

附件 2

定点医疗机构医保信用评价指标

一级指标	二级指标	序号	三级指标	指标性质	评价内容及要求	评价方法	评分标准
协议履行	基础管理	1	机构设置	定性	设立专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作。	年度考核	达不到要求扣 10 分。
		2	规章制度	定性	建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度,包括医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等。	年度考核	每缺一项制度扣 5 分,最多扣 20 分。

3	宣传培训	定性	①开展医疗保障政策、就医和结算流程等宣传，并提供相关咨询服务，并及时更新宣传内容；②组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训；③参加由医疗保障行政部门或经办机构、稽核机构组织的宣传和培训。	年度考核	每项达不到要求扣5分。
4	信息系统	定性	①建立专门的信息化管理机构，配备专职人员，制定信息安全管理制度的有效执行，保障网络稳定畅通，严格执行信息保密制度；②医院 HIS 系统与医疗保险信息系统有效对接，并采用安全有效隔离措施实现与互联网物理隔离；③医院 HIS 系统与医保智能监控系统有效对接，并使医保智能监控规则嵌入医院信息系统，并实现应用；④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。	年度考核	每项达不到要求扣10分。
5	收费规定	定性	①医疗服务项目价格严格按照协议条款执行；②执行价格有关法律规定，在收费场所显著位置明码标价；③市场调节价和自主定价项目应做好告知，不得纳入医保支付。	日常抽查年度考核	每项达不到要求扣10分。
6	医保编码	定性	①及时做好定点医疗机构、医师、护士等医保编码工作，及时入库，动态调整，国家赋码后同步更新；②配合做好三目录、费用结算清单等国家统一编码落地实施工作。	日常抽查年度考核	每项达不到要求扣10分。
7	报送	定性	①按照规定及时准确报送各类统计报表、年度工作总结等；②按照规定向医	年度考核	未按规定报送的，每次扣5

	制度		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；③按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息。	考核	分，最多扣 15 分。	
	8	凭证管理	定性	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。	日常抽查年度考核	未按规定保管的，每项扣 5 分，最多扣 40 分。
	9	变更备案	定性	机构名称、执业地址等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，申请变更。	日常抽查年度考核	发生变更未按规定办理相关手续的，发现一次扣 10 分
费用控制	10	门诊次均费用增长率	定量	$\text{年度门诊次均费用} = \frac{\text{年度门诊费用总额}}{\text{年度门诊总人次}}$ $\text{门诊次均费用增长率} = \frac{\text{本年度门诊次均费用} - \text{上年度门诊次均费用}}{\text{上年度门诊次均费用}} \times 100\%$	线上考核	<p>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 10 分；第三区间扣 20 分。</p> <p>3.对于增长率分布离散程度</p>

					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。
11	门诊目录外自费率	定量	$\text{门诊目录外自费率} = \frac{\text{门诊全额自费项目总额}}{\text{门诊费用总额}} \times 100\%$	线上考核	<p>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 2 分，最多扣 30 分。</p>
12	住院次均费用增长率	定量	$\begin{aligned} \text{年度住院次均费用} &= \frac{\text{年度住院费用总额}}{\text{年度住院总人次}} \\ \text{住院次均费用增长率} &= \frac{\text{本年度住院次均费用} - \text{上年度住院次均费用}}{\text{上年度住院次均费用}} \times 100\% \end{aligned}$	线上考核	<p>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 10 分；第三区间扣 20 分。</p> <p>2.对于增长率</p>

					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。
13	住院率增幅	定量	$\text{住院率} = \frac{\text{年度出院人次数}}{\text{年度门诊就医人次数}} \times 100\%$ $\text{住院率增幅} = \text{本年度住院率} - \text{上年度住院率} $	线上考核	<p>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10分；第三区间扣20分。(受政策影响较大的酌情扣分)。</p> <p>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。过低的增长率参照第一区间评分，过高的增幅参照第</p>

					三区间评分。
14	住院目录外自费率	定量	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%	线上考核	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 2 分，最多扣 30 分。
15	医疗费用总额增长率	定量	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%排除合理因素(新增就医人次、医疗服务价格调整、重病患者比例高等)影响。	线上考核	1.医疗费用总额由普通门(急)诊、门诊慢特病、住院费用组成。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 10 分；第三区间扣 20 分，第四区间扣 30 分。原则上，增长率第一区间最低值不应大于本地物价上涨指

						数。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。
	16	费用分析制度	定性	根据要求建立院内医疗费用分析制度,合理科学设置各项指标,定期向医保经办机构说明医疗费用的管控情况。	年度考核	未按规定建立的扣5分,未定期向医保经办机构说明的扣5分,最多扣10分。
行为规范	17	就医核验	定性	①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;②非经医保经办机构书面授权,不得以任何理由收集、留存参保人员医疗保障有效凭证。	日常考核	未按规定执行而出现冒名就医的,每例扣5分;未按规定收集、留存参保人员医疗保障有效凭证的,每例扣2分。本项最多扣20分。
	18	资格认定	定性	做好门诊慢特病资格认定和信息备案工作,由专人负责,制定行之有效的门诊慢特病管理制度和工作程序。	日常抽查年度考核	未配备专人负责的扣5分,未按规定建立门诊慢特病管理制度和工作程序的扣15分。

				核	
19	知情同意	定性	<p>①因住院病情需要使用医保目录外药品或诊疗项目的，应书面告知参保人，严格执行全额自费项目知情同意签字制度；</p> <p>②能够向参保人员提供门诊、住院费用结算清单和住院日费用清单。</p>	日常抽查年度考核	除急诊、抢救等特殊情形外，自费项目未经参保患者签字同意的每例扣5分，未按规定提供费用清单的每例扣5分。本项最多扣20分。
20	处方流转	定性	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。	日常抽查年度考核	未按规定执行的不得分，执行不好的视情况扣5分-10分。
21	异地就医	定性	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，执行就医地DRG、DIP支付结算标准，无正当理由不得拒绝为异地参保人员即时结算费用。	年度考核	未按规定执行的，每例扣5分，最多扣20分。
22	目录维护	定性	新增药品、医用耗材(含自费项目)的，应按要求提交新增申请材料，经办机构反馈后，及时做好对应维护。	日常抽查年度考核	未按时提交审核备案或做出对应维护的，每次扣5分，最多扣10分。
23	结定	定	①按规定的程序和时限，通过日对账正	日	未及时申报医

	算要求	性	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;③优化医保结算流程,为参保人员提供便捷的医疗服务,按规定进行医保费用直接结算,提供费用结算单据和相关资料。	常抽查年度考核	疗费用的,每次扣5分;未协助医保经办机构稽核的,每次扣5分。本项最多扣20分。
24	付费方式	定性	①按规定开展DRG、DIP付费方式改革;②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;③推行临床路径管理,提高诊疗行为透明度,将费用、患者负担水平等指标定期公开,为参保人就医选择提供参考。	日常抽查年度考核	第①项达不到要求扣10分;第②③项每一项达不到要求扣5分。
25	药械集采	定性	公立医疗机构①严格执行集采政策,参加集采工作并按要求报量;②畅通中选药品和医用耗材入院渠道,并按时完成约定采购量;③严格执行网上采购政策,不得违规网下采购。	日常抽查年度考核	1.一个评价年度内临床需求药品耗材未参加集采工作的扣10分,未完成约定采购量的每个品种扣5分。2.不严格执行网上采购政策,违规网下采购的扣10分。本项最多扣40分。
26	药品管理	定性	①建立健全药品“进、销、存”全流程记录和管理制度、药品供应制度;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;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。	日常抽查年度考核	每缺一项制度扣5分;未优先配备使用集采药品扣10分,未按规定配备谈判药品

				考 核	的扣 10 分；医 保药品未按限 定支付范围使 用的，每例扣 10 分。本项最 多扣 40 分。
27	医 用 耗 材	定 性	①取消公立医疗机构医用耗材加成，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；公立医疗机构不得在实际购进价格之外接受经营者给予的价格折扣或其他形式的折扣。②以成本形式打包计入医疗服务价格的医用耗材，不得另行收费；③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。	日 常 抽 查 年 度 考 核	未取消耗材加 成的扣 10 分， 出现接受经营 者给予折扣的 扣 30 分；对打 包耗材另行收 费的，扣 10 分； 未执行医用耗 材相关临床规 定的扣 10 分。
28	药 款 结 算	定 性	集采药品耗材全部纳入医保基金与医药企业直接结算，严格按政策规定审核确认应付款项。	日 常 抽 查 年 度 考 核	不参加直接结 算的扣 10 分； 无故拖延审核 确认时间的扣 5 分，反复出现 的扣 10 分。
29	挂 账 处 理	定 性	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，应当在规定的时限内作相应的财务处理。	年 度 考 核	未及时做处理 的扣 20 分。
30	自 查 自 纠	定 性	定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为	年 度 考 核	达不到要求扣 10 分。
31	工	定	配合医疗保障部门开展智能监控审核稽	日	拒绝、阻挠或

		作配合	性	核、履约考核、监督检查等。	常抽查年度考核	不配合医疗保障部门开展智能审核、履约考核、监督检查等或者提供虚假情况，扣20分。
服务质量	32	就医指导	定性	公布医保就医流程、设置明显的就医标识；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。	现场考核	就医流程和标识不明确的扣10分；无专用服务窗口或专用窗口不能满足需求扣10分。
	33	窗口服务	定性	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。	现场考核	存在服务态度差、接待用语不合规、敷衍推诿病人的，每项扣5分，最多扣10分。
	34	接诊要求	定性	执行首诊医师负责制，不得无故拒收、推诿参保人；住院期间不得要求参保人到门诊或药店购药（双通道购药除外）；不得要求住院参保人外购医保目录内药品。	日常抽查年度考核	每一项规定未执行的扣5分，最多扣10分。
	35	病案规范	定性	①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受伤的情形。	日常抽查年度考核	随机抽取病历，达不到要求的每例扣5分，最多扣20分。

				考核	
36	电子凭证	定性	及时做好系统接口改造,满足参保人使用医保电子凭证就医,以扫码为交互方式,实现在线医保结算。	年度考核	达不到要求扣10分。
37	数据质量	定性	①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;②严格执行信息网络管理有关规定,做好数据备份。	年度考核	参保人员医疗费用信息上传达不到要求的,每例扣2分;数据未备份扣10分。
38	应急预案	定性	制定应急预案,因信息系统出现故障并影响参保人就医结算时,须及时通知医保经办机构并启动应急预案,做好解释工作。	年度考核	未制定应急预案的扣5分,未及时启动的扣5分。
39	满意度评价	定量	①满意度测评,采用随机公开的方式,发放满意度测评表,分别对住院参保患者和门诊参保患者满意度进行调查:门诊(住院)参保患者满意度=评价满意的被调查门诊(住院)参保患者人数/接受调查的门诊(住院)参保患者总数×100%②利用第三方评价,抽取部分药品、医用耗材供应商,对定点医疗机构结算和履约情况进行调查。	日常抽查问卷调查	扣除分值=(1-满意度)×40(分)。
40	媒体报道	定量	本机构被主流媒体报道,经医疗保障部门认可的,按照报道数量赋分。	日常抽查	根据期内被媒体报道关于医疗保障工作情况的,正面情况每例加10分,最多加20分;负面情况每例

							扣 10 分，最多扣 20 分；多家媒体报道同一事件不重复计分。
协议履行	协议处理	41	约谈	定量	被医疗保障经办机构约谈的。	日常抽查	按次数扣分，每次扣 50 分。
		42	通报	定量	被医疗保障部门通报的。	日常抽查	按次数扣分，每次扣 100 分。
		43	追回费用	定量	被医疗保障经办机构追回费用。	日常抽查	按金额扣分，计算公式为： (追回费用金额/本机构医保基金支付总额) × 500 分。
		44	拒付费用	定量	被医疗保障经办机构拒付费用。	日常抽查	按金额扣分，计算公式为： (拒付费用金额/本机构医保基金支付总额) × 500 分。
		45	中止协议	定量	被医疗保障部门中止协议的。	日常抽查	按累计月份扣分，不满 3 个月的扣 10 分，满 3 个月不满 6 个月的扣 20 分，6 个月以上的扣 50 分。
		46	医	定	被暂停或中止处方权的，取消医疗保障医	日	按次数扣分，

基金 监管	一般 处理		保 医 师 处 理	量	师资格的。	常 抽 查	每次扣 10 分， 最多扣 50 分。
		47	科 室 处 理	定 量	被暂停医疗保障结算的。	日 常 抽 查	按数量扣分， 每次扣 10 分， 最多扣 50 分。
		48	约 谈	定 量	被医疗保障部门约谈的。	日 常 抽 查	按次数扣分， 每次扣 50 分。
		49	整 改	定 量	被医疗保障部门责令整改的。	日 常 抽 查	按次数扣分， 每次扣 50 分。
	行政 处罚	50	罚 款	定 量	被医疗保障行政部门罚款。	日 常 抽 查	按金额扣分， 计算公式为： （罚款费用金 额/本机构医保 基金支付总 额）×500 分。
	其他 行为	51	其 他 行 为	定 性	其他骗取医疗保障基金支出的行为。	日 常 抽 查 年 度 考 核	视情况扣除。
社会	行政	52	行 政	定 量	被政府有关行政部门给予行政处罚情况。	日 常	按次数扣分， 简易程序处罚

信用	处理		处罚			抽查	一次扣 15 分，一般程序处罚一次扣 30 分，最多扣 180 分。
表彰奖励	受到表彰	53	政府表彰	定量	受到党委、人民政府表彰奖励的。	主动上报	县级每次计加 5 分，市级每次计加 10 分，省级每次计加 20 分，国家级每次计加 50 分。
		54	医保表彰	定量	受到医疗保障行政部门通报表扬。	主动上报	市级每次计加 5 分，省级每次计加 10 分，国家级每次计加 20 分。
	工作配合	55	参与试点改革	定量	积极参与市级及以上医保试点改革等工作的，受到医疗保障部门认可，并出具相关证明材料。	主动上报	市级每次计加 10 分，省级每次计加 20 分，国家级每次计加 50 分。
		56	药品采购	定量	属于医保基金结算的药品,非公立医疗机构按照不高于采购平台中标或挂网价向参保人销售。	主动上报	每次计加 10 分。
		57	自查自纠	定量	按照主动回退金额予以加分。	主动上报	按金额加分，计算公式为： (主动回退金额/本统筹区所有定点医疗机构自查自纠主动退回金额)×50 分。

	公益活动	58	公益活动	定量	主动参加医疗保障部门组织的公益活动，受到医疗保障部门认可。	主动上报	每次计加5分。
	其他奖励情况	59	其他奖励情况	定性	医疗保障部门认定的其他奖励性措施。	主动上报	视情况计加。
一票否决	失信被执行人	60	失信被执行人	定性	医疗机构或其法人被纳入公共信用系统失信名单的情况。	日常抽查	一票否决，扣360分。
	司法处理	61	欺诈骗保	定性	定点医疗机构及其工作人员因欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保障基金或者医疗保障待遇被司法机关追究刑事责任的。	日常抽查	一票否决，扣360分。
	协议处理	62	解除协议	定性	被医疗保障部门解除协议的。	日常抽查	一票否决，扣360分。
		63	变更备案	定性	医疗机构名称、执业地址等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，被发现重大信息发生变更，经医保经办机构责令整改，但未在规定时间内办理重大信息变更的。	日常抽查年度考核	一票否决，扣360分。
行	64	工	定	不配合医疗保障部门开展智能监控审核	日	一票否决，扣	

为 规 范		作 配 合	性	稽核、履约考核、监督检查等，情节恶劣的。	常 抽 查 年 度 考 核	360 分。
-------------	--	-------------	---	----------------------	---------------------------------	--------