|  |  |
| --- | --- |
| 衢州市医疗保障局文件 |  |

ZJHC73-2021-0002

衢医保发〔2021〕36号

衢州市医疗保障局

关于印发《衢州市医疗保障信用管理办法》的通知

各县（市、区）医疗保障局、市局各处室、局属各单位：

《衢州市医疗保障信用管理办法》已经研究通过，现印发给你们，请遵照执行。

衢州市医疗保障局

2021年5月18日

衢州市医疗保障信用管理办法

为推进医疗保障信用体系建设，规范医疗保障信用管理工作，维护参保人合法权益，保障医疗保障基金安全，促进医疗保障事业可持续发展，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》、《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》、《浙江省公共信用信息管理条例》、《浙江省公共信用修复管理暂行办法》、《浙江省医疗保障信用管理办法》、《衢州市人民政府办公室关于印发加强政务诚信和个人诚信体系建设实施细则的通知》等规定，结合我市实际，制定本办法。

一、总体工作要求

（一）本市行政区域内医疗保障信用主体（以下简称“信用主体”）的信息采集、评价、发布、奖惩、修复等管理活动，适用本办法。

（二）医疗保障信用管理，是指医疗保障行政部门依法依规，按照规定的指标、方法和程序，运用公共信用综合评价结果和医疗保障领域信用信息，对信用主体进行动态评价，并依据评价结果确定医疗保障信用等级（以下简称“信用等级”），实施信用监管、信用奖惩措施，以规范信用主体医疗保障行为的管理活动。

医疗保障信用评价结果，是指通过信用评价所生成的信用报告、医疗保障信用分和信用等级等。

（三）医疗保障信用管理应当遵循合法公正、公开透明、分级分类、动态调整、共建共享的原则，维护信用主体的合法权益，不得损害国家和社会公共利益，不涉及国家秘密、商业秘密和个人隐私。

（四）市、县（市、区）医疗保障行政部门负责组织领导本行政区域内的医疗保障信用管理工作，负责本级医疗保障信用管理相关信息的采集、录入和审核，负责系统维护、开展信用评价并根据评价结果实施奖惩措施。涉及信息系统的规划建设由市医疗保障行政部门根据省级医疗保障行政部门的安排统筹解决。

（五）各级医疗保障行政部门所属的医疗保障经办机构承担医疗保障信用管理的具体工作，也可委托经国务院征信业监督管理部门许可或备案的第三方信用服务机构（以下统称“评价机构”）开展信用主体的信用评价工作。

（六）鼓励各级医疗保障行业协会建立医疗保障信用管理和教育制度，组织各类信用主体签署信用承诺书，开展信用知识培训和诚信创建活动，培育信用文化。

二、信用主体分类

信用主体主要分为机构和个人两类。

（一）机构类信用主体

1．基本医疗保险定点医疗机构；

2．基本医疗保险定点零售药店；

3．基本医疗保险参保单位；

4．承办医疗保障经办业务的第三方机构；

5．参与药械集中采购的医药生产和流通企业；

6．其他参与医疗保障活动的机构。

（二）个人类信用主体

1．提供医疗保障服务的医师、护士（师）、药师等专业从业人员；

2．参保人员；

3．投资医疗保障服务机构的法人代表人或主要负责人、实际控制人；

4．其他参与医疗保障活动的个人。

信用主体应当自觉遵守国家有关法律、法规、规章、规范性文件等规定和协议约定，加强诚信自律，规范医疗保障参与行为。

信用主体应当按照本办法及有关规定，向医疗保障部门及其委托的机构提供相应的数据和资料，配合开展信用管理工作。

三、信用信息采集

（一）医疗保障部门建立各类信用主体医疗保障信用档案，机构类主体信用档案以统一社会信用代码作为标识，个人类信用信息采集身份证号码作为标识。医疗保障信用档案由信用主体的基础信息、守信信息和不良信息构成。

（二）信用主体的基础信息包括以下内容：

机构类信用主体在有关国家机关登记或者注册事项，包括单位性质、法定名称、法定代表人和统一社会信用代码等基础信息；人员类信用主体的姓名和居民[身份证号码](https://baike.sogou.com/lemma/ShowInnerLink.htm?lemmaId=7481905&ss_c=ssc.citiao.link" \t "_blank)、出入境证件号码、执业注册等基础信息。

（三）信用主体的守信信息包括以下内容：

1．县级以上人民政府及其部门、法律法规授权具有管理公共事务职能的组织按规定程序认定的与诚信相关的表彰、奖励等信息；

2．举报他人涉嫌欺诈骗保行为，经医疗保障部门查实的；

3．主动守信承诺信息；

4．法律、法规、规章等规定应当记入信用档案的其他守信信息。

（四）信用主体的不良信息指对信用主体信用状况构成负面影响的信用信息，不良信息包括以下内容：

1．未在法定期限内申请行政复议或起诉，或复议诉讼后维持原决定，拒不履行医疗保障行政处罚或行政决定的；

2．信用主体违反医疗保障领域有关法律、法规、规章或服务协议，受到县级以上医疗保障部门处罚等相关信息；

3．信用主体违反价格、招标和挂网规则，违背守信承诺和购销合同，在医药购销中存在给予回扣或其他不正当利益等情形，扰乱药品和医用耗材集中采购秩序的；

4．经有关部门认定的其他失信信息。

（五）各类信用主体需要采集的信用信息根据省级医疗保障行政部门制定公布的医疗保障信用信息采集目录确定。

信用信息提供方需对所提供信息的真实性和完整性负责，并配合评价机构做好信息抽查核实工作，对校验不通过、错误、变更的信息进行核对修改，保证信息的准确性和时效性。

四、信用评价与发布

（一）各类信用主体的信用评价办法及信用指标体系、信用评价方式、信用等级等内容，按省医疗保障行政部门制定的标准执行。

信用指标分为一级指标、二级指标和三级指标。针对不同信用主体，结合其自身特点和监管实践，确定信用指标及指标权重，综合形成信用指标体系。

相关信用主体评价指标暂按附件6至10执行。省医疗保障行政部门出台同类主体评价指标的，改按省级评价指标执行并予妥善衔接，衔接办法由市医疗保障行政部门确定。

（二）信用评价采用“千分制”评分，实行动态考评。根据评分情况，将信用主体划分为优秀（A≥850）、良好（800≤A<850）、中等（750≤A<800）、较差（700≤A<750）、差（A<700）五个等级。

评价机构应按照信用评价办法，通过医疗保障信用智慧监管平台对信用主体进行综合评价，自动生成信用评价结果。

（三）医疗保障部门应当通过提供网站和手机客户端等方式为信用主体提供实时查询服务。实时信用评价有结果变动时，短信提醒该信用主体。

信用主体对实时信用评价结果有异议的，可在评价结果发布之日起，10个工作日内通过线上或线下途径，向医疗保障部门提出异议申诉（附件1），说明理由并提供相关证明材料。

医疗保障部门自收到异议申诉及证明材料之日起，在5个工作日内对受理的异议申诉完成复查，并反馈复核意见（附件2）。

信用主体对医疗保障信用评价初评结果无异议或完成异议申诉处理的，评价机构应形成正式的医疗保障信用评价结果，并记入信用主体的信用档案。

（四）机构类信用主体的医疗保障信用评价结果由市医疗保障部门统一发布。

五、信用信息应用

（一）建立以信用为基础的新型监管机制，实施分级分类监管。在“双随机、一公开”监管中引用信用评价结果，对于等级为优秀的信用主体，原则上抽查比例不高于原抽查比例的30%；对于等级为良好的信用主体，原则上抽查比例为原抽查比例的50%；对于等级为中等的信用主体，抽查比例保持不变；对于等级为较差信用主体，抽查比例为原抽查比例的120%；对于等级为差的信用主体，进行全覆盖检查。

（二）对信用等级为优秀、良好的机构类信用主体，医疗保障部门可给予以下激励：

1．在各级医疗保障部门官方网站进行公示宣传；

2．在日常监督检查或抽查中减少检查频次；

3．适当提高医疗保障基金预拨付额度；

4．法律、法规、规章等规定的其他激励措施。

（三）对信用等级为优秀、良好的个人类信用主体，医疗保障部门可给予以下激励：

1．在各级医疗保障部门官方网站进行公示宣传；

2．提供信用就医、容缺受理服务等措施；

3．法律、法规、规章等规定的其他激励措施。

（四）对信用等级为较差、差的机构类信用主体，医疗保障部门可给予以下惩戒：

1．列为重点监控和监督检查对象，作为日常监督检查或抽查的重点，增加检查频次；

2．依托集中采购平台向采购方提示风险信息；

3．法律、法规、规章等规定的其他惩戒措施。

（五）对信用等级为较差、差的个人类信用主体，医疗保障部门可给予以下惩戒：

1．属于提供医保服务的医师、护士（师）、药师等专业从业人员的，列为重点监管对象，加大对其提供的涉医服务的日常检查频度。

2．属于参保人员的，不适用已实行告知承诺制、容缺受理的医保事项。其中，因失信行为导致医保基金违规支出的，除按规定追回骗取的待遇外，列为医保重点监管对象实施重点监管；

3．法律、法规、规章等规定的其他惩戒措施。

（六）信用等级保持优秀3年以上的信用主体确定为“医疗保障守信（红）名单”，推送至同级公共信用平台联合激励。

医疗保障部门应积极参与社会信用体系建设，加强与发展改革、大数据、卫生健康、人力资源社会保障、市场监管、税务等部门的联系，建立信用信息共建共享机制，推动医疗保障信用与其他社会信用联动管理。

六、信用修复

（一）信用修复是指在失信行为主体主动纠正失信行为，消除不良社会影响，符合规定条件，按照规定程序，依申请获准停止失信记录公示和重塑信用的行为。

失信的信用主体已对失信行为进行纠正，按照法律、法规、规章制度履行完毕法定责任或者约定义务，失信行为的不良影响已基本消除，可向做出失信认定的医疗保障部门提出修复申请。失信的信用主体应提供完整、真实、合法的信用修复申请材料，并承诺不再发生同类失信行为。法律、法规、规章另有规定的从其规定。

（二）失信的信用主体有下列情形之一的，不予以信用修复：

1．被认定为失信行为之日起，未满6个月的；

2．失信主体信用修复限期内，再发生同类失信行为的；

3．依法依规暂不适宜实施信用修复的其他失信行为。

（三）失信主体向做出信用评价的医疗保障部门提出信用修复申请并提交以下材料：

1．信用修复申请表（附件3）和信用修复承诺书；

2．违法违规行为纠正、整改情况的相关证明材料。

做出失信认定的医疗保障部门应当在受理信用主体信用修复申请后 10 个工作日内作出处理意见，情况复杂的可以延长最多不超过 30 个工作日。对于符合信用修复条件的予以修复，并在官方网站进行公示，公示期限为5 个工作日。不符合信用修复条件的不予修复，并书面告知（附件4）。公示期满无异议的，按程序信用修复，书面告知（附件5），并停止公示其失信记录，报送同级信用管理部门。

七、监督管理

医疗保障部门、评价机构及其工作人员，应当依法履职，确保信息安全，畅通投诉举报渠道，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制。对徇私舞弊、玩忽职守、篡改信息或以其他违法方式，损害信用主体合法权益的相关责任人，按照有关规定给予党纪、政纪处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

八、其他

（一）涉及生育保险的相关定点医疗机构及其负责人、医师，以及生育保险参保人、待遇享受人，参照本办法执行，信用等级合并评定。

（二）机构类信用主体的负责人包括机构主体法定代表人、主要负责人、实际控制人。

（三）本办法由衢州市医疗保障局负责解释。

（四）本办法自2021年6月20日起施行。

附件：1. 异议信息处理申请表

 2. 异议信息处理结果反馈单

3. 信用修复申请表

 4. 不予信用修复告知书

 5. 信用修复确认通知书

 6、定点零售药店信用指标评分标准

 7、医保医师信用指标评分标准

 8、医疗机构信用指标评分标准

 9、定点医药机构负责人信用指标评分标准

 10、医保参保人信用指标评分标准

附件1

异议信息处理申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位（人） |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 异议信息描述 |  |
| 申请理由（可附页） | 年 月 日 （盖章）  |
| 信用承诺 | 本人承诺所填写内容和提交的相关材料真实准确，否则由此产生的相应后果自负。签字： （盖章） |
| 备注 |  |

附件2

异议信息处理结果反馈单

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位（人） |  |
| 异议信息申请内容 |  |
| 异议信息处理结果 | XX医疗保障局 年 月 日 （盖章） |
| 备注 |  |

附件3

信用修复申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 失信主体基本情况 | 名称 | （填写法人单位名称或自然人名称） |
| 统一社会信用代码 | （自然人填写身份证号） |
| 联系方式 |  |
| 申请修复的失信信息内容 | 失信信息内容描述 | xxxx 年 xx 月 xx 日，因\*\*\*\*行为被处以\*\*\*罚款或者解除协议等（可提供页面打印件或复印件） |
| 申请信用修复的理由 | 符合《衢州市医疗保障信用管理办法》规定 | 按第六部分规定：符合□ 不符合□ |
| 本单位（本人）声明，提交的材料真实有效。法定代表人（自然人）签字：（盖章）申请日期： 年 月 日 |

附件4

不予信用修复告知书

 编号：

 ：

我局于 年 月 日收到你（单位）提出的 申请，经审查，不符合《衢州市医疗保障信用管理办法》 规定，决定不予信用修复。

如不服本决定，可以自收到本告知书之日起 5 个工作日内，向 提出异议申请。

单位名称（公章）

 年 月 日

经办人： 经办人电话：

附件5

信用修复确认通知书

 编号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请修复的失信主体 | 名称 | （填写法人单位名称或自然人名称） |
| 统一社会信用代码 | （自然人填写身份证号） |
| 法定代表人 |  | 联系方式 |  |
| 失信信息内容 |  |
| 医疗保障部门意见 | 修复条件认定情况 | 经核实，不良信息主体已履行法定责任和义务，社会不良影响基本消除。 至申请日，不良信息已披露 年 个月， 期间未产生新的记入信用档案的同类不良信息。 |
| 修复处理意见 |   经办人： 单位（盖章） 年 月 日  |

|  |
| --- |
| 附件6 |
| 定点零售药店信用指标评分标准 |
| 序号 | 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 指标内容 | 分值 | 评定频率 | 获取方式 | 信用修复 | 赋分标准 |
| 1 | 公共信息（100分） | 公共信息 | 公共信用评价 | 公共信用评价中的企业公共信用评价。 | 100 | 月 | 信息交互 | -- | 企业公共信用评价得分（千分制）×10%。 |
| 2 | 医保信用（830分） | 信用承诺 | 信用承诺 | 在医保领域信用承诺及履约践诺情况 | 60 | 次 | 日常检查举报投诉 | 可 | 作出虚假承诺，或按规定应作承诺或报告但未作承诺或报告的，每次扣60分 |
| 3 | 履约行为 | 就医服务 | 不核验参保人员身份、匹配错误、销售规定外物品、违规收集参保人员社会保障卡等任一方式造成基金损失 | 180 | 次 | 日常检查系统检测视频监控举报投诉 | 可 | 每查实一次扣60分，扣完即止 |
| 存在进销存不符、串换结算等任一方式造成基金损失或因用医保系统升级等借口隐瞒被处理事实及政策解释不到位等行为，导致参保人员投诉或者上访等现象的 | 每查实一次扣90分，扣完即止 |
| 4 | 药品管理 | 从非法的供应单位购进药品的或销售假药、劣药等行为的 | 90 | 次 | 日常检查举报投诉 | 可 | 查实一次扣90分 |
| 5 | 处方管理 | 使用假处方配售处方药骗取医保基金的、无处方或不按处方配售处方药的；药师不在岗配售处方药 | 40 | 次 | 日常检查举报投诉 | 可 | 查实一次扣40分 |
| 6 | 结算管理 | 为无医保结算资格或暂停定点服务的零售药店提供医保结算的或将将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的 | 70 | 次 | 日常检查系统检测举报投诉 | 可 | 查实一次扣70分 |
| 7 | 真实行为 | 通过虚假手段骗取医保基金的或获得医保定点的 | 250 | 次 | 日常检查信息交互举报投诉 | 不可 | 查实一次扣250分 |
| 8 | 配合检查 | 唆使、诱导参保人员集体上访投诉等现象的或拒绝、阻挠、不配合医保部门开展必要的监督检查的或转移、隐匿、毁坏或伪造证据的 | 100 | 次 | 日常检查举报投诉 | 不可 | 查实一次扣100分 |
| 9 | 主动配合 | 利用举报打击他人的无效举报 | 30 | 次 | 检查结果 | 可 | 利用举报打击他人的无效举报扣30分 |
| 举报投诉或主动交代未掌握的医保违规情况 | 10 | 次 | 检查结果 | 可 | 根据举报奖励制度执行，查实的举报直接证据一次加10分，间接证据加5分；主动交代的内容根据违规性质和金额进行5-10分的加分 |
| 10 | 监督管理（70分） | 行政处理 | 行政处罚 | 当期该定点零售药店被相关部门处以与医保相关的行政处罚 | 70 | 次 | 日常检查信息交互 | 不可 | 查实一次扣70分 |

|  |
| --- |
| 附件7 |
| 医保医师信用指标评分标准 |
| 序号 | 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 指标内容 | 分值 | 评定频率 | 获取方式 | 信用修复 | 赋分标准 |
| 1 | 公共信息（100分） | 公共信息 | 公共信用评价 | 个人“信安分”或个人公共信用评价得分 | 100 | 月 | 信息交互 | -- | 企业公共信用评价得分（千分制）×10%。 |
| 2 | 医保信用（900分） | 信用承诺 | 信用承诺 | 个人在医保领域信用承诺及履约践诺情况 | 70 | 次 | 日常检查举报投诉 | 可 | 作出虚假承诺，或按规定应作承诺但不作承诺的，每次扣70分 |
| 3 | 履约行为 | 就医管理 | 存在违规收费、违规用药、超范围执业、不核验参保人员身份、挂床住院、诱导住院、串换结算等任一方式造成医保基金损失的；无证执业、瞒报虚报相关信息； | 80 | 次 | 日常检查 视频监控举报投诉 | 可 | 查实一次扣80分 |
| 4 | 医疗责任 | 当期在提供医疗服务过程中出现医疗责任事故导致参保人严重伤害的或故意夸大、掩盖医疗事实的等方式造成医保基金较大损失的 | 100 | 次 | 日常检查系统检测举报投诉 | 不可 | 查实一次扣100分 |
| 5 | 行政处理 | 当期被卫生行政主管部门吊销、注销、收回执业医师、执业助理医师或乡村医生执业证书的 | 100 | 次 | 日常检查系统检测举报投诉信息交互 | 不可 | 查实一次扣100分 |
| 6 | 真实行为 | 当期通过编造医疗文书、出具虚假医疗证明、虚开票据、办理虚假住院等方式骗取医保基金的 | 250 | 次 | 日常检查系统检测举报投诉 | 不可 | 查实一次扣250分 |
| 7 | 配合检查 | 当期故意曲解医保政策和规定，挑动参保人员集体上访，造成恶劣影响的或拒绝、阻挠、不配合医保部门开展必要的监督检查的 | 250 | 次 | 日常检查系统检测举报投诉 | 不可 | 查实一次扣250分 |
| 8 | 主动配合 | 利用举报打击他人的无效举报 | 30 | 次 | 检查结果 | 可 | 利用举报打击他人的无效举报扣30分 |
| 9 | 举报投诉或主动交代未掌握的医保违规情况 | 20 | 次 | 检查结果 | 可 | 根据举报奖励制度执行，查实的举报直接证据一次加20分，间接证据加5-15分；主动交代的内容根据违规性质和金额进行5-20分的加分 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 定点医疗机构信用指标评分标准 |
| 序号 | 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 指标内容 | 分值 | 评定频率 | 获取方式 | 信用修复 | 赋分标准 |
| 1 | 公共信息（100分） | 公共信息 | 公共信用评价 | 公共信用评价中的企业公共信用评价。 | 100 | 月 | 信息交互 | -- | 企业公共信用评价得分（千分制）×10%。 |
| 2 | 医保信用（830分） | 信用承诺 | 信用承诺 | 在医保领域信用承诺及履约践诺情况 | 60 | 次 | 日常检查举报投诉 | 可 | 作出虚假承诺，或按规定应作承诺或报告但未作承诺或报告的，每次扣60分 |
| 3 | 履约行为 | 履约管理 | 存在违规收费、违规用药、超范围执业、不核验参保人员身份、挂床住院、分解住院、匹配错误、降低入院指征等任一方式造成医保基金损失的 | 200 | 次 | 日常检查系统检测视频监控举报投诉 | 可 | 每查实一项扣70分，扣完即止 |
| 存在诱导住院、进销存不符、串换结算等任一方式造成医保基金损失的;从非法的供应单位购进药品的；无证执业、瞒报虚报相关信息； | 每查实一项扣100分，扣完即止 |
| 4 | 如实记录 | 病案首页主诊断与病程录主诊断不一致的、不如实记录外伤、手术等病程录的 | 40 | 次 | 日常检查系统检测举报投诉 | 可 | 查实一次扣40分 |
| 5 | 就医服务 | 因用医保系统升级等借口隐瞒被处理事实及政策解释不到位等行为，导致参保人员投诉或者上访等现象的 | 50 | 次 | 日常检查系统检测举报投诉 | 可 | 查实一次扣50分 |
| 6 | 结算管理 | 为无医保结算资格或暂停定点服务的医疗机构提供医保结算的 | 70 | 次 | 日常检查系统检测举报投诉 | 可 | 查实一次扣70分 |
| 7 | 真实行为 | 通过虚假手段骗取医保基金的或获得医保定点的 | 250 | 次 | 日常检查举报投诉 | 不可 | 查实一次扣250分 |
| 8 | 配合检查 | 唆使、诱导参保人员集体上访投诉等现象的或拒绝、阻挠、不配合医保部门开展必要的监督检查的，情节恶劣的 | 120 | 次 | 日常检查举报投诉 | 不可 | 查实一次扣120分 |
| 9 | 主动配合 | 利用举报打击他人的无效举报 | 30 | 次 | 检查结果 | 可 | 利用举报打击他人的无效举报扣30分 |
| 举报投诉或主动交代未掌握的医保违规情况 | 10 | 次 | 检查结果 | 可 | 根据举报奖励制度执行，查实的举报直接证据一次加10分，间接证据加5分；主动交代的内容根据违规性质和金额进行5或10分的加分 |
| 10 | 监督管理（70分） | 行政处理 | 行政处罚 | 当期该医疗机构被相关部门处以与医保相关的行政处罚 | 70 | 次 | 日常检查信息交互 | 不可 | 查实一次扣70分 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 定点医药机构负责人信用指标评分标准 |
| 序号 | 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 指标内容 | 分值 | 评定频率 | 获取方式 | 信用修复 | 赋分标准 |
| 1 | 公共信用（200分） | 个人公共信用 | 公共信用评价 | 个人“信安分”或个人公共信用评价得分 | 100 | 月 | 信息交互 | -- | “信安分”或个人公共信用评价得分×10%。 |
| 2 | 法人公共信用 | 公共信用评价 | 其担任负责人的企业/社会组织/事业单位公共信用得分 | 100 | 月 | 信息交互 | -- | 所在企业/社会组织/事业单位公共信用得分×10%。有多家单位的，取最低得分。 |
| 3 | 医保信用（800分） | 法人医保信用 | 信用承诺 | 其担任负责人的定点医药机构或其本人作为负责人身份的信用承诺及履约践诺情况 | 50 | 次 | 日常检查 举报投诉 | 可 | 作出虚假承诺，或按规定应作承诺或报告但不作承诺或报告的，每次扣50分 |
| 4 | 定点医药机构医保信用 | 其担任负责人的定点医药机构医保信用得分 | 300 | 次 | 检查结果 | 根据定点医药机构信用指标评分标准 | 所在定点医药机构医保信用得分×30%。有多家定点医药机构的，取最低得分。 |
| 5 | 从业人员医保信用 | 医保医师信用 | 其担任负责人的定点医药机构医保医师平均信用得分 | 300 | 次 | 检查结果 | 根据定点医药机构信用指标评分标准 | 所在定点医药机构医保医师平均信用得分×30%。有多家定点医药机构的，取最低的平均得分。 |
| 6 | 其他从业人员信用 | 其担任负责人的定点医药机构中纳入医保信用评价的护士/药师等其他从业人员的平均信用得分 | 100 | 次 | 检查结果 | 根据定点医药机构信用指标评分标准 | 所在定点医药机构医保医师平均信用得分×10%。有多家定点医药机构的，取最低的平均得分。 |
| 7 | 贡献度  | 主动配合 | 利用举报打击他人的无效举报 | 30 | 次 | 检查结果 | 可 | 利用举报打击他人的无效举报扣30分 |
| 8 | 举报投诉或主动交代未掌握的医保违规情况 | 20 | 次 | 检查结果 | 可 | 根据举报奖励制度执行，查实的举报直接证据一次加20分，间接证据加5-15分；主动交代的内容根据违规性质和金额进行5-20分的加分 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医保参保人信用指标评分标准 |
| 序号 | 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 指标内容 | 分值 | 评定频率 | 获取方式 | 信用修复 | 赋分标准 |
| 1 | 公共信息（100分） | 个人公共信用 | 公共信用评价 | 个人“信安分”或个人公共信用评价得分 | 100 | 月 | 信息交互 | 可 | “信安分”或个人公共信用评价得分×10% |
| 2 | 医保信用（900分） | 信用承诺 | 信用承诺 | 个人在医保领域信用承诺及履约践诺情况 | 50 | 次 | 日常检查 举报投诉 | 可 | 作出虚假承诺，或按规定应作承诺但不作承诺的，每次扣50分 |
| 3 | 待遇管理  | 依规享受 | 不符合享受的医疗保障待遇经催退后不退的 | 70 | 次 | 系统检测日常检查举报投诉 | 可 | 查实一次扣70分 |
| 4 | 就医管理 | 违规操作 | 为他人提供不符实际的证明或借医保卡给他人导致基金损失的行为 | 100 | 次 | 日常检查举报投诉 | 可 | 查实一次扣100分 |
| 5 | 冒名就诊、串换结算造成医保基金损失的行为 | 80 | 次 | 视频监控日常检查举报投诉 | 可 | 查实一次扣80分 |
| 6 | 体检式住院或因无人照顾住院等行为导致医保基金损失的 | 50 | 次 | 日常检查系统检测举报投诉 | 可 | 查实一次扣50分 |
| 7 | 真实行为 | 虚开票据、编造医疗文书、出具虚假证明或承诺等方式骗取医保基金的 | 250 | 次 | 日常检查举报投诉 | 不可 | 查实一次扣250分 |
| 8 | 藏匿、转移、伪造、变造医保管理部门检查所需相关资料的或拒绝阻扰不配合检查者 | 250 | 次 | 视频监控日常检查举报投诉 | 不可 | 查实一次扣250分 |
|  | 贡献度  | 主动配合 | 利用举报打击他人的无效举报 | 30 | 次 | 检查结果 | 可 | 利用举报打击他人的无效举报扣30分 |
| 9 | 举报投诉或主动交代未掌握的医保违规情况 | 20 | 次 | 检查结果 | 可 | 根据举报奖励制度执行，查实的举报直接证据一次加20分，间接证据加5-15分；主动交代的内容根据违规性质和金额进行5-20分的加分 |

|  |
| --- |
| 衢州市医疗保障局办公室 2021年5月18日印发 |