附件2

**汕尾市基本医疗保险定点医疗机构评价指标表**

**一、基础管理（120分）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评审主要内容 | 检查方法和评分标准 | 基本分值 | 考评得分 |
| 1 | 医保管理是否健全、是否有专人负责、分工是否明确 | 查看书面材料及现场考察：  1.二级及以上医疗机构未建立医保管理组织的扣10分；  2.一级及其它医疗机构无专人负责的扣10分；  3.医保管理分工不明确的扣10分； | **30** |  |
| 2 | 基本医疗保险管理规章制度是否健全，制度是否落实 | 到相关科室查看书面材料：  1.内部管理规章制度不健全的扣5分；  2.文件资料保管不全的扣5分；  3.医保管理部门未定期对科室执行医保政策进行检查或未记录检查情况及分析不全的扣5分；  4.机构年度计划、总结中未提及医保工作，未制定详细、具体的医保政策培训计划并实施的扣5分。 | **20** |  |
| 3 | 定点医疗机构服务协议和定点标牌是否按规定管理 | 结合日常检查、查看书面材料及现场考察有关设置：  1.未签订或丢失《定点医疗机构服务协议》的扣20分；  2.未按规定悬挂或损坏、丢失标牌的扣5分。 | **20** |  |
| 4 | 是否积极配合医保部门的检查、审核 | 结合日常管理：  1.不积极配合医保日常检查、审核工作的视情节扣10分；  2.不能按要求及时提供需要查阅的医疗档案和有关资料的扣10分。 | **20** |  |
| 5 | 对医保政策的学习和贯彻落实是否及时到位 | 检查有关书面材料，随机抽取部分医保管理和医务人员了解情况并测验（其中三级医院抽问10人，二级医院抽问6人，一级医院抽问3人）：  1.缺乏对医保政策的学习、宣传的扣20分；  2.回答问卷成绩均分80分为合格，成绩每下降5分扣10分。 | **30** |  |

**二、信息系统管理（80分）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评审主要内容 | 检查方法和评分标准 | 基本分值 | 考评得分 |
| 6 | 信息系统管理是否有专人负责管理、维护 | 查看书面材料及现场考察：  1.配备信息科（股）的医疗机构10分；  2.配备专（兼）职管理责任人5分；  3.配备医保日常维护人员，应经专业培训合格后上岗5分。 | **20** |  |
| 7 | 社保信息系统管理情况 | 结合日常检查、查看书面材料及现场考察信息管理系统：  1.配备专职负责社保信息系统的专业技术人员，定期维护信息系统，配合社保各项需求，及时完成社保各项系统需求，保证系统正常运转、通畅的，得10分（每一项未达到的，扣2分，扣完为止）；  2.建立本院社保费用自查统计制度（含参保人门诊人次及次均费用、门诊特检人次及费用、住院人次及次均费用、门住比、病种费用等情况），统计数据按月分门别类，结合数据有分析报告的，能具体反应社保各项指标情况，得10分（缺1项扣2分，扣完为止；临时从社保网站下载的不得分）。 | **20** |  |
| 8 | 具备符合医保接口规范的医疗机构内部管理信息系统，医保管理人员和医务人员是否熟悉系统使用 | 现场考察信息管理系统、随机抽取部分医保管理和医务人员了解情况并测验（其中三级医院抽问10人，二级医院抽问6人，一级医院抽问3人）：  1.配备符合医保接口规范的医疗机构内部管理信息系统得10分；  2.查看是否建立医生工作站，医保管理人员和医务人员熟悉系统使用，得10分。 | **20** |  |
| 9 | 是否实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”即时结算 | 结合日常检查、查看书面材料及现场考察信息管理系统：  1.基本医疗保险（门诊、住院）、大病保险等实现即时结算的不扣分，有一项没有实现的扣10分；  2.医疗救助未实现“一站式”结算的，扣5分；  3.不使用医保结算管理信息系统结算或未按规定启动医保信息应急预案的，扣5分。 | **20** |  |

**三、医疗服务管理（200分）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评审主要内容 | 检查方法和评分标准 | 基本分值 | 考评得分 |
| 10 | 医保管理组织、分工、人员、职责等 | 结合日常检查、查看书面材料及现场考察：  1.一级医院及以下医院（包括乡镇卫生院）：  （1）建立社保工作领导小组，有一名院领导分管社保工作，得10分；  （2）配备专职社保管理人员，得10分，兼职得5分；  （3）社保专职管理人员有一人为副高以上临床医师职称的，得10分；  （4）服务基本医保参保人累计10万人次以上，增加专职管理人员的，得10分，增加兼职人员的，得5分，未增加不得分；服务基本医保参保人未超过10万人的，得5分；  （5）配备PSAM卡管理人员，得10分。  2.二级以上医疗机构(含市属专科医院) ：  （1）设立医保办，有一名院领导分管社保工作的，医保办专职管理社保业务的，得10分；兼职得5分；  （2）社保专职管理人员配置： ①1000（含1000）张床位以上配备5人及以上的，得15分；配备3人及以上的，得10分； ②500-1000（含500）张床位以上配备4人及以上的， 得15分；配备3人的，得10分； ③300-500（含300）张床位以上配备3人及以上的， 得15分；配备2人的，得10分；④100-300（含100）张床位以上配备2人及以上的，得15分；配备1人的，得10分；  （3）配备专职社保管理人员，有副高以上临床医师职称专职管理人员的得5分；兼职人员管理社保业务的，得0分；  （4）服务基本医保参保人累计10万人次以上，增加专职管理人员的，得10分，增加兼职人员的，得5分，未增加不得分；服务基本医保参保人未超过10万人的，得5分；  （5）配备PSAM卡管理人员，得10分。 | **50** |  |
| 11 | 医疗机构床位标准情况 | 查看书面材料及现场考察：  符合社保床位支付标准的床位数占总床位数80%以上的，得10分；低于80%的，每降低1个百分点扣1分，扣完为止。 | **10** |  |
| 12 | 基本医保服务项目管理情况 | 查看书面材料及现场考察：  已开展基本医保服务项目数量占比不足75%的，得0分；75%≤占比<85%的，得10分；≥85%的，得20分。 | **20** |  |
| 13 | 医保专用窗口情况 | 现场考察：  1.专用窗口3个（含）以上的，得20分；  2.专用窗口2个的，得15分；  3.专用窗口1个的，得10分；  4.无设立专用窗口的，不得分；  5.乡镇卫生院确因环境条件所限，与其他窗口兼用的，可根据兼用窗口是否有医疗保险标识、标识是否明显、窗口是否合理等因素，经评估小组讨论一致同意通过的，可酌情给分，但最高不得超过15分。 | **20** |  |
| 14 | PSAM卡登记管理情况 | 查看书面材料及现场考察：  建立本院PSAM卡登记跟踪记录，记录每张PSAM卡的准确物理使用位置，以及位置变更记录，确保PSAM卡卡号和位置一一对应，得20分。抽查2处，PSAM卡卡号和位置不符,一处扣10分。 | **20** |  |
| 15 | 医疗收费标准是否明码标价 | 现场考察，结合随机抽取住院参保人10人进行问卷调查：  1.不按医疗收费标准规定执行的，每查实一例扣5分；  2.常用药品和主要医疗服务价格标准不公开的扣5分；  3.查看医院的收费系统，不符合物价部门规定的扣5分；  4.不能提供正规医疗费用发票及清单的查实一例扣5分。 | **20** |  |
| 16 | 异地就医管理是否规范 | 查看书面材料及现场考察：  1.未及时为本统筹区外的异地就医参保人员和异地就医经办机构提供服务必要服务的扣10分；  2.票据打印是否完整、准确，未主动及时为参保患者提供标准格式的门诊费用清单，住院费用清单、住院费用单及发票等的扣10分；  3.已实现省内异地就医即时结算，加5分。 | **20** |  |
| 17 | 医保政策培训情况 | 结合日常管理，查看书面材料：  学习医保政策，有时间、有地点、有参加人员签名等的全院社保政策培训大会，全年举办1次得10分，2次及以上得20分。 | **20** |  |
| 18 | 配合与落实医保工作情况 | 查看书面材料及现场考察：  1.配合检查工作，当时提供需查阅资料的，得5分，每少一项扣2分，扣完为止；  2.各项社保管理制度健全，年初有社保工作计划，平时有落实，年终有总结等，得10分，每少一项扣5分，扣完为止；  3.服务协议、标牌等文件资料保管齐全的，得5分；少一项则不得分。 | **20** |  |

**四、医疗质量管理（400分）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评审主要内容 | 检查方法和评分标准 | 基本分值 | 考评得分 |
| 19 | 参保人就医管理情况 | 现场考察、随机抽取部分医保管理和医务人员了解情况：  1.现场暗访6名门诊医生，未核验社保卡或身份证给病人医保就医的，核实一例扣5分；  2.现场提问4人有关医保医疗服务问题，回答错误的，每一例扣2.5分。 | **30** |  |
| 20 | 病历首页上传率及完整性 | 结合日常管理,现场考察和随机抽查信息管理系统：  1.按月上传病历首页，首页上传数与实际上传数之比（上传率）≥95%的，得10分；每降低1个百分点扣2分，扣完10分为止;  2.随机抽查复印10份病历首页，核对首页上传情况是否完整、准确，病历记载情况与上传情况不相符或缺项，每例扣2分，扣完10分为止。 | **20** |  |
| 21 | 医院处方及用药管理 | 查看书面材料及现场考察：  1.处方开具不符合《处方管理办法》及医保规定的扣10分；  2.医保处方未按规定装订、分类单独存放管理的扣10分；  3.处方用药剂量控制(住院带药＜7天、门诊＜7天、急诊＜3天），超过规定剂量控标准的扣10分；  4.有分解处方的扣10分；  5.有以药换药、以物代药的扣10分 | **50** |  |
| 22 | 医保药品备药情况 | 查看书面材料及现场考察：  按西药种类按通用名算，中成药种类按药品标准中的正式名称检查  1.二级及二级以上医疗机构评分标准：（1）1000种以上的，得30分；（2）800-1000种（含）的，得25分；（3）600-800种（含）的，得20分；（4）400-600种（含）的，得15分；（5）400种（含）以下得10分。  2.乡镇卫生院与一级医疗机构评分标准：（1）600种以上的，得30分；（2）400-600种（含）的，得25分；（3）200-400种（含）的，得20分：（4）100-200种（含）的，得15分；（5）100种以下得10分。 | **30** |  |
| 23 | 检查、治疗项目管理情况 | 查看书面材料及现场考察：  1.特检项目无审核管理或登记材料不全的扣10分；  2.CT检查阳性率≥60%，没有CT的医疗机构，X光机检查阳性率≥50%，达到标准的得20分，低于标准1个百分点扣1分，扣完为止； | **30** |  |
| 24 | 药品、医用材料管理情况 | 查看书面材料及现场考察信息管理系统：  1.医疗机构HIS系统内药品相关信息（如剂型、规格、厂家、本位码、价格等）清晰的，得10分；  2.医疗机构HIS系统内医用材料相关信息（如规格、厂家、药械码等）标识清晰的，得10分；  3.医疗机构HIS系统内存在“不可单独收费医用材料”的，本项直接不得分。 | **20** |  |
| 25 | 药品进、出账目管理情况 | 查看书面材料及现场考察：  随机抽查社保目录内西药10种、中成药5种和中药饮片2种，药品进货、退货发票、明细清单和盘点表齐全的，得20分；有缺项的，每一种药扣5分，扣完为止。 | **20** |  |
| 26 | 执行入、出院标准管理情况 | 查看书面材料、随机抽查医保住院病历20份：  1.入院标准掌握不严、轻病住院的，每查实一例扣10分，扣完为止；  2.住院期间分解住院、该出院不出院、不该出院强制出院（未达到临床治愈、基本治愈或好转）的，每查实一例扣20分，扣完为止。 | **50** |  |
| 27 | 是否存在挂床住院情况 | 日常检查结合现场查看：  收集日常基金监管检查记录情况，并随机抽查住院病人询问调查并记录，查实挂床住院的，每查实一例扣10分. | **30** |  |
| 28 | 门诊特定病种管理情况 | 查看书面材料及现场考察：   1. 无门诊特定病种就诊登记和病历记录的扣10分； 2. 药品处方药品不合理、无针对性的扣10分。 | **20** |  |
| 29 | 转院、转诊管理情况 | 查看书面材料及现场考察：  查审批单和查看记录台帐，并随机抽查医保住院病历20份，不按规定办理转院、转诊手续的，每查实一例扣10分，扣完为止。 | **20** |  |
| 30 | 参保人年次均门(急)诊费用增长率控制情况 | 查看书面材料及现场考察信息管理系统：  参保人年次均门诊费用增长率不得超过15%，每超过一个百分点，扣5分。 | **20** |  |
| 31 | 参保人年次均住院费用增长率控制情况 | 查看书面材料及现场考察信息管理系统：  参保人年次均住院费用增长率不得超过15%，每超过一个百分点，扣10分。 | **30** |  |
| 32 | 参保人住院医疗费用年度人次平均自费率控制情况 | 查看书面材料及现场考察信息管理系统：  参保人住院医疗费用年度人次平均自费率比例不超过8%，每超过一个百分点，扣10分。 | **30** |  |

**五、医保目录管理（120分）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评审主要内容 | 检查方法和评分标准 | 基本分值 | 考评得分 |
| 33 | “三个目录”管理情况 | 查看书面材料及现场考察信息管理系统：  现场查看是否做好“三个目录”医编码比对工作，是否有串换项目与编码，发现串换的扣20分。 | **20** |  |
| 34 | 检查是否存在“搭车开药”侵犯参保人权益现象 | 查看书面材料及现场考察信息管理系统：  随机抽取住院参保人10人进行问卷调查、随机抽查医保住院病历20份，并核对医嘱发现医务人员“搭车”开药的，查实一例扣20分。 | **20** |  |
| 35 | 检查是否存在不合理用药 | 查看书面材料及现场考察信息管理系统：  随机抽查医保住院病历20份。发现存在用药适应证不明确、预防应用抗菌素不合理、联合应用抗菌素不正确、 重复用药以及出院带药超量等情况的，每查实一例扣10分，扣完为止。 | **20** |  |
| 36 | 提供“三个目录”以外的药品、诊疗项目及服务设施是否征得参保病人或家属同意 | 查看书面材料及现场考察信息管理系统：  随机抽取住院参保人10人进行问卷调查，随机抽查医保住院病历20份，未征得参保病人或家属同意，使用“三个目录”以外的药品、诊疗项目及服务设施的，查实一例扣10分，扣完为止。 | **20** |  |
| 37 | 参保人年度药品费用总额占住院总费用比例 | 查看书面材料及现场考察信息管理系统：  参保人年度药品费用总额占住院总费用比例不得超过45%（中医院不超过50%），每超过一个百分点，扣10分。 | **20** |  |
| 38 | 医疗收费清单及发票管理 | 查看书面材料及现场考察信息管理系统：  1.门诊收费项目清单达到协议要求的，得5分，缺1项扣1分，扣完为止；  2.住院收费项目清单达到协议要求的，得0.5分；缺1项扣0.1分，扣完为止；  3.能提供正规医疗费用发票的得1分，不能提供正规医疗费用发票的不得分。 | **20** |  |

**六、满意度调查（80分）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评审主要内容 | 检查方法和评分标准 | 基本分值 | 考评得分 |
| 39 | 医生、护士服务态度 | 1.很好，得6分；2.好，得4分；3.一般，得2分；4.差，得0分。 | **6** |  |
| 40 | 门诊就医时医院是否核对你的社会保障卡 | 1.核对，得6分；2.没有核对，得0分。 | **6** |  |
| 41 | 有无使用自费项目，如有，医生是否先征求患者的意见 | 1.有，先征求了意见，得6分；2.有，但没有征求意见，得0分；  3.没有使用自费项目，得6分。 | **6** |  |
| 42 | 看病时，各项收费是否具有明确的收费清单 | 1. 有，很明确，得6分； 2、有.但不清晰，得3分；   3.没有，得0分。 | **6** |  |
| 43 | 医生是否根据病（伤）情开具药物和检查治疗项目 | 1.符合病情，得6分；2、基本符合，得3分；3.不符合，得0分。 | **6** |  |
| 44 | 来此医院看病，您认为医疗费用 | 1.很高，得3分；2.较高，得4分； 3.一般，得5分。 | **5** |  |
| 45 | 医院医疗服务水平和服务质量的总体评价 | 1. 满意，得5分；2.比较满意，得4分；   3.一般，得3分；4.不满意，得0分。 | **5** |  |
| 46 | 接触的医生服务态度 | 1.很好，得5分；2.好，得4分；3.一般，得3分；4.差，得0分。 | **5** |  |
| 47 | 接触的护士服务态度 | 1.很好，得5分；2.好，得4分；3.一般，得3分；4.差，得0分。 | **5** |  |
| 48 | 住院时医院是否核对你的社会保障卡 | 1.核对，得3分；2.没有核对，得0分。 | **3** |  |
| 49 | 入院时医院是否介绍医疗保险等相关政策和规定 | 1.有.得3分；2.没有，得0分。 | **3** |  |
| 50 | 工伤病人住院期间有无使用自费项目，如果有，医生是否先征求了患者的意见，并经过（单位）确认签字 | 1.有，先征求了意见，得4分；2.有，但没有征求意见 ，得0分；  3.没有使用自费项目，得4分。 | **4** |  |
| 51 | 住院期间使用的自费项目是否合理 | 1.不合理，得0分； 2.合理，得4分； 3.没有使用自费项目，得4分。 | **4** |  |
| 52 | 住院期间所做的检查治疗是否符合病情需要 | 1.是，得4分；2.否，得0分。 | **4** |  |
| 53 | 住院期间是否有让你到门诊或院外购药的情况 | 1.有，得2分；2.没有，得4分； | **4** |  |
| 54 | 住院期间，医生有否以“费用”等方面理由劝病人出院 | 1.有，得0分；2.没有，得4分。 | **4** |  |
| 55 | 住院期间，是否可查到每日住院费用清单 | 1.可以，得4分；2.不可以 ，得3分； | **4** |  |