|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宁夏回族自治区医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系 | | | | | | | | | |
| 一级指标 | 二级  指标 | 三级指标 | | 指标释义 | 适用医疗机构类别 | 分值（百分制或换算成100分） | 计分方法（每项百分制，每项扣完或满分为止） | 采集渠道 | 医疗机构线上填报内容(需加盖单位公章上传) |
|
| 一、协议履行 | （一）基础管理 | 1 | 变更备案 | 医疗机构名称、执业地址、法定代表人等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，申请变更。 | 全部 | 0.3 | 经卫健部门批准后的30个工作日内，未及时向医疗保障部门申请变更，每次扣20分。 | 医疗机构线上填报 | 1.卫健部门批准材料扫描件； |
| 2.提交医疗保障部门申请备案材料扫描件。 |
| 2 | 标识标牌 | 在显要位置悬挂“基本医疗保险定点医疗机构”和“医疗保障监督举报电话”的标识标牌。开展异地就医联网结算服务的须在服务窗口有明显标识。 | 全部 | 0.3 | 未在显要位置悬挂医疗保障标识标牌，扣50分； 未按要求在服务窗口设置异地就医联网结算标识的，扣50分。 | 医疗机构线上填报 | 1.悬挂医疗保障标识图片； |
| 2.异地就医联网结算标识截图。 |
| 3 | 宣传咨询 | 向社会宣传医疗保障政策、就医结算流程及医疗服务内容等，为参保人员提供政策咨询、查询服务。 | 全部 | 0.3 | 未开展医疗保障政策、就医和结算流程等宣传的，扣50分； 未提供相关咨询服务的，扣50分。 | 医疗机构线上填报 | 开展医疗保障政策、就医和结算流程宣传材料扫描件。 |
| 4 | 举报投诉 | 在服务场所设立举报投诉窗口(台)、电话、信箱等设施并有明显标识，及时妥善处理参保人员举报投诉。 | 全部 | 0.5 | 未设投诉窗口(台)、箱等设施，未公布监督举报电话，扣50分； 对参保人员的投诉未及时受理并予以处理，造成上访的，扣50分。 | 医疗机构线上填报 | 1.投诉窗口(台)、箱、监督举报电话的相关证明图片； |
| 2.投诉处理的记录、证明材料扫描件。 |
| 5 | 配合检查 | 配合监管部门或委托第三方开展的监督检查，并准确完整提供有关的材料和数据。 | 全部 | 2 | 未按要求提供监管信息资料的，本项扣100分。拒绝、阻挠或不配合监督检查、提供虚假材料的，直接按E类处理。 | 检查人员录入 |  |
| 6 | 药品医用耗材采购和使用 | 严格执行自治区关于药品、医用耗材采购和使用相关规定 | 全区公立医疗机构（含军队） | 2 | 1.违反招标采购要求，未按相关规定采购和使用药品、医用耗材，每次扣50分；  2.药品、医用耗材网采率未达到自治区规定的，每次扣50分；  3.未按采购协议要求，及时给生产经营企业回款，每次扣50分；  4.有商业贿赂行为的，本项扣100分。 | 医疗机构线上填报 | 1.药品招标采购账单扫描件； |
| 2.耗材招标采购账单扫描件。 |
| 7 | 药品医用耗材集中带量采购 | 严格落实执行国家、省际联盟、自治区组织的药品、医用耗材集中带量采购政策规定 | 全区公立医疗机构（含军队）、自愿参加的医保定点社会办医疗机构。 | 3 | 1.未按规定时间填报采购需求量的，每次扣40分；  2.填报采购需求量不准确的，（具体表现为：上报采购需求量远小于上年历史采购量，切理由不充分的；超量部分远大于采购需求量的。）每次扣40分；  3.未按规定上传院长和书记签字盖章确认件的，每次扣40分；  4.未按采购协议要求，及时给生产经营企业回款的，每次扣40分；  5.未按基金预付办法，及时医保经办机构回款的，每次扣40分；  6.未按规定时间在宁夏医药采购平台下单采购、确认收货、核对账单和上传财务盖章账单的，每次扣40分；  7.未完成规定采购任务量的，每次扣60分。 | 宁夏医药采购平台数据采集。 | 1.宁夏医药采购平台集中采购账单扫描件； |
| 2.宁夏医药采购平台确认品种及数量图片。 |
| 8 | 医药价格管理 | 严格执行规定药品、医用耗材政策以及规定的医疗费用项目收费标准 | 全部 | 2 | 未按规定执行药品、耗材价格或未按规定执行医疗服务项目以及医疗机构床位费收费标准进行收费的，发现一次扣20分；故意套收的收费行为发现一次扣30分；串换收费项目的发现一次扣30分。 | 检查人员录入 |  |
| 9 | 医保支付方式改革 | 执行医保支付方式改革相关规定，严格执行患者入院和出院标准及诊疗用药常规，及时准确上报国家医保版 ICD-10 编码及有关诊疗信息。 | 医保支付方式改革试点的医疗机构 | 2 | 未按规范填写病案首页，发现一次扣10分；未及时准确上报国家医保版 ICD-10 编码及有关诊疗信息，扣20分；故意将诊断、手术、操作编码升级的，发现一次扣30分；不按文件要求执行医保支付方式改革的，造成严重后果的，本项不得分。 | 检查人员录入 |  |
| 10 | 医保医师管理 | 及时新增、注销医保医师变更情况；按要求开展医保医师管理。 | 全部 | 1 | 未能完整、准确、及时备案医师变更情况的，每次扣50分。 | 医疗机构线上填报 | 1.医保医师变更情况的材料扫描件； |
| 2.医保医师管理材料扫描件。 |
| （二）信息管理 | 11 | 系统对接 | 医疗机构计算机系统与医疗保障信息系统有效对接。 | 全部 | 2 | 未按要求实现与医疗保障信息系统有效对接，本项扣100分。 | 医疗机构线上填报 | 对接医保系统截图、图片等。 |
| 12 | 数据上传 | 医疗机构按标准将医疗保障部门需要和要求的数据信息传输至医疗保障信息系统。 | 全部 | 3 | 上传信息数据不及时的，每次扣20分； 上传信息数据不全面的，每次扣20分； 上传信息数据不准确，每次扣40分； 未按信息编码规则上传数据的本项扣100分，故意造假的，直接按E类处理。 | 医保系统提取 |  |
| 13 | 编码标准 | 执行医疗保障信息业务编码标准，包括药品目录编码、诊疗项目编码、耗材目录编码及医疗保障系统要求执行的其它编码。 | 全部 | 2 | 按项目编码准确数量/编码总数量\*100%计算，100%为满分，每低1%扣10分。 | 医保系统提取 |  |
| （三） 财务管理 | 14 | 财务管理规范 | 按规定执行政府会计制度，并按制度要求规范设立财务账表。根据规定保管财务账目、记账凭证、药品和医疗器械出入库记录等涉及基金使用的相关材料。执行票据（电子发票）管理办法，规范票据的领购、使用、保管及核销等管理环节。 | 全部 | 3 | 未设立完整财务账套、包括总账、现金账、银行账、明细账等情形，每次扣20分； 业务往来记录不完整的，每次扣20分； 未按规定保管财务账目、记账凭证、药品和医疗器械出入库记录等涉及基金使用的相关材料，每次扣20分； 未规范票据的领购、使用、保管及核销等管理环节的，每次扣20分；未规范使用电子票据的，每次扣20分； 因财务管理不规范导致监督检查不能顺利进行的，本项扣100分。 | 医疗机构线上填报 | 1.财务制度和会计制度材料扫描件； |
| 2.财务账目、记账凭证、药品和医疗器械出入库记录等涉及基金使用的相关材料扫描件； |
| 3.票据管理办法及管理环节证明材料扫描件。 |
| （四）医疗管理 | 15 | 身份识别 | 核验参保人员医疗保障有效凭证（医保卡、社保卡、身份证等），做到人证相符。 | 全部 | 1 | 未做到人证相符的，每次扣20分； 因工作失误造成冒用、盗用，造成医疗保障基金损失的，每次扣100分。 | 医疗机构线上填报 | 根据医疗保障信用信息平台提示的参保患者，上传其身份确认表或相关证明材料扫描件。 |
| 16 | 出入院管理 | 按出、入院收治标准开展住院治疗、办理出院手续。 | 门诊部、个体诊所除外 | 1 | 推诿、拒收病人，每次扣50分； 故意将门诊可以治疗的病人纳入住院结算的，每次扣50分；故意将住院范围内费用通过门诊、外购处方等方式变相增加患者负担的，每次扣50分；故意分解住院的，每次扣50分。 | 检查人员录入 |  |
| 17 | 异地就医 | 按规定为异地就医参保人员提供医疗服务。 | 异地就医定点医疗机构 | 1 | 未按规定为参保人员提供异地就医服务的，每次扣50分。 | 医疗机构线上填报 | 根据医疗保障信用信息平台提示的异地就医人员上传异地就医结算清单扫描件。 |
| （五）结算管理 | 18 | 知情同意 | 保证参保人员知情同意权。 | 全部 | 1 | 开展知情同意政策告知，未签订自费项目知情同意书的，每次扣20分。 | 医疗机构线上填报 | 根据医疗保障信用信息平台提示的参保患者，由医疗机构上传其自费项目知情同意书扫描件。 |
|
| 19 | 费用清单 | 向参保人员提供医疗费用查询服务和费用清单，并承担解释责任。 | 全部 | 0.5 | 未提供医疗费用查询服务和费用清单的，每次扣20分。 | 医疗机构线上填报 | 根据医疗保障信用信息平台提示的参保患者，上传其费用清单扫描件。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二、基金绩效 | （一）总额管理 | 20 | 执行总额预算指标 | 医疗机构执行医疗保障部门确定的医疗保障基金总额预算指标情况。 | 全部 | 2 | 当期使用总控金额/当期计划额度\*100%。 | 医疗机构线上填报 | 医疗保障部门最近一次下达的预算年度和预算金额扫描件。 |
| 年度总额预算目标的80%-100%为满分区间，按实际值从小到大排列，偏离满分区间扣分，每低于80%或高于100%按实际每偏离值1%扣5分计算，低于60%或高于120%本项扣100分。 |
| 21 | 医疗费用总额增幅 | 衡量医疗机构医疗费用年度总体增长情况。 | 全部 | 2 | （本期医疗费用-上期医疗费用）/上期医疗费用\*100% | 医保系统提取 |  |
| 取各设区的市同等级、同类医疗机构平均值为标杆，不大于平均值为满分区间，偏离满分区间10%扣10分，按实际每偏离1%扣1分计算。 |
| （二）费用控制 | 22 | 住院总费用增幅 | 衡量医疗机构住院费用年度总体增长情况。 | 门诊部、个体诊所除外 | 1 | （本期住院费用-上期住院费用）/上期住院费用\*100% 取各设区的市同等级医疗机构平均值为标杆，不大于平均值为满分区间，偏离满分区间5%扣10分，按实际每偏离1%扣2分计算。 | 医保系统提取 |  |
| 23 | 门诊总费用增幅 | 衡量医疗机构门诊费用年度总体增长情况。 | 全部 | 1 | （本期门诊费用-上期门诊费用）/上期门诊费用\*100% | 医保系统提取 |  |
| 取各设区的市同等级医疗机构平均值为标杆，不大于平均值为满分区间，偏离满分区间5%扣10分，超过标准的按实际每偏离1%扣2分计算。 |
| 24 | 门诊次均费用 | 衡量医疗机构门诊次均费用水平。 | 精神病医院等专科医院除外 | 1 | 门诊医疗费用/门诊人次 | 医保系统提取 |  |
| 取各设区的市同等级、同类医疗机构平均值为标杆，每偏离5%扣10分，按实际每偏离1%扣2分计算。 |
| 25 | 门诊次均费用增幅 | 衡量医疗机构门诊次均费用增长情况。 | 全部 | 1 | (本期次均门诊费用-上期次均门诊费用)/上期次均门诊费用\*100% | 医保系统提取 |  |
| 取各设区的市同等级医疗机构平均值为标杆，不大于平均值为满分区间，偏离满分区间5%扣10分，按实际每偏离1%扣2分计算。 |
| 26 | 住院次均费用 | 衡量医疗机构住院次均费用水平。 | 精神病医院等专科医院、门诊部、个体诊所除外 | 1 | 住院医疗费用/出院人次 | 医保系统提取 |  |
| 取各设区的市同等级、同类医疗机构平均值为标杆，每偏离5%扣10分，按实际每偏离1%扣2分计算。 |
| 27 | 住院次均费用增幅 | 衡量医疗机构住院次均费用增长情况。 | 门诊部、个体诊所除外 | 1 | 根据当年医保系统统筹地区内实际发生数据，按（本期次均住院费用-上期次均住院费用）/上期次均住院费用 \*100%计算， 3%（含）以下得100分； 3%-5%（含）得80分； 5%-6%（含）得60分； 6%-8%（含）得50分； 8%-9%（含）得40分； 9%-10%（含）得30分； 10%-12%（含）得20分； 12%-15%（含）得10分； 超过15%得0分。 | 医保系统提取 |  |
| (三)住院报销比例 | 28 | 职工住院报销比例 | 衡量医疗机构职工住院报销比例情况。 | 门诊部、个体诊所除外 | 1 | 按(统筹+大额补助基金报销费用)/住院总费用\*100%计算： 一、二、三级乙等医疗机构≥85%得100分；80%（含）-85%得95分；三级甲等医疗机构≥80%得100分；77%（含）-80%得95分； 一级医疗机构：65%(含）-72%得40分；72%（含）-75%得50分； 75%（含）-77%得60分； | 医保系统提取 |  |
| 77%（含）-80%得70分。 二级医疗机构：65%(含）-72%得50分；72%（含） - 75%得60分； 75%（含） - 77%得70分；77%（含）-80%得80分。 三级乙等医疗机构：65%(含）-72%得60分；72%（含） - 75%得70分； 75%（含） - 77%得80分；77%（含）-80%得90分。  三级甲等医疗机构：65%(含）-72%得70分；72%（含） - 75%得80分； 75%（含） - 77%得90分。 |
| 所有医疗机构60%（含）-65%得20分；低于60%得0分 。 |
| 29 | 居民住院报销比例 | 衡量医疗机构居民住院报销比例情况。 | 门诊部、个体诊所除外 | 1 | 根据当年医保系统统筹地区内实际发生数据，按（统筹和大病基金报销费用/住院总费用）计算： | 医保系统提取 |  |
| 一、二、三级乙等医疗机构≥80%得100分；  三级甲等医疗机构 ≥70%得100分； |
| 一级医疗机构： |
| 75%（含）-80%得95分； |
| 72%（含）-75%得90分 ； |
| 67%（含）-72%得80分； |
| 50%（含）-67%得70分； |
| 45%（含）-50%得60分；低于45%扣100分。 |
| 二级医疗机构： |
| 75%（含）-80%得95分； |
| 70%（含）-75%得90分； |
| 60%（含）-70%得80分； |
| 50%（含）-60%得70分； |
| 45%（含）-50%得60分；低于45%扣100分。 |
| 三级乙等医疗机构： |
| 70%（含）-80%得95分； |
| 60%（含）－70%得90分； |
| 50%（含）-60%得80分； |
| 45%（含）-50%得70分； |
|  |  |  |  |  |  |  | 40%（含）-45%得60分；低于40%扣100分。 |  |  |
| 三级甲等医疗机构： |
| 60%（含）-70%得95分； |
| 50%（含）－60%得90分； |
| 45%（含）-50%得80分； |
| 40%（含）-45%得70分； |
| 30%（含）-40%得60分； |
| 低于30%扣100分。 |
|  | （四）个人负担比例 | 30 | 住院个人负担比例 | 衡量医疗机构住院个人负担情况。 | 门诊部、个体诊所除外 | 1 | 根据当年医保系统统筹地区内实际发生数据，按（住院自费金额/总金额\*100%）计算， 0%-6%（含）得100分； 6%-8%（含）得80分； 8%-9%（含）得60分； 9%-10%（含）得30分； 超过10%得0分。 | 医保系统提取 |  |
| 三、基金监管 | （一）一般处理 | 31 | 约谈 | 对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 全部 | 1.5 | 被医疗保障行政部门约谈，每次扣40分。 | 检查人员录入 |  |
| 32 | 整改 | 对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 全部 | 2 | 被医疗保障行政部门责令限期整改，每次扣50分，拒不改正的，直接按E类处理。 | 检查人员录入 |  |
| 33 | 警告 | 对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 全部 | 2.5 | 被医疗保障行政部门警告，每次扣50分。 | 检查人员录入 |  |
| 34 | 通报 | 对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 全部 | 3 | 被医疗保障行政部门通报，每次扣50分。 | 检查人员录入 |  |
| （二）费用处理 | 35 | 追回费用 | 对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 全部 | 4 | 根据被医疗保障经办部门追回费用，按金额与医疗机构上一年收入的占比进行扣分。 三级医疗机构每被追回金额占上一年收入的占比达到1%（含）以上的，扣50分； 二级医疗机构每被追回金额占上一年收入的占比达到3%（含）以上的，扣50分； 一级医疗机构每被追回金额占上一年收入的占比达到5%（含）以上的，扣50分。 | 检查人员录入 |  |
| 拒不执行处罚结果，拒绝退回基金的直接按E类处理。 |
| 36 | 拒付费用 | 对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 全部 | 4 | 根据被医疗保障经办部门拒付费用，按金额与医疗机构上一年收入的占比进行扣分。 | 检查人员录入 |  |
| 三级医疗机构每被拒付金额占上一年收入的占比达到1%（含）以上的，扣50分； 二级医疗机构每被拒付金额占上一年收入的占比达到3%（含）以上的，扣50分； 一级医疗机构每被拒付金额占上一年收入的占比达到5%（含）以上的，扣50分。 |
| 37 | 罚款 | 对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 全部 | 4 | 根据被医疗保障行政部门罚款，按罚款金额扣分，未达或超过标准的按实际罚款金额/每被罚款金额\*扣分计算。 三级医疗机构每被罚款金额60万元，扣50分； 二级医疗机构每被罚款金额20万元，扣50分； 一级医疗机构每被罚款金额2万元，扣50分。 | 检查人员录入 |  |
| 拒不执行处罚结果，拒绝罚款的直接按E类处理。 |
| （三）协议处理 | 38 | 暂停协议 | 对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 全部 | 3.5 | 因违法违规被医疗保障经办部门暂停协议，每次扣100分，连续两年暂停协议的按E类处理。 | 检查人员录入 |  |
| 39 | 解除协议 | 对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 全部 | 4 | 因违法违规被医疗保障经办部门解除协议的，直接按E类处理。 医疗机构因自身原因暂停经营引起的解除协议，不纳入评价。 | 检查人员录入 |
| 40 | 医保医师处理 | 医保医师因违规原因被医保部门处理。 | 全部 | 1.5 | 被暂停或中止处方权的，每人次扣20分； 取消医保医师资格的，每人次扣30分。 | 检查人员录入 |
| 41 | 科室处理 | 科室因违法违规原因被医疗保障部门暂停结算。 | 全部 | 1 | 因违法违规原因被暂停医疗保障结算的，每科室扣20分。 | 检查人员录入 |
| 四、满意度评价 | （一）患者评价 | 42 | 患者满意度 | 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。 | 全部 | 0.8 | 按实际满意度得分，100%得100分，低于80%的扣100分。 | 第三方机构录入 |  |
|
|
| （二）舆情评价 | 43 | 媒体报道 | 被各类媒体报道的关于医疗保障工作的情况。 | 全部 | 0.8 | 被媒体曝光造成不良影响的，每次扣30分。 | 第三方机构录入 |  |
|
|
| 五、自律管理 | （一）管理体制 | 44 | 管理组织 | 建立健全医疗保障管理服务部门，明确院级领导分管，医院配备专（兼）职管理人员，其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。 | 全部 | 1 | 未设置医疗保障管理部门，扣30分； 未明确分管领导及分工的，扣30分； 未安排管理人员，扣30分。 | 医疗机构线上填报 | 医疗保障管理部门的设立、分管领导任命、职责分工等相关证明材料的扫描件。 |
|
| 45 | 教育培训 | 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要求培训。 | 全部 | 1 | 无培训学习记录，扣50分。 | 医疗机构线上填报 | 医疗保障培训学习记录证明材料扫描件。 |
| （二）制度建设 | 46 | 制度建设 | 制定院内医疗保障管理、监督检查和考核、跟踪分析，奖惩等制度，并认真执行。 | 全部 | 1 | 未开展院内医疗保障管理，扣100分； 未开展监督检查和考核，扣50分； 未跟踪分析并积极整改，扣25分； 未依据考核开展奖惩，扣25分。 | 医疗机构线上填报 | 1.开展院内医疗保障管理的证明材料扫描件； |
| 2.开展监督检查和考核相关证明材料扫描件； |
| 3.跟踪分析并积极整改的证明材料扫描件； |
| 4.开展奖惩的证明材料扫描件。 |
| （三）风险管理 | 47 | 风险管理 | 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欺诈骗保的风险点，采取积极应对措施。 | 全部 | 0.5 | 未建立内审工作机制，扣50分； 未开展医疗保障防风险管理，扣50分。 | 医疗机构线上填报 | 风险管理工作机制证明材料扫描件。 |
|
|
| （四）创新管理 | 48 | 创新医疗保障管理 | 开展医疗保障管理创新性工作,加强参保人就医管理，维护基金安全。 | 全部 | 1 | 按三级、二级、一级及以下医疗机构在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理工作相关论文： 国家级媒体刊发相关论文或报导创新经验的，分别加60分、70分、80分； 自治区级媒体刊发相关论文或报导创新经验的，分别加40分、50分、60分； 地市级媒体刊发相关论文或报导创新经验的，分别加30分、40分、50分； | 医疗机构线上填报 | 配合医疗保障管理部门开展创新工作的证明材料扫描件。 |
| 县级媒体刊发相关论文或报导创新经验的，分别加20分、30分、40分。 |
|  |
| 六、社会信用 | （一）行政处理 | 49 | 行政奖励 | 被政府部门给予行政奖励的。 | 全部 | 1 | 按三级、二级、一级及以下医疗机构被政府部门给予行政奖励： | 医疗机构线上填报 | 获得行政奖励的证明材料扫描件。 |
| 国家级行政奖励的，分别加60分、70分、80分； | 检查人员录入 |
| 自治区级行政奖励的，分别加40分、50分、60分； | 第三方平台提取 |
| 地市级行政奖励的，分别加30分、40分、50分； |  |
| 县级行政奖励的，分别加20分、30分、40分。 |  |
| 50 | 社会信用红名单 | 医疗机构被纳入社会公共信用平台红名单的。 | 全部 | 2 | 被纳入社会公共信用平台守信红名单的，本项得100分 。 | 第三方平台提取 |  |
| 51 | 行政处罚 | 被政府部门给予行政处罚的。 | 全部 | 1 | 被政府部门给予行政处罚的，本项扣100分； | 医疗机构线上填报 |  |
| 受到行政处罚后拒不改正的直接按E类处理。 | 检查人员录入 |
|  | 第三方平台提取 |
| （二）失信被执行人 | 52 | 社会信用失信名单 | 医疗机构被纳入社会公共信用平台失信名单的。 | 全部 | / | 被纳入社会公共信用平台失信名单的，直接按E类处理。 | 检查人员录入 |  |
| 第三方平台提取 |
| （三）违规移交情况 | 53 | 刑事犯罪 | 犯罪被追究刑事责任的。 | 全部 | / | 医疗机构受到刑事处罚的，直接按E类处理。 | 检查人员录入 |  |
| 第三方平台提取 |
| (四)社会公益 | 54 | 协助提升基层医疗服务能力 | 下沉优质医疗资源，协助提升基层医疗服务能力，提高优质医疗资源可及性。 | 全部 | 3 | 开展面向边远、贫困县区的远程医疗协作、远程教学、专科进修、送教上门、现场培训等，每次得10分；免费培养、选派优秀临床医生援助的，得100分。 | 医疗机构线上填报 | 提供医疗协作、远程教学、专科进修、送教上门、现场培训、免费培养、选派优秀临床医生援助的合同或协议、记录、照片等证明材料扫描件。 |
| 55 | 提供志愿服务 | 衡量医疗机构提供志愿者服务情况。 | 全部 | 1 | 根据志愿服务办查询提供志愿服务时长计分。 三级医疗机构每年服务总时长120小时； 二级医疗机构每年服务总时长96小时； 一级医疗机构每年服务总时长60小时； 达到以上标准得100分，未达标准的得0分。 | 医疗机构线上填报 | 提供志愿服务时长的证明材料扫描件，包括照片、志愿服务网登记截图等。 |
| 56 | 助力民生事业 | 医疗机构为贫困人员减免就医费用、捐赠物资等助力民生事业情况。 | 全部 | 2 | 按减免费用、捐赠物资等总金额/医疗机构医保基金收入比例进行评分： 未开展以上活动的医疗机构得0分； 三级医疗机构占比0.6%得100分，实际得分按(100\*实际占比）/0.6%计算； 二级医疗机构占比0.3%得100分，实际得分按(100\*实际占比）/0.3%计算； 一级医疗机构占比0.1%得100分，实际得分按(100\*实际占比）/0.1%计算； | 医疗机构线上填报 | 减免费用和捐赠物资的照片、费用清单等证明材料扫描件。 |
| 57 | 重大公共事件应急响应 | 衡量医疗机构对重大公共事件的应急响应程度。 | 全部 | 2 | 积极响应政府部门应急要求，且提供人力、物力、信息等方面资源或渠道，按响应程度及响应次数等进行评分，每次得50分。 | 医疗机构线上填报 | 应急响应程度相关媒体报道、政府文件、工作部署情况等材料扫描件。 |
| 58 | 社会信用 | 医疗机构及其下属控股企业列入经营异常名录数据。 | 全部 | 1 | 被市场监管部门列入经营异常名录的，本项扣100分。 | 第三方平台提取 |  |
| 七、医疗机构服务能力评价（按对应的二级指标进行评价） | 民营医院评价 | 59 | 药品加成 | 院内单价前三的药品盈利率。 | 民营医疗机构 | 2 | 按医疗机构使用量排名前三的药品平均盈利率计分，高于15%得0分，15%得80分，低于15%的，按实际值每低0.75%则加1分。 | 医疗机构线上填报 | 根据医疗保障信用信息平台提示的前3名药品，填写相关信息： |
| 1.购进票据扫描件； |
| 2.销售价格。 |
| 60 | 耗材加成 | 院内单价前三的高值耗材盈利率。 | 民营医疗机构 | 2 | 按医疗机构使用量排名前三的耗材平均盈利率计分，购进价1000元以下、1001元至5000元、5001元以上的，基准进销差率分别为5%、3%、1.5%，高于基准进销差率得0分，执行基准进销差率得80分，低于基准进销差率的，按实际值分别每低0.25%、0.15%、0.08%则加1分。 | 医疗机构线上填报 | 根据医疗保障信用信息平台提示的前3名耗材，填写相关信息： |
| 1.购进票据扫描件； |
| 2.销售价格。 |
| 七、医疗机构服务能力评价（按对应的二级指标进行评价） | 民营医院评价 | 61 | 优质医疗服务 | 病有良医、远程医疗、远程会诊及与医学专家合作情况。 | 民营医疗机构 | 2 | 一级医疗机构内注册高级职称医师1个且中级职称医师2个得60分； 二级医疗机构内注册高级职称医师2个且中级职称医师4个得60分； 三级医疗机构内注册高级职称医师3个且中级职称医师6个得60分； 每多一名中级职称医师加10分，每多一名高级职称医师加20分。 | 医疗机构线上填报 | 1.医学专家注册证明扫描件； |
| 2.医学专家服务协议或合同扫描件。 |
| 62 | “不见面”服务开展 | 互联网+医疗、药品配送等服务开展情况 | 民营医疗机构 | 1 | 开展互联网+医疗服务，得40分； 开展药品配送服务，得40分； 开展其它不见面服务，得20分。 | 医疗机构线上填报 | 开展互联网+医疗服务、开展会诊服务、开展药品配送服务和其它不见面服务证明材料扫描件。 |
| 63 | 开展医学手术种类 | 医疗机构开展手术服务情况。 | 除门诊部、个体诊所外的民营医疗机构 | 2 | 一级医疗机构开展二级以上手术的，得100分； | 医疗机构线上填报 | 1.医疗保障信用信息平台勾选开展手术级别种类； |
| 二级医疗机构开展三级以上手术的，得100分； | 2.已完成对应等级手术记录单扫描件（每类手术一张）。 |
| 三级医疗机构开展四级以上手术的，得100分。 |  |