芜湖市医疗保障医保医师信用等级

评价管理办法（试行）

第一章总则

第一条 为推进我市医保基金监管信用体系建设工作，提升我市医保基金监管能力和水平，促进医保事业健康、可持续发展,营造诚实、自律、守信、互信的信用环境，根据《关于印发《安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）》《安徽省医疗保障协议医师管理实施细则（试行）》的通知》（皖医保发〔2019〕12号）、《芜湖市医疗保障信用管理办法（试行）》等有关规定，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内医疗保障协议医师（以下简称医保医师）信用管理工作。

第三条 医保医师信用等级评价主要依据相关法律、政策规定和服务协议约定，对医保医师按照是否正确履行自身权利及义务，是否诚信规范履职尽责，是否合理规范使用医保基金等标准予以评定等级。

第二章信用评价

第四条 医保医师信用评价实行赋分制管理，并依据信用事件的性质、情节及涉及金额等因素科学赋分，详见附件。

第五条 根据信用赋分确定等级，信用等级统一划分为A、B、C、D四个等级。总分值为12分，其中分值为9（含）-12分的，评定为A级，表示信用很好；分值为6（含）-9（不含）分的，评定为B级，表示信用好；分值为3分（含）-6（不含）分的，评定为C级，表示信用一般；分值为3分（不含）以下的，评定为D级，表示信用差。

第六条 医保医师信用评价以周期年度为评定周期，通过安徽省医疗保障信息平台信用评价管理子系统进行动态维护，期末分数清零后进入下一周期。医保医师信用信息涉及的情形未消除的，在下一周期重新参与评分。

第七条 医疗保障部门对医保医师的评价结果进行公示，公示期为5个工作日。医保医师对评价结果有异议的应在公示期内提出书面申诉，说明理由并提供相关证明材料。医疗保障部门应按规定对申诉进行调查核实，并于15个工作日内给予回复。

第三章信用管理

第八条 各级医疗保障部门根据评定信用等级情况，按照本章规定对不同信用等级的医保医师进行管理。

第九条 各级医疗保障部门对评定为A级的医保医师，由各级医疗保障部门定期在一定范围内予以通报表扬。定点医疗机构可自行表彰奖励。

第十条各级医疗保障部门对评定为D级的医保医师信用情况进行通报并公开曝光。

第十一条建立医保信用红黑名单制度。医保医师在一个评价周期内无扣分记录的进入红名单，信用评价结果为D的进入黑名单，并定期将名单共享至信用中国（安徽芜湖）平台。

第四章附则

第十二条 医疗保障部门建立医保医师信用档案，公布医保医师的信用等级评定情况，并提供查询服务。

第十三条 本办法由芜湖市医疗保障局负责解释。

第十四条 本办法自2022年XX月XX日起实施。

附件：

芜湖市医疗保障基金监管信用评价
指标操作手册

（医保医师）

一、指标选取原则

芜湖市医疗保障基金监管信用评价指标选取本着聚焦监管、覆盖全面、优化选取、采集便捷的四项原则，为方便统计计算单项指标采用赋分制评分，指标体系中指标和评价方式按管理要求进行动态调整并及时公布，每项指标按管理要求赋予一定分值，未达到管理要求或标准的予以赋分或扣减，总分共12分。同一加减分行为不重复加减分，以加减分多的权重为先。

二、指标体系

（一）指标体系汇总

表1医疗保障基金监管信用评价指标体系

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 |
| 1履行医保医师协议 | 1.1基础管理 | 1.1.1变更 |
| 1.1.2多点执业 |
| 1.1.3服务编码 |
|  1.2诊疗规范 | 1.2.1病历记录 |
| 1.2.2既往诊疗运用 |
| 1.2.3用药管理 |
| 1.2.4外配管理 |
| 1.2.5知情同意 |
| 1.2.6首诊负责 |
| 1.2.7入院管理 |
| 1.2.8出院管理 |
| 1.2.9人员身份核查 |
| 1.2.10外伤就诊记录 |
| 1.2.11因病施治 |
| 1.2.12慢病处方 |
| 1.2.13医保目录执行 |
| 2自律管理 | 2.1学习宣传 | 2.1.1学习培训 |
| 2.1.2政策宣传 |
| 2.2管理配合度 | 2.2.1医保管理配合情况 |
| 3欺诈骗保 | 3.1虚假医疗 | 3.1.1虚假医疗 |
| 3.2虚假证明 | 3.1.2虚假证明 |

（二）指标解释

1履行医保医师协议

1.1 基础管理

1.1.1变更

评分标准：医师职业变更的，及时上报医保部门，并按规定变更医保医师服务协议。未及时变更，每起扣1分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.1.2多点执业

评分标准：经卫健部门许可多点执业的，应当与所有执业地经办机构分别签订服务协议。多点签约未及时上报的，每起扣1分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.1.3服务编码

评分标准：医保医师做好各自的服务编码。将服务编码转借给被暂停或未签订服务协议的医师开具医保处方的；冒用其他医保医师服务编码开具医保处方的；每起扣1分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2诊疗规范

1.2.1病例记录

评分标准：医保医师应规范书写门（急）诊、住院病历和处方等医疗记录，确保医疗记录客观、全面、真实、准确、及时、完整。未按规范书写的，病例记录不及时或无法辨认的，每起扣1分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.2既往诊疗运用

评分标准：医保医师诊疗过程中应按规定查看既往就诊纪律、记载门诊病历，避免重复配药、重复检查。未按规定执行导致重复配药、重复检查的，每起扣1分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.3用药管理

评分标准：医保医师应严格执行药品配药量、限制使用条件等规定，未执行规定，每起扣1分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.4外配管理

评分标准：医保医师应执行门诊处方外配制度，未执行规定拒绝为参保病人开具外配处方的，每起扣1分，扣完为止。

指标值来源：日常检查等。

1.2.5知情同意

评分标准：参保人员住院期间需使用非医保支付范围内的药品、医疗服务项目、医用材料、特需服务等自费项目时，应当事先向参保人员或其家属说明并经其同意，急诊、抢救等特殊情形除外。未履行告知义务的，每起扣1分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.6首诊负责

评分标准：医保医师应坚持首诊负责制，执行逐级转诊制度，不得推诿、拒收病人，不得以任何借口让参保人提前或延迟出院。违反规定的，每起扣1分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.7入院管理

评分标准：医保医师应严格掌握住院标准，不得将无明确住院指征的参保人员收住入院，违反规定的，每发现一例，扣2分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.8出院管理

评分标准：医保医师应严格掌握出院标准，为符合出院条件的参保人员及时办理出院手续，不得将未治愈的参保人员强制，不得让住院参保人员带医疗检查或治疗项目出院，不得违规超量出院带药。违反规定的，每起扣1分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.9人员身份核查

评分标准：医保医师未按规定核验就诊人员身份，导致冒名就医的，每起扣6分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.10外伤就诊记录

评分标准：医保医师应如实记载外伤人员受伤原因和经过。未如实记载造成医保基金损失的，每起扣2分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.11因病施治

评分标准：医保医师坚持因病施治原则，合理检查、合理治疗、合理用药。不过度医疗，不降低服务质量。不开具与疾病无关的药品检查治疗项目。违反规定，每起扣2分,扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.12慢病处方

评分标准：医保医师诊疗过程中，开具的门诊慢性（特殊）病用药处方应与认定病种相符，不符造成医保基金损失的，每起扣2分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

1.2.13医保目录执行

评分标准：医保医师应严格执行医保“三个目录”。将目录外药品、诊疗项目和医疗服务设施纳入医疗保险基金支付，或故意为参保人员串换医保药品、医疗服务项目造成医保基金损失，每起扣6分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

2自律管理

2.1学习宣传

2.1.1学习培训

评分标准：医保医师不按规定参加医疗保障部门举办的医疗保险业务培训，每发现一次扣1分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常培训等。

2.1.2 政策宣传

评分标准：医保医师应主动学习医保政策,提高医保政策知晓度，并为参保人员做好宣传解释工作，故意曲解医保政策和管理规定，造成参保人员上访，每发现一例。扣12分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：信访投诉等。

2.2管理配合度

2.2.1医保管理配合情况

评分标准：医保医师应主动配合医疗保障部门管理，拒绝阻挠或不配合医疗保障部门开展必要监督检查的，每发现一次扣12分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：医疗部门日常管理等。

3欺诈骗保

3.1虚假医疗

3.1.1虚假医疗

评分标准:医保医师通过编造医疗文书，办理虚假住院、挂床住院或串通他人虚开门诊、住院票据及其他严重违反医保政策规定。每起扣12分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。

3.2虚假证明

3.2.1虚假证明

评分标准:医保医师为参保人员提供虚假证明材料，获取待遇资格，骗取医疗保险基金的。每起扣12分，扣完为止。

评分方式：直接打分。

指标值来源：日常检查等。