

2021年定点医疗机构考核评分标准（二级及以上）

事项	序号	考核项目	类别	分值	内容	评分标准	考核方法	考核科室	备注
	1	规章制度	B1	40	根据协议内容以及医保部门的相关政策和要求，应建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度包括（不限于）： 岗位工作制度、医保政策培训制度、首问负责制、住院管理制度、门诊管理制度、医保审核制度、投诉处理制度、门诊处方外配制度、转诊转院制度、知情同意制度、门诊慢特病管理制度、 医保目录外项目和辅助用药点评分析制度、病案质量管理体系、 （特殊药品、治疗项目、医用耗材）内部审批制度、药品供应制度、 药品“进、销、存”管理制度、费用管理制度、信息管理制度、医疗质量安全核心制度、自查自纠制度。	制度齐全（20项）得满分，每缺少一项扣4分。	线上考核 年度考核	基金稽核科、定点机构事务科	
	2	宣传培训、会议	C1	15	按时参加医保部门组织的政策业务培训或工作会议。	按时参加医保部门组织的政策业务培训或工作会议的得满分；迟到一次扣1分，缺席一次扣3分。	日常考核	各科室	
					按照培训制度，定期组织医务人员学习医疗保障相关政策法规，结合岗位职责，落实医保要求，具备为参保人员提供诊疗、咨询、结算等服务能力。	未按制度要求，落实宣传培训工作的扣2分。	年度考核 线上考核	医疗保险与救助科、定点机构事务科	
					按要求做好异地就医相关政策宣传、培训、解释工作。	未按要求做好的扣2分。	年度考核	医疗保险与救助科	
					做好医疗保障政策解读和服务宣传，设置医疗保险政策宣传栏，编印基本医疗保险宣传资料。	未做好政策解读、宣传的扣1分，未设置政策宣传栏的扣1分，全年未编印医保宣传资料的扣2分。	年度考核	定点机构事务科	
	3	变更备案	C2	2	定点医疗机构名称、法定代表人、执业地址、医疗机构类别、银行结算账户等项目发生变更，按规定及时报经办机构办理变更备案手续。	未按规定及时办理变更备案手续扣2分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科、基金稽核科	
	4	目录维护	C3	5	做好医疗保险药品、诊疗项目、服务设施等目录库的医保对照、信息维护、数据管理及新项目的申报工作，按规定向医保经办机构提交信息审核备案，经办机构反馈后，及时做好对应维护。	未按时提交审核备案的，每次扣1分；未按时做出对应维护的，每次扣1分。	日常考核	待遇保障科、综合业务科	
	5	药品管理	C4	10	1. 建立健全药品“进、销、存”全流程记录； 2. 优先配备使用医保药品，按规定配备国家谈判药品和省谈判药品，三级定点医疗机构谈判药品配备率达到50 %以上，二级定点医疗机构配备率达到30 %以上，专科医院对专科谈判药品配备率达到70 %以上； 3. 加强医疗机构药事管理，严格掌握目录内药品限定支付范围并留存用药依据； 4. 按规定的差价政策销售，并做好明码标价； 5. 非公立医疗机构销售政府指导价的药品，不得突破医保部门制定的最高零售价格。	未优先配备使用集采药品扣2分；未按规定配备谈判药品的扣2分；医保药品未按限定支付范围使用的，每例扣1分；未按规定的差价政策销售扣2分；未执行明码标价规定扣2分；相关药品突破最高定价的，每种扣1分，无正当理由价格不稳定的扣1分。	日常考核	医药服务管理科、信息系统科、基金稽核科	

基础管理 (155分)	6	医用耗材	C5	5	1. 公立医疗机构所有允许单独向患者收费的医用耗材，以实际购进价格“零差率”销售，并做好明码标价； 2. 严格执行医用耗材临床使用的事前评估、事中跟踪和事后评价制度；建立高值医用耗材使用分析评价，严格控制高值医用耗材使用比例。	未消耗耗材加成的扣2分；未执行明码标价规定扣2分；未执行医用耗材相关临床规定的扣1分。	日常考核	基金稽核科、智能监控科	
	7	结算要求	C6	5	1. 按规定的程序和时限，通过日对账正确上传数据，及时向医保经办机构申报医疗费用； 2. 协助医保经办机构对参保人员所发生的有疑义的医疗费用进行复核，并按规定时间进行疑点反馈。	未及时申报医疗费用的，每次扣1分；未协助医保经办机构复核的，每次扣1分。	日常考核	医保待遇结算科、基金稽核科	
	8	机构设置	C7	5	1. 建立健全医保管理部门，且职责明确，并与其他行政管理部门平级设置； 2. 配备专职管理人员，原则上，按照每百张床不少于1名医保工作人员的比例设置； 3. 成立由定点医疗机构主要负责人负责的医疗保险管理委员会，落实定点医疗机构主要负责人负责医保工作。	第1、3项达不到要求扣2分，第2项达不到要求扣1分。	年度考核	基金稽核科、定点机构事务科	
	9	收费规定	C8	10	1. 严格按照国家、省和本统筹地区医疗服务项目和价格标准等规定进行收费； 2. 执行价格有关法律规定和医疗服务价格项目规范，按明码标价要求公示医药价格与收费标准； 3. 市场调节价和自主定价项目应做好告知告知，不得纳入医保支付。	未按照国家、省和本统筹地区医疗服务项目和价格标准等规定进行收费，每例扣2分； 未公示医药价格与收费标准的扣2分； 未做好市场调节价和自主定价项目收费告知告知的扣3分。	日常考核	基金监督管理科、医疗保险与救助科、基金稽核科	
	10	结算服务	C9	5	1. 开通省内及跨省门诊费用直接结算的定点医疗机构，按政策规定为异地就医人员提供医保结算服务，允许参保人使用个人账户资金支付个人自付部分； 2. 为参保人门诊就医提供多种结算方式，包括诊间结算、自助机结算、窗口结算等； 3. 因参保人自身原因（不能提供有效凭证）、急诊、系统故障等原因，参保人未实现门诊统筹，个人自费结算的，待条件满足后，定点医疗机构应同意参保人的退费申请，并按规定重新结算。	每一项达不到要求扣1分。	日常考核	医疗保险与救助科、基金稽核科	
	11	挂账处理	C10	3	被当地医保经办机构拒付的医疗费用、超支分担机制下医疗机构按比例承担费用，应当在规定时限内作相应的财务处理。	未及时做处理的扣3分。	日常考核	基金稽核科、基金财务科	
	12	病案规范	C11	20	1. 建立院内病案质量管理制度，提高病案首页质量，按照国家统一规定规范填写病案首页，加强临床数据标准化、规范化管理，为推广按疾病诊断相关分组付费打牢基础； 2、建立明确有效的沟通渠道，确保临床医师与编码质控人员可将病案填写过程中发现的问题及时进行交流反馈，并指定专人负责问题整理及汇报； 3. 接诊意外伤害的参保人时，须如实及时完整记录致伤原因和意外伤害的情形。	随机抽取病历，达不到要求的每例扣3分。	日常考核	基金稽核科、DRG专班	
	13	药耗货款结算	C12	10	按时结算药款（其中集采药耗货款应确保从中选产品交货验收之日起至第二个月末完成支付货款），不得拖欠，不得采取承兑等方式变相延长回款时间。	按时结算药耗货款的得10分；拖欠药耗货款的，根据拖欠时间长短扣1-5分，延长回款时间扣1分。	日常考核 线上考核	医药价格和招标采购科、基金稽核科	

	14	落实国家、省组织药品集中采购政策情况	C13	10	1. 按时完成国家、省组织集中采购工作，畅通中选药品和医用耗材入院政策渠道，确保中选药品和医用耗材的供应保障，并按时完成约定采购量； 2. 完善内部考核办法，做好集采药品结余留用资金的分配使用，主要用于相关医务人员绩效。	未按时按要求完成集采工作的扣5分，未完成约定采购量的扣3分，未完善内部考核办法的扣2分。	年度考核 线上考核	医药价格和招标采购科、基金稽核科	
					公立医疗机构一个年度内网下应急采购的药品（医用耗材）原则上不得超过本机构当年应网上采购总金额的1%。	超过1%的，扣5分。	年度考核 线上考核	医药价格和招标采购科、基金稽核科	
	15	指标控制	B2	5	1. 落实协议总额预算控制指标，结合本院实际制定费用控制办法，不能将指标简单分解到科室和成员单位； 2. 如为DRG结算医院，需制订本院DRG改革工作方案及工作流程。	符合要求的得5分。	年度考核	医药服务管理科、定点机构事务科	
	16	报送制度	C14	5	按规定及时准确报送各类统计报表、年度工作总结等。	未按规定报送的，每次扣1分。	日常考核	相关科室	
	17	院端服务	C15	10	1. 公布医保就医流程、设置明显的就医标识； 2. 设立医保患者挂号、结算窗口和门诊慢特病、特殊群体专用窗口。	就医流程和标识不明确的扣3分；无专用服务窗口或专用窗口不能满足需求扣2分。	年度考核	定点机构事务科	
	18	投诉举报	C16	70	畅通双向转诊转院通道，及时为符合条件的参保人员办理转诊转院手续。	未及时为符合条件的参保人办理转诊转院手续的，每例扣1分。	日常考核	投诉举报科、基金稽核科	
					应设立2种以上投诉举报途径（投诉箱、投诉电话等）。	少于2种举报途径的，扣2分。	日常考核	投诉举报科	
					无正当理由，不得拒绝参保人员持卡就医。	无正当理由，拒绝参保人员持卡就医的，查实一例扣2分。	日常考核	基金稽核科	
					未按要求配备相关药品（含特药），影响参保人员用药享受医疗保险待遇的。	未按要求配备相关药品（含特药），影响参保人员用药享受医疗保险待遇的，每例扣2分。	日常考核	医药服务管理科	
					告知参保人本机构的医疗保险服务范围。	未告知本机构的医疗保险服务范围，造成参保人未享受相关医疗保险待遇的，每例扣2分。	日常考核	投诉举报科、基金稽核科	
					对符合收治住院标准的，及时收治住院。	对符合收治住院标准的，不收治入院，长期在急诊观察室留观，每例扣2分。	日常考核	投诉举报科、基金稽核科	
					住院期间参保人在门诊或院外购药、诊疗，按要求纳入当次住院费用。	住院期间要求参保人在门诊或院外购药、诊疗，不按要求纳入当次住院费用，每例扣2分。（特殊情况除外）	日常考核	投诉举报科、基金稽核科	
					按标准为参保人办理入院出院。	未达出院标准，要求参保人员中途出院，转外院收住院，每例扣2分。	日常考核	投诉举报科、基金稽核科	
					按规定对异地就医参保人员提供合理的医疗服务，办理联网结算，与当地参保人一并纳入医保管理服务，无正当理由不得拒绝为异地参保人员即时结算费用。	未按规定执行的，查实一例扣1分。	日常考核	医疗保险与救助科、信息系统科	
					窗口工作人员热情耐心接待参保人，礼貌待人，使用规范化服务用语，有问必答，做到首问负责制，耐心做好解释工作。	存在服务态度差、接待用语不合规、敷衍推诿病人的，造成投诉的每项扣2分。	日常考核	投诉举报科、基金稽核科	

服务管理 (155分)					严格执行门诊处方外配制度，参保人员要求到定点零售药店购药时，不得以任何理由拒绝，并及时为患者办理必要的门诊处方外配手续。	未执行处方外配制度的查实一例扣1分-2分。	日常考核	投诉举报科、基金稽核科	
					1. 参保人员因年老体弱、行动不便等需要别人代拿药的，定点医疗机构应允许并做好信息登记； 2. 参保人住院期间，因条件限制需要到其他定点医疗机构或第三方服务机构检查治疗的，定点医疗机构应办理外检外治手续并登记备案。	存在不允许代拿药和外检外治的，每例扣1分；未登记备案的扣1分，登记备案不全的扣1分。	日常考核	基金稽核科	
					严格按照医保政策和协议约定为参保群众提供服务，及时回应社会关切，为参保群众提供咨询服务，及时受理、解决参保群众的投诉。	未及时受理、解决参保人员投诉的，每例扣1分；因定点医疗机构违反医保政策或协议引起的投诉举报事项，每例扣5分；因定点医疗机构违反医保政策或协议引起的集体信访、各类舆情件，每例扣10分。	日常考核	投诉举报科	
	19	处方点评	C17	5	按照医保目录外项目和辅助用药点评分析制度，严格控制目录外项目和辅助用药的使用比例。	使用比例控制不良的视情况扣分。	日常考核	基金稽核科	
	20	落实异地就医管理服务	C18	10	实现异地参保人就医购药支付个人账户，做好“一卡通行”接口改造工作，配合医保部门按期完成异地支付系统注册、机具升级改造、服务窗口设置、服务引导等工作。	未在2021年3月31日前完成异地支付系统注册的扣2分，未在2021年6月30日前完成接口改造和机具升级改造的扣6分，其他事项每项未完成扣1分。	年度考核	医疗保险与救助科、信息系统科	
	21	满意度评价	B3	20	1. 满意度测评，采用随机公开的（5星）评价方式，对参保患者满意度进行调查； 2. 利用第三方评价，以电话回访等方式，对定点医疗机构结算和履约情况进行调查。	1. 满意度测评：评分分值=满意度×10分，评价人数占住院参保患者总数的15%视为有效；评价人数占参保患者总数的10%-15%，评分分值×50%；评价人数占参保患者总数的10%以下的不得分。 2. 电话回访：评分分值=好评率×4分，未被抽取电话回访的医院得4分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	22	资格认定	C19	5	做好门诊慢特病资格认定和信息备案工作，由专人负责，主要包括患者确诊、病历登记、备案信息传输等。	未配备专人负责的扣1分，未做好慢特病资格认定和信息备案工作的查实一例扣1分。	年度考核 线上考核	医疗保险与救助科、投诉举报科	
	23	身份核验	C20	5	对就诊的参保人进行身份识别，查验参保人身份证、医保凭证等，确保人证一致。	未按规定执行身份验证的，每例扣1分。	日常考核	基金稽核科	
	24	医保工作站管理	B4	30	按照《关于印发<威海市医保工作站管理办法（试行）>的通知》（威医保中心发[2020]55号）要求，对医保工作站服务环境、服务能力、服务行为、服务效能进行考核。	按照《威海市医保工作站考核评分表》所得分数的百分数×30分。 例：得分85，最终分数为：85%×30=25.5。	现场考核	业务受理科	
	25	医保政策范围内住院医疗费用基金的支付	A1	10	职工医保住院目录外自费率。	住院目录外自费率=住院全额自费项目总额/住院费用总额×100%；最小值低优，根据本市同级定点医疗机构自费率情况，合理设置低位区间，每高于该区间1个百分点扣0.5分，最多扣5分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	

运行质量 (50分)	25	医疗费用基金支付比例	A1	10	城乡居民医保住院目录外自费率。	住院目录外自费率=住院全额自费项目总额/住院费用总额×100%；最小值低优，根据本市同级定点医疗机构自费率情况，合理设置低位区间（得满分），每高于该区间1个百分点扣0.5分，最多扣5分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	26	门诊目录外自费率	A2	5	门诊目录外自费率=门诊全额自费项目总额/门诊费用总额×100%。	1. 包括门诊统筹和门诊慢特病； 2. 最小值低优，各统筹区根据本地同级定点医疗机构自费率情况，合理设置一个低位区间，每高于该区间1个百分点扣1分，扣完为止。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	27	(门诊、住院) 次均医疗费用增幅	A3	10	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%。	1. 包括门诊统筹和门诊慢特病； 2. 各统筹区根据本地同级定点医疗机构增长率分布情况，从低到高依次平均划分为三个区间，第一区间得满分；第二区间扣2分；第三区间扣4分； 3. 对于增长率分布离散程度较大的，划分区间时可剔除部分过高或过低的数据。过低的增长率参照第一区间评分，过高的增长率参照第三区间评分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
					住院次均费用增长率年度住院次均费用=年度住院费用总额/年度住院总人次； 住院次均费用增长率=（本年度住院次均费用-上年度住院次均费用）/上年度住院次均费用×100%。	1. 各统筹区根据本地同级定点医疗机构增长率分布情况，从低到高依次平均划分为三个区间，第一区间得满分；第二区间扣2分；第三区间扣4分； 2. 对于增长率分布离散程度较大的，划分区间时可剔除部分过高或过低的数据。过低的增长率参照第一区间评分，过高的增长率参照第三区间评分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	28	住院率增幅	A4	5	住院率=年度出院人次/年度门诊就医人次×100%； 住院率增幅=本年度住院率-上年度住院率。	1. 实际值中优，各统筹区根据本地同级定点医疗机构住院率增幅分布情况，从低到高依次平均划分为三个区间，第一区间得满分；第二区间扣2分；第三区间扣4分；（受政策影响较大的酌情扣分） 2. 对于住院率分布离散程度较大的，划分区间时可剔除部分过高或过低的数据。过低的增幅参照第一区间评分，过高的增幅参照第三区间评分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	29	医疗费用总额增长率	A5	10	医疗费用总额增长率=（本年度医疗费用总额-上年度医疗费用总额）/上年度医疗费用总额×100%。	1. 医疗费用总额由普通门（急）诊统筹、门诊慢特病、住院统筹费用组成； 2. 各统筹区根据本地同级定点医疗机构增长率分布情况，从低到高依次平均划分为四个区间，第一区间得满分；第二区间扣3分；第三区间扣5分，第四区间扣8分。原则上，增长率第一区间最低值不应大于保基金收入增长幅度； 3. . 对于增长率分布离散程度较大的，划分区间时可剔除部分过高或过低的数据。过低的增长率参照第一区间评分，过高的增长率参照第三区间评分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	30	检查、化验收入占医疗收入比例	A6	10	检查、化验费用占总费用比例的增幅。	1、最小值低优，根据本市同级定点医疗机构检查、化验费用占比情况，合理设置低位区间（得满分），低位区间占比20%，每高于该区间1个百分点扣1分； 2、比上年同期下降≥2%的，得10分；与去年持平的、得7分，检查、化验费用占总费用比例的增幅≤2%的，得5分, 大于2%的不得分； 满足以上任意一条均可得分，按高分计算。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	31	履行医保有关法律、法规情况	C21	200	医疗机构应严格遵守《医疗保障基金使用监督管理条例》。	符合《医疗保障基金使用监督管理条例》第四章 第三十八条、第三十九条情形且没有造成医保基金损失的，每例扣10分。	日常考核	基金监督管理科、基金稽核科	注意：医疗机构发生不当行为被重复扣分的，可进行申诉，责任单位按具体情况进行处理，医疗机构进行申诉的，需在考核年度
						符合《医疗保障基金使用监督管理条例》第四章 第三十八条、第三十九条情形之一，造成医保基金损失的，5万元以下扣20分，5万元以上扣30分。	日常考核		

基金监管 (330分)						符合《医疗保障基金使用监督管理条例》第四章 第四十条情形之一，骗取医保基金，5万元以下扣40分，5万元以上扣50分。	日常考核		12月31日前完成，逾期申诉的不予受理。
	32	履行服务协议情况	C22	100	医疗机构应履行《威海市基本医疗保险综合（专科）定点医疗机构医疗服务协议》，以下简称《服务协议》。	符合《服务协议》第七章 第六十七条情形之一扣5分。	日常考核	基金监督管理科、 基金稽核科	注意：医疗机构发生不当行为被重复扣分的，可进行申诉，责任单位按具体情况进行处理，医疗机构进行申诉的，需在考核年度12月31日前完成，逾期申诉的不予受理。
						符合《服务协议》第七章 第六十九条情形之一扣10分。	日常考核		
						符合《服务协议》第七章 第七十条情形之一扣15分。	日常考核		
						符合《服务协议》第七章 第七十一条情形之一扣20分。	日常考核		
	33	不合理费用稽查、申诉	C23	10	应根据医保经办机构反馈的不合理费用内容，按规定时限进行核查、处理、反馈。	未按时核查、处理、反馈的，视情节轻重每次扣5-10分。	日常考核	基金监督管理科、 基金稽核科	
	34	医保信用管理	B5	20	年度医保信用考核情况。	按当年度医保信用评价指标体系标准确定。	年度考核	医保信用科	
信息管理 (105分)	35	医保信息系统安全、稳定运行	C24	5	执行信息管理制度，做到网络畅通，系统稳定、数据传输高效，确保参保人员基本信息和结算信息完整、准确，签约的定点医疗机构、不得违规泄露参保人个人信息，不得随意泄露参保人参保及就医信息。	参保人员基本信息和结算信息不准确，发现一例扣2分；泄露参保人员个人信息、参保及就医信息每例扣3分。	年度考核	信息系统科	
	36	信息应急处理	C25	5	制定应急预案，因自然灾害事故、意外事件等原因造成信息系统出现故障并影响参保人员就医结算时，须及时启动应急预案并通知医保部门，做好解释工作，保障参保人员正常就医结算。	未制定应急预案的扣2分，因自然灾害事故、意外事件等原因造成信息系统出现故障并影响参保人员就医结算时，未及时启动的扣2分，未及时通知医保部门扣1分。	年度考核	信息系统科	
	37	信息系统管理	C26	20	具备必要完善的医院信息系统，实现与医疗保险信息系统及时、有效对接，确保与医保目录等数据信息准确对应并及时更新，确保提供准确真实的基础数据库信息，采用安全有效隔离措施实现与互联网物理隔离，如需重新安装医院信息系统需经过备案、验收。	医院信息系统未与医疗保险信息系统对接的扣1分；药品耗材、诊疗项目、疾病诊断等与之对应的数据库和代码，出现串换、错误代码的扣1分；HIS数据在医疗服务行为发生后8小时内未上传的扣1分；提供的HIS数据不准确的扣1分；医院信息系统未实现与互联网物理隔离的扣5分；重新安装信息系统未备案、验收的扣5分。	年度考核	信息系统科	
					确保向医保经办机构传输的参保人就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，真实、准确并实时传输，不得人为篡改作假；严格执行信息网络管理有关规定，做好数据备份。	参保人员医疗费用信息上传不真实、准确、及时的扣1分；数据未备份扣1分。	年度考核	信息系统科	
	38	医保信息管理	C27	15	具备专（兼）职工作人员负责医疗保险信息管理，明确工作职责，合理设置管理权限。	未安排工作人员负责医疗保险信息管理的扣3分。	年度考核	信息系统科	
					配合医保部门做好信息化工作，按期完成工作任务。	拒不配合医保信息化工作扣10分，未按期完成医保信息化工作扣5分。	年度考核	信息系统科	

	39	刷卡机具、PSAM卡管理	C28	20	新增刷卡机需主动联系医保部门对接使用问题，医院应妥善保管PSAM卡密钥，严禁转借、转赠或售卖他人、人为损坏或丢失、改变使用场地和设备，配合医保部门按期完成刷卡机具升级改造工作。	新增刷卡机不主动联系医保部门扣7分，PSAM卡未妥善保管扣1分，未按期完成刷卡机具升级改造工作扣15分。	日常考核	信息系统科	
	40	智能监控工作	B6	10	做好和医保部门间智能监控系统对接，配合医保部门进行事前、事中、事后审核和数据上传工作。	按期完成工作得10分，按期完成工作但效果较差的得5分，其余情况不得分。	日常考核	智能监控科	
	41	十五项国家编码应用工作	B7	10	实现医疗机构、医师、药师、护士、疾病诊断和手术操作、门慢病种、按病种结算病种、日间手术病种、药品、耗材、服务项目、医保清单12项医保编码医疗机构的院端编码映射及应用工作。	全市率先完成院端编码映射及应用工作的前13家定点医疗机构得10分，其余情况不得分。	日常考核	智能监控科	
	42	医保电子凭证	C29	20	做好系统接口改造，满足参保人使用医保电子凭证就医，以扫码为交互方式实现医保结算，新注册的定点医药机构需同步开通医保电子凭证。	未在2021年6月30日前做好接口改造，未做好接口改造，不能实现以医保电子凭证为介质进行医保结算的扣10分。新注册的定点机构未同步提交医保电子凭证开通申请的扣5分。	日常考核	信息系统科	
加分管理	43	积极参加重大卫生事件	D1	10	参加疫情防控或其他重大卫生事件工作取得显著成效。	面对疫情或重大卫生事件，积极承担社会责任，获得市级以上表彰的，每项加5分。	年度考核	按需求开放权限	
	44	配合医保部门工作	D2	30	积极参与配合医保部门组织专家论证、医保谈判、专项检查、专项评估等。	因工作需要，配合医保部门组织专家论证、医保谈判、专项检查、专项评估的，根据具体情况，每次加1-5分，最高20分。	年度考核	按需求开放权限	
					妥善解决非定点医疗机构因素造成的参保人员投诉的问题。	妥善解决非定点医疗机构因素造成的参保人员投诉的，每次加2分，最高10分。	年度考核	按需求开放权限	
	45	承担医保试点工作	D3	10	积极完成国家和省、市医保工作工作试点和课题研究等。	承担并完成国家和省、市医保课题研究、改革试点、现场工作会、先进经验被推广的，根据具体情况，每次加1-5分。	年度考核	按需求开放权限	
	46	医院 CMI 值	D5	10	$(CMI) = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{某 DRG 的权重} \times \text{该医院该 DRG 的病例数})}{\text{该医院全体病例数}}$ CMI用于评价医疗机构收治病例的复杂程度；医疗机构应将CMI纳入院内绩效管理体系，科学评估各科室治疗水平。	已建立院内绩效评价体系，并将CMI纳入的，得10分；否则不得分。	年度考核	定点机构事务科、医保待遇结算科	

备注：1. 类别：A类是定量指标，共计6项；B类是定性指标，共7项；C类是扣分指标，共计29项；D类是加分指标，共计5项。 单项扣分指标中扣分累计不能超过单项总分值；该表总分值795分（不含加分项65分）。

2021年定点医疗机构考核评分标准（一级）

事项	序号	考核项目	类别	分值	内容	评分标准	考核方法	考核科室	备注
	1	规章制度	B1	40	建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度包括（不限于）：岗位工作制度、医保政策培训制度、首问负责制、住院管理制度、门诊管理制度、医保审核制度、投诉处理制度、门诊处方外配制度、转诊转院制度、知情同意制度、医保目录外项目和辅助用药点评分析制度、（特殊药品、治疗项目、医用耗材）内部审批制度、药品“进、销、存”管理制度、费用管理制度、信息管理制度、医疗质量安全核心制度、自查自纠制度。	制度齐全得满分，每缺少一项扣5分，未按制度要求定期报送相关材料的每次扣2分。	日常抽查 年度考核	基金稽核科、定点机构事务科	
	2	宣传培训、会议	C1	10	按时参加医保部门组织的政策业务培训或工作会议。	按时参加医保部门组织的政策业务培训或工作会议的得满分；迟到一次扣1分，缺席一次扣3分。	日常考核	各科室	
					按照培训制度，定期组织医务人员学习医疗保障相关政策法规，结合岗位职责，落实医保要求，具备为参保人员提供诊疗、咨询、结算等服务能力。	未按制度要求，落实宣传培训工作的扣2分。	年度考核	医疗保险与救助科、定点机构事务科	
					做好医疗保障政策解读和服务宣传，设置医疗保险政策宣传栏，编印基本医疗保险宣传资料。	未做好政策解读、宣传的扣1分，未设置政策宣传栏的扣1分。	年度考核	定点机构事务科	
	3	门统管理	C2	4	1.属于普通门诊统筹定点医疗机构的，明确待遇享受条件，做好政策宣传，与选择定点的参保人员做好签约服务工作，坚持每年签约一次，对于确需中间改签的，应按规定改签； 2.两病（高血压、糖尿病）用药中，属于向符合条件的参保人免费提供的，定点医疗机构应做好统计发放工作，不得另外收取费用。	未按规定与参保人门统签约的，每例扣1分，未满足参保人合理改签需求的，每例扣1分；未做好两病用药免费发放工作的扣2分。	日常考核	医疗保险与救助科、基金稽核科	
	4	目录维护	C3	5	做好医疗保险药品、诊疗项目、服务设施等目录库的医保对照、信息维护、数据管理及新项目的申报工作，按规定向医保经办机构提交信息审核备案，经办机构反馈后，及时做好对应维护。	未按时提交审核备案的，每次扣1分；未按时做出对应维护的，每次扣1分。	日常抽查 年度考核	待遇保障科、综合业务科	
	5	药品管理	C4	10	1.建立健全药品“进、销、存”全流程记录； 2.优先配备使用医保药品和集采中选药品，加强医疗机构药事管理； 3.严格掌握医保目录内药品限定支付范围并留存用药依据； 4.按规定的差价政策销售，并做好明码标价； 5.非公立医疗机构销售政府指导价的药品，不得突破医保部门制定的最高零售价格。	未做好“进、销、存”记录的扣1分，未优先配备使用集采药品扣2分，医保药品未按限定支付范围使用的扣1分。未按规定的差价政策销售扣2分；未执行明码标价规定扣2分；相关药品突破最高定价的，每种扣1分，无正当理由价格不稳定的扣1分。	日常抽查 年度考核	医药服务管理科、信息系统科、基金稽核科	
	6	药耗货款结算情况	C5	10	按时结算药款（其中集采药耗货款应确保从中选产品交货验收之日起至第二个月末完成支付货款），不得拖欠，不得采取承兑等方式变相延长回款时间。	根据拖欠药款时间长短扣1～5分，延长回款时间扣1～2分。	年度考核 线上考核	医药价格和招标采购科、基金稽核科	

基础管理 (120分)	7	集中采购	C6	15	1. 按时完成国家、省组织集中采购工作，畅通中选药品和医用耗材入院政策渠道，确保中选药品和医用耗材的供应保障，并按时完成约定采购量； 2. 完善内部考核办法，做好集采药品结余留用资金的分配使用，主要用于相关医务人员绩效。	未按时按要求完成集采工作的扣5分，未完成约定采购量的扣3分，未完善内部考核办法的扣2分。	年度考核 线上考核	医药价格和招标采购科、基金稽核科	
					公立医疗机构一个年度内网下应急采购的药品原则上不得超过本机构当年应网上采购总金额的1%。	超过1%的，扣5分。	年度考核 线上考核	医药价格和招标采购科、基金稽核科	
	8	机构设置	C7	5	1. 建立医保管理部门，配备医保专（兼）职管理人员，100张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门，安排专职工作人员； 2. 由医疗机构主要负责人负责医保业务。	未按要求配备医保管理人员的扣2分；主要负责人不负责医保工作的扣3分。	年度考核	基金稽核科、定点机构事务科	
	9	变更备案	C8	2	定点医疗机构名称、法定代表人、执业地址、医疗机构类别、银行结算账户等项目发生变更，按规定及时报经办机构办理变更备案手续。	未按规定及时办理变更备案手续扣2分。	年度考核	定点机构事务科	
	10	收费规定	C9	5	1. 执行价格有关法律规定和医疗服务价格项目规范，按明码标价要求公示医药价格与收费标准； 2. 市场调节价和自主定价项目应做好知情告知。	未公示医药价格与收费标准的扣2分。 未做好市场调节价和自主定价项目收费知情告知的扣3分。	日常考核	基金监督管理科、医疗保险与救助科、基金稽核科	
	11	医保医师	C10	2	1. 按规定提供医保医师信息，上传执业医师编码，完善执业医师信息，对更换执业地点、退休或其他因素不再执业的医师，要及时更新上传； 2. 抓好执业医师的培训、教育、管理。	未按定提供和完善医保医师信息的扣1分，未做好执业医师教育培训的扣1分。	日常考核	定点机构事务科、信息系统科	
	12	结算要求	C11	5	1. 按规定的程序和时限，通过日对账正确上传数据，及时向医保经办机构申报医疗费用； 2. 协助医保经办机构对参保人员所发生的有疑义的医疗费用进行复核，并按规定时间进行疑点反馈。	未及时申报医疗费用的，每次扣1分，未协助医保经办机构复核的，每次扣1分。	日常考核	医保待遇结算科	
	13	文书质量	C12	5	1. 建立电子病历系统，严格按照规定书写医疗文书，诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰，提供的票据、费用清单、处方、医嘱做到与病历记载相符； 2. 接诊意外伤害的参保人员时，须如实及时完整记录致伤原因和意外受伤的情形。	随机抽取病历，达不到要求的，每例扣1分。	日常考核	基金稽核科	
	14	挂账处理	C13	2	被当地医保经办机构拒付的医疗费用、超支分担机制下医疗机构按比例承担费用，应当在规定时限内作相应的财务处理。	未及时做处理的扣2分。	日常考核	基金稽核科、基金财务科	

服务管理 (135分)	15	就医指导	C14	2	1. 在显著位置悬挂统一定式的定点医疗机构标识， 院内明确标识医保管理部门的具体位置， 医保管理部门的标识要醒目； 2. 公布医保就医流程， 包括常见医保管理（或审批）事项的工作流程， 如门诊慢特病的审批备案、 委托取药的管理规定等。	未悬挂医保标识或标识不明确的扣1分， 未公布就医流程或缺少其他工作流程的扣1分。	年度考核	基金稽核科	
	16	慢病服务	C15	3	1. 开展医保医师及执业药师的门诊慢性病政策和业务培训， 严格掌握慢性病的用药规定和限定医保支付的使用条件， 因病施治， 合理用药； 2. 做好门诊慢特病资格认定和信息备案工作， 由专人负责， 主要包括患者确诊、 病历登记、 备案信息传输等。	未开展医保医师及执业药师相关门诊慢性病业务培训的扣 1分， 未做好门诊慢特病资格认定和信息备案工作的扣2分。	日常考核	待遇保障科、 医疗保险与救助科	
	17	落实异地就医管理服务	C16	14	1. 是否开通省内异地就医联网结算资格， 是否申请开通跨省异地就医联网结算资格； 2. 按规定做好异地就医联网结算工作， 与本地参保人一并纳入医保管理服务。	未开通省内异地就医联网结算扣2分， 未申请开通跨省异地就医联网结算扣1分， 未做好异地就医联网结算扣1分。	日常考核	医疗保险与救助科、 基金稽核科	
					实现异地参保人就医购药支付个人账户， 做好“一卡通行” 接口改造工作， 配合医保部门按期完成异地支付系统注册、 机具升级改造、 服务窗口设置、 服务引导等工作。	未在2021年3月31日前完成异地支付系统注册的扣2分， 未在2021年6月30日前完成接口改造和机具升级改造的扣6分， 其他事项每项未完成扣1分。	年度考核	医疗保险与救助科、 信息系统科	
	18	投诉举报	C17	50	畅通双向转诊转院通道， 及时为符合条件的参保人员办理转诊转院手续。	未及时为符合条件的参保人办理转诊转院手续的， 每例扣1分。	日常考核	投诉举报科、 基金稽核科	
					应设立2种以上投诉举报途径（投诉箱、 投诉电话等）。	少于2种举报途径的， 扣2分。	日常考核	投诉举报科	
					无正当理由， 不得拒绝参保人员持卡就医。	无正当理由， 拒绝参保人员持卡就医的， 查实一例扣2分。	日常考核	基金稽核科	
					未按要求配备相关药品（含特药）， 影响参保人员用药享受医疗保险待遇的。	未按要求配备相关药品（含特药）， 影响参保人员用药享受医疗保险待遇的， 每例扣2分。	日常考核	医药服务管理科	
					告知参保人本机构的医疗保险服务范围。	未告知本机构的医疗保险服务范围， 造成参保人未享受相关医疗保险待遇的， 每例扣2分。	日常考核	投诉举报科、 基金稽核科	
					对符合收治住院标准的， 及时收治住院。	对符合收治住院标准的， 不收治入院， 长期在急诊观察室留观， 每例扣2分。	日常考核	投诉举报科、 基金稽核科	
					住院期间参保人在门诊或院外购药、 诊疗， 按要求纳入当次住院费用。	住院期间要求参保人在门诊或院外购药、 诊疗， 不按要求纳入当次住院费用， 每例扣2分。（特殊情况除外）	日常考核	投诉举报科、 基金稽核科	
					按标准为参保人办理入院出院。	未达出院标准， 要求参保人员中途出院， 转外院收住院， 每例扣2分。	日常考核	投诉举报科、 基金稽核科	
					严格按照医保政策和协议约定为参保群众提供服务， 及时回应社会关切， 及时受理、 解决参保群众的投诉。	未及时受理、 解决参保人员投诉的， 每例扣1分； 因定点医疗机构违反医保政策或协议引起的投诉举报事项， 每例扣5分； 因定点医疗机构违反医保政策或协议引起的集体信访、 各类舆情事件， 每例扣10分。	日常考核	投诉举报科	
	19	处方外配	C18	3	严格执行门诊处方外配制度， 参保人员要求到定点零售药店购药时， 不得以任何理由拒绝， 并及时为患者办理必要的门诊处方外配手续。	未按规定执行的查实1例扣1分。	日常考核	投诉举报科、 基金稽核科	

	20	满意度评价	B2	20	1. 满意度测评，采用随机公开的（5星）评价方式，对参保患者满意度进行调查； 2. 利用第三方评价，以电话回访等方式，对定点医疗机构结算和履约情况进行调查。	1. 满意度测评：评分分值=满意度×10分，评价人数占住院参保患者总数的15%视为有效；评价人数占参保患者总数的10%-15%，评分分值×50%；评价人数占参保患者总数的10%以下的不得分； 2. 电话回访：评分分值=好评率×4分，未被抽取电话回访的医院得4分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	21	身份核验	C19	3	对就诊的参保人进行身份识别，查验参保人身份证、医保凭证等，确保人证一致。	未按规定进行身份验证的，每例扣1分。	日常考核	基金稽核科	
	22	基层服务	B3	30	1. 上门宣传普及医疗保障政策； 2. 上门指导群众参保缴费； 3. 上门指导协助参保群众申请门诊慢性病待遇资格； 4. 根据享受门诊慢性病待遇群众的需求，为其上门复诊、结算和送药； 5. 根据统一部署，开展群众对医疗保障服务工作评价和满意度调查； 6. 收集和反馈基层对医疗保障工作的意见和建议等； 7. 完成医保部门交办的其他工作。	1. 年终对所有基层医疗机构开展医保基层服务统一进行考核打分，上门指导协助办理慢性病、慢病复诊、结算和送药类服务每人次得1分； 2. 考核结果根据得分由高到低排名，分别为优秀，占比20%，得分100；良好，占比60%，得分80；一般，占比20%，得分60；不合格，得0分； 3. 基层服务工作应详细记录提供上门指导协助办理慢性病、慢病复诊、结算和送药类服务对象姓名、联系方式、身份（是否为低保、特困、脱贫享受政策人口等身份）、服务时间、服务内容，每次上门服务须经服务对象签字确认。医保部门年度考核时，不能按医保部门规定格式提供详细真实服务数据和佐证材料的，不合格； 4. 按得分的百分数×30分，例：得分85，最终分数为：85%×30=25.5。	年度考核	待遇保障科	
	23	两病专项行动	B4	10	1. 将参保居民中现纳入规范化管理的“两病”患者全部纳入门诊治疗保障范围； 2. 强化一体化管理的村卫生室、社区卫生服务站的管理和指导，支持村卫生室、社区卫生服务站参与“两病”初级诊治和用药备药、开方、取药和配送服务； 3. 与基层工作队相结合，根据群众的需求，为其上门复诊、结算和送药。	1. 规范化管理系统与医保结算系统两病人员信息一致的，得6分，每少10%的，减1分； 2. 一体化管理的60%村卫生室、社区卫生服务站可以多渠道实现“两病”医保结算的，得4分，每少10%的，减1分。	年度考核	待遇保障科、医疗保险与救助科	
运行质量 (50分)	24	医保政策范围内住院医疗费用基金的支付比例	A1	10	职工医保住院目录外自费率。	住院目录外自费率=住院全额自费项目总额/住院费用总额×100%； 最小值低优，根据本市同级定点医疗机构自费率情况，合理设置低位区间，每高于该区间1个百分点扣0.5分，最多扣5分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
					城乡居民医保住院目录外自费率。	住院目录外自费率=住院全额自费项目总额/住院费用总额×100%； 最小值低优，根据本市同级定点医疗机构自费率情况，合理设置低位区间（得满分），每高于该区间1个百分点扣0.5分，最多扣5分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	25	门诊目录外自费率	A2	5	门诊目录外自费率=门诊全额自费项目总额/门诊费用总额×100%	1. 限门诊统筹； 2. 最小值低优，各统筹区根据本地一级定点医疗机构自费率情况，合理设置一个低位区间，每高于该区间1个百分点扣0.5分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	26	（门诊、住院）次均医疗费用增幅	A3	10	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%。	1. 包括门诊统筹和门诊慢特病； 2. 各统筹区根据本地同级定点医疗机构增长率分布情况，从低到高依次平均划分为三个区间，第一区间得满分；第二区间扣2分；第三区间扣4分； 3. 对于增长率分布离散程度较大的，划分区间时可剔除部分过高或过低的数据。过低的增长率参照第一区间评分，过高的增长率参照第三区间评分	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
					住院次均费用增长率年度住院次均费用=年度住院费用总额/年度住院总人次； 住院次均费用增长率=（本年度住院次均费用-上年度住院次均费用）/上年度住院次均费用×100%。	1. 各统筹区根据本地同级定点医疗机构增长率分布情况，从低到高依次平均划分为三个区间，第一区间得满分；第二区间扣2分；第三区间扣4分； 2. 对于增长率分布离散程度较大的，划分区间时可剔除部分过高或过低的数据。过低的增长率参照第一区间评分，过高的增长率参照第三区间评分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	

	27	住院率增幅	A4	5	住院率=年度出院人次数/年度门诊就医人次数×100%； 住院率增幅=本年度住院率-上年度住院率。	1. 实际值中优，各统筹区根据本地同级定点医疗机构住院率增幅分布情况，从低到高依次平均划分为三个区间，第一区间得满分；第二区间扣2分；第三区间扣4分；（受政策影响较大的酌情扣分） 2. 对于住院率分布离散程度较大的，划分区间时可剔除部分过高或过低的数据。过低的增幅参照第一区间评分，过高的增幅参照第三区间评分。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	28	医疗费用总额增长率	A5	10	医疗费用总额增长率=（本年度医疗费用总额-上年度医疗费用总额）/上年度医疗费用总额×100%。	1. 医疗费用总额由普通门（急）诊统筹、门诊慢特病、住院统筹费用组成； 2. 各统筹区根据本地一级定点医疗机构增长率分布情况，从低到高依次平均划分为三个区间，第一区间得满分；第二区间扣5分；第三区间扣8分。原则上，增长率第一区间最低值不应大于当年医保基金收入增长幅度； 3. 对于增长率分布离散程度较大的，划分区间时可剔除部分过高或过低的数据。过低的增长率参照第一区间评分，过高的增长率参照第三区间评分	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
	29	检查、化验收入占医疗收入比例	A6	10	检查、化验费用占总费用比例的增幅。	1、最小值低优，根据本市同级定点医疗机构检查、化验费用占比情况，合理设置低位区间（得满分），低位区间占比20%，每高于该区间1个百分点扣1分； 2、比上年同期下降≥2%的，得10分；与去年持平的、得8分，检查、化验费用占总费用比例的增幅≤2%的，得5分, 增幅大于2%的不得分； 满足以上任意一条均可得分，按高分计算。	年度考核 线上考核	定点机构事务科	
基金监管 (330分)	30	履行医保有关法律、法规情况	C21	200	医疗机构应严格遵守《医疗保障基金使用监督管理条例》。	符合《医疗保障基金使用监督管理条例》第四章 第三十八条、第三十九条情形且没有造成医保基金损失的，每例扣10分。	日常考核	基金监督管理科、基金稽核科	注意：医疗机构发生不当行为被重复扣分的，可进行申诉，责任单位按具体情况进行处理，医疗机构进行申诉的，需在考核年度12月31日前完成，逾期申诉的不予受理。
						符合《医疗保障基金使用监督管理条例》第四章 第三十八条、第三十九条情形之一，造成医保基金损失的，5万元以下扣20分，5万元以上扣30分。	日常考核		
						符合《医疗保障基金使用监督管理条例》第四章 第四十条情形之一，骗取医保基金，5万元以下扣40分，5万元以上扣50分。	日常考核		
	31	履行服务协议情况	C22	100	医疗机构应履行《威海市基本医疗保险综合（专科）定点医疗机构医疗服务协议》，以下简称《服务协议》。	符合《服务协议》第七章 第六十七条情形之一扣5分。	日常考核	基金监督管理科、基金稽核科	注意：医疗机构发生不当行为被重复扣分的，可进行申诉，责任单位按具体情况进行处理，医疗机构进行申诉的，需在考核年度12月31日前完成，逾期申诉的不予受理。
						符合《服务协议》第七章 第六十九条情形之一扣10分。	日常考核		
						符合《服务协议》第七章 第七十条情形之一扣15分。	日常考核		
						符合《服务协议》第七章 第七十一条情形之一扣20分。	日常考核		
	32	不合理费用稽查、申诉	C23	10	应根据医保经办机构反馈的不合理费用内容，按规定时限进行核查、处理、反馈。	未按时核查、处理、反馈的，视情节轻重每次扣5-10分。	日常考核	基金监督管理科、基金稽核科	
	33	医保信用管理	B5	20	年度医保信用考核情况。	按当年度医保信用评价指标体系标准确定。	年度考核	医保信用科	
	34	医保信息系统安全、稳定运行	C24	5	执行信息管理制度，做到网络畅通，系统稳定、数据传输高效，确保参保人员基本信息和结算信息完整、准确，签约的定点医疗机构、不得违规泄露参保人个人信息，不得随意泄露参保人参保及就医信息。	参保人员基本信息和结算信息不准确的扣2分；泄露参保人员个人信息、参保及就医信息的扣3分。	年度考核	信息系统科	

信息管理 (80分)	35	信息应急处理	C25	5	制定应急预案，因自然灾害事故、意外事件等原因造成信息系统出现故障并影响参保人员就医结算时，须及时启动应急预案并通知医保部门，做好解释工作，保障参保人员正常就医结算。	未制定应急预案的扣2分，因自然灾害事故、意外事件等原因造成信息系统出现故障并影响参保人员就医结算时，未及时启动的扣2分，未及时通知医保部门的扣1分。	年度考核	信息系统科	
	36	信息系统管理	C26	15	具备必要完善的医院信息系统，实现与医疗保险信息系统及时、有效对接，确保与医保目录等数据信息准确对应并及时更新，确保提供准确真实的基础数据库信息，采用安全有效隔离措施实现与互联网物理隔离，如需重新安装医院信息系统需经过备案、验收。	医院信息系统未与医疗保险系统对接扣1分； HIS数据在医疗服务行为发生后8小时内未上传扣1分； 提供的HIS数据不准确扣3分； 医院信息系统未实现与互联网物理隔离扣5分； 重新安装信息系统未备案、验收扣5分。	年度考核	信息系统科	
	37	医保信息管理	C27	15	具备专（兼）职工作人员负责医疗保险信息管理，明确工作职责，合理设置管理权限。	未安排工作人员负责医疗保险信息管理的扣5分。	年度考核	信息系统科	
					配合医保部门做好信息化工作，按期完成工作任务。	拒不配合医保信息化工作扣10分，未按期完成医保信息化工作扣5分。	年度考核	信息系统科	
	38	刷卡机具、PSAM卡管理	C28	10	新增刷卡机需主动联系医保部门对接使用问题，医院应妥善保管PSAM卡密钥，严禁转借、转赠或售卖他人、人为损坏或丢失、改变使用场地和设备，配合医保部门按期完成刷卡机具升级改造工作。	新增刷卡机不主动联系医保部门扣3分，PSAM卡未妥善保管扣2分，未按期完成刷卡机具升级改造工作扣5分。	日常考核	信息系统科	
	39	医保电子凭证	C29	10	做好系统接口改造，满足参保人使用医保电子凭证就医，以扫码为交互方式实现医保结算，新注册的定点医药机构需同步开通医保电子凭证。	未在2021年6月30日前做好接口改造，未做好接口改造，不能实现以医保电子凭证为介质进行医保结算的扣10分。新注册的定点机构未同步提交医保电子凭证开通申请的扣5分。	日常考核	信息系统科	
	40	智能监控工作	B6	10	做好和医保部门间智能监控系统对接，配合医保部门进行事前、事中、事后审核和数据上传工作。	按期完成工作得10分，按期完成工作但效果较差的得5分，其余情况不得分。	日常考核	智能监控科	
	41	十五项国家编码应用工作	B7	10	实现医疗机构、医师、药师、护士、疾病诊断和手术操作、门慢病种、按病种结算病种、日间手术病种、药品、耗材、服务项目、医保清单12项医保编码医疗机构的院端编码映射及应用工作	全市率先完成院端编码映射及应用工作的前13家定点医疗机构得10分，其余情况不得分。	日常考核	智能监控科	
加分管理	42	积极参加重大卫生事件	D1	10	参加疫情防控或其他重大卫生事件工作取得显著成效。	面对疫情或重大卫生事件，积极承担社会责任，获得市级以上表彰的，每项加5分。	年度考核	按需求开放权限	
	43	配合医保部门工作	D2	30	积极参与配合医保部门组织专家论证、医保谈判、专项检查、专项评估等。	因工作需要，配合医保部门组织专家论证、医保谈判、专项检查、专项评估的，根据具体情况，每次加1-5分，最高20分。	年度考核	按需求开放权限	
					妥善解决非定点医疗机构因素造成的参保人员投诉的问题。	妥善解决非定点医疗机构因素造成的参保人员投诉的，每次加2分，最高10分。	年度考核	按需求开放权限	
	44	医保课题研究和改革试点	D3	20	完成国家和省有关医保课题研究和改革工作试点等情况。	对积极配合医保部门完成国家和省考察调研、课题研究、工作试点、先进经验被推广的，根据具体情况，每项加5-10分。	年度考核	按需求开放权限	

备注：1. 类别：A类是定量指标，共计7项；B类是定性指标，共10项；C类是扣分指标，共计9项；D类是加分指标，共计5项。 单项扣分指标中扣分累计不能超过单项总分值；该表总分值715分（不含加分项60分）。

