

兰州市医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系及评分标准表

序号	一级指标 (8)	二级指标 (25)	三级指标 (60)	分值 (200分)	指标释义	评分规则	指标设计依据	指标类型	记分周期规则	数据获取 方式	数据采集部 门(主)	数据采集部 门(辅)	对应国家 指标	兰州医保 中心综合	备注	
1	协议履行	基础管理	变更备案	2	定点医疗机构的名称、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, 按照规定时间向医保部门提供相关材料备案或重新签订协议。	基础分为2分, 未按规定变更备案, 查实一次扣1分, 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十条。定点医疗机构的名称、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, 应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构	1.1.1变更备案			
2			标识悬挂	1	在显著位置悬挂“基本医疗保险定点医疗机构”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。	基础分为1分, 未在显著位置悬挂, 查实一次扣0.5分; 扣完为止。未悬挂, 查实一次此项不得分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第二十条。定点医疗机构在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构	1.1.2标识悬挂			
3			举报投诉	1	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。	基础分为1分, 未设投诉窗口(台)、箱等设施, 未公布监督举报电话, 扣0.5分; 对参保人员的投诉未及时受理并予以处理, 扣1分; 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十八条。医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式, 通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行社会监督, 畅通举报投诉渠道, 及时发现问题并进行处理。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构	1.1.4 举报投诉			
4			宣传咨询	1	采取多种方式向社会开展医疗保险宣传, 为参保人员提供医疗保障相关的咨询服务。	有一项不合格此项不得分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十八条。医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式, 通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行社会监督, 畅通举报投诉渠道, 及时发现问题并进行处理。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构			√	
5			公开承诺	1	签署医疗保障信用承诺书。	基础分为1分, 未签署承诺书, 扣1分。	《兰州市医疗保障信用管理暂行办法》	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构				
6		信息管理	数据对接	1	按规定与医保信息系统进行对接。	经查实, 未按照要求实现与医保信息系统有效对接; 或对接出现问题后, 不能积极主动积极解决问题, 该项不得分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第二十四条。定点医疗机构重新安装信息系统时, 应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接, 并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构	1.2.1 系统对接			
7			数据上传	3	按照要求及时将准确、完整的医保数据上传至医保信息系统。	基础分为3分, 未发生信息传输不规范事件得满分。未按信息编码规则上传数据的; 上传信息数据不全面、人为缺项的; 上传信息数据不准确、故意造假的; 上传信息数据未按要求实现的; 经查实, 每出现一例扣1分, 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第二十四条。定点医疗机构重新安装信息系统时, 应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接, 并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构	1.2.2 数据上传		√	
8			信息安全	1	制定信息系统安全保障制度, 并遵守数据安全有关制度, 未造成参保人员隐私泄露。	基础分为1分, 未发生信息系统及数据不安全事件得满分。未遵守数据安全有关制度的, 每查实一例扣0.5分; 未制定信息系统安全保障制度的, 每查实一例扣1分; 造成参保人员隐私泄露, 每查实一例扣1分, 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第二十四条。定点医疗机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作, 遵守数据安全有关制度, 保护参保人员隐私。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	医保经办机构	医保经办机构				
9			财务管理	财务制度	1	按规定执行医疗机构财务制度和会计制度, 并按制度要求规范设立财务账表。	未按规定执行医疗机构财务制度和会计制度, 查实一次, 此项不得分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十四条。经办机构不予支付的费用、定点医疗机构按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等, 定点医疗机构不得作为医保欠费处理。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构			
10				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。	基础分为2分, 未使用财务记录信息系统, 查实一次扣0.5分; 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等涉及基金使用的相关资料, 查实一例扣0.5分。扣完为止。	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十六条。定点医药机构应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构	1.3.2 财务记录		
11				医药价格	2	违反医疗保障行政部门制定的医药价格政策和价格公示政策。	基础分为2分, 未按规定价格收费、未按规定价格公示, 查实一例扣1分; 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十八条。定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	医保经办机构	定点医疗机构			

序号	一级指标 (8)	二级指标 (25)	三级指标 (60)	分值 (200分)	指标释义	评分规则	指标设计依据	指标类型	记分周期规则	数据获取 方式	数据采集部 门(主)	数据采集部 门(辅)	对应国家 指标	兰州医保 中心综合	备注		
12	医疗管理		身份识别	2	按照规定对参保人员身份证与社会保险卡进行核验。	基础分为2分, 查看住院检查日志, 病房现场检查参保患者医保证卡, 每次不合格扣0.5分; 扣完为止。发现冒名顶替住院现象此项不得分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十五条。定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定, 核验参保人员有效身份凭证。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构	1.4.1 身份识别	√			
13			服务资质和执业许可一致性	1	医疗服务、医疗科目与卫生行政部门批准的资质一致, 医护人员注册(备案)地点与执业地点一致, 大型设备、特种设备许可证与备案资质一致	查实一例违约行为, 该项不得分。	兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	年终绩效考核结果	医保经办机构	定点医疗机构		√			
14			规范医保目录内检查与治疗	2	为医保病人提供非定点医药机构开展外检、治疗项目, 或实际外检机构与申请的医药、检验机构不符; 使用未经申报、批准或安全性和有效性未经临床实践证明的技术收取参保人费用。	查实一例违约行为, 扣1分, 扣完为止。	兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	年终绩效考核结果	医保经办机构	医保经办机构	定点医疗机构		√		
15			拒收患者	1	推诿和拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗。	基础分为1分, 发现一次, 此项不得分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十六条。不得以医保支付政策为由拒收患者。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	医保经办机构	医保经办机构	定点医疗机构				
16			结算资格	2	将不具备医保结算资格的分支机构或其他机构的医疗费用纳入申报结算范围。	查实一例违约行为, 该项不得分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十四条。定点医疗机构不得为非定点医疗机构提供医保结算。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	医保经办机构	医保经办机构	定点医疗机构				
17	结算管理		知情同意	2	按规定开展知情同意政策宣传, 签署知情同意书, 保证参保人员知情同意权。入院提醒参保患者办理刷卡登记手续, 并有参保患者或者其近亲属、监护人签字。住院患者自费药品、自费项目签字认可。	基础分为2分, 查看自费项目告知单, 自费药品、自费项目未经住院患者(或者其近亲属、监护人)签字认可每例扣0.5分, 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十五条。除急诊、抢救等特殊情形外, 提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的, 应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	医保经办机构	定点医疗机构	1.5.1 知情同意	√			
18			费用清单	2	及时为参保患者办理出院手续, 按规定向参保人员提供医疗费用查询服务和费用清单, 并承担其解释责任。	基础分为2分, 拒不提供费用清单, 或提供费用清单但未履行告知义务被投诉的, 查实一例扣1分, 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第二十三条。定点医疗机构应当优化医保结算流程, 为参保人员提供便捷的医疗服务, 按规定进行医保费用直接结算, 提供费用结算单据和相关资料。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	医保经办机构	定点医疗机构	1.5.2 费用清单	√			
19	带量采购落实		有约定采购量药品完成率	3	体现药品带量采购协议履约情况	基础分为3分, 设定数值等于80%, 得2分; 数值大于80%, 每上升1个百分点加0.05分, 满分3分; 数值小于80%, 每下降1个百分点扣0.05分, 扣完为止。不涉及带量采购落实任务的机构, 此项得分为2分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十七条。定点医疗机构按有关规定执行集中采购政策, 优先使用集中采购中选的药品和耗材。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	年终绩效考核结果	定点医疗机构	定点医疗机构	1.1.6 药品耗材招采	√			
20			非中选药品采购占比	3	体现优先使用中选药品情况	基础分为3分, 设定数值等于20%, 得2分; 数值小于20%, 每降低1个百分点加0.1分, 满分3分; 数值大于20%, 每上升1个百分点扣0.1分, 扣完为止。不涉及带量采购落实任务的机构, 此项得分为2分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十七条。定点医疗机构按有关规定执行集中采购政策, 优先使用集中采购中选的药品和耗材。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	年终绩效考核结果	定点医疗机构	定点医疗机构	1.1.6 药品耗材招采	√			
21	费用控制		住院次均费用增速	3	衡量该医疗机构住院控费情况。(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%	设定数值小于等于5%得3分; (5%, 7%]得2.5分; (7%, 10%]得2分; (10%, 15%]得1.5分; (15%, 20%]得1分; (20%, 25%]得0.5分; 超过25%得0分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十四条。定点医疗机构应当严格执行医保协议, 合理诊疗、合理收费, 严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录, 优先配备使用医保目录药品, 控制患者自费比例, 提高医疗保障基金使用效率。	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医保系统线上调取	医保行政部门	定点医疗机构	2.2.7 住院次均费用增幅				
22			门诊次均费用增速	3	衡量该医疗机构门诊控费情况。(本年次均门诊费用-上年次均门诊费用)/上年次均门诊费用*100%	设定数值小于等于5%得3分; (5%, 10%]得2.5分; (10%, 15%]得2分; (15%, 20%]得1.5分; (20%, 25%]得1分; (25%, 30%]得0.5分; 超过30%得0分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十四条。定点医疗机构应当严格执行医保协议, 合理诊疗、合理收费, 严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录, 优先配备使用医保目录药品, 控制患者自费比例, 提高医疗保障基金使用效率。	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医保系统线上调取	医保行政部门	定点医疗机构	2.2.5 门诊次均费用增幅				
23			每万元医保基金住院支出年住院服务人数增速	3	医疗机构每万元医保基金住院支出年住院服务人数=医疗机构年住院服务人数/医保基金年住院结算额(万元), 服务人数增长速度=(本年服务人数-上年服务人数)/上年服务人数	基础分为3分, 设定数值等于0为2分; 数值大于0, 每增加1个百分点加0.1分, 满分3分; 数值小于0, 每小1个百分点扣0.1分, 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十四条。定点医疗机构应当严格执行医保协议, 合理诊疗、合理收费, 严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录, 优先配备使用医保目录药品, 控制患者自费比例, 提高医疗保障基金使用效率。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医保系统线上调取	医保行政部门	定点医疗机构					

序号	一级指标 (8)	二级指标 (25)	三级指标 (60)	分值 (200分)	指标释义	评分规则	指标设计依据	指标类型	记分周期规则	数据获取 方式	数据采集部 门(主)	数据采集部 门(辅)	对应国家 指标	兰州医保 中心综合	备注
24	基金绩效	资金效率	每万元医保基金门诊支出年门诊服务人次增速	3	医疗机构每万元医保基金门诊支出年门诊服务人次=医疗机构年门诊服务人次/医保基金年门诊结算额(万元), 服务人次增速= (本年服务人次-上年服务人次)/上年服务人次。门诊/支出服务包括门诊大病慢特病和普通门(急)诊支出/服务;	基础分为3分, 设定数值等于0为2分; 数值大于0, 每增加1个百分点加0.1分, 满分3分; 数值小于0, 每小1个百分点扣0.1分, 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十四条。定点医疗机构应当严格执行医保协议, 合理诊疗、合理收费, 严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目目录, 优先配备使用医保目录药品, 控制患者自费比例, 提高医疗保障基金使用效率。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医保系统 线上调取	医保行政部门	定点医疗机构			
25		质量安全	平均住院日	2	体现参保人住院的平均天数(去除按床日付费的精神类疾病和单病种)	实际值中优, 兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核该项得分/5*2	兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核线上数据	量化指标	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医保系统 线上调取	定点医疗机构	医保经办部门		√	
26			出院患者短期再入院率	2	体现是否存在分解住院情况, 短期为出院后15天内。	最小值低优, 兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核该项得分/5*2	兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核线上数据	量化指标	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医保系统 线上调取	定点医疗机构	医保经办部门		√	
27			住院次均中医适宜技术收费项目数	2	体现住院次均中医适宜技术收费项目数情况	最小值低优, 兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核该项得分/5*2	兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核线上数据	量化指标	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医保系统 线上调取	定点医疗机构	医保经办部门		√	
28			中医适宜技术单次治疗项目超五种就诊人次占比	2	体现中医适宜技术单次治疗项目大于5种的就诊人次占比	最小值低优, 兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核该项得分/5*2	兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核线上数据	量化指标	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医保系统 线上调取	定点医疗机构	医保经办部门		√	
29	基金监管	违法违规行 为	涉及违法违规未造成后果	4	查实违法违规违约行为, 但并未实施违法违规违约处理。	查实一例违法违规违约行为, 如未进行违法违规违约处理, 此项扣1分。	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第三十九条、第四十条。	扣分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	全覆盖检 查记录	医保经办部门	定点医疗机构			
30			配合检查	2	配合医保基金监管机构及经办机构监督检查, 并准确完整提供医疗服务有关的材料和数据。	经查实, 未按要求提供医保监管信息资料, 或不配合监督检查, 此项不得分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第二十二條。定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作, 接受医疗保障行政部门的监督检查, 并按规定提供相关材料。	扣分	动态更新, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作 检查记录	医保经办部门	定点医疗机构	1.1.5 配 合检查		
31		违法违规违 约处理	罚款	20	医疗保障行政部门对定点医疗机构医疗保障违法违规违约行为的罚款方式、程度及次数。	基础分为20分, 医疗机构因违法违规行为被医保行政部门处造成损失金额1倍及以上2倍以下的罚款或处1万元以上5万元以下的罚款, 每次扣5分; 处损失金额2倍及以上5倍以下的罚款或处5万元以上的罚款, 每次扣10分, 扣完为止。	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第三十九条、第四十条、四十二条、四十三条。	分档打分	动态更新, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	行政处罚 决定	医保行政部门	定点医疗机构	3.2.3 罚 款		
32			其他行政处理	20	对定点医疗机构其他违法、违规、违约行为的行政处理方式。包括约谈、责令整改、没收违法所得。	基础分为20分, 因违约行为被医保管理部门约谈整改一次, 扣5分; 整改不到位扣10分; 拒不整改, 此项不得分。没收违法所得一次, 扣5分, 扣完为止。	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十四条。违反本条例规定, 侵占、挪用医疗保障基金的, 由医疗保障等行政部门责令追回; 有违法所得的, 没收违法所得; 对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。	扣分	动态更新, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	行政处罚 决定	医保行政部门	定点医疗机构	3.1.1 约 谈/3.1.2 整改		
33			拒付/追回基金与结算总额之比	10	被医保部门拒绝支付及追回已支付的医保基金, 及扣除违约金合计占结算总额比例。计算公式: (拒付金额+追回金额+扣款金额+违约金)/对应检查时段的医保结算范围内费用总和。	低优。根据审核认定金额, 金额按次累计计算, 标准按照比例记分(大于20%, 为0分; 大于15%, 且小于等于20%, 得1分; 大于10%, 且小于等于15%, 得2分; 大于5%, 且小于等于10%, 得3分; 大于3%, 且小于等于5%, 得4分; 大于2%, 且小于等于3%, 得6分; 大于1%, 且小于等于2%, 得8分; 小于等于1%, 得10分。)	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条。经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的, 可按协议约定相应采取以下处理方式: (三) 不予支付或追回已支付的医保费用;	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医保系统 线上调取	医保行政部门	定点医疗机构	3.2.1 追 回费用 /3.2.2拒 付费用		
34			违约金加收处理	10	要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金。	基础分为10分, 医疗机构因违法违规行为被医保行政部门加收造成损失金额1倍及以上2倍以下的罚款, 每次扣2分; 加收损失金额2倍及以上3倍以下违约金, 每次扣4分; 加收损失金额3倍及以上违约金, 每次扣10分; 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条。经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的, 可按协议约定相应采取以下处理方式: (四) 要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金;	分档打分	动态更新, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	全覆盖检 查记录	医保行政部门	定点医疗机构			
35	暂停结算/中止协议	20	对定点医疗机构医疗保障违约行为的处理方式。包括暂停结算和中止协议。	基础分20分, 期内根据被医保部门暂停结算/中止协议一次扣10分; 两次及以上不得分。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条。经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的, 可按协议约定相应采取以下处理方式: (六) 中止或解除医保协议。	扣分	动态更新, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	日常工作 检查记录	医保行政部门	定点医疗机构	3.3.1 中 止协议				
36	解除协议	-	对定点医疗机构医疗保障违约行为的处理方式。	因违规行为被解除医保协议, 查实后, 该医疗机构信用等级直接评为“D”级	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条。经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的, 可按协议约定相应采取以下处理方式: (六) 中止或解除医保协议。	直接定级	停止评级直至重签协议, 重签协议后须进行信用修复, 否则维持原评级。信用修复完成后, 停止公示, 下一个自然年重新计	日常工作 检查记录	医保行政部门	定点医疗机构	3.3.3 解 除协议				

序号	一级指标 (8)	二级指标 (25)	三级指标 (60)	分值 (200分)	指标释义	评分规则	指标设计依据	指标类型	记分周期规则	数据获取 方式	数据采集部 门(主)	数据采集部 门(辅)	对应国家 指标	兰州医保 中心综合	备注
37			医保医师处理	5	医保医师因违规原因被医疗保障部门处理。	基础分5分, 期内根据被医保部门中止处方权一例扣分系数为0.5分; 中止医疗保障医师资格每人扣1分; 终止医疗保障医师资格每人扣2分; 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十五条。定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的, 可对该人员或科室中止或终止医保结算。	扣分	动态更新, 年底清零, 下一个自然年重新积分。	日常工作检查记录	医保行政部门	定点医疗机构	3.3.4 医保医师处理		
38			科室处理	5	科室因违规原因被医疗保障部门处理。	基础分5分, 期内根据被医保部门中止医保结算的每科室每次扣分系数为2分; 终止医保结算的每科室每次扣分系数为5分; 扣完为止。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十五条。定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的, 可对该人员或科室中止或终止医保结算。	扣分	动态更新, 年底清零, 下一个自然年重新积分。	日常工作检查记录	医保行政部门	定点医疗机构	3.3.5 科室处理		
39			司法处理	-	定点医疗机构及其工作人员因欺诈骗保移送公安部门追究刑事责任, 自移送起暂停该医疗机构信用评价工作。法院作出有罪判决后, 执行“一票否决”, 列入严重失信主体名单。		《中华人民共和国刑法》《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》	一票否决	须进行信用修复, 否则维持原评级。信用修复完成后, 停止公示, 下一个自然年重新计分。	行政处罚决定	医保行政部门	定点医疗机构	3.4.1 欺诈骗保		
40		管理体制	管理组织	2	按规定建立健全医保管理服务部门, 明确院级领导分管, 医院配备专(兼)职管理人员, 其人数与管理需要相适应, 通过院内信息系统进行实时监控, 并有效行使管理职能。	好, 得2分: 形成全院医保管理网络, 实现院内系统即时监管, 人员信息及时更新, 发现并及时解决问题, 有医保部门并有专职管理人员; 中, 得1分: 时效性不强, 医保部门或专职管理人员配备不完善; 差, 得0分: 无医保部门, 无专职管理人员。	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十四条。定点医药机构应当建立医疗保障基金使用内部管理制度, 由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作, 建立健全考核评价体系。	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构	5.1.1 管理组织		
41			教育培训	2	积极参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。积极开展医疗保障基金相关制度、政策的培训。	好, 得2分: 每月开展医保政策培训, 培训到全体工作人员, 培训记录详实; 中, 得1分: 每季度/每年开展医保政策培训, 培训到全体工作人员, 培训记录详实; 差, 得0分: 无定期培训或培训记录。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十九条。定点医疗机构应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。定点医疗机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训。	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构	5.1.2 教育培训		
42		制度建设	制度完备	2	医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、信息管理制度和医保费用结算制度的完备性。	好, 得2分: 机构医保相关制度完备, 执行记录详实; 中, 得1分: 机构医保相关制度完备, 但无执行记录; 差, 得0分: 机构医保相关制度不完备, 且无执行记录。	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十四条。定点医药机构应当建立医疗保障基金使用内部管理制度, 由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作, 建立健全考核评价体系。	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构	5.2.1 制度建设		
43			医师绩效	2	按规定将医师的医保服务行为纳入绩效考核, 与奖金、晋升等挂钩。	好, 得2分: 有医师绩效管理制度, 并将医师医保服务行为纳入绩效管理; 中, 得1分: 有医师绩效管理制度, 但医师医保服务行为与其个人绩效不直接相关; 差, 得0分: 无医师绩效管理制度。	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十四条。定点医药机构应当建立医疗保障基金使用内部管理制度, 由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作, 建立健全考核评价体系。	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构			
44		风险管理	风险防控	2	开展医保防风险, 定期分析排查院内贯彻医保政策、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。	好, 得2分, 有风险防控机制且有执行记录; 中, 得1分, 有风险防控机制, 无执行记录; 差, 得0分, 无风险防控机制。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十九条。定期检查本单位医疗保障基金使用情况, 及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构	5.3.1 风险防控		
45	自律管理		监督审核	2	建立内审工作机制, 防范超支风险; 对内部的医疗服务、费用控制进行监督审核, 建立医保基金智能监控、审核、分析等信息系统, 功能完善。	好, 得2分, 有监督审核机制且有软硬件技术支持; 中, 得1分, 有监督审核机制但无软硬件技术支持; 差, 得0分, 无监督审核机制。	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十九条。定期检查本单位医疗保障基金使用情况, 及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构			
46		积极配合医保工作	医保日常工作支持	2	医保日常工作的配合支持, 如开会、材料上报、人员协助支持等。	好, 得2分, 积极支持医保日常工作, 确有提供人员和场地配合的情况; 中, 得1分, 按规定支持医保日常工作; 差, 得0分, 未按规定支持医保日常工作。	兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构		√	
47			主动维护医保基金安全成效显著	2	积极主动维护医保基金安全, 提供医保部门未掌握得案件线索, 挽回和避免医保基金损失。	好, 得2分, 积极主动维护医保基金安全, 有提供医保部门未掌握得案件线索, 挽回和避免医保基金损失的表现; 中, 得1分, 积极主动维护医保基金安全, 未提供医保部门未掌握得案件线索, 挽回和避免医保基金损失; 差, 得0分, 对维护医保基金安全不重视不关心。	兰州地区基本医疗保险定点医药机构综合考核	分档打分	按年记分, 年底清零, 下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构		√	

序号	一级指标 (8)	二级指标 (25)	三级指标 (60)	分值 (200分)	指标释义	评分规则	指标设计依据	指标类型	记分周期规则	数据获取 方式	数据采集部 门(主)	数据采集部 门(辅)	对应国家 指标	兰州医保 中心综合	备注
48	创新医保管理		医保宣传工作创新性	2	主动开展医保宣传创新性工作，支持医疗保障事业发展。	好，得2分：医保宣传工作创新性突出，制作宣传片、借助网络新媒体等多种形式开展医保宣传工作； 中，得1分：医保宣传工作创新性一般，但对医保宣传工作较为重视，筹划开展创新宣传工作； 差，得0分：医保宣传工作不到位，对医保宣传工作不重视。	《国家指标体系操作手册（定点医疗机构A类）》：开展医疗保障管理创新性工作，并受到县级以上人民政府或医疗保障部门通报表扬的。	分档打分	按年记分，年底清零，下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构	5.4.1 创新医疗保障管理		
49			创新支付方式改革	2	积极参与医保制度改革，主动承担医保部门改革试点工作。	好，得2分：开展DRG/DIP/按人头付费等改革试点工作，且积极参与医保部门召集的研讨会、论证会、调研工作，； 中，得1分：未开展DRG/DIP/按人头付费等改革试点工作，但积极参与医保部门召集的研讨会、论证会、调研工作，； 差，得0分：未开展DRG/DIP/按人头付费等支付方式改革工作，较少参与医保部门召集的研讨会、论证会、调研工作，。	《国家指标体系操作手册（定点医疗机构A类）》：开展医疗保障管理创新性工作，并受到县级以上人民政府或医疗保障部门通报表扬的。	分档打分	按年记分，年底清零，下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构	5.4.1 创新医疗保障管理		
50	监督评价	患者评价	满意度调查结果	3	医疗机构通过网络、访谈等方式调查参保人员对诊疗服务的满意度。	满分3分，按照实际患者满意度评分情况，划分区间范围。得分=患者满意度百分制分数/100*3	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十八条。医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。	分档打分	按年记分，年底清零，下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保经办机构	4.1.1 患者满意度		
51			患者投诉数量	2	衡量患者、机构等对机构服务满意度的举报投诉并查实情况。	医保举报投诉并查实次数为0，得2分；医保举报投诉并查实次数小于20次，按照得分系数为2-次数*0.1得分；医保举报投诉并查实次数大于等于20次，得0分。	参考《国家指标体系操作手册（定点医疗机构A类）》1.1.4 举报投诉。定义：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	量化评分	按年记分，年底清零，下一个自然年重新记分。	日常工作检查记录	定点医疗机构	医保经办机构	1.1.4 举报投诉		
52		社会评价	舆情报道	3	主流媒体报道正负面消息。	基础分为2分，被主流媒体正面报道的，一次加0.2分；被主流媒体负面报道的，一次扣0.5分。先加后减。大于3分，得3分；小于0分，得0分。发生重大负面舆情（市医疗保障局确定），评价结果直接定为“D级”。	参考《国家指标体系操作手册（定点医疗机构A类）》4.3.1 媒体报道。定义：媒体报道关于医疗保障工作的情况。	量化评分	按月累计记分，年底清零，下一个自然年重新记分。	公开信息	其他部门	第三方机构	4.3.1 媒体报道		
53			第三方评价	2	委托第三方机构在医保方面开展的评级评价、认证等情况。	长期开展第三方评价（包括服务认证、满意度评价等），定期根据评价结果自查自纠，得2分； 尝试开展第三方评价（包括服务认证、满意度评价等），未定期根据评价结果自查自纠，得1分； 未开展第三方评价（包括认证、评级评价），不得分。	参考《国家指标体系操作手册（定点医疗机构A类）》4.2.1 第三方评价。定义：第三方机构评级评价结果。	分档打分	按年记分，年底清零，下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	第三方机构	4.2.1 第三方评价		
54		社会信用	其他部门行政处理	其他部门行政处罚	10	被有关行政部门给予行政处罚情况（除医保部门以外）。	基础分为10分，警告、罚款、没收违法所得和没收非法财物，发生1次，扣2分；发生责令停业整顿，发生1次，扣4分；暂扣许可证/执照，发生1次，扣5分。	参考《国家指标体系操作手册（定点医疗机构A类）》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。	扣分	动态更新，年底清零，下一个自然年重新积分。	公开信息	其他部门	定点医疗机构	6.1.1 行政处罚	
55	失信情况		失信被执行人	-	医疗机构或其法定代表人被纳入公共信用系统失信“黑名单”/“严重违法失信主体名单”执行惩戒的情况。	机构法人属于失信被执行人，评价结果直接定为“D”级。	参考《国家指标体系操作手册（定点医疗机构A类）》6.2.1 失信被执行人。定义：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。	直接定级	动态更新，年底清零，下一个自然年重新积分。	公开信息	其他部门	定点医疗机构	6.2.1 失信被执行人		
56	违规移交		除欺诈骗保外的违规移交情况	10	涉嫌除欺诈骗保外的犯罪或违反其他法律法规的移交情况。	基础分10分，按涉嫌除欺诈骗保外的犯罪或违反其他法律法规的移交次数扣分。司法违规移交次数，每次扣5分；其他违规移交次数，每次扣2分；扣完为止。	参考《国家指标体系操作手册（定点医疗机构A类）》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。	扣分	动态更新，年底清零，下一个自然年重新积分。	公开信息	其他部门	定点医疗机构	6.3.1。违规移交情况。		
57		抗疫贡献	抗击疫情	5	在做好院内分诊和正常业务开展的同时，做好医疗机构内部人力协调，积极承担起核酸普筛、疫苗接种、样品转运工作、物资配送等责任。	提供参与抗击疫情相关活动的表彰、奖励等证明，一次活动得1分，此项最高得5分。	《中华人民共和国传染病防治法》第十一条。对在传染病防治工作中做出显著成绩和贡献的单位和个人，给予表彰和奖励。	加分	按年记分，年底清零，下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保行政部门			
58		医保公益	公益活动	2	开展医保主题的义诊、公益宣传培训等情况。	提供与医疗保障主题相关的公益活动记录/简报/新闻，一次活动得0.5分，此项最高得2分。	《兰州市医疗保障信用管理暂行办法》	加分	按年记分，年底清零，下一个自然年重新记分。	医疗机构填报	定点医疗机构	医保行政部门			

