

临汾市医疗保障局文件

临医保发〔2022〕32号

关于印发《商业保险机构承办大病保险及 城乡医疗救助等业务考核办法 (试行)》的通知

各县(市、区)医疗保障局,市医疗保险服务中心:

现将《商业保险机构承办大病保险及城乡医疗救助等业务考核办法(试行)》印发给你们,请认真遵照执行。

临汾市医疗保障局
2022年12月12日



商业保险机构承办大病保险及城乡医疗救助等业务考核办法（试行）

为进一步健全商业保险机构承办大病保险及城乡医疗救助等业务的监管机制，加强经办服务管理效能，促进商业保险机构承办医保业务健康发展，确保城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗补充保险和城乡医疗救助工作平稳顺利实施，现制定本考核办法。

一、考核目的

贯彻落实国家、省、市大病保险及城乡医疗救助等相关政策，完善商业保险机构承办大病保险及城乡医疗救助制度，建立健全以保障水平和参保人满意度为核心的考核评估体系，督促商业保险机构提高服务管理效能，促进商业保险机构强化服务意识，提高基金运行绩效，提升治理能力，在规范诊疗、医疗控费、引导就医方面发挥应有作用。

二、考核对象

承办我市城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗补充保险、城乡医疗救助工作的商业保险机构。

三、考核方法

由市医保局组织，成立商业保险机构承办医保业务考核工作领导小组，由市医保局分管领导任组长，成员由局机关各科室负责人及市医保中心相关业务分管领导组成。领导小组下设办公室，办公室设在局待遇保障科。在开展考核时，成立专项考核工作组，成员主要从局机关、市医保中心、县（市、

区) 医保部门抽调或委托第三方机构进行考核, 考核主要采取听取汇报、查阅档案资料、现场勘察、数据分析等方式进行。

四、考核内容

考核内容主要包括: 基础管理、服务管理、信息管理三个大部分和若干子项, 涵盖了对承办大病保险及城乡医疗救助等业务的商业保险机构服务管理的全过程、各环节。

五、考核结果

(一) 考核结果与商业保险机构承办城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗补充保险、城乡医疗救助等业务的资格和服务保证金相挂钩, 大病保险协议保费的 10% 作为年度服务保证金进行预留, 城乡医疗救助协议年度内最后 3 个月服务费作为服务保证金进行预留, 应返还给商业保险机构的服务保证金为预留的服务保证金与考核系数的乘积。

(二) 根据考核得分确定相应的考核结果等级和考核系数, 考核结果等级共分为 5 级: ≥ 90 分等级为优秀(考核系数为 1), 服务保证金全部返还商业保险机构; 80 分(含) - 90 分等级为良好(考核系数为 0.9), 70 分(含) - 80 分等级为较好(考核系数为 0.8), 60 分(含) - 70 分等级为合格(考核系数为 0.7), 60 分以下等级为不合格(考核系数为 0)。

(三) 对考核达到或超过 90 分的全额返还服务保证金。

(四) 对考核得分在 60 分(含 60 分) 到 70 分之间的商保机构, 提出整改意见, 限期整改。

(五) 对考核得分不满 60 分的不合格商保机构, 将全

部扣除服务保证金并按照协议追究商保机构违约责任，直至终止协议。

（六）对无故连续超过3个月未向定点医疗机构支付结算费用的商保机构，年终考核一票否决，定为不合格。

六、相关工作要求

（一）被考核商业保险机构要按照考核要求和有关规定积极配合开展考核，及时准备考核所需审阅文件、分析报告和统计报表等资料，对考核所涉及工作内容的印证资料做进一步补充和完善，真实反馈实际工作开展情况。对考核工作组提出的整改问题要认真梳理，找出差距，及时整改。

（二）考核工作相关人员要坚持实事求是，严格落实考核程序和标准，要加强纪律约束，如发现有徇私舞弊行为的，予以严肃处理。同时，被考核商业保险机构不得虚报、瞒报，若发现有弄虚作假行为并造成恶劣影响的，扣除该项目所有得分，并按规定予以处理。

（三）建档立卡贫困人口补充保险工作参照城乡居民大病保险进行考核。

附件：1. 商业保险机构承办城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗补充保险

2. 商业保险机构承办城乡医疗救助考核标准表

商业保险经办机构承办 考核标准

项目	内容	考核要求	标准分	评分标准	扣分	得分	备注	
基础管理 (10)	人员配置	①应配置不少于6名专业服务团队,其中具有2年以上临床医学从业背景并具有执业医师(执业护士)证的人员占比不得小于40%。	4	每一项内容未落实扣4分,每一项内容落实不到位酌情扣1-2分。				
		组建医疗巡查队伍,负责对定点医院巡查、医疗审核和稽核管理工作。						
	服务场所	①商业保险机构要在承办区医保经办机构,建立联合办公服务平台,实行合署办公,做到“人员、场所、设施”三落实,并能满足工作需要;	3	每一项内容未落实扣3分,每一项内容落实不到位酌情扣1-2分。				
		②常设机构和各类人员要制定相应的工作职责。						
	制度建设		①根据医保政策《协议》规定,商业保险机构要制定相应管理措施(有自查内容及违规内部处理制度);建立相应的财务会计制度和档案管理办法	3	每一项内容未落实扣3分,每一项内容落实不到位酌情扣1-2分			
			②建立该业务单独的核算办法及制度					
③建立定期的支付报表及定期运行分析报告								
即时结算		为参保人员在定点医院机构提供“一站式”即时结算服务,即时结算率达100%	10	即时结算率达到100%得10分,达到90%(含90)以上的扣6分,达到80(含)-90%扣7分,达到70(含)-80%扣8分,达到60(含)-70%扣9分,低于60扣10分。				
异地核实		借助商业保险机构网络优势协助医保经办机构开展外转参保人员、异地安置人员的异地核实率要达到90%以上。	5	异地核实率低于90%的扣1分,低于70-80%扣2分,低于60-70%扣5分。				

结算周期	按照《协议》规定对定点医院“一站式”垫付的资金，定点医院每月5日前与商业保险机构对账，商业保险机构每月25日前进行支付；对未直接结算需手工报销费用的案件，在收到赔付材料申请后，材料齐全的，应在10个工作日内完成赔付；材料不全的，商业机构要一次性告知所需材料，材料补齐后按资料齐全赔付时限要求完成支付；对于有疑问需进行外调的病历或其它特殊情况，补强时间可适当延长，但原则上需在提出申请资料齐全后一个月内完成调查并给予支付工作。	15	每出现一例超支付时长的扣5分			
医疗服务管理	①积极配合医保经办机构加强住院巡防，查处冒名就医等虚假医疗和骗保行为等；	10	每一项有一例落实不到位酌情扣5分，有一项内容未落实扣10分。			
	②配合经办机构加强诊疗过程控制、审核医疗费用支出。	10	每一项有一例落实不到位酌情扣5分，有一项内容未落实扣10分。			
资金管理	遵循收支平衡、保本微利的原则，合理控制商业保险机构盈利率。年度清算承保项目资金有结余的，商业保险机构依照《协议》进行返还；项目资金亏损的，商业保险机构依照《协议》承担亏损。	10	每一项落实不到位酌情扣5分，有一项内容未落实扣10分。在宣传医保政策时有误导公众、减少或夸大保障范围，强制搭售其他商业保险产品的扣10分。			
宣传培训	①定期组织专业团队学习医保等有关政策法规，开展医疗保障政策宣传工作。 ②要有学习、培训计划和相应的检查、验收结果的依据。	5	由商业保险机构负主要责任的投诉为扣分投诉。每次举报投诉，视情节轻重，扣2分。			
举报投诉	是否建立患者举报投诉和处理制度。受理并及时处理两定机构、经办机构、参保单位、参保人的举报投诉。	10	参保人员满意度调查（满意度应在85%以上）每降低一个百分点扣2分。			
社会评价	商业保险机构信息系统建设要与医保经办机构医保系统相联网、信息对接，数据上传下载通畅，完好率达到100%，计算机管理人员熟悉信息系统，能够熟练处理系统出现的任何问题并与经办机构信息管理部门沟通，前台操作人员掌握系统的基本流程，能够判断系统故障的大致原因。要维护参保人信息安全，防止信息外泄和滥用。	10	每一项有一例落实不到位酌情扣5分。有一项内容未落实扣10分。			

服务管理
(75)

信息管理

(15)	<p>①商业保险公司要按医保要求及时上报承办项目住院费用以及项目保险资金收支等相关信息和报表。</p> <p>②积极参加政府主管部门和经办机构组织的各种会议。</p>	5	<p>不准时报送经办机构索要的资料和数据信息均扣5分(参会迟到、资料数据不准确酌情扣5分);不参加政府主管部门和经办机构召开的会议扣5分</p>				
<p>上报制度</p>	<p>对承办项目和基本医疗保险提出合理化建议及工作创新的给予奖励</p>	不超过5分	<p>对提出建议,每采纳一项,视建议的合理性、有效性,加1-2分。业务工作中或其他方面有创新,视创新程度,加1-2分。发现并提出过程中的疏漏或问题,每次加1-3分。</p>				
<p>验收人:</p>							

商业保险机构承办城乡医疗救助业务考核标准表

考核方法：听取汇报、查阅资料、现场考察、抽查等方式

考核时间： 年 月 日

项目	内容	考核要求	标准分	评分标准	扣分	考核得分	备注
基础管理 (10分)	人员配置	配备具有临床、护理、医药等专业医学背景人员。	3	未配备医学背景人员扣3分。			
	服务场所	每个县(市、区)要至少在医保部门配备1名城乡医疗救助专职服务人员，并合署办公。	4	每发现一个县未落实扣0.5分，扣完为止。			
	制度建设	根据城乡医疗救助政策及《协议》规定，商业保险机构要建立完善的管理制度和工作流程(包括财务管理、会计核算制度，举报投诉制度等)。	3	每少一项制度扣1分，扣完为止。			
	即时结算	①对救助对象在全市医保定点医疗机构提供城乡医疗救助“一站式”即时结算服务，即时结算率达100%； ②救助对象手工案件的结算工作，达到与系统数据统一。	10	①该项5分：“一站式”结算率达到100%得5分，达不到100%扣5分； ②该项5分：手工结算与系统数据不统一发现一例扣0.5分，扣完为止。			
结算周期	①按照《协议》规定按月对定点医疗机构进行结算，在收到资料15个工作日内在“一站式”结算服务系统完成相关审核工作，并向定点医疗机构支付相应救助资金； ②对非定点医疗机构及转诊异地等需手工报销的医疗费用结算，按照要求时限完成救助支付结算，原则上不超过一个月，有问题案件支付时间可适当延长(需提供相关问题说明)。	10	①该项5分：未按规定时限完成审核工作，每发现一例扣1分，扣完为止； ②该项5分：给付时限超过一个月的，每发现一例扣1分，扣完为止。				
服务管理	加强对救助对象身份信息的核实，对申请材料的真实性、有效性的核查。	10	通过抽查每发现一例救助对象身份不实出现不符合救助条件人员已救助的扣1分，扣完为止。				

数量指标	重特大疾病医疗救助人次占直接救助人次比例 $\geq 28\%$ 。	5	低于28%，每降低1%扣1分，扣完为止。			
质量指标	医疗救助重点救助对象自负费用年度限额内住院救助比例 $\geq 70\%$ 。	5	低于70%，每降低1%扣1分，扣完为止。			
巡查工作	开展定点医疗机构实时监控、现场稽核、异地调查、外伤害者的调查取证、门诊统筹、医院合作管理，保证救助对象费用真实准确和外地就医调查医疗费用的真实性。	5	每发现一项内容未落实扣0.5分，扣完为止。			
资金管理	①要按照“政府主导、联合协作、专业运作、便捷服务”的原则，单独建立医疗救助资金专户，并采取分县核算的模式进行核算； ②每年12月31日24时年终决算。	10	①该项5分，单独建账、分县核算未落实扣5分； ②该项5分，未形成决算报告扣5分。			
档案管理	医疗救助档案分县归档；资料完整齐全、真实；低收入救助对象认定表填写规范；报销的单据，印章、签字完整。	8	该项8分，通过随机抽取档案有一项工作开展出现不规范扣2分。			
宣传培训	①印制宣传材料，并在所承办区域内进行宣传，宣传工作每季度不少于一次，确保救助对象知晓率达80%以上； ②定期组织经办人员开展医疗救助政策、操作流程等培训。	7	①该项5分，未印制宣传资料，扣2分，宣传工作开展次数不够，每少一次扣1分，扣完为止； ②该项2分，未开展培训扣2分。			
举报投诉	①设立咨询、查询、报案、投诉等功能为一体服务机构和专线，并在各个救助窗口或媒体进行公布； ②受理并及时处理两定机构、经办机构、救助对象的举报投诉，原则上10个工作日完成。	5	①该项2分，未设置专线扣1分，未在窗口及媒体公布的扣1分； ②该项3分，通过抽查，每发现一例举报投诉未按时限办结的扣1分，扣完为止。			
社会评价	定期开展参保人员满意度调查（满意度应在85%以上），现场考评时采用抽查支付材料、随机回访等形式对商业保险机构的服务质量进行考评。	5	此项工作未落实不得分，通过随机回访满意度每降低一个百分点扣0.5分。			

服务管理
(80分)

信息管理 (10分)	系统建设	开发维护城乡医疗救助信息管理系统（包括与医保系统对接、与医院系统对接），建立医疗救助数据库（包括重点救助对象、建档立卡贫困户、低收入救助对象、大病关怀救助对象、重特大疾病、特殊疾病的基本情况）定期更新救助对象人员名单，并维护救助对象信息安全，防止信息外泄和滥用。	5	该项5分，有一项未落实扣1分。		
	上报制度	①建立定期的支付报表及运行分析报告报送机制，在每季度初15个工作日内向各县（市、区）提供上季度救助资金的使用情况报告； ②积极参加政府主管部门和经办机构组织的各种会议。	5	①该项3分，不准时报送报表及报告的扣1分，报送数据有误，每发现1次扣1分，扣完为止； ②该项2分，不参加主管部门召开的会议，每发现1次扣1分。		
合计						
验收人：						