连云港市医疗保障经办机构

信用评价管理暂行办法

第一章　总 则

第一条 为保障医疗保险基金安全运行，增强医疗保障经办机构医保诚信服务意识，倡导诚实守信，惩戒失信行为，营造良好的社会信用环境，根据《连云港市医疗保障信用管理暂行办法》有关规定，制定本暂行办法。

第二条 本暂行办法适用于本市行政区域内各级医疗保障经办机构。

第二章　信用评价

第三条 医疗保障经办机构信用评价实行积分制管理，以自然年度为评价周期，市医疗保障行政部门从基础管理、基金运行、基金监管、满意度评价、自律管理和社会信用六个维度分设一、二、三级指标，开展综合评价，综合评价结果报省医疗保障部门备案。

第四条 医疗保障经办机构信用评价实行百分制。根据医疗保障经办机构自身特点、医保基金运行监管重点、对医保基金的影响力等因素确定每项指标的赋分标准、指标权重，采用基础分递增/递减和标杆最优、指标值中优、指标值低优等方法分档打分，详见附件。

第五条 根据信用积分确定等级，信用等级统一划分为AA、A、B、C三等四级。其中总分值在90分（含）以上的，评定为AA级，表示信用很好；分值为80（含）-90分的，评定为A级，表示信用好；分值为70（含）-80分的，评定为B级，表示信用一般；分值为70分以下的，评定为C级，表示信用差。

第六条 市医疗保障行政部门对医疗保障经办机构的评价结果进行公示，公示期为5个工作日。医疗保障经办机构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。市医疗保障行政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　信用奖惩

第七条 市级医疗保障行政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疗保障经办机构进行管理。

第八条 对评为AA级的医疗保障经办机构按下列规定进行管理：

（一）在已核定的年度基金收支计划基础上，对年度支出计划增加5%；

（二）在年度考核中对经办机构优先确定为优秀处（科）室；

（三）在年度考核中对单位主要负责人优先确定为优秀等次。

第九条 对评为A级的医疗保障经办机构不作奖惩管理。

第十条 对评为B级的医疗保障经办机构按下列规定进行管理：

（一）在核定的年度基金收支计划基础上，对年度支出计划降低5%；

（二）取消年度考核中单位优秀处（科）室推荐资格；

（三）取消年度考核中单位主要负责人优秀等次推荐资格。

第十一条 对评为C级的医疗保障经办机构按下列规定进行管理：

（一）在已核定的年度基金收支计划基础上，对年度支出计划降低10%；

（二）取消年度考核中单位优秀处（科）室推荐资格；

（三）取消年度考核中单位主要负责人优秀等次推荐资格；

（四）年度考核中单位优秀等次人数的比例下调5%；

（五）通报上级主管单位和审计部门。

第十二条 医疗保障经办机构在信用等级评定中有严重弄虚作假行为的，在该评定年度内直接评定为C级。

第四章 附 则

第十三条 医疗保障部门建立医疗保障经办机构信用档案，公布医疗保障经办机构的信用等级评定情况，并提供查询服务。

第十四条 本暂行办法由连云港市医疗保障局负责解释。

第十五条 本暂行办法自2020年6 月1日起实施。

附件：连云港市医疗保障基金监管信用评价指标操作手册（医保经办机构）

附件：

连云港市医疗保障基金监管

信用评价指标操作手册

（医疗保障经办机构）

# 一、指标选取原则

（一）聚焦监管。医保信用体系评价聚焦合理使用医保基金，反映医保基金监管情况，防范基金运行风险。

（二）覆盖全面。评价范围包括基础管理、基金运行、基金监管、满意度评价、自律管理、社会信用等维度，全面反映医保经办机构运营能力和结果。

（三）优化选取。指标数量适中，计算方法精简，体现客观公正，具有动态调整空间。

（四）采集便捷。符合医保经办机构实际情况，便于操作和评价结果得出。

# 二、评分方法说明

1. 标杆最优

在对比范围内，按指标值设定标准区间为优，区间以外按比例分档赋分。

2. 基础分递增/递减

在对比范围内，按指标值设定基准线，按次加减赋分。

3. 指标值中优

设定最优指标值区间，按照每上下偏离该区间一定比例，降低档次打分。

4. 指标值低优

设定最优指标值区间，按照每高于该区间一定比例，降低档次打分。

5. 分档打分

A. 二档打分标准：

指标实际值为是、否，分别赋分；

B. 三档打分标准：

指标实际值为好、一般、差，分别赋分；

C. 五档打分标准：

指标实际值为好、较好、一般、较差、差，分别赋分。

# 三、指标体系

(一) 指标体系汇总

表1 定点医疗机构信用评价指标体系

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一级指标 | 权重 | 二级指标 | 三级指标 | 分值 |
| 1.基础管理 | 25%　 | （1）监管机制 | 监管组织 | 2 |
| 监管队伍 | 2 |
| 举报投诉 | 2 |
| （2）数据管理 | 数据安全 | 2 |
| 数据标准化 | 2 |
| （3）财务管理 | 基金财务 | 5 |
| （4）结算管理 | 两定机构结算 | 5 |
| 异地就医结算 | 5 |
| 2.基金运行 | 25%　 | (1)预算管理 | 基金收支计划执行 | 3 |
| （2）总额控制 | 总控指标执行 | 3 |
| （3）费用增幅 | 住院实际发生总费用增幅 | 5 |
| 门诊实际发生总费用增幅 | 5 |
| （4）基金结付 | 住院医保基金结付率 | 3 |
| （5）备付能力 | 医保基金备付能力 | 6 |
| 3.基金监管 | 　 25% | （1）费用处理 | 追回或拒付费用 | 4 |
| （2）协议处理 | 中止或解除协议 | 4 |
| （3）信用处理 | 信用主体处理 | 2 |
| （4）纪律处理 | 党纪行政处理 | 5 |
| （5）司法处理 | 违法犯罪 | 10 |
| 4.满意度评价 | 10% | （1）服务对象评价 | 服务对象满意度 | 6 |
| （2）舆情评价 | 媒体报道 | 4 |
| 5.自律管理 | 10% | （1）管理体制 | 管理组织 | 2 |
| 教育培训 | 2 |
| （2）制度建设 | 制度建设 | 2 |
| （3）风险管理 | 风险防控 | 2 |
| （4）创新管理 | 创新基金监管 | 2 |
| 6.社会信用 | 5% | （1）行政处理 | 行政处罚 | 1 |
| （2）失信被执行人 | 失信被执行人 | 2 |
| （3）违规移交情况 | 违规移交情况 | 2 |
| 合计分值 | 100 |

(二) 指标解释

**1.基础管理（25%）**

**1.1 监管机制**

**1.1.1 监管组织**

定义：建立健全医疗保障基金监管组织体系，职责分工明确，并运用信息化手段有效行使管理职能。

评分标准：设立医疗保障基金监管专门科室或部门，明确分管领导，通过医保智能监控信息系统开展监控，有效行使基金监管职能。

评分方式：分档打分，根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分，全部符合为好，一项不符合为一般，两项及以上不符合为差。

指标值来源：医保经办机构填报。

**1.1.2 监管队伍**

定义：建立与参保人员、两定机构等相适应的医疗保障基金监管队伍，不断提高基金监管能力和水平，为基金监管提供有力的人员保障。

评分标准：根据参保人员和两定机构数量确定基金监管专职人员配置数量标准，每5万参保人员、30家两定机构至少配置1人（以人数多者为标准），同时监管人员应取得相关行政执法或医保稽核资质。

评分方式：分档打分，根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分，符合人员配置标准和检查资质的为好，监管人员人数达到配置标准80%（含）的为一般，监管人员人数低于配置标准80%的为差。

指标值来源：医保经办机构填报与日常检查。

**1.1.3 举报投诉**

定义：在医疗保障公共服务和两定机构服务场所、医保网站、微信公众号等设立举报投诉窗口(台)、电话、信箱等设施并有明显标识，及时妥善处理各类举报投诉，依法足额兑现举报奖励资金。

评分标准：多渠道多方式接受医保基金监督举报并及时处理，及时处理上级交办的举报案件，足额兑现举报奖励资金。

评分方式：分档打分，根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分，全部符合的为好，部分不符合的为一般，不及时完成上级交办的举报案件或不及时足额兑现举报奖励资金的为差。

指标值来源：医保经办机构填报与日常检查。

**1.2数据管理**

**1.2.1 数据安全**

定义：建立医疗保险业务档案，完整、准确地记录数据，并妥善保管。

评分标准：参保登记、缴费记录、待遇支付、费用审核、个人权益等资料记录完整、准确。

评分方式：分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分。全部符合的为好，部分符合的为一般，丢失或者篡改资料数据的为差。

指标值来源：医保经办机构填报与日常检查。

**1.2.2数据标准化**

定义：医保信息系统全面、准确应用国家、省数据信息标准。

评分标准：按要求对应、执行医疗保障信息业务编码标准，及时做好信息维护。

评分方式：分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分。编码标准全部对应、执行的为好，有一类编码标准未对应、执行的为一般，有两类及以上编码标准未对应、执行的为差。

指标值来源：线上采集与日常检查。

**1.3财务管理**

**1.3.1基金财务**

定义：按规定执行社会保险财务制度，并按制度要求规范设立财务账表。

评分标准：严格执行社会保险财务制度和支出规范，设立完整财务账表，包括总账、现金账、银行账、明细账等；业务往来记录完整，真实、准确反映基金财务状况；定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况。

评分方式：按照财务管理规范情况分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分。全部符合的为好，一项不符合的为一般，两项及以上不符合或超出医保基金支付范围支出费用的为差。

指标值来源：日常检查与查阅审计报告。

**1.4 结算管理**

**1.4.1 两定机构结算**

定义：按照医保基金结算文件、协议开展医保结算。

评分标准：及时、足额按医保结算文件、协议规定结算医保基金。

评分方式：分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分。及时、足额结算的为好，出现一次未及时、足额结算的为一般，出现两次及以上未及时、足额结算的为差。

指标值来源：医保经办机构填报与日常检查。

**1.4.2 异地就医结算**

定义：按规定及时、足额开展省内、跨省异地就医结算。

评分标准：及时、足额上缴跨省、省内异地就医周转金，依规开展异地就医资金清算，准确提供异地就医费用明细。

评分方式：分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分。全部按规定执行的为好，有一次未按规定执行的为一般，有两次及以上未按规定执行的为差。

指标值来源：医保经办机构填报与日常检查。

**2.基金运行（25%）**

**2.1 预算管理**

**2.1.1 基金收支计划执行**

定义：科学、合理、规范执行医保基金年度收支计划，提高预算执行水平。

评分标准：以医保基金年度收支计划为目标，完成95%—105%为优，每偏离5个百分点，降低一个档次。

评分方式：指标值中优分档打分。按好、一般、差三档分别赋分。

指标值来源：医保财务报告、报表。

**2.2 总额控制**

**2.2.1总控指标执行**

定义：医疗保障部门确定的住院医保基金总额预算指标执行情况。

评分标准：以年度总额预算目标完成90%-100%为优，每偏离5个百分点，降低一个档次。

评分方式：指标值中优分档打分。按好、一般、差三档分别赋分。

指标值来源：医保结算系统提供。

**2.3 费用增幅**

**2.3.1住院实际发生总费用增幅**

定义：衡量医保经办机构监控住院费用增长情况。

评分标准：以本年度住院实际发生总费用较上年度增幅小于5%、5%（含）-10%、10%（含）-15%、15%（含）-20%、大于20%（含）分别对应五个档次。

评分方式：指标值低优分档打分，按好、较好、一般、较差、差五档分别赋分。

指标值来源：医保系统提供。

**2.3.2 门诊实际发生总费用增幅**

定义：衡量医保经办机构监控门诊实际发生总费用支出情况。

评分标准：以本年度各类门诊实际发生总费用较上年度增幅小于5%、5%（含）-10%、10%（含）-15%、15%（含）-20%、大于20%（含）分别对应五个档次。

评分方式：指标值低优分档打分，按好、较好、一般、较差、差五档分别赋分。

指标值来源：医保系统提供。

**2.4 基金结付**

**2.4.1 住院医保基金结付率**

定义：年度住院医保基金实际结算金额与实际发生费用比较。

评分标准：年度住院医保基金结付率95%以上为优，每降低5个百分点下降一个档次。

评分方式：标杆值最优分档打分，按好、较好、一般、较差、差五档分别赋分。

指标值来源：医保系统提供。

**2.5 备付能力**

**2.5.1 医保基金备付能力**

定义：衡量医保基金抗风险能力。

评分标准：医保基金备付能力6—9个月为最优，每降低一个月或增加3个月下降一个档次。

评分标准：指标值中优分档打分，按好、较好、一般、较差、差五档分别赋分。

指标值来源：医保统计报表提供。

**3.基金监管(25%)**

**3.1 费用处理**

**3.1.1追回或拒付费用**

定义：衡量基金监管对两定机构医疗保障违规行为相关费用的处理效果。

评分标准：以对两定机构被追回或拒付费用占统筹基金发生额达到前三年算数平均数的90%以上为优，每降低10个百分点，降低一个档次。

评分方式：标杆值最优分档打分，按好、较好、一般、较差、差五档分别赋分。

指标值来源：根据稽核或检查结果。

**3.2 协议处理**

**3.2.1 中止或解除协议**

定义：衡量医保监管两定机构医疗保障违规行为的处理力度。

评分标准：以对两定机构中止或解除协议数量达到前三年算数平均数的90%以上为优，每降低10个百分点，降低一个档次。

评分方式：标杆值最优分档打分，按好、较好、一般、较差、差五档分别赋分。

指标值来源：根据稽核或检查结果。

**3.3信用处理**

**3.3.1 信用主体处理**

定义：衡量医保监管各类人员医疗保障违规行为的处理力度。

评分标准：以对医保信用体系人员类主体累计记分达到上年度累计记分为优，每降低10个百分点，降低一个档次。

评分方式：标杆值最优分档打分，按好、较好、一般、较差、差五档分别赋分。

指标值来源：医保信用信息系统。

**3.4纪律处理**

**3.4.1党纪行政处理**

定义：医保经办机构工作人员因欺诈骗保、贪污、受贿等被党纪、行政处理。

评分标准：工作人员是否因与医保基金相关的行为被党纪、政纪处理。

评分方式：分档打分，按好、差二档分别赋分。

指标值来源：根据党纪、政纪处理结果。

**3.5司法处理**

**3.5.1违法犯罪**

定义：医保经办机构工作人员因欺诈骗保、贪污、受贿等被追究刑事责任。

评分标准：工作人员是否因与医保基金相关的行为被司法机关追究刑事责任。

评分方式：分档打分，按好、差二档分别赋分。

指标值来源：根据司法判决结果。

**4.满意度评价（10%）**

**4.1服务对象评价**

**4.1.1服务对象满意度**

定义：通过服务对象测评、第三方评价等方式，对医保经办服务满意度进行评估。

评分标准：按满意度调查结果大于90%（含）、80%（含）-90%、70%（含）-80%、60%（含）-70%、小于60% 设置五个档次。

评分方式：分档打分，按好、较好、一般、较差、差五档分别赋分。

指标值来源：收集测评问卷和第三方机构提供。

**4.2舆情评价**

**4.2.1媒体报道**

定义：媒体报道关于医疗保障工作的情况。

评分标准：按不同级别媒体正面报道或负面曝光的次数分别加减分。

评分方式： 基础分递增/递减打分。年度被市级、省级、国家级媒体负面曝光的，分别按每起扣1分、3分、5分，扣完为止；年度被市级、省级、国家级媒体正面报道的，分别按每次加1分、3分、5分，得分不超过本项最高分。

指标值来源：经办机构填报和第三方提供。

**5.自律管理（10%）**

**5.1管理体制**

**5.1.1管理组织**

定义：建立健全医保经办内控管理组织体系，并运用信息化手段有效行使内控管理职能。

评分标准：设立内部稽核部门，明确分管领导，配备专（兼）职管理人员，履行内控的管理与监督职能。

评分方式：分档打分，根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分，全部符合为好，一项不符合为一般，两项及以上不符合为差。

指标值来源：经办机构填报。

**5.1.2教育培训**

定义：有组织、有计划开展经办机构工作人员党风廉政教育，进行医疗保障政策和业务培训。

评分标准：制定年度培训计划，定期开展全员党风廉政教育和医疗保障监管、诚信政策培训，并有完整的培训记录。

评分方式：分档打分，根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分，全部符合为好，一项不符合为一般，两项及以上不符合为差。

指标值来源：经办机构填报。

**5.2制度建设**

**5.2.1制度建设**

定义：建立健全经办机构内控制度，构成横向、纵向控制与事前、事中、事后控制有机结合的内部控制体系。

评分标准：建立经办机构组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制等内部管理制度，并认真执行。

评分方式：分档打分，根据评分标准分为好、一般、差三档分别赋分，全部符合为好，有一项内控制度未建立或执行为一般，两项及以上为差。

指标值来源：经办机构填报。

**5.3风险管理**

**5.3.1风险防控**

定义：开展医疗保障风险防控管理，定期分析排查医保基金运行风险点，采取积极应对措施。

评分标准：建立基金预警机制；制定应急处置预案；定期开展医疗保障运行分析和风险点排查。

评分方式：分档打分，按好、一般、差三档分别赋分。全部符合的为好，有一项不符合的为一般，两项及以上不符合的为差。

指标值来源：经办机构填报。

**5.4创新管理**

**5.4.1创新基金监管**

定义：开展医疗保障经办管理创新性工作。

评分标准：开展医保基金监管创新性工作，并受到省级及以上医疗保障部门通报表彰；在国家级报刊杂志等媒体发表医保基金监管工作相关论文。

评分方式：符合标准的，总分加1分，最多加2分，不符合标准得0分。

指标值来源：经办机构填报。

**6.社会信用(5%)**

**6.1 行政处理**

**6.1.1 行政处罚**

定义：被政府有关行政部门给予行政处罚情况。

评分标准：按被行政部门处罚的次数扣分。

评分方式：基础分递减扣分，每次1分，扣完为止。

指标值来源：相关部门提供。

**6.2 失信被执行人**

**6.2.1 失信被执行人**

定义：经办机构或其法定代表人被纳入公共信用系统失信“黑名单”的情况。

评分标准：是否被纳入公共信用系统失信“黑名单”。

评分方式：分档打分，按好、差二档分别赋分。

指标值来源：相关部门提供。

**6.3违规移交情况**

**6.3.1违规移交情况**

定义：涉嫌犯罪或违反其他法律法规的移交情况。

评分标准：按涉嫌犯罪或违反其他法律法规的移交次数扣分。

评分方式：基础分递减扣分，每次1分，扣完为止。

指标值来源：相关部门提供。