

云南省医疗保险基金管理中心文件

云医保〔2014〕61号

云南省医疗保险基金管理中心关于实施《云南省基本医疗保险定点医疗机构分级管理实施办法》的通知

省本级各定点医疗机构:

根据人力资源和社会保障部办公厅《关于实行基本医疗保险定点医疗机构分级管理的意见》(人社厅发〔2010〕9号)文件精神,结合我省实际,云南省医疗保险基金管理中心(以下简称“省医保中心”)制定下发了《云南省基本医疗保险定点医疗机构分级管理实施办法》(云医保〔2014〕35号)(以下简称“《实施办法》”)。为做好实施工作,现将有关事项通知如下:

一、凡与省医保中心签订《云南省省本级定点医疗机构服务协议书》,开通住院支付模块并履约满一年的定点医疗机构参加分级评定。

二、每年1月31日前,请符合条件的定点医疗机构,按《实施办法》要求对上年度本院实施情况进行自评并填报相关资料后

报省医保中心。连续两年不申请评级的，第三年不再续签医疗保险服务协议。

三、每年 3 月 31 日前，省医保中心按程序组织考评，对考评结果进行公示和公布。

四、年度评级结果与结算办法及清算方案挂钩，对于晋级的医疗机构，给予相应的政策倾斜。

五、本实施办法自 2015 年起实施。

六、执行中如遇问题，请与省医保中心联系，联系电话 0871-67195874。

附件：《云南省医疗保险基金管理中心关于印发〈云南省基本医疗保险定点医疗机构分级管理实施办法〉的通知》

云南省医疗保险基金管理中心

2014 年 12 月 22 日

云南省医疗保险基金管理中心文件

云医保〔2014〕35号

云南省医疗保险基金管理中心关于印发《云南省基本医疗保险定点医疗机构分级管理实施办法》的通知

各州、市医保中心（局）：

现将《云南省基本医疗保险定点医疗机构分级管理实施办法》印发你们，请结合当地实际，认真贯彻执行。



云南省基本医疗保险定点医疗机构分级管理实施办法

根据人力资源和社会保障部办公厅《关于实行基本医疗保险定点医疗机构分级管理的意见》（人社厅发〔2010〕9号）精神，结合我省实际，制定本实施办法。

一、基本原则

通过建立基本医疗保险医疗服务监督评价体系，形成对定点医疗机构有效的激励约束机制，进一步规范医疗服务行为，提高医疗服务质量，保证参保人员合理就医。

二、实施范围

凡与当地医疗保险经办机构签订基本医疗保险定点服务协议满1年以上，且开通住院支付系统的定点医疗机构适用于本办法。今后，可视开展情况延伸至开通门诊支付系统的定点医疗机构。

三、组织机构

各州市医疗保险经办机构成立定点医疗机构分级管理考核评价小组（以下简称“考评小组”），具体负责本统筹区内定点医疗机构分级管理（以下简称“分级管理”）工作的开展，并对已获得级别的医疗机构进行跟踪监管。

四、等级分类

分级管理实行统一评价指标和评分标准，定点医疗机构分为4个等级，即：AAA级、AA级、A级、无等级。

五、评价内容

分级管理考核评价的主要内容是：基础管理、就医管理、服

务质量管理、费用结算管理、目录管理、信息系统管理及社会评价 7 个方面。

六、评价指标及评分标准

定点医疗机构评价指标要科学、合理、可操作，评分标准要客观、公正、规范统一，经办机构提供的评分依据要具有说服力。

各地可参照《云南省基本医疗保险定点医疗机构分级管理评价指标及评分标准》（以下简称“《评分标准》”），制定适用于本统筹区的评价指标和评分标准。

每年度可对相应评价指标及评分标准进行适时调整。

七、等级评定方法

《评分标准》总分值设定为 600 分，考核或晋级分值为 570 分（含 570 分），即考评分高于 570 分（含 570 分）的，可以参与相应级别的考评。

定点医疗机构考核评价从 A 级起步，每年评定 1 次。连续 2 次评为 A 级的定点医疗机构，可参加 AA 级评定；连续 2 次评为 AA 级的定点医疗机构，可参加 AAA 级评定。

八、考核评价程序

定点医疗机构分级考核评价分为自评、审核、考评、公示、公布 5 个工作环节，所有程序坚持公开、公平、公正的原则，每年 1 季度完成上年度考评工作。

（一）自评。定点医疗机构对照《评分标准》开展自查自评，写出自评报告，打出自评分。每年 1 月底前将定点医疗机构分级管理评级表（附件 1）、自评报告等相关材料报考评小组。

（二）审核。考评小组对收取资料进行审核，确定具有参评

资格的定点医疗机构。

（三）考评。考评工作在资料审核完毕后，考评小组按《评分标准》集中考评，并将评分情况进行汇总。

（四）公示。将考评分在 570 分以上的定点医疗机构在当地人力资源和社会保障门户网站上进行为期一周的公示。单位和个人对公示有异议的，考评小组要对有异议的问题进行复审并告知。

（五）公布。公示期满无异议的，由考评小组向社会公布定点医疗机构分级评定结果。

九、激励措施

为促进定点医疗机构实现自我管理、自我约束，各级医保经办机构应对获得 A 级以上的定点医疗机构，实行相应级别的激励措施，如：

- （一）在当地主流媒体上公布分级评定结果；
- （二）适当上浮总额预付额度或适当降低总额预付保证金额度；
- （三）降低病历抽审比例；
- （四）向社会宣传特色科室和医疗专长；
- （五）其他激励机制。

十、退出机制

分级管理实行动态管理，已获得级别的定点医疗机构由州市考评小组进行跟踪监管，年度考评达不到 570 分的，逐级降低评定级别，发现下列情况之一的，取消评定等级并在媒体上予以公布。

- (二) 评审年度内被终止服务协议的;
- (三) 年度内对有效投诉不处理达 3 次以上的;
- (四) 考核评审中存在弄虚作假等行为的;
- (五) 其它严重违反政策规定行为的。

十一、附则

(一) 考评小组工作人员要严格遵守工作纪律, 在规定程序未结束前, 不得擅自公布或泄露定点医疗机构评级情况。

(二) 定点医疗机构连续 3 年考评分达不到 570 分的, 各级医保经办机构不再与其签订下年度基本医疗保险定点服务协议。

(三) 本办法由云南省医疗保险基金管理中心负责解释。

- 附件: 1. 《申报____ 年度定点医疗机构分级管理评级表》;
2. 《云南省基本医疗保险定点医疗机构分级管理考评指标及评分标准》;
3. 《定点医疗机构医疗服务质量满意度调查表》。

附件1

申报____年度定点医疗机构分级管理评级表

申报单位（盖章）：

单位负责人：

定点医疗机构名称		定点医疗机构类别		定点医疗机构（床位数或结算等级）	
法人代表		医保科负责人		联系电话	
单位地址				邮政编码	
申请评审等级					
自评情况	自评项目	分值	自评得分	扣分说明	备 注
	基础管理	60分			
	就医管理	120分			
	医疗服务质量管理	130分			
	医疗费用结算管理	140分			
	目录管理	60分			
	信息系统管理	40分			
	社会评价	50分			
	合计分数	600分			
考核评审小组审批意见：					

填报人：

申报时间：

年 月 日

附件2

云南省基本医疗保险定点医疗机构分级管理评价指标及评分标准

定点医疗机构名称:

考核时间: 年 月 日

一、基础管理(60分)

项目	序号	主要内容	分值	评分标准	评分依据	扣分	实得分
组织及制度建设	1	制定医院医保管理配套规章及履行协议的具体措施	3	有, 满分; 否则不得分。	院方提供纸质资料		
	2	建立院内医保工作定期通报制度	5	有, 满分; 否则不得分。	院方提供纸质资料		
	3	建立违规内部处理制度并有相应处理记录	5	有, 满分; 否则不得分。	院方提供纸质资料		
	4	明确分管医保工作院(所)领导	2	有, 满分; 否则不得分。	院方提供纸质资料		
	5	二级及以上医疗机构设立医保管理科室, 其他医疗机构指定医保管理人员	2	有, 满分; 否则不得分。	院方提供纸质资料		
政策宣传及培训	6	医保政策及医保就医流程上墙公布	2	有, 满分; 否则不得分。	实地查看		
	7	设置医保政策咨询台、投诉箱, 并有专人负责	2	设咨询台和投诉箱, 得1分; 有专人负责, 得1分; 否则, 不得分。	实地查看, 院方提供纸质资料		
	8	编印医保宣传资料, 制定医保政策培训计划并实施	6	有宣传资料, 得2分; 制定培训计划, 得2分; 组织培训, 得2分; 否则, 不得分。	院方提供纸质资料		

配合管理	9	配合经办机构督查医疗服务行为,及时提供需查阅的医疗档案及有关资料	9	配合并及时提供资料的,得满分;不及时提供资料一次,扣3分,扣完为止。	经办机构提供纸质记录	
	10	对投诉或检查存在的问题按规定核实、处理,有记录并反馈	10	在规定时间内反馈的,得满分;不按处理并反馈的,一次扣3分,扣完为止。	经办机构提供纸质资料	
	11	按要求参加经办机构的各类会议	4	按要求参加的,得满分;缺席一次,扣2分,扣完为止。	经办机构提供纸质记录	
	12	及时准确做好医保医师的申报、维护工作	10	该项酌情打分。	经办机构提供纸质记录	

二、就医管理 (120分)

参保身份核实	13	核实就医人员身份	10	确保人卡(证)相符,得满分;发现一例冒名的,扣10分。	经办机构提供纸质资料	
	14	严格执行重症监护病房、层流病房收治标准	10	严格执行收治标准的,得满分;不按标准执行的,查实一例,扣5分,扣完为止。	经办机构提供纸质资料	
就医情况	15	不推诿、拒诊、拒收参保人	30	无,得满分;查实一例,扣10分,扣完为止。	经办机构提供纸质资料	
	16	让住院患者到门诊或院外自费购买药品或耗材	30	每核实一起,扣10分,扣完为止。	经办机构提供纸质资料	
	17	分解处方、分解住院	10	未发生的,得满分;发现一例,扣5分,扣完为止。	经办机构提供纸质资料	
知情权	18	提供住院费用查询服务;建立自费项目知情确认制度	10	两项皆提供的,得满分;缺一项,扣5分。	现场查看及院方提供纸质资料	
	19	提供出院费用结算单或有效票据等	5	提供的,得满分;否则,不得分。	经办机构提供纸质记录	

异地就医	20	已开通异地联网结算的，提供即时结算服务	15	即时结算的，得满分；发现一例未即时结算的，扣5分，扣完为止。	经办机构提供纸质记录		
	21	未开通异地联网结算，但即时为异地就医参保人提供标准格式结算单和有据可依的		按要求提供的，得满分；否则每发现一例，扣5分，扣完为止。	经办机构提供纸质记录		

三、服务质量管理（130分）

病历管理	22	门诊特殊病、慢性病处方单独保存	5	单独保存且按月装订整理，得满分；否则，不得分。	现场查看		
	23	为患者提供病历复印件（符合规定的）	5	提供的，得满分；否则，不得分。	经办机构提供纸质资料		
	24	医嘱与检查治疗相符	20	相符的，得满分；发现一例不相符的，扣10分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
	25	药品使用符合卫生行政部门及服务协议管理规定（如超剂量、超范围、滥用抗生素等）	20	符合规定的，得满分；查实一例，扣5分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
质量控制指标	26	建立合理检查、治疗和用药的医院内控制机制	10	建立的，得满分；否则，不得分	医疗机构提供资料		
	27	严格执行三项目录（药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准）和医用耗材库	10	严格执行，得满分；否则，不得分	经办机构提供纸质资料		
	28	重复住院率（人数人次比）	5	低于统筹区内重复住院率均值的，每低1个百分点，扣1分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
	29	转诊率	5	转诊率 $\leq 0.5\%$ ，得满分；每超0.1个百分点，扣1分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		

医疗安全	30	医疗事故发生情况	20	无医疗事故，得满分；否则，不得分	经办机构提供纸质资料		
参保人员投诉	31	有效投诉	30	无投诉，得满分；查实有效投诉一次，扣10分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		

四、费用结算管理（140分）

费用结算	32	按规定的时间及相关要求对账和报送结算报表	20	按时无误的，得满分；迟报1次，扣5分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
	33	参保人员住院结算信息资料与实际资料相符	10	相符的，得满分；否则，不得分	经办机构提供纸质资料		
合理收费	34	分级护理与合理收费	20	分级护理与提供护理服务质量相符合，得满分；发现一例不符，扣5分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
	35	高额耗材的收费及合理使用	20	严格执行物价、医保部门的规定及合理使用的，得满分；每发现一例乱收费和不合理使用的，扣5分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
	36	全自费用占住院总费用比例	10	全自费用占住院总费用比例，小于统筹区均值的，得满分；每高出1个百分点，扣2分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
	37	不合理费用占费用总额比例	20	不合理费用占总费用的比例在1‰以下，得满分；每增加1个百分点，扣5分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
费用控制	38	积极配合费用结算办法的贯彻实施	20	该项酌情打分。	经办机构提供纸质资料		
	39	次均住院费用增幅	20	次均住院费用增幅高于本统筹区平均增幅的，每高一个百分点扣5分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		

五、目录管理（60分）

药品管理	40	自费药品占药品费用比例	10	自费药品占药品费用比例≤统筹地区均值，得满分；每高1个百分点，扣2分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
	41	执行《药品目录》限制用药规定	20	严格执行的，得满分；违规一项，扣1分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
	42	严格执行物价部门制定的收费标准	15	严格执行的，得满分；查实一项，扣3分，扣完为止。	经办机构提供纸质资料		
	43	建立大型设备检查及高值医用材料使用内部审批制度	15	有审批制度并有审批记录的，得满分；否则，不得分。	医疗机构提供纸质资料		

六、信息系统管理（40分）

数据管理	44	执行信息系统数据标准规范，按标准格式录入并提交数据项目（如三个目录、高值耗材目录、ICD-10、医师信息等等）；及时下载更新系统参数、对应目录数据	5	目录数据对应出现一例差错的，扣1分，扣完为止；因数据错误导致结算无法完成的，发生一例扣1分，扣完为止；未在规定时间内下载更新数据的该项不得分。	经办机构提供纸质资料		
	45	按规定流程申请开通医保接口，HIS系统接入符合医保HIS接口规范并及时按政策进行升级调整，如遇政策变更或中心系统升级时，需在15天内完成HIS系统升级整改。	5	若因审核或结算后提出数据回退的，出现一例扣1分，扣完为止。未在规定时间内完成接口改造的，该项不得分。	经办机构提供纸质资料		
	46	医保信息系统电脑设备专机专用，不得安装不明来源的软件及各种游戏软件，不得接入互联网，不插入未经检测的外部存储设备	2	查实一例该项不得分。	现场检查		

系统安全	47	即时进行操作系统补丁、杀毒软件病毒库升级，保证关键补丁为最新版本，病毒特征码为近7天的版本	2	查实一例该项不得分。	现场检查		
	48	配备专用的数据存储空间设备，不得随意放置备份数据，不得将核心数据存储在优盘及无安全防护的存储介质上，对参保人就诊信息及个人信息记录信息严格保存	2	查实一例该项不得分。	现场检查		
	49	禁止除系统维护人员、业务经办人员外的其他人员使用医保信息系统。电脑、注重密码安全管理，操作密码、数据库密码、医保专网接入密码进行分级管理及保护，医保信息系统操作实名制且只限本人使用，用户不使用简单易识的密码，须使用数字、字母及特殊字符组合的中等强度以上密码	2	符合要求得满分，否则不得分	现场检查		
	50	预防水、火等自然灾害和人为盗窃致使医保信息系统运行硬件设备的损坏或丢失，做好安全防护，发生被盜事件需及时报告	2	环境不符或未报告的该项不得分	院方提供纸质资料		

系统运维	51	配置符合医保信息系统要求的软硬件运行环境，并随政策更新硬件及软件。维护医保信息系统的正常运转，按要求做好数据备份，配合政策调整时的信息系统升级改造工作	5	符合要求得满分，否则不得分	院方提供纸质资料		
	52	日常维护人员能处理常规故障，建立内部故障处理流程，熟悉医保故障类型并正确申报	5	符合要求得满分，否则不得分	院方提供纸质资料		
组织管理	53	建立信息安全管理度，有明确的信息安全保密措施和操作流程的固定场所。只能在向医保中心申报的固定场所，或指定地点开展医保刷卡就医活动，不得私自接入未审批定点或分支机构，诊疗场所位置变更及时申报	5	符合要求得满分，否则不得分	院方提供纸质资料 院方现场检查		
	54	设置信息管理系统科室或岗位，配备专（兼）职日常维护人员，保持维护人员的稳定并持证上岗	5	符合要求得满分，否则不得分	院方提供纸质资料		

七、社会评价（50分）

参保人员 评议	55	参保人员满意度调查（见附件3）	50	调查表中的各项问题，肯定，得满分；否定，不得分。	各州市经办机构 自行确定		
------------	----	-----------------	----	--------------------------	-----------------	--	--

注：1. 实地查看：指医保经办机构在定点医疗机构进行评估时现场抽查的结果。

2. 院方资料：包括定点医疗机构自我评估材料、各项原始记录及医保经办机构的相关记录。

3. 经办机构资料：包括医保经办机构对定点医疗机构的监督检查、费用审核、稽核，以及经查实的举报投诉。

4. 总分600分：基础管理60分、就医管理120分、服务质量管理130分、费用结算管理140分、目录管理60分、信息系统管理40分、社会评价50分。

附件3

定点医疗机构医疗服务质量满意度调查表

尊敬的参保人员：您好！

为客观真实地评价医院医疗服务质量情况，请您支持、配合我们完成问卷调查；请您在认为最符合情况的空格内打“√”
衷心感谢！祝您身体健康！

您所就诊的医院及科室：

医保类别：☐职工医保 ☐居民医保 ☐新农合医保 ☐异地医保 调查时间： 年 月 日 就诊时间：20 年 月 日至 年 月 日 问卷得分： 分

评议内容

1、您住院时医院是否核对身份证与社会保障卡（证），做到人卡（证）一致？（5分）	☐ 有	☐ 无
2、您认为就医流程的每个环节是否顺畅方便？（5分）	☐ 是	☐ 否
3、住院期间的检查、治疗和用药是否与出院费用明细清单的内容和数量一致？（5分）	☐ 是	☐ 否
4、住院期间，使用自费项目是否得到本人或亲属签字认可？（5分）	☐ 是	☐ 否
5、住院期间，你是否清楚自己所使用的高值耗材及所做大型设备检查的价格？（5分）	☐ 清楚	☐ 不清楚
6、住院费用与同级别医院相比，您认为该院的收费是否合理？（5分）	☐ 合理	☐ 不合理
7、住院期间，您是否有到门诊或院外购买药品、耗材的经历？（5分）	☐ 有	☐ 无
8、住院期间，医院是否以费用达到医保考核指标为由，让你出院，或15天后再次入院？（5分）	☐ 有	☐ 无
9、出院时，医院是否提供详细的费用结算单和票据？（5分）	☐ 提供	☐ 不提供
10、你对医院的服务是否满意？（5分）	☐ 满意	☐ 不满意
您对医保工作的意见和建议：		

云南省医疗保险基金管理中心综合部

2014年8月14日印发

抄 报：杨力佳组长 、施边明局长、张玉祥巡视员

抄 送：基金监督处、厅医疗生育保险处、厅城镇居民医保处

云南省医疗保险基金管理中心综合管理部 2014 年 12 月 23 日印发
