大值高优
三、医疗服务质量(10 分)	7. 门诊 3 天内复诊率(不含急诊科、精神科、儿科病人)	10	门诊	体现 3 天内同院同科室(不含急诊科、精神科、儿科病人)重复就诊的情况	分子: 3 天内存在两次及以上本院同科室(不含急诊科、精神科、儿科病人)的就诊人数; 分母: 门诊就诊人数	最小值低优
四、医保综合管理(30 分)	8. 刷脸核身医保医师占比	5	门诊	体现医保医师注册情况是否属实	分子: 有效人脸识别医师人数(或存在结算数据医师人数); 分母: 注册医保医师总人数 注: 医师人数不含执业范围为影像、检验等人员	最大值高优
	9. 智能监管提醒依从率	3	门诊	体现医疗机构是否遵从医保提醒	分子: 根据事前事中提醒, 进行取消操作次数; 分母: 事前事中提醒总次数	最大值高优
	10. 限年龄使用违规次数占比	2	门诊	体现限年龄使用违规情况	分子: 限年龄相关违规扣款条数; 分母: 智能审核总数	最小值低优

一级指标	二级指标	分值	指标类型	业务含义	计算公式(注 1)	评分方法
	11. 限性别使用违规次数占比	2	门诊	体现限性别使用违规情况(如用药、检查、诊疗项目、医用材料等与性别不符)	分子: 限性别使用违规扣款条数; 分母: 智能审核总数	最小值低优
	12. 限工伤使用违规次数占比	2	门诊	体现限工伤使用违规情况	分子: 限工伤使用违规扣款条数; 分母: 智能审核总数	最小值低优
	13. 限住院使用违规次数占比	2	门诊	体现门诊产生限住院使用的违规情况	分子: 限住院使用违规扣款条数; 分母: 智能审核总数	最小值低优
	14. 其它超限用范围收费违规次数占比(不含限前述限年龄、性别、工伤、住院使用违规)	2	门诊	体现超限用范围违规情况(不含限前述限年龄、性别、工伤、住院使用违规)	分子: 其它超限用范围违规扣款条数(不含限前述限年龄、性别、工伤、住院使用违规); 分母: 智能审核总数	最小值低优
	15. 口腔科一个月内单个收费项目数超 10 次的就诊人数占比(注 3)	3	门诊	体现口腔科就诊收费项目数情况	分子: 口腔科一个月内本机构单个收费项目数大于 10 次的就诊人数; 分母: 口腔科就诊总人数	最小值低优
	16. 一个月内口腔治疗项目超 10 次的就诊人数占比(注 3)	3	门诊	体现口腔科就诊治疗项目数情况	分子: 1 个月内在本机构内口腔治疗项目大于 10 次的就诊人数; 分母: 口腔科就诊总人数	最小值低优
	17. 中医违规次数占比(注 4)	2	门诊	体现中医违规情况	分子: 智能审核中医药有关规则违规扣款条数; 分母: 智能审核总数	最小值低优
	18. 中医单次治疗项目超两种就诊人次占比(注 4)	2	门诊	体现中医单次治疗项目大于 2 种的就诊人次占比	分子: 中医单次治疗项目大于 2 种的就诊人次; 分母: 中医就诊总人次	最小值低优
	19. 中医单次治疗项目超三种就诊人次占比(注 4)	2	门诊	体现中医单次治疗项目大于 3 种的就诊人次占比	分子: 中医单次治疗项目大于 3 种的就诊人次; 分母: 中医就诊总人次	最小值低优
五、信息化管理 (10 分)	20. 门诊即时结算率	5	门诊	体现门诊结算效率	分子: 门诊即时结算人次; 分母: 门诊人次	最大值高优

一级指标	二级指标	分值	指标类型	业务含义	计算公式(注 1)	评分方法
	21. 智能监管实时监控未覆盖天数	5	门诊	体现智能监管平台使用是否符合医保要求	统计时段内, 智能监管平台实时监控未覆盖天数	最小值低优
六、医保电子凭证 (15 分)	22. 医保从业人员激活率	3	门诊	体现医疗机构医保相关医药从业人员的医保电子凭证激活情况	分子: 申报医保医师、护士及收费员医保电子凭证激活数; 分母: 申报医保医师、护士及收费员总人数; 统计参保范围限本市参保人员	100%得 3 分, 达 95%得 2 分, 达 90%得 1 分, 90%以下不得分
	23. 医保电子凭证结算率(注: 不适用于养老机构的内设医疗机构)	12	门诊	体现医疗机构医保电子凭证结算人次占比	分子: 参保人员在该医疗机构使用医保电子凭证就医结算人次; 分母: 参保人员在该医疗机构医保结算总人次	达 10%得 8 分; 10%以上, 每增加 5%加得 1 分
七、分级诊疗管理 (20 分, 注 5)	24. 家签参保人本院就诊率	6	门诊	体现家庭医生签约后, 在签约医院的就诊率	分子: 家签参保人在本院的就诊人次; 分母: 在该机构签约的参保人在全市的就诊总人次	最大值高优
	25. 家签参保人就诊占比	4	门诊	体现家签参保人就诊情况	分子: 家签参保人在本院的就诊人次; 分母: 本机构门诊总就诊人次	最大值高优
	26. 家签重点人群长处方率	10	门诊	体现家签重点人群开长处方的情况	分子: 家签重点人群门诊长处方(处方天数 28 天及以上)人次; 分母: 家签重点人群门诊处方人次	最大值高优
合计		120				

注 1: 门诊医疗费用不含疫苗(按编码)、离休人员(按人员类别)及执行未满一年的国家谈判药品(按编码)费用。注 2: 增长率为同比增长率; 截至上一医保年度末, 纳入定点未满 2 年的医疗机构不考核增长率指标。注 3: 含口腔科室的医疗机构适用。注 4: 含中医科室的医疗机构适用。注 5: 家签类医疗机构适用。

三、线下考核评价指标(总分权重 30%): 五类 24 项

项目	考核评价内容、方法	分值	扣分细则
一、医保管理 (30 分)	1. 明确主要负责人（或法定代表人）负责医保工作；建立符合医保协议管理要求的内部管理制度，由专门机构或者人员负责医保基金使用管理工作，建立健全考核评价体系；100 张床位以上医疗机构应设内部医保管理部门，安排专职工作人员；	2	无主要负责人（或法定代表人）负责医保工作扣 0.5 分；未建立内部管理制度、未按要求内设医保管理部门、未按要求配备医保管理人员、未建立考核评价体系，扣 1 分；制度不全、内部医保管理部门配备不齐全或考核评价体系不健全，扣 0.5 分。
	2. 有医保定点标识，配合做好医保政策宣传，在醒目位置张贴医保违规举报电话，合理设置医保宣传栏并及时更新；	1	无医保定点标识、不配合开展医保政策宣传、无违规举报电话或未设置医保宣传栏的，扣 1 分；违规举报电话、宣传栏未及时更新或信息不准确，扣 0.5 分。
	3. 参加医保部门组织的宣传和培训，开展内部医保制度、政策的培训，定期检查内部医保基金使用情况；	3	医保部门组织的宣传或培训，存在无故缺席、迟到早退或其他违反活动纪律情形，或线上培训参与率或测评通过率未达要求的，每例次扣 1 分；未开展内部医保培训或未留存培训记录的，扣 1 分；未定期检查内部医保基金使用情况的，扣 1 分。
	4. 按要求及时、准确、完整报送医保相关信息、资料；真实、完整、准确向医保信息系统传输数据；配合医保部门开展医保智能监控、费用审核、稽核检查、绩效考核、财务记账等工作；	3	未按要求报送、传输医保相关数据、资料或未规范做好信息申报维护的，每例次扣 1 分；发现套换编码、重复上传费用、传输不实数据等情形的，扣 3 分；拒绝、阻扰或不配合相关工作开展，但尚未达到解除协议情形的，扣 3 分。
	5. 核验参保人就医身份，确保就医、结算人员身份一致；为参保人员提供医疗服务时不得存、押医疗保障凭证；	3	未按规定对参保人进行身份核验，扣 3 分；发现存、押医疗保障凭证行为，扣 3 分。
	6. 年度内被实名信用记分医保服务人员人数；	3	医保服务人员被实名信用记分，每人次扣 1 分。
	7. 参保人满意情况：严格落实医保规定，热心服务参保人员；	3	被举报投诉，经查实违反医保政策规定或误导参保人导致不良后果的(注 1)，扣 3 分；查实拒绝参保人使用医保电子凭证或被投诉不支持使用医保电子凭证就医结算的，扣 3 分。
	8. 存在以下违规行为之一的： 1) 将本单位定点范围以外或未向甲方备案的设备终端接入医保	10	每发现一例次扣 10 分。

项目	考核评价内容、方法	分值	扣分细则
	信息网络、在未经医保部门审核通过的地址发生费用、经营地址已变更仍在原址发生费用的； 2) 年度内因违规被作出中止医保协议处理的(科室被中止医保结算的，每例次扣 5 分)； 3) 未妥善保管医保服务权限、口令，医保服务权限、口令被冒用或转借他人； 4) 中选药械采购量或采购量比例不符合规定； 5) 无资质人员开展诊疗、检查检验等业务的或超范围的； 6) 对外出租、承包医疗科室的； 7) 提供“互联网+”医疗医保服务，医师未实名接诊、为非复诊患者提供医保支付服务、未实现诊疗、处方、交易、配送全程可追溯或未妥善保管患者信息及隐私的；		
	9. 按规定接入医保视频监控平台；	2	未按规定接入医保视频监控平台的，扣 2 分。已接入的，每发现一例次违反视频监控接入相关要求的，扣 0.5 分。
二、综合服务 (20 分)	10. 提供医保基金支付范围以外(含超出目录限定范围)的医药服务的，应当经参保人员或其近亲属、监护人书面同意；住院病人在院外发生的费用予刷卡报销，计入当次住院费用结算；	4	未履行告知义务或未按规定将院外费用纳入当次住院结算的，每例次扣 2 分。
	11. 确保参保人医疗安全；	2	每发生一例次医疗事故，其负完全责任扣 2 分，负主要责任扣 1.5 分，负次要责任扣 1 分，负轻微责任扣 0.5 分(以该医保年度确认的为依据)。
	12. 按技术规范、接口标准要求，在规定期限内完成软件改造与系统升级，实现与医保信息系统有效对接，提供直接联网结算；	5	未按要求完成医保接口对接改造的，或未按要求完成医保信息业务编码贯标工作的，扣 5 分。
	13. 依托医保电子凭证，实现参保人就医费用医保移动支付；	9	三级定点医疗机构年度内未实现医保移动支付的，扣 6 分。

项目	考核评价内容、方法	分值	扣分细则
	14. 支持医保电子凭证就医全流程应用（以下环节：预约、挂号、取号、建档、充值、就诊签到、诊室就诊、检查检验、取药、入院出院登记、费用结算、查询打印等，需要使用社保卡环节均应同时支持医保电子凭证）；		未实现支持医保电子凭证就医全流程的，扣6分；自助终端不支持使用医保电子凭证的，每发现1例扣3分。
三、住院管理 (20分)	15. 抽查参保人员住院病历，提供住院医疗费用清单；	8	每家机构抽查20份住院病历，低于20份病历的按照无住院医疗机构考核。每发现一例次不合理检查、治疗或用药扣2分，每发现一例次未提供医疗费清单的扣2分。
	16. 无参保人冒名住院、挂床住院；严格掌握入院指征，不得将不符合入院标准的参保人员收住院治疗；	8	每发现一例次冒名住院扣8分，每发现一例次挂床住院扣4分，每发现一例次降低标准收住院扣2分。
	17. 不得推诿、拒收病人，不得分解住院、不得要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院；	4	每发现一例次推诿或拒收病人扣2分，每发现一例次分解住院、要求病人提前出院或自费住院扣2分。
四、费用结算 (10分)	18. 因医保违规行为，存在医保不予支付医疗费用的(不含智能审核、自查不合理费用)；	10	二级及以上医疗机构：不予支付费用满40万元扣2分，每增加40万元加扣2分，以此类推； 一级及以下医疗机构：不予支付费用满5万元扣2分，每增加5万元加扣2分，以此类推。
	19. 执行医保基金支付规定，不得违反收费规范及价格标准，诊疗单据、诊疗项目(药品)信息和费用相符；		每发现一例次超范围结算的扣2分，每发现一例次诊疗项目、医用耗材未按规定标准收费的扣2分，每发现一例次单据、诊疗项目(药品)信息和费用不相符的扣2分。每发现一例次违反按病种收费、DRG收付费规定的扣2分(限有开展机构)。
	20. 经治医师在接诊意外损伤的参保人员时，须及时如实完整记录致伤原因和意外受伤的情形，不得将按规定不应由医保支付的费用刷卡结算；		每发现一例次未如实准确记录致伤原因或意外受伤情形的，扣2分；将不应由医保支付费用纳入医保刷卡结算的，每例次扣5分。
	21. 开展新生儿参保报销“秒批”服务；		设置产科病房的医疗机构：未开展新生儿参保报销“秒批”结算服务的，扣5分；每发现一例次拒绝家长使用儿童医保码结算新生儿医疗费用的，扣2.5分。

项目	考核评价内容、方法		分值	扣分细则
五、药械管理 (20 分)	22. 委托医保经办机构代为结算支付药械货款的定点医疗机构，应做到：			
	22-1 联合 限价阳光 采购	1)严格执行“两票制”相关规定；	2	每违反一例次扣 2 分。
		2)按规定程序进行药品备案采购；	2	每发现一例次未在规定时间内向医保经办机构备案扣 1 分。
		3)备案采购的药品金额占比在规定范围内；	2	年度备案采购的药品金额占比超出规定范围扣 2 分。
		4)对配送到位的药械，3 天内在省级平台提交验收入库信息；	2	规定时间内，未在省级平台提交验收入库信息的比例超过 10%，扣 2 分。
		5)按时报送采购药械的分析报告；	1	未在规定时间内报送分析报告扣 1 分。
		6)执行药械价格相关规定；	2	每违反一例次医保支付结算价、最高销售限价或零差率规定扣 1 分。
	22-2 药械 货款统一 结算	1)医保经办机构生成采购结算报表后，在 3 个工作日内于省级平台上进行审核确认；	2	规定时间内，未进行审核确认的比例超过 10%，扣 2 分。
		2)准确核对票据，货款结算未出现错误；	3	未准确核对票据的比例超过万分之三，扣 3 分。
		3)年度货款统一结算率不小于 90%；	3	年度货款统一结算率小于 90%，扣 3 分。
23. 药品拆零毁形：医保药品“拆零毁形”政策执行情况；		1	每发现一例次执行不到位扣 0.5 分。完全不执行，扣 1 分。	
合计		100		

注：1. 按查实日期统计；2. 自查自纠不纳入年度考核扣分范围；3. 同一违规情形，涉及多个项目扣分的，就高扣除；4. 每项指标内扣分累加计算，以该项分值扣完为止；5. 为异地参保人员提供的医保服务，一并纳入线下考核范围；6. 因违规情节严重而被解除协议的，该年度不再进行考核，年度结算时，平时预留的考核保证金全部扣除。

四、加分项(总分权重 10%)

(一) 完善医保管理机制及人员配备(5 分)

评分标准：一级及以上医院适用；既往年度同一项已得分的，本年度不再加分。

医保管理部门为独立设置一级科室，同时配备2名及以上专职医保工作人员，且可提供正式任命文件等证明材料的，得5分。

(二) 主动维护基金安全成效显著(10 分)

评分标准：积极主动维护医保基金安全，提供医保部门未掌握的案件线索、挽回或避免医保基金损失：

1. 提供医保部门未掌握的有效案件线索的：得 2.5 分；
2. 提供医保部门未掌握的有效案件线索，且挽回或避免医保基金损失金额达 50 万元但不足 100 万元的：得 5 分；
3. 提供医保部门未掌握的有效案件线索，且挽回或避免医保基金损失金额达 100 万元但不足 200 万元的：得 7.5 分；
4. 提供医保部门未掌握的有效案件线索，且挽回或避免医保基金损失金额达 200 万元及以上的：得 10 分。

(三) 创新医保管理工作成效显著(10 分)

评分标准：积极主动创新医保管理工作，形成可借鉴、可复制经验，并受到医保行政主管部门表彰肯定：

1. 受到省、市医保行政主管部门表彰肯定（含获评全省医保定点医疗机构优秀案例）的，得 5 分；
2. 受到国家级医保部门表彰肯定（含获评全国医保定点医疗机构优秀案例）的，得 10 分。

(四) 积极支持医保管理工作(10 分)

评分标准：积极主动支持医保工作，有效保障医保部门工作开展：提供人员或场地等支持医保部门工作开展的，每例次得1分。

（五）积极支持医保电子凭证应用（5分）

评分标准：考核年度内，定点医疗机构医保电子凭证就医结算率达到或超过相应比例的，得5分。

三级综合医院：40%；二级综合医院、三级专科医院：50%；二级专科医院、一级机构：60%；其他医疗机构：80%。

（注：1.加分项由医疗机构于医保年度结束后一个月内向医保经办机构提供相关书面佐证材料并加盖单位公章，医保经办机构可获取的无需提供。2.所有加分项发现有弄虚作假等违规行为的，一经核实取消加分并按相关规定处理。）