附件1

重庆市医疗保障定点医疗机构基金监管信用评价指标体系

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 分值 | 指标释义 | 评分规则 |
| 1 | 协议管理 | 基础管理 | 变更申请 | 2 | 医疗机构名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，及时向属地医保部门提供相关材料备案，申请变更。 | 1．规定时间内完成变更备案或当年无变更信息，得满分；2．变更后未按照相关规定进行变更备案，发现一次扣1分，扣完为止。 |
| 2 | 配合监管 | 2 | 配合属地医保部门或委托第三方的监督检查，并准确、完整提供医疗服务有关的材料和数据。 | 1．配合监督检查提供真实、完整、准确的资料，得满分；2．提供资料不及时、不完整、不准确或无法按照规定提供医保监管信息资料，发现一次扣1分，扣完为止。 |
| 3 | 系统管理 | 系统对接 | 4 | 医保相关信息按照标准全面、准确、及时、传输至医保信息系统，实现与医保结算系统、监管系统有效对接。 | 1．按照规定与医保信息系统进行对接，全面、准确、及时、传输信息并应用，得满分； 2．未按信息编码规则上传数据的，上传信息数据不全面、缺项的，上传信息数据不准确、不规范的，上传信息数据未按时限要求的，发现一次扣1分，扣完为止。 |
| 4 | 财务管理 | 财务账表 | 2 | 执行医疗机构财务制度和会计制度，设立完整财务账套，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。 | 1．按照规定执行医疗机构财务制度和会计制度，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、盘点表等涉及基金使用的相关资料，得满分；2．已建立财务台账，但财务资料不完整的，发现一次扣0.5分，扣完为止；3．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、盘点表等涉及基金使用的相关资料，不得分。 |
| 5 | 进销存管理 | 2 | 建立药品及医用材料真实、完整、准确的购销存台账；保存真实完整的购进和使用记录。 | 1．按规定建立进销存台账或者使用相关信息系统对药品、耗材和医疗器械的进销存信息进行记录，得满分；2．建立进销存台账，但药品、耗材和医疗器械信息不完整、不准确，发现一次，扣0.5分，扣完为止；3．未按规定建立进销存台账对药品、耗材和医疗器械的进销存信息进行记录，不得分。 |
| 6 | 医疗管理 | 身份识别 | 2 | 核验参保人员医疗保障有效凭证，做到人证相符。 | 1．全年未发生冒名就医问题的，得满分；2．发现冒名就医的，每发现一次扣1分，扣完为止。 |
| 7 | 收费标准 | 2 | 按医疗服务项目和价格收费标准及其说明等规定进行收费，并将收费标准公布在醒目位置。 | 1．遵守物价政策及物价标准，并执行医疗物价公示制度的得满分； 2．违反物价政策及物价标准，以及不按收费标准收费的，每发现一次扣1分，扣完为止。 |
| 8 | 医保监管 | 基金管理 | 费用结算 | 2 | 进行医保费用直接结算，提供收费票据（票据需要注明医保基金支付金额）、费用明细和相关资料。 | 不规范开具医保专用票据的或未提供医疗费用查询服务和费用清单的，每发现一次扣0.5分，扣完为止。 |
| 9 | 追溯码 | 2 | 全流程记录药品、医用耗材的追溯码信息，并实现相关信息数据可追溯。 | 1．按规定全流程记录追溯码信息的，得满分；2．未按规定记录追溯码信息的，每发现一次扣1分，扣完为止。 |
| 10 | 执行总额预算 | 6 | 年度总额控制预算执行情况。 | 当期总额控制支出发生额/当期总额控制支出预算额\*100%（均为总额控制年终清算口径）。年度总额预算目标的80%－105%为标杆，不扣分。当执行总额目标大于105%时，每偏离1%扣0.2分。扣完为止。 |
| 11 | 基金绩效 | 费用控制 | 特病月人均费用增幅 | 6 | 衡量该院特病患者费用负担情况。 | 计算公式：（本年特病月人均费用－上年特病月人均费用）/上年特病月人均费用\*100%；低于等于0得满分，大于0小于等于0.1得4分，大于0.1小于等于0.2得2分，大于0.2不得分。无2年完整数据的按得分系数0.5计分。 |
| 12 | 住院率增幅 | 6 | 衡量该院为参保人员提供的住院医疗服务量，防止医疗机构门诊住院化。 | 本期住院率-上期住院率（住院率=住院出院人次/门急诊人次×100％）在对比范围内，按实际值从小到大排列，本辖区内同级医院的中位数为标杆值，不扣分。其他数值时，每偏离0.1%扣1分。 |
| 13 | 住院次均费用增幅 | 6 | 衡量该住院患者费用负担情况。 | 计算公式：（本年次均住院费用－上年次均住院费用）/上年次均住院费用\*100%；低于等于0得满分，大于0小于等于0.1得4分，大于0.1小于等于0.2得2分，大于0.2不得分。无2年完整数据的按得分系数0.5计分。 |
| 14 | 住院自费率增长 | 6 | 衡量该住院患者自费费用负担情况。 | 与前一年相比，每上升0.1个百分点（按四舍五入取整）扣0.5分。扣完为止。 |
| 15 | 自律管理 | 组织管理与制度建设 | 制度及培训 | 2 | 建立健全定点医疗机构医保管理、费用管控、风险防范、监督检查、考核奖惩等制度，同时组织开展医疗保障基金相关制度、政策和管理要求等业务培训。 | 1．建立相关管理制度且每半年至少1次对本机构职工进行医保相关法律法规、政策培训，并有培训记录，得满分；2.未建立相关制度或不按时对本机构职工进行医保相关法律法规、政策培训的，每发现一次扣1分，扣完为止。 |
| 16 | 管理行为 | 自查自纠 | 3 | 定期检查定点医疗机构医保基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。 | 1．开展自查自纠，及时报告存在的问题，并主动全额退回违规医保基金的，得满分；2．自查自纠不彻底、不全面，未主动全额退回违规医保基金的，每发现一次扣1分，扣完为止。  |
| 17 | 自查自纠费用占比 | 5 | 评价定点医疗机构医保违规行为自查自纠是否彻底、全面。 | 计算公式：评价年度内自查自纠退回金额/查实的违规金额；得分按照分值\*自查自纠费用占比计分。 |
| 18 | 举报投诉 | 5 | 网上、信函、电话等投诉查办情况。 | 涉及本机构的网上、信函、电话投诉等，经查证属实的，1 次扣1分，扣完为止。 |
| 19 | 违法违规违约 | 一般处理 | 约谈 | 3 | 因发生违规行为被医保部门进行约谈。 | 被医保部门约谈1次扣1分，扣完为止。 |
| 20 | 限期整改 | 3 | 因发生违规行为被医保部门要求限期整改。 | 被责令限期整改1次，扣1.5分，扣完为止。 |
| 21 | 通报 | 3 | 因发生违规行为被医保部门进行通报。 | 每被医保部门通报1例扣1分，扣完为止。 |
| 22 | 协议处理 | 协议处理 | 6 | 被医保部门给予协议处理情况。 | 每被医保经办机构给予协议处理一次，扣1分。 |
| 23 | 中止协议 | 6 | 因发生违规行为被医保部门中止协议。 | 暂停医保服务协议月数累计≤3个月扣2分；＞3个月且≤6个月扣4分；＞6个月扣6分。 |
| 24 | 行政处罚 | 行政处罚 | 8 | 被医保部门给予行政处罚情况。 | 每被医保行政部门给予行政处罚一次，扣2分。 |
| 25 | 费用处理 | 追回、拒付费用占比 | 6 | 对定点医疗机构医保违规行为的处理方式，对已支付的本金追回，对未支付的本金不再支付。 | 计算公式：追回、拒付费用/医保总额费用；低优指标，指标为0得满分，[0-2%]得5分，每增加1%扣1分，扣完为止。 |
| 26 | 奖励加分 | - | - | - | 对举报欺诈骗保有重大贡献的；开展或对医疗保障管理创新性工作的提出意见建议被医保部门采纳的；受到市级以上医保部门表扬嘉奖并取得一定成果的；其他情况经医保部门考察核实情况属实并经上会研究一致同意通过的。  | 本项目为附加项，每次加1-2分，累计不超过5分。 |