附件 3：

医保服务医师评价指标

| **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** | **说明** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基础分(60分)** | **基础分** | **基础分** | **医保医师 基础得分** | **系统自动采集** | **默认计分** |  | **默认60分** |  |  |
| 身份 特质 （6分） | 个人  信息  （1分） | 完整性  （1分） | 当期该医保医师个人基本信息完整 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 二挡 |  | 医保医师个人基本信息（包括姓名、身份证号码、医保医师资格证及执业证编码等）的完整程度，如果缺失不得分。 |  |  |
| 职业  属性  （5分） | 执业资质  （1分） | 当期该医保医师取得医师执业资格的年限 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 二挡 |  | 取得医师资格一年以上得0.5分，取得医师资格四年以上得1分。 |  |  |
| 职称  （3分） | 当期该医保医师所在机构职称 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 五档 |  | 执业助理医师（1分）、执业医师（1.5分）、主治医师（2分）、副主任医师（2.5分）、主任医师（3分） |  |  |
| 临床岗位  （1分） | 当期该医保医师在定点医疗机构是否临床一线 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 二挡 |  | 在临床岗位得满分，非临床一线医保医师不得分 |  |  |
| 人民  健康 (24分)  人民  健康 (24分)  人民  健康 (24分) | 健康  促进 (7分) | 再入院率  (4分) | 年度内诊疗对象因同种疾病再次住院 | 系统自动采集 | 按值  计分 | 同级同期同区域同科室比较 | 二三级医疗机构中医师： 1.医保医师再入院率最低的得4分，每增加一个百分点扣0.04分。 2.将每种疾病得分乘以每种疾病权重占比求和，即为最终得分，最低得分2分。 二级以下医疗机构中医师： ①假设某种疾病在同级同区域中医师最低再入院率为a，最高再入院率为c，某医师在该疾病的再入院率为b，则该医师在该疾病的再入院率得分x=4\*（c-b）/（c-a），其中a≠c，否则均记0分；②再将每种疾病再入院率得分乘以每种疾病权重占比求和，即为再入院率得分。 | 再入院率=再入院人数/医师看诊总人数 权重=每种疾病人数/医师看诊总人数 |  |
| 有效回访率(2分) | 年度内有效回访患者人数比例 | 系统自动采集 | 按值  计分 | 同级同期同区域比较 | 二三级医疗机构中医师： 医保医师有效随访率最高的得2分，每降低一个百分点扣0.02分。 二级以下医疗机构中医师： 假设该区域医师有效随访人数数量最多的为a，最低的为c，某医师的随访人数为b，则该医师的有效随访率得分=2\*（b-c）/（a-c），其中a≠c，否则均记0分。 | 有效随访率=随访人数/医师看诊总人数 |  |
| 健康知识  宣教  (1分) | 健康科普知识宣讲，撰写发表健康科普文章 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 次数 |  | 每主讲一场院级健康科普知识，或撰写并发表一篇县级及以上健康科普文章加0.5分。该项指标每位医师最高得分1分。 | 每次加0.5分，最高1分； |  |
| 提升医保基金 使用效率  (7分) | 人均医疗  费用  (4分) | 同种疾病人均住院医疗费用 | 系统自动采集 | 按值计分 | 同级同期同区域同科室比较 | 二三级医疗机构中医师： 1.医保医师中每种疾病人均医疗费用最低的得4分，每增加一个百分点扣0.04分。 2.将每种疾病得分乘以每种疾病权重占比求和，即为最终得分，最低得分2分。 二级以下医疗机构中医师： ①假设同级同区域中医师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，某医师在该疾病的人均医疗费用为b，则该医师在该疾病的人均医疗费用得分x=4\*（c-b）/（c-a），其中a≠c，否则均记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。 | 人均医疗费用=住院总费用/住院总人数 权重=每种疾病人数/医师看诊总人数 |  |
| 疑难危重病人好转率  （3分） | 年度内疑难危重病例（属C、D型病历）好转率 | 系统自动采集 | 按值计分 | 同级同期同区域同科室比较 | 二三级医疗机构中医师： 医保医师疑难危重好转率最高的得3分，每降低一个百分点扣0.03分。 二级以下医疗机构中医师： 得分计算方式：假设该区域内医师疑难危重病人治愈率最高的为a，最低的为c，某医师的治愈率为b，则该医师疑难危重病人治愈率得分=3\*（b-c）/（a-c），其中a≠c，否则均记0分。 | 疑难危重病人好转率=C、D型病历人数好转率 |  |
| 工作量(10) | 医保工作量 （5分） | 考核医保医师为医保患者提供医保服务的工作量 | 系统自动采集 | 按值计分 | 同级同期同区域比较 | 二三级医疗机构中医师： 医保医师医保工作量最高的得5分，每降低一个百分点扣0.05分。 二级以下医疗机构中医师： 根据区域内同级医保医师看诊次数的高低得出评分，假设最高的为c，最低的为a，某医保医师该项次数为b，则该医师在医保工作量得分x=5\*（b-a）/（c-a），其中a≠c，否则均记0分； | 工作量=看诊次数 |  |
| 医学文书书写规范性 （5分） | 及时、真实、准确、完整、清晰的记录诊疗过程；及时分析医嘱更改及检查结果反馈情况 | 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 | 次数 |  | 发现一次不规范扣1分，扣完为止 |  |  |
| 人民  满意 (10分)  人民  满意 (10分) | 奖励  情况  (5分) | 其他嘉奖  （2分） | 如在重要官方媒体、刊物发表医保相关的文献 | 信用主体主动申报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 三挡 |  | 国家级加2分，省级加1.5分，地市级加1分 |  |  |
| 受到政府  部门嘉奖  （3分） | 受到政府部门嘉奖信用加分 | 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：五档 |  | 国家级加3分，省级加2分，地市级加1.5分，县级加1分，院级加0.5分。 |  |  |
| 满意度(5分) | 复诊率  （2分） | 复诊率=1-他诊率。他诊率是指首诊对象出院后因同种疾病选择其他医师复诊并住院的比例 | 系统自动采集 | 按值计分 | 同级同期同区域比较 | 二三级医疗机构中医师： 1.医保医师复诊率最高的得2分，每降低一个百分点扣0.02分。 2.将每种疾病得分乘以每种疾病权重占比求和，即为最终得分。 二级以下医疗机构中医师： 得分计算方式：假设该区域内医师最高的复诊率为a，最低的为c，某医师的复诊率为b，则该医师复诊率得分=2\*（b-c）/（a-c），其中a≠c，否则均记0分。 | 复诊率=1-他诊率 权重=每种疾病人数/医师看诊总人数 |  |
| 专家评审或飞行检查  （3分） | 配合医保部门开展专家评审或飞行检查 | 信用主体主动上报+医保基金监督或稽核内控部审核 | 数值 |  | 参与医保方面的专家评审一次记0.2分。参加国家级飞行检查一次记3分，参加省级飞行检查一次记2分，参加市级飞行检查一次记1分，参加县级监督检查一次记0.5分，最高得3分。 |  |  |
| 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 | 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 | 次数 |  | -20分/次 |  |  |
| 过度诊疗  问题 | 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（抗生素使用超标、G药使用不够） | 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 | 次数 |  | -20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（医院的责任应扣医院） | 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 | 次数 |  | -20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 | 次数 |  | -20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 | 次数 |  | -20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 | 次数 |  | -20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 | 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 | 次数 |  | -20分/次 |  |
| 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 | 次数 |  | -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 | 次数 |  | -60分/次 |  |
| 其他骗保  问题 | 1、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 | 次数 |  | -60分/次 |  |