

开封市医疗保障局文件

汴医保〔2022〕32号

开封市医疗保障局 关于印发《开封市医疗保障经办机构信用评价 管理暂行办法（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局、局属各单位：

《开封市医疗保障经办机构信用评价管理暂行办法（试行）》已经局务会研究通过，现印发给你们，请遵照执行。



开封市医疗保障经办机构信用评价管理 暂行办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为保障医疗保障基金安全运行，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《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第735号）、《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）、《关于开展医保基金监管“两试点一示范”工作的通知》（医保办发〔2019〕17号）、《开封市医疗保障信用管理暂行办法》（汴医保〔2021〕31号）等有关规定，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的信用承诺、信用归集、信用评价、评价应用、信用修复和监督管理等信用管理工作。

第二章 信用承诺

第三条 医疗保障信用承诺，是指信用主体应知晓医疗保障相关法律、法规、规定和协议，并以规范形式向社会作出公开承诺，自我约束、诚信合规。信用承诺将纳入信用主体的信用档案，通过“信用开封”网站等渠道公示，接受社会监督。

第四条 信用承诺主要内容包括：

（一）承诺严格遵守国家法律、法规、规章和政策规定，在提供经办服务、开展医保协议管理等过程中，全面履行应尽诚信服务的责任和义务；

（二）承诺提供的所有资料或信息均合法、真实、准确和有效，并对所提供的资料真实性负责；

（三）承诺积极参与开封市医疗保障信用体系建设，自觉遵守有关信用体系建设的规章制度；

（四）承诺自觉接受政府、社会公众、新闻舆论的监督，积极履行社会责任；

（五）承诺内容向社会公开。

第三章 信息归集

第五条 信用主体信用信息包括：

（一）机构类信用主体的法定名称和统一社会信用代码；

（二）信用主体遵守国家 and 地方医疗保障相关法律、法规、规章、政策规定和协议履约的相关信息；

（三）信用主体在医疗保障领域违反有关法律、法规、规章等，以及经有关部门认定的其他违法违规信息；

（四）自觉接受政府、社会公众、新闻舆论的监督，积极履行社会责任的相关信息。

第六条 医疗保障信用信息管理平台以数据和应用标准化为

原则，围绕信用评价、管理的全流程，整合医疗保障领域各种信用信息资源，建立健全医疗保障信用信息数据库，设立医疗保障信用领域所有信用主体的信用记录、管理模块，实现信用信息的电子化采集、记录、存储和应用。

第七条 建立对失信行为的举报奖励制度。将医疗保障领域的各类行为放在社会监督之中，鼓励社会各界对医疗保障信用主体的失信行为予以举报，并严格落实奖励制度，保护举报人的合法权益。

第八条 根据信用评价标准要求，各级医疗保障行政部门及其授权机构依据司法处理、行政处理、协议处理和基金运行等情况，归集信用评价指标的相关信息；各类信用主体负责提供评价指标要求的基础信息；其他部门评价和社会评价通过共享机制进行归集。

第九条 医疗保障行政部门对各类信用主体的信用信息进行认定、采集、审核、更新，并对其真实性、完整性和及时性负责。

第十条 信息归集以自然年度为周期。医疗保障行政部门建立统一的信用信息归集制度和信用档案。

第四章 信用评价

第十一条 医疗保障经办机构信用评价以自然年度为评价周期，市级医疗保障行政部门从基础管理、基金运行、基金监管、满意度评价和社会信用五个维度分设一、二、三级指标，开展综

合评价。

第十二条 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，采用直接打分、分档打分、标杆最优等打分方法进行评价，详见附件 1。

第十三条 根据信用积分确定等级，信用等级统一划分为 A、B、C、D 四级。其中总分值在 90 分（含）以上的，评定为 A 级，表示信用优秀；分值为 80（含）-90 分的，评定为 B 级，表示信用良好；分值为 70（含）-80 分的，评定为 C 级，表示信用一般；分值为 70 分以下的，评定为 D 级，表示信用不佳。

第十四条 市级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。市级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。

第十五条 医疗保障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，信用评价直接计入最低等级。

第五章 评价应用

第十六条 各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。

第十七条 对评为 A 级的医疗保障经办机构按下列规定进行

管理：

- （一）在年度考核中对经办机构优先确定为优秀单位；
- （二）在年度考核中对单位主要负责人优先确定为优秀等次。

第十八条 对评为 B 级的医疗保障经办机构不作奖惩管理。

第十九条 对评为 C 级的医疗保障经办机构按下列规定进行管理：

- （一）取消年度考核中优秀单位推荐资格；
- （二）取消年度考核中主要负责人优秀等次推荐资格。

第二十条 对评为 D 级的医疗保障经办机构按下列规定进行管理：

- （一）取消年度考核中优秀单位推荐资格；
- （二）取消年度考核中主要负责人优秀等次推荐资格；
- （三）通报主管部门。

第二十一条 将信用评价结果纳入开封市信用信息共享平台和其他相关信息公示系统，按照有关规定实施联合惩戒。

第六章 信用修复

第二十二条 建立信用修复制度，引导和督促失信主体积极主动改正医疗保障失信行为，消除不良影响，重塑主体信用。

第二十三条 符合信用修复规定的失信医保信用主体，可按《开封市医疗保障信用修复管理暂行办法》（汴医保〔2020〕83号），在规定的期限内，按规定的程序向市级医疗保障行政部门

提出书面信用修复申请。

第七章 监督管理

第二十四条 市级医疗保障行政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办法，并提供查询服务。

第二十五条 从事信用管理的工作人员应当依法履职，确保医疗保障经办机构隐私信息安全，维护其合法权益，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，保障信用管理工作的真实性、安全性、公正性。对徇私舞弊、玩忽职守、篡改信息或以其他违法方式，损害信用主体合法权益的相关责任人，将通报有关部门，依法追究相关责任。

第八章 附 则

第二十六条 本暂行办法由开封市医疗保障局负责解释。

第二十七条 本暂行办法自发布之日起实施。

附件：1. 开封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）
2. 信用承诺书

附件 1:

开封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、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. 直接打分

按各项指标评分标准，根据公式直接计算得分。

2. 分档打分

按各项指标评分标准，采取多档分段，分别赋分。

3. 标杆最优

在对比范围内，按指标值设定标准区间为满分，标准区间外

偏离扣分。

三、指标体系

（一）指标体系汇总

表 1：开封市医疗保障基金监管信用评价指标（医疗保障经办机构）

（注：对医保经办机构线上填报项采取不定期抽查，如结果不符以抽查结果为准）

开封市医疗保障基金监管信用评价指标

(医疗保障经办机构)

一级指标	二级指标	序号	三级指标	权重	定义	评分标准	评分方式	指标值来源	医保经办机构线上填报内容 (附件需加盖单位公章上传)
1. 基础管理 (25%)	(1) 组织管理	1	管理组织	2.0%	建立健全医保经办内控管理组织体系,严格按照制衡原则设置岗位,明确岗位类型、职责和权限,并运用信息化手段有效行使内控管理职能。	独立设置综合、业务、财务、信息、内控管理部门,暂无条件设置独立内控管理部门的,应设置专职独立内控岗位且不得兼任其他部门职务、职责。未设置内控部门本项不得分。	分档打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分,并上传附件:医疗保障经办部门三定方案或相关文件。
		2	监管队伍	2.0%	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。有组织、有计划开展经办机构工作人员教育,进行医疗保障基金监管、医疗保障信用体系政策培训,并有完整的培训记录。	未组建监管队伍本项不得分。无培训学习记录,扣30分;抽查4名工作人员,对医保基金监管、医保信用体系政策回答不正确的,每人扣10分;错误解答、宣传医保政策,造成不良影响,扣30分。扣完为止。	分档打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分,并上传附件: 1. 基金监管人员花名册; 2. 培训签到表扫描件; 3. 培训课件扫描件; 4. 培训照片扫描件。

(2) 制度管理	3	内控制度	2.0%	建立健全经办机构内控制度，构成覆盖业务、财务、安全和风险管理等内部控制体系。加强组织机构建设、经办业务运行、基金财务、信息系统使用、内部控制检查等环节的全过程监督管理。	建立包含经办机构组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制等环节的内部控制管理制度，并认真执行。每缺一项扣25分。	分档 打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分，并上传附件：经办机构内部控制管理制度扫描件。
	4	协议管理	2.0%	加强定点医药机构协议管理。与定点医药机构建立集体谈判协商机制，签订服务协议，并向社会公开。	建立与定点医药机构集体谈判协商机制，核查申报定点材料，协商签订服务协议，完善定点申请、组织评估和协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，制定经办规程，明确违反服务协议的行为及其责任，及时向社会公布签订服务协议的定点医药机构名单，每缺一项扣25分。	分档 打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分，并上传附件： 1. 谈判协商会议纪要、照片等材料扫描件； 2. 已签订的服务协议扫描件。
	(3) 信息管理	5	数据标准化	2.0%	医保信息系统全面、准确应用国家、省数据信息标准。医保目录更新维护及时，及时督促定点医药机构维护对照关系。	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。未及时督促维护的每例扣10分。	分档 打分	医保经办机构填报与日常检查

		6	档案管理	2.5%	建立医疗保险业务档案管理制度,完整、准确地记录数据。	各级经办机构应加强医保经办业务档案管理,制定完善的档案管理制度,明确档案归档范围、保管时限、查询借阅、鉴定销毁等要求;建设档案保管场所,配备必要设备,满足档案存放的基础条件;设立档案管理岗位,明确专人负责档案管理,定期对档案保管情况进行抽查,确保档案管理规范。每缺一项扣25分。	分档 打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分,并上传附件:医疗保障业务档案制度及材料。
		7	数据安全	2.5%	确保信息安全。在工作和检查中获取的相关信息仅用于医疗保障基金使用监督管理,不得非法泄露。	存在将工作和检查中获取、知悉的被调查对象资料或者相关信息用于医疗保障基金使用监督管理以外的其他目的,泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密的,本项不得分。	分档 打分	日常检查	
		8	系统安全	2.5%	加强设备、网络、软件安全管理,实行业务系统与互联网隔离,同一终端不得接入多个网络,并明确专人维护。	未设置专人维护的,扣20分;未实行业务系统与互联网隔离的,本项不得分。	分档 打分	日常检查	

	(4) 财务管理	9	基金 财务	2.5%	按规定执行社会保险财务制度,按制度要求规范设立财务账表。编制年度医疗保险基金决算草案,并按程序报批。	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;基金财务与业务、财政、银行、税务等及时对账,业务往来记录完整,真实、准确反映基金财务状况;银行票据、网银U盾、基金专用收据、密钥、印章管理、使用、核销符合规定,财务档案及时归档整理,定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况。医保基金实行“收支两条线”管理,按照规定纳入财政专户。每缺一项扣20分。	分档 打分	日常检查	
	(5) 内控 管理	10	内控 检查	2.5%	建立健全合法合理的内控管理检查、报告及责任追究等相关制度,制定年度内部控制检查计划。	1. 制定内控管理检查制度和年度检查计划; 2. 成立检查小组或定期聘请第三方机构对各级经办机构各业务运行、内控要求落实、业务经办流程、办理材料、基金收支等内容进行监督检查,并出具检查报告; 3. 建立内控检查考核定期报告、重大问题及时报告制度以及责任追究制度。	分档 打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分,并上传附件: 1. 检查制度和年度检查计划; 2. 内控管理检查报告及责任追究等相关扫描件。

	(6) 创新管理	11	创新基金监管	2.5%	开展医疗保障经办管理创新性工作。	开展医保基金监管创新性工作： 1. 受国家级医疗保障部门通报表彰，或被国家级媒体刊发相关论文得 100 分； 2. 受省级医疗保障部门通报表彰，或被省级媒体刊发相关论文得 80 分； 3. 受市级医疗保障部门通报表彰，或被市级媒体刊发相关论文得 50 分； 若获得多项按最高级别得分，不重复计分。	分档 打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分，并上传附件：上级医疗保障部门通报表彰的文件或相关论文扫描件。
2. 基金运行 (25%)	(1) 预算管理	12	基金收支计划执行	2.0%	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。	以医保基金年度收支计划为目标，完成 95%—105%为标杆。在对比范围内，按指标值设定标准区间为满分，标准区间外偏离扣分。	标杆 最优	医保经办机构填报与日常检查	填报得分，并上传附件：医保基金年度收支计划执行情况。
	(2) 总额控制	13	复合方式付费	2.0%	在医疗保障部门确定的医保基金总额预算指标基础上采用复合方式付费。	实行总额预算管理，开展按病种、疾病诊断相关分组、项目、床日、人头等多元复合付费方式，基金结算支付程序规范合理，每开展一项得 30 分。	分档 打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分，并上传附件：支付方式改革相关文件。

		14	总控指标执行	2.0%	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。	以年度总额预算目标完成90%-100%为标杆。在对比范围内，按指标值设定标准区间为满分，标准区间外偏离扣分。（若存在突发重大医疗卫生事件、医保政策大幅变更等特殊情况，则根据实际指标数值变更年度总额预算目标标杆范围）	标杆最优	医保经办机构填报与日常检查	填报得分，并上传附件：年度总额预算目标完成情况。
(3)	结算管理	15	异地就医直补结算	2.0%	按规定及时、足额开展省内、跨省异地就医结算。	及时、足额上解跨省、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。未及时、足额上解基金每次扣30分。	分档打分	日常检查	
		16	两定机构结算	3.0%	按照医保基金结算文件、协议开展医保结算。存在拖欠、截留、挪用定点医药机构结算费用的情况。	及时、足额按医保结算文件、协议规定结算医保基金。拖欠定点医药机构每50万元扣50分、截留定点医药机构每30万元扣50分、挪用定点医药机构每10万元扣50分。	分档打分	日常检查	
(4)	待遇管理	17	一站式	2.0%	基本医保、医疗救助实现“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。	基本医保、医疗救助实现“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，未实现本项不得分。	分档打分	日常检查	
		18	待遇支付	2.0%	按规定及时、足额支付参保人零星报销、生育保险待遇费用。	及时、足额支付参保人零星报销、生育保险待遇费用，无特殊客观原因未及时、足额支付待遇每例扣25分。	分档打分	日常检查	

		19	待遇审核	3.0%	各级经办机构应执行业务审核制度，加强待遇审核。	各级经办机构应执行业务审核制度，加强对门诊慢特病待遇、异地就医直接结算、手工报销、生育保险待遇、医疗救助待遇等业务审核工作。重点审核政策条件符合度、申请资质、收费票据、费用明细清单、疾病诊断书等相关材料。每例审核中未发现的违规报销案件扣25分。	分档打分	日常检查	
		20	欺诈骗保	3.0%	存在虚假报销资料套取医保基金的情况。	医保经办机构存在通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或虚构医药服务项目等方式，侵占、挪用或骗取医疗保障基金的，本项不得分。	分档打分	日常检查	
	(5) 风险管理	21	医保基金备付能力	2.0%	衡量医保基金抗风险能力。	医保基金累计结余可支付月数6—9个月为满分，每降低一个月或增加3个月，扣30分。	分档打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分，并上传附件：医保基金累计结余可支付月数。
		22	风险防控	2.0%	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。	建立基金风险预警机制；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，每缺一项扣30分。	分档打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分，并上传附件： 1. 风险防控相关制度文件扫描件； 2. 应急处置预案。

3. 基金 监管 (25%)	(1) 待遇 稽核	23	方案 制定	2.0%	规范医疗保障待遇稽核业务行为,依法依规开展日常稽核和专项稽核,保障基本医疗保险基金安全和有效使用。	在医保行政部门的统一领导下,制定专项稽核计划,对疑似违规的就医购药、医保支付范围和标准、费用结算、两定机构协议履行、参保人待遇等事项开展日常稽核和专项稽核,未开展相关检查本项不得分。	分档 打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分,并上传附件:专项稽核检查相关报告。
		24	病案 审核	3.0%	按照初审、复审两级审核制度要求,对定点医疗机构申报的医疗费用信息进行审核。对初审发现的疑似违规费用通过调阅病历、日常检查等方式核实。	对定点医疗机构申报的医疗费用信息进行100%全覆盖初审;对初审数据和审核结果进行复审,对初审通过的费用采取随机抽查方式进行复审,住院费用的抽查比例不低于总量的5%。每降低1%扣30分。	分档 打分	日常检查	
		25	智能 审核	3.0%	依托全国统一的医疗保障信息平台,运用信息化手段,利用大数据实时动态监控医疗保障基金使用情况。	是否利用信息化手段开展智能审核,提升监管效能,未开展本项不得分。	分档 打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分,并上传附件: 1. 开展智能审核系统截图; 2. 具体处理情况相关资料。
	(2) 举报 投诉	26	举报 投诉	3.0%	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。	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,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,每缺一项扣30分。	分档 打分	医保经办机构填报与日常检查	填报得分,并上传附件: 1. 投诉窗口(台)、投诉箱、投诉监督举报电话的相关证明图片; 2. 投诉处理的记录、证明材料扫描件。

	(3) 费用 处理	27	追回 或拒付 费用	3.0%	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。	以对两定机构被追回或拒付费用占统筹基金发生额的比例，达到前三年算术平均数的90%以上为标杆。在对比范围内，按指标值设定标准区间为满分，标准区间外偏离扣分。	标杆 最优	日常检查	
	(4) 协议 处理	28	中止 或解除 协议	3.0%	衡量医保监管两定机构医疗保障违规行为的处理力度。	以对两定机构中止或解除协议的数量，达到前三年算术平均数的90%以上为标杆。在对比范围内，按指标值设定标准区间为满分，标准区间外偏离扣分。	标杆 最优	日常检查	
	(5) 信用 处理	29	信用 人员 类主 体处 理	3.0%	衡量医保监管各类人员医疗保障违规行为的处理力度。	以对医保信用体系人员类主体的累计记分，达到上年度累计记分的90%以上为标杆。在对比范围内，按指标值设定标准区间为满分，标准区间外偏离扣分。	标杆 最优	日常检查	
	(6) 年终 考核	30	考核 制度	2.0%	建立健全合法合理的考核制度和考核标准。	1. 制定协议管理考核办法和年度考核计划，建立科学合理的年度考核评价指标体系，引入参保人满意度调查等评价方式； 2. 经办机构或其委托的第三方机构，对定点医药机构开展从协议履行、医疗质量、诊疗规范到成本控制的绩效考核，推动考核结果向社会公布。 每缺一项扣50分。	分档 打分	日常检查	

		31	考核结果应用	3.0%	建立激励约束机制,增加对考核结果的应用,将考核结果落到实处。	强化协议管理和考核结果应用,根据服务协议履行情况将年终考核结果与医保付费、年终清算、总额预算指标、保证金额度、定点医药机构信用等级评定与管理、协议续签和终止等挂钩,每缺一项扣30分。	分档打分	日常检查	
4. 满意度评价 (10%)	(1) 服务对象评价	32	服务对象满意度	5.0%	通过线上形式调查服务对象对经办机构工作人员服务态度、办理时效等工作进行满意度调查。	按问卷平均数直接打分。	直接打分	满意度评价系统	
	(2) 舆情评价	33	媒体报道	5.0%	媒体报道关于医疗保障工作的情况。	1. 被省级及以上级媒体曝光造成不良影响的,本项不得分; 2. 被市级媒体曝光造成不良影响的,一次扣50分; 3. 被县级媒体曝光造成不良影响的,一次扣30分。	分档打分	日常检查	
5. 社会信用 (15%)	(1) 失信被执行人	34	失信被执行人	0.0%	医保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。	医保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,信用评价直接进入最低等级。	直接打分	信用开封	
	(2) 行政处罚	35	行政处罚	3.0%	医保经办机构及其工作人员被政府有关行政部门给予行政处罚情况。	按医保经办机构及其工作人员被行政部门处罚的次数扣分,每次扣30分。	分档打分	相关部门提供	

	(3) 纪律 处理	36	党纪 政纪 处理	5.0%	医保经办机构工作人员因欺 诈骗保、贪污、受贿等被党纪、 政纪处理。	按涉嫌犯罪或违反其他法律法规 被党纪、政纪处理次数扣分，每次 扣 30 分。	分档 打分	相关部门 提供	
		37	违法 犯罪	7.0%	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。	按涉嫌犯罪或违反其他法律法规 的移交次数扣分，每次扣 30 分。	分档 打分	相关部门 提供	

（二）指标解释

1. 基础管理（25%）

1.1 组织管理

1.1.1 管理组织

定义：建立健全医保经办内控管理组织体系，严格按照制衡原则设置岗位，明确岗位类型、职责和权限，并运用信息化手段有效行使内控管理职能。

评分标准：独立设置综合、业务、财务、信息、内控管理部门，暂无条件设置独立内控管理部门的，应设置专职独立内控岗位且不得兼任其他部门职务、职责。未设置内控部门本项不得分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：医疗保障经办部门三定方案或相关文件。

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。有组织、有计划开展经办机构工作人员教育，进行医疗保障基金监管、医疗保障信用体系政策培训，并有完整的培训记录。

评分标准：未组建监管队伍本项不得分。无培训学习记录，扣30分；抽查4名工作人员，对医保基金监管、医保信用体系政策回答不正确的，每人扣10分；错误解答、宣传医保政策，造成不良影响，扣30分。扣完为止。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：1. 基金监管人员花名册；2. 培训签到表扫描件；3. 培训课件扫描件；4. 培训照片扫描件。

1.2 制度管理

1.2.1 内控制度

定义：建立健全经办机构内控制度，构成覆盖业务、财务、安全和风险管理等内部控制体系。加强组织机构建设、经办业务运行、基金财务、信息系统使用、内部控制检查等环节的全过程监督管理。

评分标准：建立包含经办机构组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制等环节的内部控制管理制度，并认真执行。每缺一项扣 25 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：经办机构内部控制管理制度扫描件。

1.2.2 协议管理

定义：加强定点医药机构协议管理。与定点医药机构建立集体谈判协商机制，签订服务协议，并向社会公开。

评分标准：建立与定点医药机构集体谈判协商机制，核查申报定点材料，协商签订服务协议，完善定点申请、组织评估和协

议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，制定经办规程，明确违反服务协议的行为及其责任，及时向社会公布签订服务协议的定点医药机构名单。每缺一项扣 25 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：1. 谈判协商会议纪要、照片等材料扫描件；2. 已签订的服务协议扫描件。

1.3 信息管理

1.3.1 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。医保目录更新维护及时，及时督促定点医药机构维护对照关系。

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。未及时督促维护的每例扣 10 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：下发更新维护信息截图、台账等材料。

1.3.2 档案管理

定义：建立医疗保险业务档案管理制度，完整、准确地记录数据。

评分标准：各级经办机构应加强医保经办业务档案管理，制定完善的档案管理制度，明确档案归档范围、保管时限、查询借

阅、鉴定销毁等要求；建设档案保管场所，配备必要设备，满足档案存放的基础条件；设立档案管理岗位，明确专人负责档案管理，定期对档案保管情况进行抽查，确保档案管理规范。每缺一项扣 25 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：医疗保障业务档案制度及材料。

1.3.3 数据安全

定义：确保信息安全。在工作和检查中获取的相关信息仅用于医疗保障基金使用监督管理，不得非法泄露。

评分标准：存在将工作和检查中获取、知悉的被调查对象资料或者相关信息用于医疗保障基金使用监督管理以外的其他目的，泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密的，本项不得分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

1.3.4 系统安全

定义：加强设备、网络、软件安全管理，实行业务系统与互联网隔离，同一终端不得接入多个网络，并明确专人维护。

评分标准：未设置专人维护的，扣 20 分；未实行业务系统与互联网隔离的，本项不得分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

1.4 财务管理

1.4.1 基金财务

定义：按规定执行社会保险财务制度，按制度要求规范设立财务账表。编制年度医疗保险基金决算草案，并按程序报批。

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；基金财务与业务、财政、银行、税务等及时对账，业务往来记录完整，真实、准确反映基金财务状况；银行票据、网银U盾、基金专用收据、密钥、印章管理、使用、核销符合规定，财务档案及时归档整理，定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况。医保基金实行“收支两条线”管理，按照规定纳入财政专户。每缺一项扣20分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

1.5 内控管理

1.5.1 内控检查

定义：建立健全合法合理的内控管理检查、报告及责任追究等相关制度，制定年度内部控制检查计划。

评分标准：1. 制定内控管理检查制度和年度检查计划；2. 成立检查小组或定期聘请第三方机构对各级经办机构各业务运行、内控要求落实、业务经办流程、办理材料、基金收支等内容进行监督检查，并出具检查报告；3. 建立内控检查考核定期报告、

重大问题及时报告制度以及责任追究制度。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：1. 检查制度和年度检查计划；2. 内控管理检查报告及责任追究等相关扫描件。

1.6 创新管理

1.6.1 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：1. 受国家级医疗保障部门通报表彰，或被国家级媒体刊发相关论文得 100 分；2. 受省级医疗保障部门通报表彰，或被省级媒体刊发相关论文得 80 分；3. 受市级医疗保障部门通报表彰，或被市级媒体刊发相关论文得 50 分；若获得多项按最高级别得分，不重复计分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：上级医疗保障部门通报表彰的文件或相关论文扫描件。

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%为标杆。在对比范围内,按指标值设定标准区间为满分,标准区间外偏离扣分。

计算方法:标杆最优。

指标采集渠道:医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件(附件需加盖单位公章上传),附件内容:医保基金年度收支计划执行情况。

2.2 总额控制

2.2.1 复合方式付费

定义:在医疗保障部门确定的医保基金总额预算指标基础上采用复合方式付费。

评分标准:实行总额预算管理,开展按病种、疾病诊断相关分组、项目、床日、人头等多元复合付费方式,基金结算支付程序规范合理,每开展一项得30分。

计算方法:分档打分。

指标采集渠道:医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件(附件需加盖单位公章上传),附件内容:支付方式改革相关文件。

2.2.2 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%为标杆。在

对比范围内，按指标值设定标准区间为满分，标准区间外偏离扣分。（若存在突发重大医疗卫生事件、医保政策大幅变更等特殊情况，则根据实际指标数值变更年度总额预算目标标杆范围）

计算方法：标杆最优。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：年度总额预算目标完成情况。

2.3 结算管理

2.3.1 异地就医直补结算

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、足额上解跨省、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。未及时、足额上解基金每次扣 30 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

2.3.2 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。存在拖欠、截留、挪用定点医药机构结算费用的情况。

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。拖欠定点医药机构每 50 万元扣 50 分、截留定点医药机构每 30 万元扣 50 分、挪用定点医药机构每 10 万元扣 50 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

2.4 待遇管理

2.4.1 一站式

定义：基本医保、医疗救助实现“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。

评分标准：基本医保、医疗救助实现“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，未实现本项不得分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

2.4.2 待遇支付

定义：按规定及时、足额支付参保人零星报销、生育保险待遇费用。

评分标准：及时、足额支付参保人零星报销、生育保险待遇费用，无特殊客观原因未及时、足额支付待遇每例扣 25 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

2.4.3 待遇审核

定义：各级经办机构应执行业务审核制度，加强待遇审核。

评分标准：各级经办机构应执行业务审核制度，加强对门诊慢特病待遇、异地就医直接结算、手工报销、生育保险待遇、医疗救助待遇等业务审核工作。重点审核政策条件符合度、申请资质、收费票据、费用明细清单、疾病诊断书等相关材料。每例审核中未发现的违规报销案件扣 25 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

2.4.4 欺诈骗保

定义：存在虚假报销资料套取医保基金的情况。

评分标准：医保经办机构存在通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或虚构医药服务项目等方式，侵占、挪用或骗取医疗保障基金的，本项不得分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

2.5 风险管理

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：医保基金累计结余可支付月数 6—9 个月为满分，每降低一个月或增加 3 个月，扣 30 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：医保基金累计结余可支付月数。

2.5.2 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：建立基金风险预警机制；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，每缺一项扣 30 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：1. 风险防控相关制度文件扫描件；2. 应急处置预案。

3. 基金监管（25%）

3.1 待遇稽核

3.1.1 方案制定

定义：规范医疗保障待遇稽核业务行为，依法依规开展日常稽核和专项稽核，保障基本医疗保险基金安全和有效使用。

评分标准：在医保行政部门的统一领导下，制定专项稽核计划，对疑似违规的就医购药、医保支付范围和标准、费用结算、两定机构协议履行、参保人待遇等事项开展日常稽核和专项稽核，未开展相关检查本项不得分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：专项稽核检查相关报告。

3.1.2 病案审核

定义：按照初审、复审两级审核制度要求，对定点医疗机构申报的医疗费用信息进行审核。对初审发现的疑似违规费用通过调阅病历、日常检查等方式核实。

评分标准：对定点医疗机构申报的医疗费用信息进行100%

全覆盖初审；对初审数据和审核结果进行复审，对初审通过的费用采取随机抽查方式进行复审，住院费用的抽查比例不低于总量的5%。每降低1%扣30分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

3.1.3 智能审核

定义：依托全国统一的医疗保障信息平台，运用信息化手段，利用大数据实时动态监控医疗保障基金使用情况。

评分标准：是否利用信息化手段开展智能审核，提升监管效能，未开展本项不得分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：1. 开展智能审核系统截图；2. 具体处理情况相关资料。

3.2 举报投诉

3.2.1 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：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，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，每缺一项扣 30 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：医保经办机构线上填报与日常检查。

医保经办机构线上填报得分并上传附件（附件需加盖单位公章上传），附件内容：1. 投诉窗口（台）、投诉箱、投诉监督举报电话的相关证明图片；2. 投诉处理的记录、证明材料扫描件。

3.3 费用处理

3.3.1 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的比例，达到前三年算术平均数的 90%以上为标杆。在对比范围内，按指标值设定标准区间为满分，标准区间外偏离扣分。

计算方法：标杆最优。

指标采集渠道：日常检查。

3.4 协议处理

3.4.1 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的数量，达到前三年算术平均数的 90%以上为标杆。在对比范围内，按指标值设定标准区间为满分，标准区间外偏离扣分。

计算方法：标杆最优。

指标采集渠道：日常检查。

3.5 信用处理

3.5.1 信用人员类主体处理

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的累计记分，达到上年度累计记分的90%以上为标杆。在对比范围内，按指标值设定标准区间为满分，标准区间外偏离扣分。

计算方法：标杆最优。

指标采集渠道：日常检查。

3.6 年终考核

3.6.1 考核制度

定义：建立健全合法合理的考核制度和考核标准。

评分标准：1. 制定协议管理考核办法和年度考核计划，建立科学合理的年度考核评价指标体系，引入参保人满意度调查等评价方式；2. 经办机构或其委托的第三方机构，对定点医药机构开展从协议履行、医疗质量、诊疗规范到成本控制的绩效考核，推动考核结果向社会公布。每缺一项扣50分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

3.6.2 考核结果应用

定义：建立激励约束机制，增加对考核结果的应用，将考核结果落到实处。

评分标准：强化协议管理和考核结果应用，根据服务协议履

行情况将年终考核结果与医保付费、年终清算、总额预算指标、保证金额度、定点医药机构信用等级评定与管理、协议续签和终止等挂钩，每缺一项扣 30 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

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：通过线上形式调查服务对象对经办机构工作人员服务态度、办理时效等工作进行满意度调查。

评分标准：按问卷平均数直接打分。

计算方法：直接打分。

指标采集渠道：满意度评价系统。

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：1. 被省级及以上级媒体曝光造成不良影响的，本项不得分；2. 被市级媒体曝光造成不良影响的，一次扣 50 分；3. 被县级媒体曝光造成不良影响的，一次扣 30 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：日常检查。

5. 社会信用（15%）

5.1 失信被执行人

5.1.1 失信被执行人

定义：医保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：医保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，信用评价直接进入最低等级。

计算方法：直接打分。

指标采集渠道：信用开封。

5.2 行政处罚

5.2.1 行政处罚

定义：医保经办机构及其工作人员被政府有关行政部门给予行政处罚情况。

评分标准：按医保经办机构及其工作人员被行政部门处罚的次数扣分，每次扣 30 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：相关部门提供。

5.3 纪律处理

5.3.1 党纪政纪处理

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、政纪处理。

评分标准：按涉嫌犯罪或违反其他法律法规被党纪、政纪处理次数扣分，每次扣 30 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：相关部门提供。

5.3.2 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：按涉嫌犯罪或违反其他法律法规的移交次数扣分，每次扣 30 分。

计算方法：分档打分。

指标采集渠道：相关部门提供。

附件 2:

信用承诺书

开封市医疗保障局:

本单位_____，统一社会信用代码_____，地址_____，法定代表人_____。现向贵局郑重承诺:

本单位及法定代表人承诺了解掌握并遵照《中华人民共和国社会保险法》和《医疗保障基金使用监督管理条例》、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》、《开封市城镇职工基本医疗保险暂行办法》、《开封市城乡居民基本医疗保险实施办法(试行)》等法律法规及相关政策，同时遵守以下承诺:

1. 承诺严格遵守国家法律、法规、规章和政策规定，在提供经办服务、开展医保协议管理等过程中，全面履行应尽诚信服务的责任和义务;

2. 承诺提供的所有资料或信息均合法、真实、准确和有效，并对所提供的资料真实性负责;

3. 承诺积极参与开封市医疗保障信用体系建设，自觉遵守有关信用体系建设的规章制度;

4. 承诺自觉接受政府、社会公众、新闻舆论的监督，积极履

行社会责任；

5. 承诺内容向社会公开。

承诺人（签字）：

单位（盖章）：

年 月 日

