



玉溪市医疗保障局关于印发玉溪市定点医疗机构医保基金监管信用评价 管理办法的通知

玉医保规〔2024〕1号

各县（市、区）医疗保障局，市医疗保险中心，各定点医疗机构：

现将《玉溪市定点医疗机构医保基金监管信用评价管理办法》印发给你们，请遵照执行。

玉溪市医疗保障局

2024年3月25日

（此件公开发布）

玉溪市定点医疗机构医保基金监管 信用评价管理办法

第一章 总则

第一条 为加强和规范医保定点医疗机构信用管理，保障医

- 1 -



保基金安全，加快推进医保基金监管信用体系建设，根据《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）、《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）、《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》（云医保〔2020〕136号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 医保定点医疗机构实行信用评价是以定点医疗机构遵守医疗保障法律法规、履行医疗保险服务协议情况和年度信用考核评价为主要依据，通过评价打分确定定点医疗机构信用等级，并实施分级分类监管的工作过程。

第三条 本办法适用于已取得玉溪市医保定点资格并签订医疗保险服务协议的医疗机构。

第四条 市医疗保障行政部门负责全市定点医疗机构医保基金监管信用评价的统筹协调、指导推进、政策制定和监督管理等工作。

各县（市、区）医疗保障行政部门负责组织本统筹区定点医疗机构医保基金监管信用评价工作（市级、红塔区按服务协议隶属关系开展），全面落实信用信息认定、发表、修复、结果应用等工作，统筹加强对信用主体的监督检查。

各级医保经办机构负责定点医疗机构医保基金监管信用评价具体工作。根据信用评价指标评分标准对定点医疗机构进行信

用评分评价等工作。

第五条 定点医疗机构医保基金监管信用评价管理应当遵循依法依规、公平公正、公开透明、客观真实、审慎评定的原则，保守国家秘密、商业秘密和个人隐私。

第六条 信用评价实行动态管理，结合日常监管情况进行年度评价，一年一评，接受社会监督。

第二章 评价内容与标准

第七条 定点医疗机构医保基金监管信用评价内容包括以下六个方面：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。

第八条 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 21 个，三级指标共 44 个。信用评价采取百分制，根据《玉溪市定点医疗机构医保基金监管信用评价指标评分标准》（详见附件），结合协议履行、系统数据、基金监管等情况，对定点医疗机构进行信用评价。

《玉溪市定点医疗机构医保基金监管信用评价指标评分标准》可根据上级政策要求和实际情况变化适时实施动态调整。

第三章 评价方法与流程



第九条 定点医疗机构医保基金监管信用评级每年进行一次，评价结果自公布之日起至下一次评价结果公布之日内有效。医疗保障部门每年年初组织对上一年度定点医疗机构基金监管信用情况进行评价，并确定定点医疗机构医保基金监管信用等级。

第十条 信用评级流程

定点医疗机构医保基金监管信用评级流程分为定点医疗机构自评、考核评价、审核确定、公示公开等工作环节。

（一）自评。定点医疗机构根据《玉溪市定点医疗机构医保基金监管信用评级指标评分标准》自查自评打分，形成自评报告。

（二）考核评价。医保经办机构根据协议履行、基金绩效、基金监管、满意度评价、自律管理、社会信用等指标内涵对定点医疗机构进行考核评分，以满分扣减（或加分）的方式确定定点医疗机构的信用分值，并提出信用等级初步建议。医保经办机构应将考核分值和信用等级结果通过 OA、电子邮箱或书面等方式告知定点医疗机构，定点医疗机构可以在规定的时间内提出陈述、申辩，医保经办机构应对陈述、申辩进行核实处理。

（三）审核确定。医疗保障行政部门组织研究，确定定点医疗机构最终评价分值和信用等级。

（四）公示公开。医疗保障行政部门通过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，医疗保障行政部门将信用评级结果记入信用档案，并录入信用中国（玉



溪) 平台。

第十一条 信用评价限制

定点医疗机构当年有下列情形之一的，不参加当年度信用等级评价。

1. 医保服务协议管理不满 6 个月的；
2. 已解除医保服务协议管理超过一年的；
3. 暂停或吊销执业许可证超过一年的；
4. 因涉嫌重大欺诈骗保被立案查处尚未结案的；
5. 已申请行政复议、提起行政诉讼尚未结案的；
6. 其他不应参加评价的情形。

第四章 信用评价管理及应用

第十二条 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。

第十三条 信用评价结果应用

(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。

1. 评价得分为 90 分（含）以上的为优秀守信级别，评价等级为 A；



2. 评价得分为 80（含）到 89 分的为良好守信级别，评价等级为 B；

3. 评价得分为 60（含）到 79 分的为一般守信级别，评价等级为 C；

4. 评价得分低于 60 分的为失信级别，评价等级为 D。

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。

定点医疗机构在日常服务中出现重大医保领域违规行为的，信用评价中有弄虚作假行为的，或媒体披露后经医保经办机构查实的重大医保领域违规行为，在评价中直接确定为 D 级。

（二）信用评价结果应用。定点医疗机构信用评价结果作为分级分类监管、守信激励和失信惩戒的依据。医疗保障部门对定点医疗机构按照其信用等级分类实施以下分级分类监管措施：优秀守信医疗机构（A 级）采取合理减少检查频次、在优惠政策实施中同等条件下列为优先选择对象或者予以重点支持、办理医疗保障业务时可享受“绿色通道”“容缺受理”服务等方式，适当开展守信激励；良好守信医疗机构（B 级）按正常规定进行监督检查，重点检查监控其医保服务行为，督促其守法诚信经营；一般守信医疗机构（C 级）适当提高日常监督检查频次，执行提醒、约谈、信用教育等手段进行监管，每年至少约谈 1 次；失信医疗

机构（D级）列为重点监督检查对象，对失信机构加大检查范围和频次，每年至少约谈2次，限期整改。

第五章 信用监管

第十四条 执行联合惩戒。对评定为失信等级的定点医疗机构，医疗保障部门将其失信信息推送至“信用玉溪”信用信息共享平台。符合联合惩戒条件的，报玉溪市社会信用体系建设联席会议工作办公室，按规定会同有关部门进行联合惩戒。

第十五条 执行信用“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玉溪市医保基金监管信用“红名单”，得分低于60分的严重失信机构列入玉溪市医保基金监管信用“黑名单”。

第十六条 异议处理。医疗保障部门评定定点医疗机构的信用评价等级后，应当将信用评价结果告知相关定点医疗机构。定点医疗机构对其信用信息的真实性、准确性有异议的，可在五个工作日内向医疗保障行政部门书面提出异议申请，医疗保障行政部门应当在收到异议申请材料之日起三个工作日内进行核实处理，处理结果应书面通知异议申请人。异议申请处理期间，应当对异议信息进行标注。

第十七条 信用修复。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。



第十八条 建立定期通报制度。医疗保障部门定期向发改、卫健、市场监管等相关部门通报信用评价情况。

第十九条 档案管理。医疗保障部门要严格规范定点医疗机构信用档案管理工作，及时归档，确保信用评价档案真实、完整、安全。

第二十条 医疗保障部门工作人员徇私舞弊或者滥用职权，导致定点医疗机构信用评价结果出现重大误差，给定点医疗机构造成损失的，由医疗保障部门按规定给以相应处分。

第六章 附则

第二十一条 本办法由玉溪市医疗保障局负责解释。

第二十二条 本办法自 2024 年 5 月 1 日起执行。2022 年 4 月 28 日发布的《玉溪市定点医疗机构医保基金监管信用评价管理办法（试行）》同步废止。

附件：玉溪市定点医疗机构医保基金监管信用评价指标评分标准

附件

玉溪市定点医疗机构医保基金监管信用评价指标评分标准

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、法定代表人、执业地址等重大信息变更时,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。	医疗机构填报与医保经办机构日常检查	25分	未在规定时间内提出变更申请的一次扣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日常检查		未悬挂(显示)标识的一次扣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
		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日常检查		未开展政策宣传的,一次扣2分;未及时更新的,一次扣1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		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		采取抵触、回避或其他原因拖延导致无法开展监督检查或未提供准确完整的医疗服务材料和数据的,一次扣5分
	信息管理	6. 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日常检查		未按要求对接的一次扣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
		7. 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
		8. 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
	财务管理	9. 财务账表	严格执行会计制度,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		未按会计制度执行一次扣 5 分,以 25 分为限,扣完为止。
		10. 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		未按规定保管一次扣 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
	医疗管理	11. 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		未规范管理票据一次扣 2 分
		12. 身份识别	主动核验参保人身份,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
		13. 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		未按制度执行的一次扣 2 分
		14. 异地就医	实现多渠道预约挂号,设置异地就医办理导引,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
		15. 门诊特殊病管理	严格按诊疗规范确诊门诊特殊病、慢性病,认真落实备案管理规定。	根据医保经办机构稽核与检查结果		未按照诊疗规范确诊门诊特殊病、慢性病的一次扣 5 分,发现弄虚作假一次扣 10 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
		16. 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		违反限制用药原则一次扣1分
		17. 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
		18. 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		不符合处方管理办法规定一次扣3分
	结算管理	19. 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		未签署知情同意的一次扣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
		20. 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		未提供一次扣 2 分
基金绩效 (25%)	总额控制	21. 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进行考核,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 1 分, 预算目标低于 70%的扣 2 分
	费用增幅	22. 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		以平均增长率上浮 3 个百分点作为标准值,超出标准值 5 个百分点以内的扣 1 分;超出标准值 5—10 个百分点的扣 2 分;超出标准值 10 个百分点以上的扣 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
		23. 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		以平均增长率上浮 3 个百分点作为标准值,超出标准值 5 个百分点以内的扣 1 分;超出标准值 5-10 个百分点的扣 2 分;超出标准值 10 个百分点以上的扣 3 分。
基金监管 (25%)	一般处理(一般处理和费用处理有多项)	24. 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 1 分
		25. 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

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
	处理的不累计,按最高扣分分值计算)	26. 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 3 分
		27. 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 3 分
	费用处理(一般处理和费用	28. 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		年度追回费用 50 万元(含 50 万元)以下扣 1 分;年度追回费用 50 万元以上 100 万以下扣 2 分;年度追回费用 100 万元(含 100 万元)以上扣 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
	处理中有 多项处理 的不累计, 按最高扣 分分值计 算。)	29. 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 监管与日常检 查		三级医疗机构年度拒付费 用 10 万元以下扣 2 分; 拒 付费 10 万元以上 30 万以 下扣 3 分; 拒付费 50 万 以上扣 5 分; 二级医疗机构 年度拒付费 5 万元以下 扣 2 分; 拒付费 5 万元以 上 10 万以下扣 3 分; 拒付 费用 10 万以上扣 5 分; 一 级医疗机构年度拒付费 1 万元以下扣 2 分; 拒付费 1 万元以上 5 万以下扣 3 分; 拒付费 5 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
		30. 罚款	被医疗保障部门行政处罚的，按罚款金额扣分。	根据医保基金监管部门专项监管与日常检查		罚款 10 万元以下扣 3 分。10 万元以上扣 5 分。因欺诈骗保被行政处罚的，一次扣 10 分。
	协议处理	31. 中止协议	被医疗保障部门中止协议的，按中止时间扣分。	根据医保基金监管部门专项监管与日常检查		中止 6 个月扣 2 分，6 个月以上至 8 个月扣 3 分，8 个月以上至 12 个月扣 5 分。
		32. 科室处理	科室因违规被医保部门中止结算，按中止时间扣分。与协议处理第 1 项不累计。	根据医保基金监管部门专项监管与日常检查		中止 6 个月扣 1 分，6 个月以上至 8 个月扣 2 分，8 个月以上至 12 个月扣 4 分。
	司法处理	33. 欺诈骗保	工作人员因欺诈骗取医保基金被追究刑事责任。	根据医保基金监管部门专项监管与日常检查		欺诈骗保被追究刑事责任的工作人员直接列入失信名单，单位扣 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%)	患者评价	34. 患者满意度	满意度评价结果,包括治疗效果、诊疗服务等,按百分比评分	委托第三方机构评价或医保经办机构自行抽样评价(自行抽样评价见附表)	10 分	三级医疗机构至少抽样评价 100 份,二级及二级以下医疗机构至少抽样评价 50 份。满意度 90%以上不扣分,满意度 80%-90%扣 1 分,满意度 70%-80%扣 2 分,满意度 60%-70%扣 3 分,满意度 60%以下扣 5 分。
	舆情评价	35. 媒体报道	媒体报道关于医疗保障工作的情况	第三方机构		正面报道一次加 2 分,负面报道一次减 2 分
自律管理 (10%)	管理体制	36. 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

 玉溪市医疗保障局行政规范性文件

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
)		37. 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	38. 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	39. 风险防控	制定内审可行性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	40. 创新医疗保障管理	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

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
社会信用 (5%)	行政处罚	41. 行政处罚	被其他行政机关给予行政处罚的次数	信用中国（玉溪）	5 分	处罚一次扣 2 分
	失信被执行人	42. 失信被执行人	根据本期纳入公共信用系统严重失信主体名单情况	信用中国（玉溪）		纳入一次扣 5 分
	违规移交情况	43. 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（玉溪）		违规移交一次扣 5 分
	表彰情况	44. 党委、政府发文表彰	定点医疗机构受到市、县（区）级及以上党委、政府表彰的，给予加分。	市、县（区）党委、政府		由定点医疗机构向医保经办机构提出加分申请（附证明材料），表彰一次加 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 ☐ 基本满意 ☐ 不满意 ☐
2	您认为在这家医院看病是否方便	方便 ☐ 一般 ☐ 不方便 ☐
3	您认为这家医院医务人员的服务态度	好 ☐ 一般 ☐ 不好 ☐
4	您认为这家医院诊疗技术水平	高 ☐ 一般 ☐ 不高 ☐
5	您认为这家医院检查是否合理	合理 ☐ 基本合理 ☐ 不合理 ☐
6	您服用了医院药品后是否有好转	好转 ☐ 基本好转 ☐ 不好转 ☐
7	您认为这家医院收费是否符合规定	符合 ☐ 基本符合 ☐ 不符合 ☐
8	您对这家医院的治疗效果是否满意	满意 ☐ 基本满意 ☐ 不满意 ☐

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. 医保经办机构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。