

# 云南省医疗保障局文件

云医保〔2020〕136号

## 云南省医疗保障局关于 做好云南省定点医疗机构医保基金监管 信用评价的意见

各州、市医疗保障局：

为贯彻落实《国务院办公厅关于加快推进社会信用体系建设构建以信用为基础的新型监管机制的指导意见》（国办发〔2019〕35号）、《关于进一步做好医保基金监管信用体系建设试点有关工作的通知》（医保监管函〔2019〕53号）、《云南省人民政府办公厅关于印发云南省加快推进社会信用体系建设构建以信用为基础的新型监管机制任务清单的通知》（〔2020〕—28）精神，加

快推进医保基金监管信用体系建设，结合我省实际，提出如下意见。

## 一、工作要求

按照国家医疗保障局和省委、省政府推进社会信用体系建设的工作部署，以加强医保基金信用监管为着力点，创新监管理念、监管制度和监管方式，以开展定点医疗机构信用监管评价为切入点，进一步规范定点医疗机构的医疗服务行为，不断提升医保基金监管能力和水平。

各州、市统筹区要结合实际，选取部分定点医疗机构开展基金监管信用评价，通过试点先行、逐步推开的方式，探索建立本统筹区医保基金监管的信用评价机制。在对有关指标的评价标准、方式、周期以及指标权重、采集渠道等进行探索，细化本统筹区信用评价的实施方案。

## 二、信用评价原则

（一）聚焦监管。定点医疗机构的信用评价聚焦合理使用医保基金，反映定点医疗机构基金使用情况，遏制过度医疗、虚假医疗等行为。

（二）全面覆盖。定点医疗机构的信用评价范围包括协议履行、基金绩效、基金监管、满意度评价、自律管理、社会信用等6个维度，22个二级指标、53个三级指标，全面反映定点医疗机构的履约意愿、能力和结果。

（三）优化选取。定点医疗机构的信用评价指标选取覆盖全面、计算方法精简，体现公平公正、公开透明，包含了医疗机构自行填报、经办机构考核、医保行政部门评估、第三方机构评价和信用平台选取等多种方式选取。

（四）采集便捷。定点医疗机构的信用评价数据采集符合定点医疗机构实际情况，便于操作和得出评价结果，以满分扣减的方式计算评价对象的信用分值，实现量化考核。

### **三、开展信用管理**

（一）对新纳入医保定点的医疗机构实行诚信教育。在医疗机构纳入定点范围后，按照“谁签约、谁负责”原则，由与其签订医保服务协议的医保经办机构开展医保政策讲解、经办服务流程、医保信用承诺等政策宣传，提高定点医疗机构诚信意识，依法依规开展医疗服务。

（二）将医保诚信评价纳入定点医疗机构协议内容。各地要结合自身实际，将定点医疗机构信用管理纳入协议管理，通过协议约定强化定点医疗机构诚信服务意识，规范服务行为。鼓励定点医疗机构在制度建设和医疗服务过程中开展医保基金监管信用评价，促进定点医疗机构自身完善运行管理机制。

### **四、实施信用评价**

#### **（一）信用评价主体**

定点医疗机构医保基金监管信用评价由州市级医疗保障部

门牵头负责，县区级医疗保障部门、定点医疗机构、医保经办机构、第三方机构和其它参与医保基金监管信用评价的部门配合完成。

## （二）信用评价指标

定点医疗机构医保基金监管信用评价指标采用三级指标体系：

一级指标及权重分别为：协议履行（25%）、基金绩效（25%）、基金监管（25%）、满意度评价（10%）、自律管理（10%）、社会信用（5%）。二级指标共 22 个，三级指标共 53 个。信用评价采取百分制，评价指标及评分标准详见《云南省定点医疗机构医保基金监管信用评价指标评分参考标准》。

## （三）信用评价方法

1. 协议履行。医疗保障部门对协议履行情况进行数据采集，可组织医保经办部门、定点医疗机构分别填报和考核汇总协议履行指标数据，包括日常履约检查结果、管理结果、稽核结果、医保信息系统采集的数据等。

2. 基金绩效。医疗保障部门通过系统数据提取和对比，确定本地区评价指标的标准区间。按指标对定点医疗机构进行数据采集和统计分析后，按照确定标准区间外的扣分标准评分。

3. 基金监管。医疗保障部门根据日常协议监管信息，专项检查、交叉互查和飞行检查等情况进行分析评价，对定点医疗机

构按监管结果进行一般处理、费用处理、协议处理、移送处理，对黑名单所列情况，最终由医疗保障部门审核确定。

4. 满意度评价。满意度评价由医疗保障部门根据问卷抽样调查、媒体报道、授权第三方机构获取调查数据，或由定点医疗机构提供有效的满意度评价结果，综合满意度评价情况进行年度考核。

5. 自律管理。定点医疗机构的自律管理包括制度建设、风险管理和创新管理等内容，由医疗保障部门通过收集相关部门（包括定点医疗机构、医学协会等组织）资料数据，综合自律管理情况进行年度考核。

6. 社会信用。医疗保障部门根据从信用中国（云南）平台获取的定点医疗机构信用评价信息，从市场监管、卫生健康等部门获取的定点医疗机构相关信用信息和年度考核结果，综合进行年度考核。

#### （四）信用评价流程

1. 信用评价。定点医疗机构医保基金监管信用评价每年进行一次，每年年初对上年度信用情况进行评价，并确定定点医疗机构医保基金监管信用等级。

2. 结果公示。对定点医疗机构的信用评价结果和信用等级确定后，通过医疗保障部门官方网站或其他公开渠道进行公示，公示期为5个工作日；公示期结束后医疗保障部门应将信用评价

结果形成信用报告并记入信用档案。

## 五、信用评价应用

(一) 确定信用等级。定点医疗机构信用等级根据信用评价结果进行确定，信用评价采取百分制，采取百分扣减的方式进行评分，评价得分为 80 分(含)以上的为守信机构，得分为 60(含)到 80 分的为一般守信机构，得分低于 60 分的为失信机构。评价指标中涉及的协议履行(25%)、基金绩效(25%)、基金监管(25%)、满意度评价(10%)、自律管理(10%)、社会信用(5%)的各项指标扣分项之和不超过该项指标在信用评价中所占的总分值。

(二) 信用评价分类监管应用。“双随机、一公开”监管要与信用等级相结合，对守信机构可合理降低抽查比例和频次，对一般守信机构或有违法失信风险的，结合信用提醒、信用约谈、信用教育等手段进行一般性监管；建立失信医疗机构退出机制，对失信机构主体适当加大抽查比例和频次，每年至少约谈 1 次，依法严管，严肃惩戒。医疗保障部门在结算办法和费用拨付上可以结合信用评价对评定为守信等级的医疗机构给予倾斜，预付费用时按全额较高的比例进行预拨，以适当开展守信激励。

## 六、完善信用监管机制

### (一) 联合惩戒

对评定为失信机构的定点医疗机构，采取合规的形式通过

“信用中国（云南）”推送相关信息，通过平台共享至有关部门实施跨部门、跨区域联合惩戒，并及时将惩戒结果反馈至共享平台。实施联合惩戒的对象和结果，通过“信用中国（云南）”平台动态更新并向社会公开。

## （二）信用红黑名单制度

信用评价得分 90 分（含）以上的定点医疗机构列入医保基金监管信用“红名单”，得分低于 60 分的失信机构列入“黑名单”。存在以下情况的定点医疗机构，则不需信用评价，建议直接列入“黑名单”。

1. 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段参加、申报社会医疗保障和骗取医疗保障基金支出或者医疗保障待遇的；
2. 定点医疗机构违反服务协议需要给予暂停医保支付系统或终止服务协议的；
3. 拒不协助医疗保障部门对事故和问题进行调查核实，拒绝接受对社会医疗保障基金收支情况实施监督检查，不如实提供相关资料的；
4. 违反会计法或未按医院财务管理制度建帐核算的，以及进销存台帐、财务帐册不健全、无法提供财务凭证的；
5. 欺诈骗取医疗保障基金受到刑事处罚的；
6. 有其它严重失信行为需要列入“黑名单”情形的。

各地在开展“红黑名单”管理前，应先行制定本地区定点医

疗机构信用管理的“红黑名单”管理办法，依据管理办法开展定点医疗机构信用评价的“红黑名单”认定。

### （三）信用异议与修复

定点医疗机构对信用公示结果有异议的，或在规定期限内纠正失信行为、消除不良影响需要信用修复的，可以向对其实施信用评价的医疗保障部门提交申请开展信用异议和修复，并附有关证明材料。医疗保障部门自收到书面申诉及相关证明材料之日起15个工作日内完成复核，并反馈意见；信用修复完成后，按程序及时停止公示医疗机构的失信记录，终止实施联合惩戒措施。

附：云南省定点医疗机构医保基金监管信用评价指标评分参考标准





# 附件

## 云南省定点医疗机构医保基金监管信用评价指标评分参考标准

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容	指标值来源	分值	评分标准
协议履行 (25%)	基础管理	1. 变更备案	医疗机构名称、法人代表、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	医疗机构填报与医保经办机构 构日常检查	25分	未及时申请变更的一次扣2分
		2. 标识标牌	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”标识；开展异地结算的在服务窗口显示异地结算标识	医疗机构填报与医保经办机构 构日常检查		发现未标识的一次扣2分
		3. 宣传咨询	开展医疗保障政策宣传，提供相关咨询服务，及时更新宣传内容	医疗机构填报与医保经办机构 构日常检查		未开展宣传和咨询的一次扣2分
		4. 举报投诉	在服务场所设立举报投诉窗口、公布举报电话，及时处理举报投诉	根据医保经办机构稽核与日 常检查		发现没有明显标识或未及时处理的一次扣2分
		5. 配合检查	配合医保部门或委托第三方开展监督检查，并准确完整地提供医疗服务有关材料和数据	根据医保经办机构稽核与日 常检查		未配合的一次扣10分
		6. 药品耗材 招采	按集中采购规定采购和使用中标药品及医用耗材	医疗机构填报与医保经办机构 构日常检查		发现一次违规采购扣5分
	信息管理	1. 系统对接	按照要求实现与医疗保障信息系统有效对接，加强网络安全管理	医疗机构填报与医保经办机构 构日常检查	25分	发现未实现对接的一次扣2分
		2. 数据上传	按医保部门要求，将数据信息全面、准确、及时传输到医疗保障信息系统	医保信息系统采集数据与日 常检查		未按要求上传一次扣2分
		3. 编码标准	按照医疗保障信息业务编码标准进行数据处理，及时上传医保医师变更信息，实施医保医师管理，及时新增、注销医保医师变更情况	医保信息系统采集数据与日 常检查		未按标准处理一次扣2分

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容	指标值来源	分值	评分标准
财务管理	1. 财务账表 2. 财务记录 3. 票据管理	1. 财务账表	执行政府会计制度，业务往来记录完整	医疗机构填报与医保经办机构日常检查		发现未按会计制度执行一次扣25分
		2. 财务记录	按规定保管财务账目、记账凭证、药品和耗材出入库记录等涉及基金使用的相关材料	医保经办机构日常检查		发现未按规定保管一次扣2分
		3. 票据管理	执行票据管理办法，规范票据的领取、使用、保管及核销管理	医疗机构填报与医保经办机构日常检查		发现未按规定管理票据一次扣2分
医疗管理	1. 身份识别 2. 出入院管理 3. 异地就医 4. 门诊特殊病管理 5. 用药原则 6. 医保医师业务管理 7. 处方管理	1. 身份识别	主动配备设备核验参保人身份，做到人证相符	医疗机构填报与医保经办机构日常检查		未核验身份的一次扣2分
		2. 出入院管理	制定并执行出院和入院管理制度	医疗机构填报与医保经办机构日常检查		发现未按制度执行的一次扣2分
		3. 异地就医	实现多渠道预约挂号，设置异地就医办理指引，积极配合异地联网结算	医疗机构填报与医保经办机构日常检查		不配合异地联网结算的一次扣5分
		4. 门诊特殊病管理	严格执行“门诊特殊病、慢性病”的管理规定“特殊疾病”由三级医疗机构副主任医师以上专家或相关病种医疗专家审核确认，“特殊慢性病”由二级以上医疗机构副主任医师以上专家或相关病种医疗专家审核确认	根据医保经办机构稽核与检查结果		发现低诊断标准或弄虚作假一次扣10分
		5. 用药原则	根据药品适应症和用药原则，严格执行药品限制使用条件	根据医保经办机构稽核与检查结果		发现违反用药原则一次扣5分
		6. 医保医师业务管理	根据服务协议对医保医师的管理条款	根据医保经办机构稽核与检查结果		依据当年服务协议认定一次违规情形扣5分
		7. 处方管理	应按照《处方管理办法》的规定和要求开具、保管处方	根据医保经办机构稽核与检查结果		发现不符合处方管理办法规定一次扣3分

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容	指标值来源	分值	评分标准
基金绩效 (25%)	结算管理	1. 知情同意	按相关规定与参保人签署知情同意书	医疗机构填报与医保经办机构日常检查		发现未签署知情同意的一次扣2分
		2. 费用清单	准确及时向参保人员提供费用清单, 并承担解释责任	医疗机构填报与医保经办机构日常检查		发现未提供一次扣2分
	总额控制	执行总额预算指标	按医疗机构执行医保部门确定的医保定额完成情况考核, 以年度总额预算目标完成80%-100%的为优	医保信息系统采集数据及统计分析结果	25分	预算目标完成未达80%的扣2分, 预算目标低于70%的扣5分
		1. 医疗费用总额增幅	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 计算公式: (本期医疗费用-上期医疗费用) / 上期医疗费用*100%	医保信息系统及统计分析结果		标准区间外的扣5分
	费用增幅	2. 住院总费用增幅	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 计算公式: (本期住院费用-上期住院费用) / 上期住院费用*100%	医保信息系统及统计分析结果		标准区间外的扣2分
		3. 门诊总费用增幅	以当期考评范围内定点医疗机构门诊总费用平均增长率为基础, 设定标准增长率范围 计算公式: (本期门诊费用-上期门诊费用) / 上期门诊费用*100%	医保信息系统及统计分析结果		标准区间外的扣5分
		4. 门诊次均费用	以本统筹区范围内同级同类定点医疗机构门诊次均费用情况为基础, 设定标准费用范围 计算公式: 门诊收入/门诊人次	医保信息系统及统计分析结果		标准区间外的扣5分

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容	指标值来源	分值	评分标准	
基金监管 (25%)		5. 门诊次均费用增幅	以本统筹区范围内同级同类定点医疗机构门诊次均费用情况为基础, 设定标准增幅范围 计算公式: (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%	医保信息系统及统计分析结果	25分	标准区以外的扣5分	
		6. 住院次均费用	以本统筹区范围内同级同类定点医疗机构门诊次均费用情况为基础, 设定标准费用范围 计算公式: 住院收入 / 出院人次	医保信息系统及统计分析结果		标准区以外的扣5分	
		7. 住院次均费用增幅	以本统筹区范围内同级同类定点医疗机构门诊次均费用情况为基础, 设定标准增幅范围 计算公式: (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%	医保信息系统及统计分析结果		标准区以外的扣5分	
	一般处理		1. 约谈	被医疗保障部门约谈的, 按次数扣分	根据医保基金监管部门专项 监管与日常检查	25分	约谈一次扣2分
			2. 整改	被医疗保障部门责令整改的, 按次数扣分	根据医保基金监管部门专项 监管与日常检查		责令整改一次扣2分
			3. 警告	被医疗保障部门警告的, 按次数扣分	根据医保基金监管部门专项 监管与日常检查		警告一次扣5分
			4. 通报	被医疗保障部门通报的, 按次数扣分	根据医保基金监管部门专项 监管与日常检查		通报一次扣5分
费用处理		1. 追回费用	被医疗保障部门追回费用的, 按金额扣分	根据医保基金监管部门专项 监管与日常检查		追回费用10万元以下扣2分; 追回费用10万元以上100万以下扣3分; 追回费用100万以上扣5分	

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容	指标值来源	分值	评分标准
满意度评价 (10%)	协议处理	2. 拒付费用	被医疗保障部门拒付费用的, 按金额扣分	根据医保基金监管部门专项检查与日常检查		拒付费10万元以下扣2分; 拒付费10万元以上100万以下扣3分; 拒付费100万以上扣5分 直接列入失信名单
		1. 中止协议	被医疗保障部门中止协议的	根据医保基金监管部门专项检查与日常检查		中止一次扣10分
		3. 医保医师处理	医保医师因违规被医保部门处理的	根据医保基金监管部门专项检查与日常检查		发现一次扣10分
		司法处理	工作人员因欺诈骗保被追究刑事责任	根据医保基金监管部门专项检查与日常检查		直接列入失信名单
		第三方评价	第三方机构评级评价结果	第三方机构		正面报道一次加2分, 负面报道一次减2分

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容	指标值来源	分值	评分标准
自律管理 (10%)	管理体制	1. 管理组织	有明确管理人员及职责，及时发现和解决问题	医疗机构填报	10分	未明确管理人员和职责的扣2分
		2. 教育培训	定期开展医疗保障监管、政策培训，且有培训记录	医疗机构填报		未开展培训的扣2分
	制度建设	制定医疗保障监管政策性文件；及时维护医保医师信息库；明确对医疗技术人员违反医疗保障规定的处理办法	医疗机构填报	未制定、未及时，未明确的分别扣2分		
	风险管理	制定内审工作机制和应急预案；主动撰写医疗保障运行分析报告。	医疗机构填报	未制定机制和预案的扣1分，主动撰写加1分		
	创新管理	开展创新性工作并受到医保部门表扬；在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理工作论文的	医疗机构填报	获得一次加5分		
	行政处理	行政处罚	被其他行政机关给予行政处罚的次数	信用中国（云南）		处罚一次扣2分
	失信被执行	失信被执行人	根据本期纳入公共信用系统失信“黑名单”情况	信用中国（云南）		纳入一次扣5分
社会信用 (5%)	违规移交情况	违规移交情况	根据考核期内涉嫌犯罪或违反其他法律法规次数	信用中国（云南）	5分	发现直接列入失信名单
	奖励情况	公立医院绩效考核	根据卫健部门公立医院绩效考核结果确定得分	卫生健康部门		奖励一次加5分

## 附表

### 医疗机构医疗服务满意度测评表

序号	评价项目	评价结果
1	您对这家医院的医疗服务质量	满意 <input type="checkbox"/> 基本满意 <input type="checkbox"/> 不满意 <input type="checkbox"/>
2	您认为在这家医院看病是否方便	方便 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不方便 <input type="checkbox"/>
3	您认为这家医院医务人员的服务态度	好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/>
4	您认为这家医院诊疗技术水平	高 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不高 <input type="checkbox"/>
5	您认为这家医院检查是否合理	合理 <input type="checkbox"/> 基本合理 <input type="checkbox"/> 不合理 <input type="checkbox"/>
6	您认为这家医院用药是否合理	合理 <input type="checkbox"/> 基本合理 <input type="checkbox"/> 不合理 <input type="checkbox"/>
7	您认为这家医院收费是否符合规定	符合 <input type="checkbox"/> 基本符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>
8	您对这家医院的治疗效果是否满意	满意 <input type="checkbox"/> 基本满意 <input type="checkbox"/> 不满意 <input type="checkbox"/>

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. 本调查表兼顾患者的就医体验指标；
4. 本调查表中8项指标，如果有5项以上指标填写属于“满意、方便、好、高、合理或符合”评价的，且没有“不满意、不方便、不好、不高、不合理或不符合”评价的则视为基本满意，此调查表列为满意表格，否则列为不满意表格。
5. 示例：下面调查表的评价结果有6项属于“满意、方便、好、高、合理或符合”评价“，但有一项属于“不满意、不方便、不好、不高、不合理或不符合”评价，则本调查表属于不满意表格。
6. 各地可根据实际情况对调查表的满意指标及确定方式进行调整。

