

# 全省医疗保障经办机构管理服务能力提升 建设规范（试行）

为加强对全省医疗保障经办机构的指导，进一步规范经办管理服务行为，提升经办服务标准化、规范化、精细化水平，结合国家、省有关文件规定和我省实际情况，制定本规范。

## 一、工作目标

深入贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府关于维护基金安全、优化医疗保障公共管理服务要求，坚持“问题导向、目标导向、结果导向”，强化制度机制建设，达到以规范促提升、以规范促管理、以规范促服务的目的，全面提升医疗保障经办管理服务质量和效率，提高医保资金使用效益。

## 二、实施范围

市（州）、县（市、区）医疗保障经办机构。

## 三、规范内容

规范内容主要包括经办能力建设、制度机制建设、定点医药机构申请和管理、优化便民服务、标准化和规范化五大类，包括18项43条实施细则（附件1）。另附特殊因素加减分，包括试点工作、创先争优、负面因素和被约谈情况。

## 四、实施程序

采取百分制，实行市、县自评与省级评定相结合的方式。除

特殊因素加减分外,其他项目市、县自评占 40%,省局评定占 60%。特殊因素加减分,由市、县自评,省级核验通过后赋分。

(一)县级自评。每年 12 月份,县(市、区)医保局组织经办机构开展自评,于 12 月底前将自评报告、评定表报送至市(州)医保局。

(二)市(州)自评。次年 1 月份,市(州)医保局组织本级经办机构开展自评,并结合所辖县(市、区)自评情况完成本市(州)打分。所辖县(市、区)自评分占全市的 60%,市州本级占 40%。次年 1 月底前将自评报告、评定表以及相关佐证材料报送至省医保局。自评报告附扣分明细并注明原因,同一情况按标准扣分后,省级评定不再扣减。

(三)省级评定。次年 2 月份,在各市州自评的基础上,省医保局服务中心会同局相关处室单位结合日常工作、调研考察、行风评价等渠道掌握信息进行综合评定,形成全省经办机构评定结果排名报省医保局会议审议批准。

## 五、评定结果

评定结果在全省进行通报。对连续两年排名后 5 位的市(州),由省医保局约谈单位主要负责人。

## 六、有关要求

各市(州)医疗保障局要高度重视经办机构管理服务能力建设,成立建设规范实施领导小组,加强统筹协调,狠抓工作落实。

同时，加强对县（市、区）医保部门工作指导，按照统一的要求督办建设规范落地落实。各市（州）医保局工作联络员信息表（附件2）请于10月9日前报省医保局。

联系人：游 源

联系电话：027-87261215

邮 箱：hbsybfwzx@163.com

- 附件：1. 全省医疗保障经办机构管理服务能力提升建设规范  
评定表
2. 市（州）医保局工作联络员信息表

## 附件 1

## 全省医疗保障经办机构管理服务能力提升建设规范评定表

评定单位（盖章）：

日期： 年 月 日

建设规范事项	项次	建设规范项目	评定内容	项目分值	自评得分	评定得分
经办能力建设 (10分)	1	经办体系建设	构建市（州）统一的医疗保障经办管理体系，实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。医保经办服务网点覆盖到乡镇（街道）、村（社区）得4分，覆盖到乡镇（街道）得3分，未覆盖到乡镇（街道）不得分。	4		
	2	队伍建设	制定培训工作计划，定期开展多种形式的业务培训和岗位练兵活动得2分；定期开展廉政警示教育，通过“以案说法”、案例剖析等形式，筑牢廉洁意识，规范服务行为，得1分。	3		
	3	行风建设	开展行风建设专项评价，明确评价标准得1分；全面落实“好差评制度”得1分。	2		
	4	品牌建设	开展医保经办精细化管理服务案例推介活动得0.5分；总结宣传并推广典型案例得0.5分。	1		
制度机制建设 (40分)	5	内控管理	建立健全业务、财务、安全和风险管理等内部控制制度，得1分；单独设置内控部门或岗位，明确分管内控工作的领导得1分。	2		
	6		明确岗位职责和权限、建立不相容岗位分离和重要岗位定期轮换制度，得1分；合理划分岗位操作权限、明确授权范围和授权程序，得1分。	2		
	7		梳理业务经办流程风险点，对风险进行预判评估并制定相应防风险措施得1分；各项业务全流程信息化、系统操作痕迹化管理，得1分。	2		
	8		制定年度及日常内部控制检查计划及工作方案，成立检查小组，对经办业务运行情况开展内部控制检查，重点检查关键风险岗位及环节，得1分；做好检查记录，形成检查报告，提出整改措施，跟踪落实整改，得1分。	2		
	9		第三方机构承办医保业务准入程序合法合规，签订服务协议，双方权责明确，得1分；定期开展第三方承办业务抽查、评估，强化评估结果运用，得1分。	2		
	10	基金财务管理	建立健全基金财务管理制度和风险预警制度得1分；建立基金预决算制度，实行基金预算管理，编制年度医疗保险基金决算草案得1分。	2		

制度机制建设 (40分)	11		基金实行“收支两条线”管理，按照规定纳入财政专户。将经办的各类社会保险基金按照险种及不同制度分别建账、分别核算，无挤占、挪用情况。每发现一项问题扣0.2分。	2		
	12		基金拨付及时准确，拨付流程履行严格的审批手续，基金拨付和业务台账相符。医保、财政、银行三方按时对账，往来账及时清理。银行票据、基金专用收据、密钥、印章管理使用、核销符合规定。每发现一项问题扣0.2分。	2		
	13		建立基金报表定期分析制度，定期对基金运行情况进行分析，向上级报送年度基金运行分析报告，得1分。定期向社会公开基金的收入、支出、结余等情况，得1分。	2		
	14	医药费用审核	对定点医药机构申报的费用建立规范的初审、复审两级审核制度，得1分。对审核查实的违规费用，按照协议予以拒付，得2分。	3		
	15		利用信息化手段，开展智能审核，对上传医药费用信息进行100%全覆盖初审，得2分；对初审发现的疑似违规费用通过调阅病历、日常检查等方式进行核实，得1分。	3		
	16		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%，得1分；根据当地规定按比例对单笔大额费用进行复审，得1分。	2		
	17		实行总额预算管理，开展单病种、床日、人头、DRG、DIP等多元复合付费方式，得1分；基金结算支付程序规范合理，得1分。	2		
	18	基金支付	建立医保费用拨付结算和清欠工作长效机制得1分；建立健全重大医保费用支出集体决策制度得1分。	2		
	19		定点医药机构申报后30个工作日内，按协议拨付符合规定的医保费用，发现一家未及时拨付的扣0.1分。	2		
	20		定点医药机构违规申报费用，经审核查实的，经办机构不予支付，发现一家不应拨付的扣0.2分。	2		
	21	稽核检查	制定年度稽核检查计划得1分；实现稽核检查全覆盖，原则上对每家医疗机构每年至少开展1次专项稽核检查，得1分。	2		
	22		建立问题线索分析制度，对发现的各类问题定期总结归纳分析，编印稽核检查工作通报，得2分。	2		
	23		对在稽核中发现被检查对象存在违反协议行为的，及时责令改正，并按照协议约定处理，得1分；对涉嫌违法违规并需要给予行政处罚的，及时移交医保行政部门处理，得1分。	2		

定点医药机构申请和管理 (18分)	24	医药机构定点申请	通过网站等渠道向社会公开医疗机构和零售药店纳入医保定点的基本条件、办理材料、办理时限、办理环节和评估内容,得2分。医疗机构提交的定点申请材料内容不全的,经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充,得1分。	3		
	25		按程序将符合条件的医疗机构和零售药店纳入定点范围,并通过网站等渠道向社会公布定点医药机构名称和地址等信息,得2分;评估合格的向社会公示拟签订协议医药机构名单,得1分;评估不合格的告知理由并建立台账,提出整改建议,得1分。	4		
	26	协议管理	与每家定点医药机构签订服务协议得1分;协议内容严谨规范,与国家、省政策法规相衔接,得1分;将异地就医管理服务纳入本地协议管理得1分。	3		
	27		定期对定点医药机构组织开展医保政策、管理制度、支付政策、操作流程等宣传培训得2分。	2		
	28		制定协议管理考核办法和年度考核计划得2分;建立科学合理的年度考核指标体系,引入参保人满意度调查等评价方式,得1分。	3		
29		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年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩,得3分。	3			
优化便民服 务(20分)	30	网上办事	推动医保经办服务网上办理,实现省级明确规定“一网通办”的医保经办政务服务事项“网上办”。有1项未实现的扣0.5分。	3		
	31	服务模式	推行医保经办服务窗口“综合柜员制”,加强内部数据共享,实现服务前台不分险种、不分事项一窗受理,后台分办联办。未实现不得分。	2		
	32		实现市域内基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”,得2分;落实“一事联办”工作得1分。	3		
	33	服务提升	结合实际落实《医疗保障经办大厅设置及服务规范(试行)》得1分;服务指南和管理制度在服务场所对外公开得1分。	2		
	34		加强服务礼仪、服务用语、服务态度培训,落实一次性告知制、首问负责制、限时办结制,得2分;	2		
	35		加强医保经办服务大厅和窗口管理,配备引导人员,提供咨询、指引、协助等服务得1分;对年龄较大、行动不便等需要照顾的特殊群体,优化完善无障碍设施,开辟绿色通道,优先办理得1分。	2		
	36		通过网站、报纸等渠道对外公开服务电话得1分;工作时间畅通对外服务电话得1分。	2		
37	疫情防控	落实好常态化疫情防控工作要求,认真做好医保经办大厅室内通风、卫生检测、清洁消毒等工作,引导办事群众佩戴口罩并自觉接受体温检测,避免交叉传染。	4			

标准化和规范化 (12分)	38	政务清单	执行省级统一规定的医保经办政务服务事项清单及办事指南，申请材料、办理时限等不得超出全省标准范围，有1项未执行或未达标的扣0.5分。	3		
	39	业务标准化	动态维护医疗保障信息业务编码，所有信息业务编码维护率和赋码率达99%以上，有1项未实现扣0.2分。	2		
	40		贯彻国家医疗保障信息业务编码标准，有1项未贯标扣0.5分。	2		
	41		医保目录更新维护及时、规范，与定点医药机构对照清晰，维护不及时、对应错误每发现一次扣0.2分。	3		
	42	档案管理	规范业务档案管理，实行专人负责、专人管理、定点存放。归档材料分类整理，并编制卷内目录，案卷封面应逐项书写或打印，在规定时间内移交档案室集中统一保管。每发现一份不规范扣0.2分。	1		
	43		归档材料利于长期保存，纸张完好整洁，图印清晰、字迹工整耐久、签署完备，无其他痕迹。每发现一份不规范扣0.2分。	1		
特殊因素 加减分	44	试点工作	按要求完成国家、省经办试点工作，完成试点任务得3分，基本完成试点任务得2分；每增加1个试点且完成试点任务加1分；跨年度持续性试点，在首年取得额外加分后，次年持续完成试点任务得1分。	5		
	45	创先争优	工作中作出突出贡献并得到省级以上表彰，或相关工作做法受到省级以上正式推广，获得1次表彰或得到1次推广得2分，每增加1次加1分。	5		
	46	负面因素	发生严重负面舆情或因廉政建设、行风建设等相关问题被省级以上部门通报批评。	-5		
	47	被约谈	未按要求及时落实医保政策、经办管理规定或未按时完成年度重点工作任务等情况，被省级以上部门约谈一次扣2分，每增加1次扣1分。	-5		
合计				100		

附件 2

## 市（州）联络员信息表

姓名	单位	职务	手机

注：请于 10 月 9 日前发送至邮箱 [hbsybfwzx@163.com](mailto:hbsybfwzx@163.com)。

