海南省医疗保障定点医疗机构信用评价

实施细则

（征求意见稿）

第一条 为推进海南省医疗保障基金监管信用体系建设，规范定点医疗机构医保基金监管信用评价工作，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》《海南省医疗保障基金监管信用管理暂行办法》等规定，结合海南省的实际情况，制定本细则。

第二条 本细则所称医疗保障定点医疗机构，是指与海南省医疗保障经办机构签订海南省基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议的医疗机构。

第三条 本细则所称信用评价，是指海南省医疗保障行政部门根据定点医疗机构的有关信息，按照规定的标准对定点医疗机构的行为进行评价，确定信用等级，并向社会公开，供公众监督和有关部门、机构及组织应用的管理手段。

第四条 省级医疗保障行政部门负责制定全省统一的医保基金监管信用评价标准，并组织实施信用评价工作的评价和发布。

第五条 医保基金监管信用评价采用“百分制”，按照海南省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系（表1）进行综合评分。

第六条 根据评分情况，将定点医疗机构分为信用优秀（A级）、信用良好（B级）、信用关注（C级）、信用异常（D级）四个等级。

定点医疗机构信用评价得分在90分以上的，定为信用优秀（A级）；在80分以上且不足90分的，定为信用良好（B级）；在60分以上且不足80分的，定为信用关注（C级）；不足60分的，定为信用异常（D级）。

第七条 医疗保障行政部门根据医疗保障基金监管信用管理平台归集的信用信息，依照定点医疗机构信用评价标准，对定点医疗机构的医保基金使用行为进行信用评价，并给定信用等级。

第八条 信用评价分为定期评价与动态跟踪。定期评价周期为一年，信用评价结果自公布之日起一年内有效；信用评价有效期内将根据定点医疗机构的信用信息，动态跟踪及时调整信用等级。

第九条 对信用评分及等级变动有异议的，应当在变动发生之日起5个工作日内，通过线上或线下的途径，向医疗保障行政部门提出异议，并提供相关资料或证据；逾期未反馈意见的，视为无异议。

第十条 医疗保障行政部门应当在收到异议之日起10个工作日内进行复核，并将复核意见反馈异议人。复核需要现场核查或者鉴定的，所需时间不计入复核期间。

第十一条 本细则由海南省医疗保障行政部门负责解释。

第十二条 本细则自2021年7月1日起施行。

表1 海南省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** | **序号** | **三级指标** | **分值** | **定义** | **评价内容** | **评分方式** | **评分标准** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.协议履行（69分） | （1）基础管理（33分） | 1 | 变更备案 | 5 | 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，申请变更。 | 经卫健部门批准后，及时向医疗保障部门申请变更。 | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：变更后10日内向甲方履行变更备案手续，得5分；一般：变更后10至20日内向甲方履行变更备案手续，得3分；差：变更后20日内未向甲方履行变更备案手续，得0分。 |
| 2 | 标识标牌 | 5 | 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。 | 在本机构显要位置悬挂医疗保障标识标牌；按要求在服务窗口显示异地就医联网结算标识。  | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：在显要位置悬挂定点医疗机构标牌，公布医保基金监督举报电话，得5分；一般：悬挂定点医疗机构标牌，公布医保基金监督举报电话，但位置不显著，得3分；差：未悬挂定点医疗机构标牌，公布医保基金监督举报电话，得0分。 |
| 3 | 宣传咨询 | 5 | 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。  | 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。  | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：有两种以上的形式向参保人员宣传医疗保险政策、就医结算流程及医疗服务内容，得5分；一般：有一种形式向参保人员宣传医疗保险政策、就医结算流程及医疗服务内容，得3分；差：未向参保人员宣传医疗保险政策、就医结算流程及医疗服务内容，得0分。 |
| 4 | 举报投诉 | 5 | 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。  | 公布监督举报电话，定期公布投诉处理情况，及时核实情况予以处理。  | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：公布监督举报电话，定期公布投诉处理情况，及时核实情况予以处理，得5分；一般：未公布监督举报电话，或未定期公布投诉处理情况，及时核实情况予以处理，得3分；差：未公布监督举报电话，且未定期公布投诉处理情况，及时核实情况予以处理，得0分。 |
| 5 | 配合检查 | 5 | 配合医疗保障部门或委托第三方开展的监督检查，并准确完整提供医疗服务有关的材料和数据。  | 按要求提供医疗保障监管信息资料，配合监督检查，提供真实资料。  | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：积极配合监督检查，提供真实资料，得5分；一般：消极配合监督检查，但提供真实资料，得3分；差：拒绝配合监督检查，或提供虚假资料，得0分。 |
| 6 | 药品耗材招采 | 3 | 严格执行药品、医用耗材招采的相关规定。  | 按集中采购规定采购和使用中标药品及医用耗材。  | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：按有关规定执行集中采购政策，在医疗保障行政部门认可的平台上采购药品，并真实记录“进、销、存”情况，得3分；一般：未按有关规定执行集中采购政策，在医疗保障行政部门认可的平台上采购药品，或未真实记录“进、销、存”情况，得1分；差：未按有关规定执行集中采购政策，在医疗保障行政部门认可的平台上采购药品，且未真实记录“进、销、存”情况，得0分。 |
| 7 | 医保医师管理 | 5 | 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。  | 及时上传医保医师变更信息，实施医保医师管理。  | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：及时上传医保医师变更信息，得5分；一般：未及时上传医保医师变更信息，得3分；差：未上传医保医师变更信息，得0分。 |
| （2）信息管理（13分） | 8 | 系统对接 | 3 | 定点医疗机构计算机系统与医疗保障信息系统有效对接。  | 按照要求实现与医疗保障信息系统有效对接。 | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：按照要求实现与医疗保障信息系统有效对接，得3分；一般：与医疗保障信息系统对接，但未完全按照要求实现，得1分；差：未实现与医疗保障信息系统对接，得0分。 |
| 9 | 数据上传 | 5 | 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。  | 全面、准确、及时传输数据信息。  | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：全面、准确、及时传输数据信息，得5分；一般：传输数据信息，但不能做到全面、准确、及时，得3分；差：未传输数据信息，得0分。 |
| 10 | 编码标准 | 5 | 执行医疗保障信息业务编码标准。  | 按照医疗保障信息业务编码标准进行数据处理。 | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：按照医疗保障信息业务编码标准进行数据处理，得5分；一般：未完全按照医疗保障信息业务编码标准进行数据处理，得3分；差：未按照医疗保障信息业务编码标准进行数据处理，得0分。 |
| （3）财务管理（9分） | 11 | 财务账表 | 2 | 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。  | 执行政府会计制度，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，真实反映财务状况。 | 分档打分。根据评分标准分为好、良、一般、差四个级别，分别赋分。  | 好：执行政府会计制度，设立完整财务账表，业务往来记录完整，得2分；良：执行政府会计制度，设立完整财务账表，业务往来记录不完整得1分；一般：执行政府会计制度，未设立完整财务账表，得0.5分；差：未执行政府会计制度，得0分。 |
| 12 | 财务记录 | 2 | 按照规定保管财务账目、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资料。  | 使用财务记录信息系统，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资料。 | 分档打分。根据评分标准分为好、良、一般、差四个级别，分别赋分。  | 好：使用信息系统管理相关账目财务记录，按规定保管涉及基金使用相关材料，得2分；良：线下管理相关账目财务记录，按规定保管涉及基金使用相关材料，得1分；一般：进行相关账目财务记录的管理但未按规定保管涉及基金使用相关材料，得0.5分；差：未进行相关账目财务记录的管理，得0分。 |
| 13 | 票据管理 | 5 | 执行票据管理办法，规范票据的领购、使用、保管及核销等管理环节。  | 执行票据管理办法；规范开具医疗保障专用票据。 | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：制定本机构票据管理有关办法并规范开具医疗保障专用票据，得5分；一般：制定本机构票据管理有关办法但存在未规范开具医疗保障专用票据情况，得3分；差：未制定本机构票据管理有关办法且存在未规范开具医疗保障专用票据情况，得0分。 |
| （4）医疗管理（9分） | 14 | 身份识别 | 3 | 核验参保人员医疗保障有效凭证，做到人证相符。 | 主动配备设备核验参保人员身份。 | 分档打分。根据评分标准分为好、良、一般、差四个级别，分别赋分。  | 好：配备人证验证先进设备（人脸识别等）并认真核验，得3分；良：未配备人证验证先进设备但认真核验，得2分；一般：工作失误（非主观因素）造成冒用、盗用医保凭证，得1分；差：未认真核验人证相符情况，得0分。 |
| 15 | 出入院管理 | 3 | 按出、入院收治标准开展住院治疗、办理出院手续。 | 制定并执行出院、入院管理制度。 | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：制定并执行出入院管理制度（出入院标准），得3分；一般：制定出入院管理制度（出入院标准）但执行不到位，得1分；差：未制定出入院管理制度（出入院标准），得0分。 |
| 16 | 异地就医 | 3 | 为异地就医参保人员提供医疗服务。  | 多渠道预约挂号，设置异地就医办理导引和服务人员，积极配合异地联网结算。  | 分档打分。根据评分标准分为好、良、一般、差四个级别，分别赋分。  | 好：设置异地就办理引导或服务人员、两种及以上渠道预约挂号、积极配合异地联网结算，得3分；良：设置异地就办理引导或服务人员、两种及以上渠道预约挂号、积极配合异地联网结算中的二项，得2分；一般：设置异地就办理引导或服务人员、两种及以上渠道预约挂号、积极配合异地联网结算中的一项，得1分；差：不符合以上情况，得0分。 |
| （5）结算管理（5分） | 17 | 知情同意 | 2 | 保证参保人员知情同意权。  | 开展知情同意政策宣传，按相关规定签署知情同意书。 | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：开展知情同意政策宣传且按政策执行，得2分；良：开展知情同意政策宣传但存在未按政策执行情况，得1分；一般：未开展知情同意政策宣传或存在未按政策签订知情同意执行情况，得0.5分；差：未开展知情同意政策宣传且存在未按政策执行情况，得0分。 |
| 18 | 费用清单 | 3 | 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。  | 准确、及时向参保人员提供费用清单。 | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：及时准确向参保人员提供费用清单，得3分；一般：存在向参保人员提供费用清单不及时、不准确情况，得1分；差：未向参保人员提供费用清单，得0分。 |
| 2.基金绩效（14分） | （1）费用增幅（14分） | 19 | 医疗费用总额增幅 | 8 | 衡量医疗机构医疗总费用增长情况。  | 按实际值从小到大排列，以当期考评范围内定点医疗机构医疗费用总额平均增长率为基础，设定标准增长率范围，标准区间外偏离扣分。  | 　 | 若增幅为-5%至10%得满分；标准区间为-5%至10%，每偏离标准区间1%则扣分0.5分。 |
| 20 | 住院总费用增幅 | 6 | 衡量医疗机构住院总费用增长情况。  | 按实际值从小到大排列，以当期考评范围内定点医疗机构住院总费用平均增长率为基础，设定标准增长率范围，标准区间外偏离扣分。  | 　 | 若增幅为-5%至10%得满分；标准区间为-5%至10%，每偏离标准区间1%则扣分0.5分。 |
| 3.基金监管 | （1）一般处理 | 21 | 约谈 | -- | 对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。  | 被医疗保障部门约谈的，按次数扣分。  | 期内根据被医疗保障部门约谈次数确定分值。  | 一次减1分。 |
| 22 | 整改 | -- | 对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。  | 被医疗保障部门责令整改的，按次数扣分。  | 期内根据被医疗保障部门责令限期整改的次数确定分值。 | 一次减1分。 |
| 23 | 警告 | -- | 对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 被医疗保障部门警告的，按次数扣分。 | 期内根据被医疗保障部门警告次数确定分值。 | 一次减2分。 |
| 24 | 通报 | -- | 对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。  | 被医疗保障部门通报的，按次数扣分。  | 期内根据被医疗保障部门通报次数确定分值。  | 一次减5分。 |
| （2）费用处理 | 25 | 追回费用 | -- | 对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。  | 被医疗保障经办部门追回费用，按金额扣分。 | 期内根据被医疗保障部门追回费用的额度确定分值。 | 一年内追回费用≥5万元，减25；不足5万的，1万元一档，每档5分。 |
| 26 | 拒付费用 | -- | 对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。  | 被医疗保障经办部门拒付费用，按金额扣分。 | 期内根据被医疗保障部门拒付费用的额度确定分值。 | 一年内拒付费用≥10万元，减25；不足10万的，2万元一档，每档5分。 |
| 27 | 罚款 | -- | 对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 被医疗保障行政部门罚款，按罚款额度扣分。 | 期内根据被医疗保障行政部门罚款的额度确定分值。 | 一年内受到罚款行政处罚的次数3次及以上，或累计金额超过2.5万元的，减30分；若处罚不满3次且累计金额不满2.5万元的，以5000元为一档，每档6分。 |
| （3）协议处理 | 28 | 中止协议 | -- | 对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 被医疗保障部门中止协议的按次数扣分。 | 期内根据被医疗保障部门中止协议的次数确定分值。 | 若被中止协议且2年内没有受到中止协议的处罚，则减40分；若2年内曾受到过中止协议的处罚，则不予评价。 |
| 29 | 解除协议 | -- | 对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。 | 被医疗保障部门解除协议的予以扣分。  | 根据期内最高扣分情形确定分值。  | 不予评级。 |
| 30 | 医保医师处理 | -- | 医保医师因违规原因被医疗保障部门处理。  | 被暂停或中止处方权的，取消医疗保障医师资格的按次数扣分。  | 期内根据被处理的医疗保障医师数量和处罚方式确定分值。 | 每发生一次暂停医保医师资格，减3分；每取消一次医保医师资格，减10分。 |
| （4）司法处理 | 31 | 欺诈骗保 | -- | 定点医疗机构工作人员因欺诈骗保被追究刑事责任。 | 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予以扣分。 | 根据期内最高扣分情形确定分值。 | 若医疗机构有关人员被追究刑事责任，则该机构不予评级；若移交之后，司法机关决定不予起诉，则减40分。 |
| 4.满意度评价（5分） | （1）患者评价（3分） | 32 | 患者满意度 | 3 | 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。  | 按满意度高低赋分。  | 问卷打分（见表2）。 | 得分系数为患者满意度得分按权重标化。 |
| （2）第三方评价(2分） | 33 | 第三方评价 | 2 | 第三方机构评级评价结果。  | 按第三方评价结果赋分。  | 将第三方评价结果进行量化，纳入指标计算。 | 若达到第三方评价的合格等次，则加1分；达到良好等次，加5分；达到优秀等次，加8分。 |
| 5.自律管理（12分） | （1）管理体制（6分） | 34 | 管理组织 | 3 | 建立健全医疗保障管理服务部门，明确院级领导分管，配备专（兼）职管理人员，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。  | 形成全院医疗保障管理网络，实现院内系统即时监管，及时发现和解决问题。  | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：全院医疗保障管理网络实现院内系统即时监管，得3分；一般：尚未形成全院医疗保障管理网络实现院内系统即时监管，得1分；差：未能实现即时监管并及时发现和解决问题，得0分。 |
| 35 | 教育培训 | 3 | 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。  | 定期开展医疗保障监管、诚信政策培训；培训到全体工作人员；有培训记录。  | 分档打分。根据评分标准分为好、良、一般、较差、差五个级别，分别赋分。  | 好：每月至少1次医保监管和诚信政策培训并有培训记录，得3分；良：每季度至少1次医保监管和诚信政策培训并有培训记录，得2分；一般：每半年至少1次医保监管和诚信政策培训并有培训记录，得1分；较差：每年至少1次医保监管和诚信政策培训并有培训记录，得0.5分；差：其他情况，得0分。 |
| （2）制度建设（3分） | 36 | 制度建设 | 3 | 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。  | 制定有关医疗保障监管的政策性文件；建立并及时维护为参保人员服务的医保医师信息库；明确对医疗技术人员违反医疗保障规定的处理办法。  | 分档打分。根据评分标准分为好、良、一般、差四个级别，分别赋分。  | 好：制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件，建立并及时维护医保医师信息库，得3分；良：制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件，建立医保医师信息库但未及时维护，得2分；一般：制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件，尚未建立医保医师信息库，得1分；差：尚未制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件和医保医师信息库或其他情况，得0分。 |
| （3）风险管理（2分） | 37 | 风险防控 | 2 | 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。 | 建立内审工作机制；制定应急处置预案；主动撰写医疗保障运行分析报告。  | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：建立内审工作机制且制定应急处置预案，并撰写医疗保障运行分析报告，得2分；一般：未建立内审工作机制或未制定应急处置预案，得1分；差：未建立内审工作机制且未制定应急处置预案，得0分。 |
| （4）创新管理（1分） | 38 | 创新医疗保障管理 | 1 | 开展医疗保障管理创新性工作。  | 开展医疗保障管理创新性工作，并受到医疗保障部门通报表扬；在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理工作相关论文。  | 分档打分。根据评分标准分为好、一般、差三个级别，分别赋分。  | 好：受到医保监管部门通报表扬；一般：发表医保管理工作相关论文1篇及以上，得1分；差：无，得0分。 |
| 6.社会信用 | （1）行政处理 | 39 | 行政处罚 | -- | 被政府有关行政部门给予行政处罚情况。  | 按本期被人民政府及组成部门给予行政处罚的案件数量扣分。  | 根据期内被行政处罚的次数确定分值。 | 警告、罚款、没收违法所得和没收非法财物，发生一次扣2分；发生责令停业整顿，发生一次扣10分；暂扣或吊销许可证/执照，不予评级。 |
| （2）失信被执行人 | 40 | 失信被执行人 | -- | 医疗机构或其法人被纳入公共信用系统失信“黑名单”的情况。  | 按本期纳入公共信用系统失信“黑名单”的次数扣分。 | 根据期内被纳入公共信用系统失信“黑名单”的次数确定分值。 | 被列入失信被执行人，不予评级。 |
| （3）舆情评价 | 41 | 媒体报道 | -- | 媒体报道关于医疗保障工作的情况。  | 按本机构在媒体被媒体报道数量赋分。  | 根据期内被媒体报道关于医疗保障工作正面和负面情况赋分。  | 主流媒体正面报道≥1次，加2分；舆情负面信息次数为1~5次，每次扣1分；舆情负面信息次数大于5次，扣5分。 |

表2 医疗机构医疗服务满意度测评表（满分80分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **分值** | **评价项目** | **评分** |
| 1 | 10 | 您对这家医院的医疗服务质量 |  |
| 2 | 10 | 您对这家医院看病方便程度 |  |
| 3 | 10 | 您认为这家医院医务人员的服务态度 |  |
| 4 | 10 | 您认为这家医院诊疗技术水平程度 |  |
| 5 | 10 | 您认为这家医院的检查合理程度 |  |
| 6 | 10 | 您认为这家医院的用药合理程度 |  |
| 7 | 10 | 您认为这家医院收费符合规定程度 |  |
| 8 | 10 | 您对这家医院的治疗效果满意程度 |  |

（说明：1.本调查表可通用门诊、住院就诊类型；2.本调查表体现“中性”的原则，不做诱导式提问，如：是否乱开药、乱检查；3.本调查兼顾患者的就医体验指标；4.本调查尽可能减少调查时间，以增强调查的可操作性；评分标准按0～10分打分，0分表示非常不满意，10分表示非常满意。）