

深圳市定点医疗机构信用等级管理 ——引导定点医疗机构规范管理的一剂良方

黄 飞

(深圳市社会保险基金管理局光明分局)

【摘要】定点医疗机构管理是医保管理工作中的重点和难点。积极推进定点医疗机构信用等级管理模式,可有效的调动起定点医疗机构自我约束、自我控制、自我管理医保服务质量的积极性和主动性,有力的提升定点医疗机构的管理服务水平。

【关键词】 定点医疗机构 管理 方法

2010年初,国家人力资源和社会保障部办公厅下发通知,要求全国各地凡人力资源社会保障部门负责管理的基本医疗保险,都应逐步实行对定点医疗机构的分级管理制度。其工作目标是建立基本医疗保险对医疗服务的监督评价体系,形成对定点医疗机构有效的激励约束机制,促进医疗服务质量提高,控制医疗费用不合理增长,保障参保人员得到合理的医疗服务。其实,为满足医疗保险管理之需,深圳市社保部门自2006年起就针对定点医疗机构实行信用等级分类管理,每两年就对定点医疗机构的医保服务质量综合考评一次,然后依据评价结果对定点医疗机构授予不同的信用等级并针对不同的等级实施相应的奖惩等分类管理措施。实践证明,此举有效的调动起定点医疗机构自我约束、自我控制、自我管理医保服务质量的积极性和主动性,有力的提升了深圳市定点医疗机构的管理服务水平。本文通过介绍深圳市实施信用等级管理的一些做法和体会,以期能促进我国各地医保管理机构对定点医疗机构的分级管理工作步伐。

一、深圳市定点医疗机构信用等级管理的基本内容。

(一) **评定内容与标准**:社保部门以定点医疗机构及相关人员遵守医疗保险规定和履行医疗服务协议情况为主要依据,以贯彻落实医疗保险政策和诚意履行医疗保险协议为主要内容,结合各定点医疗机构日常开展医疗保险服务工作量,对定点医疗机构进行综合评定,评定总分为200分。评定内容及分值分配为:

1、社保部门按《深圳市社会保险定点医疗机构信用等级评定标准》(详见附件二)的规定对定点医疗机构进行考核,标准评分占总分值80%;

2、社保部门定期发放、回收《参保人对医疗保险服务满意度问卷调查表》(详见附件三),并根据其《评分标准》进行统计、评分,参保人的评分占总分值20%。

为了保证评定结果的准确性,深圳市社保部门把定点医疗机构按以下类别分别进行信用等级评定并按分数排序:市三级综合医院、区属二级医院、街道二级医院、街道一级医院、市属专科医院、妇幼保健院、社会办医院。各定点医疗机构最后得分在同一定点类别或相同等级医院范围内进行排序,得分在180分以上且为所在级别医疗机构中排名第一的单位评定为医疗保险信用等级AAA级单位、分值在150分以上未评为AAA级的定为AA级单位(其中排名前1/3的授予AA级

先进单位)、分值为120-150分的定为A级单位、120分以下的定为B级单位。

(二) 评定组织与程序:社保部门组成评定工作小组,成员由社保部门医疗保险工作人员、各定点医疗机构的医保管理人員和部分医疗专家代表组成。基本程序有:

1、参保人问卷调查。考评人员采取陌生拜访、面对面访问等方式,对前来定点医院及其下属门诊部、社康中心的参保职工发放和回收《参保人对医疗保险服务满意度问卷调查表》(同一级别的医院发放相同的数量),其中门诊和住院病人各占50%,而门诊病人的50%中在院本门诊的占30%、在下属门诊部或社康中心门诊的占20%。如果某医院回收的问卷数量达不到该院计划数量80%的,则该院此次问卷调查无效。

2、社保业务培训考核。各定点医疗机构结合社保部门编制发放的“社保业务培训题库”,结合医保等相关政策法规自行组织培训,在规定的时限内向社保部门申请考核。社保部门在接到书面申请后一个月内安排考核验收,医院全部涉及社保工作的人员(包括医保办、临床科室、辅助科室、信息科、财务科、收费处、住院处等工作人员,由医院提供名单)均须参加考试。试卷满分100分,80分合格。参加考试人员100%合格的,则医院培训考核项目验收合格。考核结果纳入综合考评的评分标准。

3、综合考评。社保部门提前半年以上向各定点医疗机构公布该年度信用等级评定的《评定标准》,在预定的时间内根据该《评定标准》对参评的定点医疗机构进行考评。为了保障考评的准确性,每个考评小组一般只对同一类别或同一级别的定点医疗机构进行考评;在分值计算时要充分考量各定点医疗机构全年各险种(因为深圳市的信用等级评定标准包含了基本医疗、工伤和少儿医疗保险三个险种)的服务工作量,按其相应的权重进行换算。

4、社会公示、表彰。最后,社保部门对综合评定的等级结果予以公示,然后根据社会公示反馈情况确定最终评定结果,并通过相应的媒体向社会公布,同时召开总结表彰大会向定点医疗机构授牌,对积极组织、参加信用等级评定工作的各级领导和工作人员进行表彰、嘉奖!

(三) 分类管理举措 社保部门根据评定的信用等级情况实行分类管理。对信用等级高的定点医疗机构不但给予相应的奖金,还相应减少定期监督检查的次数、简化结算程序、降低结算预留额度、优先准入医疗新项目(新技术)等;而对信用等级低的定点医疗机构不但要给予通报批评,还要对其加强管理、加强监督检查等。

如深圳市社保部门对信用等级被评为AAA级(最高级)的定点医疗机构,除了发放一笔奖金,每月还按该医疗机构上年度月平均医保费用的100%预先拨付其下个月的医疗保险偿付费用,年底再实行差额结算;年终结算时全额偿付其与医疗保险服务质量挂钩的质量保证金(占偿付费用的5%);同时,对其医疗保险服务内容的定期监督检查每年只进行一次(不含被投诉时随时安排的监督检查),检查数量为其医保病历处方的1%。而对被评为B级(最低级)的定点医疗机构,不予奖励、不予偿付质量保证金、每两个月就进行一次定期的

监督检查，且检查数量要达到其医保病历处方数量的 30%（详见附件一）。

二、实施好定点医疗机构信用等级管理的关键。

一是评价指标要科学、全面、公开。要使信用等级管理发挥出应有的成效，评价指标首先要制定得科学、合理！既要符合医保管理之需和医保政策规定，又要遵循卫生部门制定的临床诊疗规范，如对病历、处方的评价指标，对收费项目和标准、备药率、特殊检查治疗阳性率的要求等等，同时也要兼顾到相应级别医疗机构的实际管理水平，如对专（兼）职医保管理人员的配备、医院信息系统建设的要求等等，不同级别的医疗机构就要区别对待，这样有利于医疗机构的配合与工作的推进。其次，评价指标要全面，要兼顾到定点医疗机构的就医管理、医疗服务质量管理、医疗费用结算管理、目录管理、信息系统管理、医疗保险基础管理和社会监督等方方面面，以利于医疗机构综合管理服务水平的提升。最后，就是评价指标一定要公开、透明，要通过媒体公布、下发通知、举办培训班与考核等方式，大张旗鼓的宣传，让定点医疗机构全体工作人员都掌握规范、明确要求、熟悉政策，从而积极主动的参与到信用等级评定工作中去。

深圳市社保部门为了保证评价指标的科学、全面，每轮考评的方案不但要在本系统内几上几下的反复讨论研究，还要充分的征求卫生部门、定点医疗机构管理人员和部分临床医疗专家的意见，保证了信用等级评定工作的顺利实施。

二是评价程序要客观、公平、公正。评价指标制定出来以后，如何保证评价过程的客观、公平、公正也非常关键。一方面要组织考评小组全体成员深入学习、掌握评价标准，统一尺度，以便在考评医疗机构时准确把握；另一方面，同一考评类别或同一级别的医疗机构尽量由同一考评小组进行考评，以避免在同一级别的医疗机构之间出现考评标准掌握宽严不一的被动局面；最后，还要设立一个综合评判小组，随时对各考评小组在工作中发现的问题进行解答、规范和仲裁，以保障考评工作的效率和质量。

三是评价过程要公开透明。不论是最初评价指标的讨论与确定，还是期间评价方案的实施，乃至到最后评价结果的公布，信用等级考评的整个过程都必须在阳光下操作，要主动接受卫生部门、医疗机构管理人员、医疗专家代表的监督和参与，最好能吸收新闻媒体全程进行监督与宣传。这样不但可以充分调动起有关各方参与信用等级评定的积极性和主动性，还能树立起医保信用等级品牌效应，增强其社会认知度和对医疗机构的吸引力，发挥出积极的社会效益。

四是不同的信用等级要与相应的奖惩等管理措施挂钩。信用等级评定结果出来以后，是否有相配套的分类奖惩管理措施跟进，就成为信用等级管理成败的关键！针对不同的信用等级实施分类管理，一方面有助于缓解社保部门监督检查力量不足的局面，使社保部门能集中有限的人力资源针对重点的医疗机构（即信用等级较低的医疗机构）进行重点的监督、管理；另一方面，也有助于增强信用等级的效力和吸引力，促使定点医疗机构主动强化医保管理服务，自我约束、自我控制，从而在满足参保职工基本医疗需求之同时实现费用控制的目标。

深圳市的信用等级管理在实施过程中，定点医疗机构之所以能积极参与，一方面是 AAA 或 AA 级先进单位的牌匾具有良好的社会信誉

度，能给定点医疗机构带来一定的社会效益和经济效益；另一方面，社保部门于2008年度的评定方案中配套实施的医保偿付费用预付制——即根据各定点医疗机构信用等级的高低，每月底都按其上年度月均医保偿付费用的比例预先拨付其下个月的医保偿付费用的，年终再根据实际发生的医保费用进行差额结算。且等级越高预付比例就越高，AAA级单位达到100%。这种预付机制，和原来的医保偿付费后付制（即每月都等医疗机构实际发生费用后再进行结算、拨付，一般都会滞后一到两个月的时间）相比，极大的增强了信用等级评定对医疗机构的吸引力！

五是要建立信用等级动态管理机制 鉴于医疗机构管理的复杂性和艰巨性，医保信用等级管理只能起到促进定点医疗机构主动强化医保管理的目的，它不能也无法解决目前我国定点医疗机构管理服务中存在的许多瓶颈问题，如财政补偿的缺位和公立医院的市场化等因素导致的诱导消费顽疾等。因此，信用等级评定就不能搞终身制！一般两年一评较为合理。太长（如三年以上考评一次）可能会造成某些定点医疗机构的信用等级名不副实，太短（如每年都考评一次）又会牵扯各方太多的精力，增加管理成本。同时，还要建立起信用等级的降级机制，即在两年一评的管理期间内，如果定点医疗机构的医保管理服务被查实存在违规行为的，根据其严重程度，社保部门可做出下调其信用等级甚至取消其定点资格的处罚，以维护信用等级管理的严肃性和有效性。

三、目前存在的问题与建议。

一是评价指标要进一步完善。虽然深圳市的信用等级评定工作已进行了两轮，评定方案已经相当完善，评价指标（详见附件二）也基本合理、科学和全面，并积累了一些宝贵的经验。但在今后的工作中，评价指标的设定、分解、表述和分值的分配等方面还需要进一步完善，以适应医保管理和医院改革等形势发展的需要，以进一步提升其可操作性和科学性。在此过程中，充分尊重卫生部门、定点医疗机构和临床医疗专家代表的意见非常重要。一个各方共同研究制定出来的评价标准和方案，是信用等级管理顺利实施的重要基础。

二是相应的分类管理措施还要进一步加强。分类管理举措是吸引定点医疗机构积极、主动参与信用等级评定的关键！在认真落实原有奖惩措施的基础上，我们还可以通过对高信用等级医疗机构加大奖励力度（如提升其节余医保标准费用的奖励标准、偿付标准或比例等）、对低信用等级医疗机构加大处罚力度（如提升其违规医保金额的处罚倍数等），以进一步提升信用等级管理效力！

三是评价主体应逐步引入社会中介机构。目前，我们的评价主体还主要是以社保部门的工作人员为主。这种传统做法，存在两方面的局限。一是社保部门本身的从事医保管理服务的人力、物力资源就相当有限，日常的管理服务工作已应付不暇，而信用等级评定等系列管理工作要做到位也需要占用大量的人力、物力资源，长期以往将难以为继，可能会导致工作中顾此失彼或流于形式；二是其社会公信力也打了折扣，容易引发一些针对社保部门的意见或矛盾。借鉴发达国家的管理经验，这类型的评价工作最好是通过“项目预算管理”模式引入独立的第三方——社会专业组织或中介机构来完成，而社保部门则主要是在制定政策和行使监督职能等方面进行规范、引导和落实奖惩

举措等。如此一来，即可增强信用等级管理的可持续性和公信力，也可化解社保部门的工作压力。

附件一：《深圳市社会医疗保险定点医疗机构信用等级评定管理办法》；
http://www.sz.gov.cn/rsj/szsrzhsbj/zwgk/qtxx/zfgb/200808/t20080813_1455770.htm

附件二：《深圳市社会保险定点医疗机构信用等级评定标准》(1、2、3、4)

附件三：《参保人对医疗保险服务满意度问卷调查表》(1、2)

附件二(1)

深圳市社会保险定点医疗机构信用等级评定标准

(三险统一部分，分值

100分)

序号	项目	具体内容	评定标准	分值
1	现场文件检	社保管理组织是否健全、分工是否明确、职责是否落实、是否	一、一级医院： (1) 建立社保工作领导小组，有一名院领导分管社保工作，得5分； (2) 配备专职社保管理人员，得10分，兼取得5分； (3) 社保专职管理人员有一人为副高以上临床医师职称的，得5分。	20

序号	项目	具体内容	评定标准	分值
	查	有专人负责	<p>二、二级以上医疗机构(含市属专科医院)</p> <p>(1) 设立独立的专职管理社保各项工作的社保办，且社保办为： 专职管理社保业务的，得10分； 同时具有两项职能的，得5分； 同时具有三项职能的，得3分；</p> <p>(2) 有专职(专门负责社保工作)的医院正科级医保办主任的，得4分；同时具有两项职能的正科级医保办主任的，得3分；配备专职(专门负责社保工作)的医院付科级医保办主任的，得2分；同时具有两项职能的付科级医保办主任的，得1分</p> <p>(3) 社保专职管理人员：500张床位以上配备3人以上的，300张床位以上配备2人以上的，得3分；</p> <p>(4) 人员配备合理，有副高以上临床医师职称专职管理人员的，得2分；</p> <p>(5) 有一名院领导分管社保工作的，得1分。</p>	
2	平时业务管理	社保管理人员履行社保工作职责情况	<p>(1) 各项社保管理制度健全、提交年初社保工作计划，得1分；</p> <p>(2) 制定出台贯彻实施08年4月新政策的相关措施，得1分；</p> <p>(3) 认真落实计划，并做好相关记录，得1分；</p> <p>(4) 年终有总结等报告的，得1分；</p> <p>(5) 社保标牌、《协议书》、文件资料保管全，得1分。</p>	5
3		对社保检查的配合程度	<p>(1) 配合检查工作，及时提供需查阅的医疗档案和有关资料，得1分；</p> <p>(2) 建立与社保经办机构工作联系制度，按要求及时报送各项材料，得1分；</p> <p>(3) 按要求参加社保工作会议，得1分；</p> <p>(4) 对投诉或监督员发现的问题积极配合，及时调查核实并记录处理结果，得1分；</p> <p>(5) 对社保检查在协议规定时间内及时完成检查扣款反馈，得1分。</p>	5

序号	项目	具体内容	评定标准	分值
4	考试	社保政策培训考核	医院考核验收得分： 平均分在 95 分以上的，得 20 分； 平均分在 90—94 分的，得 18 分； 平均分 85—89 分的，得 16 分； 平均分 80—84 分的，得 14 分。	20
5	现场检查	社保政策学习、宣传情况	(1) 学习宣传社保政策，认真落实并举办有时间、有地点、有参加人员签名的全院社保政策培训大会，得 1 分； (2) 设立并及时更新社保知识宣传专栏的，得 1 分； (3) 印发社保知识宣传册的（含社保基本知识、普通门诊就诊须知、门诊大病就诊须知、入院须知等等），每种得 0.5 分，满分 2 分； (4) 设立社保专用咨询台的，得 1 分； (5) 设立社保专用咨询电话的，得 1 分； (6) 建立具有社保处方权限医生花名册的（含系统名册），得 1 分； (7) 提供新上岗医师名单及社保政策培训记录的，得 1 分； (8) 现场对 2 名新上岗医师进行抽查，社保基本知识回答准确的，每例得 1 分。	10
6		对社保费用自查、统计、监控情况	建立本院医保费用自查统计制度（含参保人门诊人次及次均费用、门诊特检人次及次均费用、住院人次及次均费用、门住比、病种费用等情况），统计数据按月分门别类，能具体反应医保各项指标情况，得 5 分；缺 1 项扣 1 分。临时从医保网站下载的不得分。	5

序号	项目	具体内容	评定标准	分值
7	现场检查	社保信息管理系统情况	<p>(1) 配备专职负责社保信息系统的专业技术人员，得1分；</p> <p>(2) 定期维护信息系统，配合社保各项需求，及时完成社保各项系统维护，保证系统正常运转、通畅的，得1分；</p> <p>(3) 及时上传、下载数据，并保障上传数据的及时、准确；</p> <p>病历首页应上传数与实际上传数相符率达90%以上的，得8分。每低1个百分点扣1分，</p>	10
8		医疗清单制定、落实情况	<p>实行收费项目清单制度</p> <p>(1) 门诊收费项目清单达到协议要求的，得2分，缺1项扣0.5分；</p> <p>(2) 住院收费项目清单达到协议要求的（或结账单格式符合标准、数据准确的）得3分；缺1项扣0.5分；</p> <p>(3) 不能提供正规医疗费用发票的，1例扣5分。</p>	5
9		社保床位标准	符合社保床位支付标准（最高不超过50元/床日）的床位数占总床位数80%以上的，得5分；低于80%的，每降低1个百分点扣1分。	5
10		社保基本药品目录内药品备药率是否达标 (备注:各达标率均指医院中标药品的百分率)	<p>①三级综合医院西药备药率$\geq 80\%$，中成药备药率$\geq 60\%$；</p> <p>②二级综合医院西药备药率$\geq 70\%$，中成药备药率$\geq 50\%$；</p> <p>③一级医院西药备药率$\geq 60\%$，中成药备药率$\geq 40\%$；</p> <p>④专科医院相应病种备药率$\geq 90\%$。</p> <p>社康中心，基本医保药品目录内药品应达300种。以上各类低于标准每5个百分点扣1分。</p>	5

序号	项目	具体内容	评定标准	分值
11	平时业务管理	严重违规情形	下列情形，经核实发生1例扣10分： (1) 发生借卡冒名住院的； (2) 发生以药换药、以药易物的。	10
12		重大违规情形	有以下严重违规行为的，信用等级直接定为B级或暂停、取消定点资格： (1) 未住院而虚报住院，造假病历，或造假检查单、治疗单的； (2) 电脑信息录入方面弄虚作假以及利用电脑信息，将医疗费用记入他人名下； (3) 虚开、买卖、转让门诊和住院票据； (4) 擅自为未取得定点医疗资格的下设或其他医疗机构开通医保记帐； (5) 发布虚假医疗、药品广告误导参保人； (6) 其他重大违规造成医疗保险基金不合理支出。	直接评定为B级

附件二（2）

深圳市社会保险定点医疗机构信用等级评定标准

（医保使用部分，分值100分）

序号	项目	具体内容	评定标准	基本分值	实际得分
1		操作员执行医保收费情况	现场核对5份收费记录，医保各相关通道录入正确得5分；不正确每例扣1分。	5	

序号	项目	具体内容	评定标准	基本分值	实际得分
2	现场	医生核验医保卡情况	现场暗访，门诊医生未核验医保卡给病人医保就医的，核实一例扣2分，扣完为止。	5	
3	协议管理	参保人个人自费占医疗总费用比例	年度内医保住院病人平均自付率低于或等于 协议值得5分，超过协议值1个百分点扣1分。	5	
4		每百门急诊住院人次	低于或等于 协议值得5分，超过协议值1个百分点扣1分。	5	
5		医保平均住院次均费用	低于或等于 协议值得5分，超过协议值1个百分点扣1分。	5	
6		每门急诊人次平均特检费用	低于或等于 协议值得5分，超过协议值1个百分点扣1分。 (备注：一级医院无大型设备检查项目的，此项目5分平均纳入第4、5项，按各2.5分计算)	5	
7		特殊检查、治疗项目管理	(1) 特检项目无审核管理或登记材料不全的扣1分； (2) 阳性率 $\geq 60\%$ ，低于 该标准1个百分点扣2分； (3) 一级医院无特检项目的，则核查其一般检查项目(如心电图、胸片、理疗等项目)有无登记，是否按医疗需要检查，没有的每例扣1分。	5	
8	处方检查	处方保存情况	(1) 参保人员、离休人员、门诊大病患者、少儿用父母卡等各类处方单独保存较好，按月或按天登记号数量及金额的，得5分； (2) 上述处方单独保存，但没有按月登记好数量金额的，得3分； (3) 上述处方没有单独存放或保管混乱的，不得分。	5	

序号	项目	具体内容	评定标准	基本分值	实际得分
9		医保处方执行情况	处方、治疗单检查有违规现象一例扣1分。如：处方书写未按《处方管理办法》规定执行，未加盖医生代码章（或未书写医生工号），未填写医疗保险号，超目录、超限制用药，将可使用范围药品让参保人自费，超剂量用药，分解处方，不按物价部门规定的药品价格售药等。	5	
10		医院所属社康中心情况	（1）处方、治疗单检查有违规现象一例扣1分，其中分解处方核实一例扣2分； （2）冒卡就医、以药换药、以药换物、配售伪劣药品以及其他增加共济基金不合理支出等，核实1例扣10分； （3）社康中心（或医院科室）因违反医保政策被暂停或取消定点的，扣10分。 （备注：没有社康点的医院，此项目10分纳入前款处方执行情况计算分值）	10	
11		医保诊疗项目准入情况和执行物价标准情况	（1）严格执行准入制。将未申报或未批准的新诊疗项目记帐的，或“医保目录”外诊疗、生活服务设施等项目纳入医保范围内支付的，以及将应记帐诊疗项目让参保人自费的，查实一例扣1分； （2）严格执行市物价部门制定的收费标准，不按医疗收费标准执行，超标收费、比照项目收费的，查实一项扣1分。	5	
12	病历检	出院带药等情况	出院带药医嘱未写具体项目或出院带药超剂量、出院带检查、治疗项目等，查实一例扣1分。	5	

序号	项目	具体内容	评定标准	基本分值	实际得分
13	查	病历记载与收费情况	病历记载不清楚、不完整，医嘱与清单不符，病历未记载却有收费，有收费无报告单，重复收费，分解收费等现象的，查实一例扣1分。	5	
14		提供“三个目录”以外服务是否征得病人或家属同意	落实病人目录外自费服务项目签字制度，在使用目录外服务时征得参保病人或家属同意并签字，没有签字同意的，一例扣1分。	5	
15		是否按规定执行入、出院标准	挂名住院、分解住院或出、入院标准掌握不严的，核实一例扣2.5分。	5	
16		是否按规定保存有关资料	病历中没有保留参保人社保卡及身份证图像或复印件的，每例扣1分。	5	
17	平时业务管理	病种录入及病历上传情况	现场抽查20份病种病历：(1)如将非病种疾病按病种录入的，查实1例扣5分；(2)核对病历首页上传情况是否完整真实。病历记载情况与实际不相符的，缺1项扣0.1分。	5	
18		平时常规检查情况	(1)物价违规情况、诊疗项目准入违规情况，每3例扣1分； (2)出院带药违规情况、病历记载与收费违规情况，每3例扣1分； (3)执行医保出入院手续违规情况(病历中是否存有复印件等)，每3例扣1分； (4)轻病入院、分解住院等违规情况，每1例扣1分。	5	
19		参保人有效投诉	被参保人投诉并核实的违规行为： (1)三级医院：1例投诉/每10万门诊人次，扣2分； (2)二级医院：1例投诉/每5万门诊人次，扣2分； (3)一级医院：1例投诉/每5000门诊人次，扣2分。	5	

附件二（3）

深圳市社会保险定点医疗机构信用等级评定标准

（工伤保险使用部分，分值50分）

序号	项目	具体内容	评定标准	分值
1	现场检查	特殊检查、治疗项目管理	特检项目无审核管理或登记材料不全的，每例扣1分（如无特材产地、价格、厂商联系人、电话等信息）。	5
2	日常管理	工伤医疗管理办法执行情况	（1）应有与工伤医疗政策配套的内部管理制度，没有扣3分； （2）配合工伤医疗管理工作，提供检查所需的各种资料和费用清单。提供资料不齐全、不准确或不配合工作的，每例扣1分。	5
3		参保人有效投诉	因违规被参保人投诉并核实的，1例投诉/每50例住院扣2分。	5
4	病历检查	工伤用药管理办法执行情况	（1）超目录、超限用药或将目录内药品让参保人自费，超剂量用药、不按物价部门规定的药品价格售药等，每例扣1分； （2）医院自制药剂未按规定申报产生记帐费用的，查实一例扣1分。	5
5		工伤医疗费用记帐情况	（1）不按工伤医疗规定及目录范围、收费标准记帐的，每例扣1分； （2）对工伤职工使用目录外药品、特殊检查治疗项目（含特殊医用材料）不事先核准或征求单位的同意（签名）（急诊抢救除外）的，每例扣1分。	5
6		提供工伤诊疗、服务设施项目情况	严格执行准入制。将未申报或未批准的新诊疗项目记帐的，或“医保目录”外诊疗、生活服务设施等项目纳入工伤范围内支付，或将应记帐诊疗项目让参保人自费的，查实一例扣1分。	5

序号	项目	具体内容	评定标准	分值
7		病历记载与收费情况	病历记载不清楚、不完整的，医嘱与清单不符，病历未记载却有收费的，有收费无报告单的，重复收费、分解收费等，查实一例扣1分。	5
8		提供“三个目录”以外服务是否征得病人或家属同意	落实病人目录外自费服务项目签字制度，在使用目录外服务时未征得参保病人或家属同意并签字，每例扣1分。	5
9		物价标准执行情况	严格执行市物价部门制定的收费标准，不按医疗收费标准执行，超标收费、比照项目收费，查实一项扣1分。	5
10		出院带药等情况	(1) 出院带药医嘱未写具体项目或出院超剂量带药、出院带检查、治疗项目等，查实一例扣1分； (2) 发生住院期间分解收费，无特殊原因到院外购药，查实一例扣1分。	5

附件二（4）

深圳市社会保险定点医疗机构信用等级评定标准

（少儿医保使用部分，分值50分）

序号	项目	具体内容	评定标准	分值
1	协议管理	对医保费用进行监控	平均住院次均费用低于或等于协议值得5分，超过协议值个百分点扣1分。	5
2		提供医保诊疗、服务设施项目情况	严格执行准入制。将未申报或未批准的新诊疗项目记帐的，或“医保目录”外诊疗、生活服务设施等项目纳入医保范围内支付，或将应记帐诊疗项目让参保人自费的，查实一例扣2分。	5

序号	项目	具体内容	评定标准	分值	
3	病历检查	出院带药等情况	出院带药医嘱未写具体项目或出院带药超剂量、出院带检查、治疗项目等，查实一例扣1分；发生住院期间在门诊购药、做检查等，查实一例扣1分。	5	
4		病历记载与收费情况	病历记载不清楚、不完整的，病历中没有保留参保人社保卡及身份证图像或复印件、监护人身份证复印件的，每例扣1分；医嘱与清单不符、病历未记载却有收费的、有收费无报告单的，重复收费、分解收费等现象，查实一例扣2分。	5	
5		提供“三个目录”以外征家属同意	落实病人目录外自费服务项目签字制度，在使用目录外服务时征得参保病人或家属同意并签字，没有签字同意的，一例扣1分。	5	
6		是否按规定执行入、出院标准	挂名住院、分解住院或出、入院标准掌握不严的，核实一例扣3分。	5	
7		执行物价收费标准情况	严格执行市物价部门制定的收费标准。不按医疗收费标准执行，超标收费、比照项目收费，查实一项扣1分。	5	
8		病种录入及病历上传情况	现场抽查5份病历，核对病历首页上传情况，病历首页的完整真实、病历记载的准确清晰，缺1项扣1分。	5	
9		日常管理	平时常规检查情况	(1) 物价违规情况、诊疗项目准入违规情况，每3例扣1分； (2) 出院带药违规情况、病历记载与收费情况，每3例扣1分； (3) 执行社保出、入院手续等违规情况（如病历中有否存复印件等），每3例扣1分； (4) 轻病入院、分解住院等情况，每1例扣1分。	5

序号	项目	具体内容	评定标准	分值
10		参保人有效投诉	被参保人投诉并核实的违规行为： (1)三级医院1例投诉/每200例住院扣2分； (2)二级医院1例投诉/每100例住院扣2分； (3)一级医院：1例投诉/每50例住院扣2分。	5