

秦皇岛市医疗保障局文件

秦医保〔2023〕91号

秦皇岛市医疗保障局 关于印发《秦皇岛市商业保险机构经办医疗 保险工作考核办法》的通知

各县、区医疗保障局，秦皇岛经济技术开发区人力资源和社会保障局、北戴河新区健康产业创新促进局，市医疗保险基金管理中心，受委托经办的商业保险机构：

根据国家医疗保障局《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》相关要求，为规范我市商业保险机构经办医疗保险工作服务行为，我局研究制定了《秦皇岛市商业保险机构经办医疗保险工作考核办法》，现印发给你们，请认真遵照执行。



秦皇岛市商业保险机构经办医疗保险 工作考核办法

第一条 为了保障医疗保险参保人员合法权益，规范商业保险机构经办医疗保险工作的服务行为，根据国家医疗保障局《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》、《秦皇岛市市本级职工大病保险实施细则》（秦政办规〔2021〕2号）、《秦皇岛市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施细则》（秦政办发〔2021〕3号）、《秦皇岛市城乡居民大病保险市级统筹实施细则》（秦政办发〔2021〕4号）、《秦皇岛市城乡居民大病保险协议书》及《秦皇岛市市本级职工大病保险服务协议书》，制定本考核办法。

第二条 考核对象为经办我市医保部门医疗保险的商业保险机构。

第三条 市级医保行政部门及医疗保险经办机构共同成立商业保险机构经办医疗保险工作考核小组开展考核工作。

第四条 商业保险机构应当成立内控组织，每月按照考核标准做好自查自纠，定期向医保部门如实报告自查自纠结果，不得谎报、瞒报。积极配合医保部门的考核，不得拒绝或者阻碍医保部门的考核工作。

第五条 考核工作坚持客观公正、注重实效、规范服务的原则，考核人员要忠于职守，秉公办事。在考核过程中有徇私舞弊、弄虚作假等情况的，一经查实，取消其考核资格，并按有关法律

法规追究其责任。

第六条 例行考核每年一次，按照考核表内容逐项量化打分，考核内容主要包括服务承诺兑现情况、服务质量及基础工作开展情况三方面（见附件）。商业经办机构每季度向市医保部门报告自查自纠情况，市医保部门根据自查自纠情况开展针对性检查考核。

第七条 每年向经办医疗保险的商业保险机构拨付各类款项时，城乡居民大病保险及市本级职工大病保险各预留当年经办费的 10%作为保证金。

第八条 根据年度考核得分将考核结果划分为优秀、良好、合格、不合格，同时按相应比例扣减预留保证金并作出相应处理。

（一）考核得分 ≥ 90 分的，考核结果为优秀，预留保证金全额拨付。

（二）以 90 分为标准， $80 \leq$ 考核得分 < 90 的，考核结果为良好，每低 0.5 分扣减保证金的 1%后拨付剩余费用； $60 \leq$ 考核得分 < 80 的，考核结果为合格，每低 0.5 分扣减保证金的 1.5%后拨付剩余费用，同时立即约见其负责人，进行警示谈话，指出问题、提出整改要求并督促其立即整改。

（三）考核得分 < 60 分的，考核结果为不合格，扣除全部保证金，约谈其负责人，取消其经办资格，同时失去下一周期竞标我市商业保险机构经办医保服务的资格。

（四）考核扣减的经办费回流入医保基金。

第九条 商业保险机构及其工作人员在经办我市医保部门医疗保险业务中利用职务之便有欺诈骗保行为的，由医保部门进行监督检查，责令改正，造成基金损失的，按规定进行处理；涉嫌犯罪的，移交司法机关依法追究刑事责任。

第十条 商业保险机构对考核结果如有异议，可于接到考核结果后 60 日内向市政府申请复议或直接向所在地人民法院提起诉讼。

第十一条 各县、区医保部门应参照本考核办法开展对辖区内经办医保部门医疗保险的商业经办机构的考核工作。

第十二条 本考核办法自发布之日起执行。

附件：1.参保人员满意度调查表

2.秦皇岛市商业保险机构经办医疗保险工作考核评分表

附件 1

参保人员满意度调查表

被考核商业保险机构名称：

经办保险名称：

年 月 日

序号	档案编号	参保人姓名	身份证号码	联系电话	是否本人 (非本人注明关系)	是否收到待遇支付款	工作人员服务态度如何	有何认为需要改进的地方	综合评价	
									满意	不满意
01										
02										
03										
04										
...										

考核人员签字：

被考核商业保险机构负责人签字并盖章：

秦皇岛市商业保险机构经办医疗保险工作考核评分表

被考核商业保险机构名称

经办保险名称：

年 月 日

项目	序号	考核内容	标准分值	评分标准	实得分值	备注
服务承诺 (12分)	1	商业保险机构应单独设立经办机构,为参保人员提供“一站式”服务。承办城乡居民基本医疗保险和大病保险的商业保险机构应以县、区为单位建立服务网点;承办市本级职工大病保险的商业保险机构应在市级经办机构设立服务窗口。	2	(1) 未单独设立经办机构的,扣1分; (2) 不能为参保人员提供“一站式”服务的,每例扣0.5分; (3) 服务网点每缺少一家扣0.5分(适用于承办城乡居民基本医疗保险和大病保险的商业保险机构); 未在市本级经办机构设立服务窗口扣0.5分(适用于承办市本级职工大病保险的商业保险机构); (4) 每网点(窗口)有岗无人,扣0.5分;有兼职人员,每人扣0.5分; (5) 各分项扣分累计,扣完标准分为止。		第(1)(2)项查经办机构名单、有无兼职,查工作流程,实地走访; 第(3)(4)项城乡居民查看网点运营情况;市本级职工查看经办机构人员在岗情况。
	2	商业保险机构不得因城乡居民大病医疗费用资金、市本级职工大病保险基金收不抵支而出现拒绝补偿、延期补偿参保人员或不及时拨付定点医疗机构医疗费用行为。	8	发现因医疗保险基金收不抵支而出现拒绝补偿或延期补偿行为的,扣8分。		于系统中查询全部结算病案的理赔时效,查看有无拒付或延期理赔。

	3	商业保险机构应实现联网结算,实现结算系统与财务系统的对接。	2	商业保险机构不能实现结算系统与财务系统对接,扣2分。		查看软件系统。
	4	商业保险机构应按规定在本市定点医院机构开展异地跟踪核查住院信息工作。	10	<p>(1) 未主动开展异地住院信息、发票真实性核查等工作, 每例扣0.5分;</p> <p>(2) 因不及时调查延误参保人员享受医疗保险待遇的, 每例扣0.5分;</p> <p>(3) 各分项扣分累计, 此项标准扣完为止。</p>		<p>第(1)项查异地核查方式及核查人员签字情况;</p> <p>第(2)项查看出核记录及核查人员签字情况;</p> <p>第(3)项随机抽取手工结算档案; 查看档案中是否有体现。</p>
服务质量 (67分)	5	商业保险机构应严格执行医疗保险待遇支付政策, 不得任意扩大或缩小报销范围。	10	<p>(1) 有扩大或缩小报销范围的, 每例扣2分;</p> <p>(2) 超范围、标准支付待遇的, 每例扣1分;</p> <p>(3) 有错付、漏付现象的, 每例扣1分;</p> <p>(4) 在待遇支付过程中遇到不易界定的赔付项目时, 未进行双方会审商定而单方面处理的, 每例扣1分;</p> <p>(5) 各分项扣分累计, 扣完标准分为止;</p> <p>(6) 有故意情节的建议取消经办人员服务资格。</p>		<p>第(1)(2)(3)项随机抽取手工结算档案;</p> <p>第(4)项查看双方会审商定记录。</p>

	6	商业保险机构应在次月末完成对定点医疗机构医疗保险费用的审核及拨付。	10	<p>(1) 未审核即拨付费用的，每一家定点医疗机构扣1分；</p> <p>(2) 审核不严格，造成医保基金(资金)损失的，每一家定点医疗机构，扣0.5分；</p> <p>(3) 无故未按时结算定点医疗机构医疗费用的，每延迟一次扣1分；</p> <p>(4) 各分项扣分累计，扣完标准分为止。</p>		<p>第(1)(2)项查看审核记录；</p> <p>第(3)项查看定点医院机构财务收款到账日期(默认延时一月算一次)。</p>
	7	商业保险机构应在规定理赔时限内完成待遇支付。城乡居民基本(大病)医疗保险和市本级职工大病保险理赔时限为市内20个工作日，市外30个工作日。	20	无故超时限待遇支付，每例扣0.5分，其中超限时待遇支付对象为五保供养对象、低保对象、重度残疾人员的，每例扣1分，扣完标准分为止。		于系统中查询上年全部结算病案的理赔时效。
	8	商业保险机构应加强窗口服务建设，经办人员应端正服务态度，坚持首问负责制严格执行一次性告知制度，认真对待参保人员的咨询、报案、单据初审及费用赔付等业务。	10	开展参保人员满意度调查，现场电话询问一定比例本季度已完成待遇支付的参保人员，每1人不满意扣0.5分，扣完标准分为止。		根据档案选取参保人员进行电话回访。

基础工作 (21分)	9	商业保险机构应为参保人员建立服务咨询热线,提供专属咨询平台,做好我市医疗保险政策宣传。	2	(1) 仅建立但不实用扣1分, (2) 对参保人员提出的各类咨询不能及时答复等,每发生一次扣0.5分; (3) 各分项扣分累计,扣完标准分为止。		查电话录音或纸制记录。
	10	商业保险机构应在服务窗口设立举报箱或投诉箱,公布投诉受理电话;对参保人员反映的问题认真调查处理,并及时反馈。	5	(1) 未设立举报箱或投诉箱、未公布投诉受理电话的,扣1分; (2) 对参保人员反映的问题未认真调查处理,未及时反馈的,每例扣0.5分; (3) 每核实一起情况属实的市长热线或投诉,扣0.5分; (4) 各分项扣分累计,扣完标准分为止。		日常工作中处理的市长热线及投诉电话;听取电话录音。
	11	商业保险机构应建立内部考核制度、稽核制度、结算拨付制度、公示制度、咨询服务、回访制度、满意度调查制度、投诉处理制度、数据统计分析报告制度及基金安全预警等制度。	2	(1) 制度不全的,每缺少一项扣0.5分; (2) 仅有制度但未执行的,每项扣0.5分; (3) 各分项扣分累计,扣完标准分为止。		查看各项制度文件、会议记录等、制度落实情况。

	12	商业保险机构应加强管理人员和业务经办人员的配备;定期组织经办人员进行政策及业务等培训。	2	<p>(1) 应具备充足的医学专业背景的商业医疗保险专职人员。城乡居民基本医疗保险和大病保险少于10人的,市本级职工大病保险少于5人的,每少一人扣0.5分;</p> <p>(2) 机构内部未定期组织经办人员政策、业务等培训的,扣1分;</p> <p>(3) 各分项扣分累计,扣完标准分为止。</p>		<p>第(1)项查看在职工相关证件原件及复印件;</p> <p>第(2)项查看业务培训(如岗前培训、新业务政策培训、强化培训等)的培训教材、培训记录、签到册等。</p>
	13	商业保险机构应建立严格的财务管理制度;实现医疗保险资金专款专用,单独核算;不挤占挪用医疗保险基金;配合医保行政部门基金审计工作。	8	<p>(1) 未建立财务管理制度,扣2分;</p> <p>(2) 医疗保险资金未按规定单独列账的,扣2分;</p> <p>(3) 发现挤占挪用医疗保险基金的,扣2分;</p> <p>(4) 年终未通过基金审计工作的,扣2分。</p>		查看相关财务工作档案。
	14	商业保险机构应按要求在次月底前向医疗保险经办机构提交医疗保险资金(基金)收支、享受待遇人数等情况的月报表,并形成年度分析报告。	3	<p>(1) 无故未按要求及时报送报表的,每发生一次扣0.5分;</p> <p>(2) 报送数据不准确、有明显误差的,每发生一次扣0.5分;</p> <p>(3) 无年度分析报告的,扣0.5分;</p> <p>(4) 各分项扣分累计,扣完标准分为止。</p>		查看报表及分析报告上有无商业保险机构提交人及经办机构接收人签字、接收时间。

15	商业保险机构应依据有关档案管理法 律法规做好待遇支付档案管理。赔付档 案采取纸质与电子档案相结合，实行 “一案一档”或“一人一档”方式保 存，方便查阅。	2	(1) 档案管理不规范的，扣 1 分； (2) 待遇支付档案不齐全、不能完整体现支付情 况的，每例扣 0.5 分； (3) 各分项扣分累计，扣完标准分为止。	随机抽取并查看档案。
16	商业保险机构应确保参保人员信息安 全，不得向第三方泄露参保人员个人信 息或者用于其它用途。	2	发现商业保险机构泄露参保人员个人信息或者用 于其它用途的，扣 2 分。	通过参保人员和家属 及其他渠道获取。
17	商业保险机构应积极主动配合考核组 及其他政府相关部门工作，按考核所需 提供自查报告和相关资料。	2	(1) 考核中不能积极配合，拒绝提供自查报告和 相关资料的，扣 1 分； (2) 日常工作中不能与医保行政、经办机构及定 点医疗机构紧密配合、沟通顺畅的，扣 1 分。	从商保机构日常工作 及提供的自查报告和 相关资料中考核。
总分 100 分			得分:	

说明：各考核项目属于同一问题时不重复扣分；

考核组人员签名：

被考核商业保险机构负责人签名并加盖公章：

