附件2：

定点医疗机构评价指标

| **一级****指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标释义** | **信用信息来源** | **评分****方式** | **比较****方式** | **评分标准** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基础分(60分)** | **基础分** | **基础分** | **医疗机构基础得分** | **系统自动采集** | **默认****计分** |  | **默认60分** |  |
| 基金绩效（20分）基金绩效（20分） | 提升医保基金使用效率(20分)提升医保基金使用效率(20分) | 均次费用（6分） | 同种疾病人均住院医疗费用 | 系统自动采集 | 按值计分 | 同级同期同区域比较 | 二三级医疗机构：1.每种疾病均次费用最低的得6分，每增加一个百分点扣0.05分。2.再将每种疾病均次费用得分乘以每种疾病权重占比求和，即为均次费用的最终得分，最低得分1分。二级以下医疗机构：①假设同级同区域中医疗机构在某种疾病最低的人均医疗费用为a，最高的人均医疗费用为c，某机构在该疾病的人均医疗费用为b，则该机构在该疾病的人均医疗费用得分x=6\*（c-b）/（c-a），其中a≠c，否则均计0分；②再将每种疾病人均医疗费用得分乘以每种疾病权重占比求和，即为人均医疗费用得分。 | 住院总费用/总人次 |
| 报销比例（6分） | 根据医疗机构给患者治疗，产生的实际报销比例 | 系统自动采集 | 按值计分 | 同级同期同区域比较 | 二三级医疗机构：报销比例最高的得6分，每减少一个百分点扣0.05分，最低得分1分。二级以下医疗机构：根据区域内同级医疗机构的患者报账比例的高低得出评分，假设最高的为c，最低的为a，某机构报账比例为b，则该机构在报账比例得分x=6\*（b-a）/（c-a），其中a≠c，否则均计0分。 | 住院报销金额/住院总费用 |
| 药品占比（4分） | 考核定点医疗机构使用药品占比 | 系统自动采集 | 按值计分 | 同级同期同区域比较 | 二三级医疗机构：药品占比最低的得4分，每增加一个百分点扣0.03分，最低得分1分。二级以下医疗机构：根据区域内同级医疗机构的药品占比的高低得出评分，假设最高的为c，最低的为a，某机构药品占比比例为b，则该机构在此项得分x=4\*（c-b）/（c-a），其中a≠c，否则均计0分。 | 住院药品总费用/住院总费用 |
| 全自费费用比例（4分） | 考核定点医疗机构使用全自费费用占比，严格执行医保目录，控制患者全自费比例 | 系统自动采集 | 按值计分 | 同级同期同区域比较 | 二级以下医疗机构基本医保目录外费用占比平均不超过5%；二级及以上医疗机构基本医保目录外费用占比平均不超过 10%。二级以下医疗机构低于5%、二级及以上医疗机构低于10%为满分。每增加一个百分点扣0.2分，最低得分1分。 | 住院全自费费用/住院总费用 |
| 内部管理 （5分）内部管理 （5分） | 自律管理(5分)自律管理(5分) | 管理组织(2分) | 建立健全医疗保障管理服务部门，明确院级领导分管，配备专(兼)职管理人员，人数与管理需要相适应，通过院内信息系统进行即时监控并有效行使管理职能。有组织、有计划开展医务人员医德医风、行业自律教育，进行医疗保障政策和管理求培训 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 分档打分：三档 |  | 开展全部工作计2分；开展部分工作计1分；未开展相关工作计0分。 |  |
| 风险防控(2分) | 建立内审工作机制，防范超支风险;开展医疗保障防风险管理，定期分析排查院内贯彻医疗保障政策、执行收费规定、有效控制费用和防范诈骗保的风险点，采取积极应对措施 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 分档打分：三档 |  | 开展全部工作计2分；开展部分工作计1分；未开展相关工作计0分。 |  |
| 创新医疗保障管理(1分) | 开展医疗保障管理创新性工作 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 分档打分：两档 |  | 开展医保管理创新性工作、受到医保部门通报表扬或者在报刊杂志等媒体发表医保管理工作相关论文计1分；未开展计0分。 |  |
| 医师评价（5分） | 医师信用评价(5分) | 医师信用评价(5分) | 本机构医保医师总体信用评价情况 | 系统自动采集 | 按值计分 |  | 年度医保医师信用等级优秀占比≥15%得满分，每降低一个百分点扣0.4分，扣完为止。 |  |
| 满意度评价（10分）满意度评价（10分） | 患者评价(1分) | 患者满意度(1分) | 参保人员对治疗效果、诊疗服务、医疗保障报销服务等满意度 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 分档打分：三档 |  | 满意度低于90%，计0.3分; 90%≤满意度<100%计0.5分;满意度为100%计1分。 |  |
| 舆情评价(1分) | 媒体报道(1分) | 媒体报道关于医保管理服务工作的情况 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 分档打分：三档 |  | 在市级及以上媒体正面报道计1分，无报道计0.5分，在市级及以上媒体负面报道计0分。 |  |
| 投诉或表扬(2分) | 有效投诉或表扬(2分) | 关于医保服务工作的情况，因投诉受到处理或书面表扬 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 分档打分：三档 |  | 受到表扬计2分，无投诉表扬计1分，受到有效投诉计0分。(举报患者冒名顶替等欺诈骗保行为属实受到表扬的奖励计2分、患者因医保服务投诉至行政、医保、热线、红网等经查证属实或者未及时处理回复的计0分。) |  |
| 奖励情况(6分) | 县级以上政府奖励(3分) | 在医疗、医保服务工作等方面受到表彰奖励 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 分档打分：四档 |  | 国家级加3分，省级加2分，地市级加1分，县级加0.5分。 |  |
| 参加评审和检查工作（3分） | 配合卫健、医保行政主管部门组织的评审、政策制定、研讨会、飞检等工作的按人次予以加分 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 数值 |  | 国家级加2分，省级加1.5分、市级加1分，最高得3分。 |  |
| 违法违规违法违规违法违规违法违规 | 违反《医疗保障基金使用监督管理条例 》 第三十八条违反《医疗保障基金使用监督管理条例 》 第三十八条违反《医疗保障基金使用监督管理条例 》 第三十八条 | 住院指征问题 | 分解住院、挂床住院 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -1分/次 |  |  |  |
| 过度医疗 | 违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -0.5分/次 |  |  |
| 违反医疗服务价格政策 | 重复收费、超标准收费、分解项目收费 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -0.5分/次 |  |  |
| 串换项目 | 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -1分/次 |  |  |
| 协助转卖药品不当得利 | 为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -1分/次 |  |  |
| 违规结算问题 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -1分/次 |  |  |
| 其它违规问题 | 造成医疗保障基金损失的其他违法行为。含在DIP经办管理或在其他专项检查中发现存在高套分值、编码低套、降低入院标准、分解住院、诊断升级、主诊断不合理、诊断与操作不符等违约行为 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -0.5分/次 |  |  |
| 管理制度组织问题 | 未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -1分/次 |  |  |  |
| 资料管理问题 | 未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -0.5分/次 |  |  |
| 数据上传问题 | 未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -1分/次 |  |  |
| 违反报告规定问题 | 未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -1分/次 |  |  |
| 社会公开问题 | 未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -1分/次 |  |  |
| 知情同意问题 | 除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务 | 医保待遇审核服务所采集录入+医保基金监督或稽核内控部审核 | -0.5分/次 |  |  |
| 配合检查问题 | 拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况 | 医保局基金监管科 | -1分/次 |  |  |
| 违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条 | 协助骗保问题 | 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据 | 医保局基金监管科 | -60分/次 |  |  |  |
| 恶意骗保问题 | 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；虚构医药服务项目 | 医保局基金监管科 |  |
| 其他骗保问题 | 1、定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的，实施了医疗保障基金使用监督管理条例第四十条行为之一，造成医疗保障基金损失的2、其他骗取医疗保障基金支出的行为 | 医保局基金监管科 |  |