巴中市医疗保障基金使用信用管理实施细则

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为加强全市医疗保障基金使用监督管理，推进全市医疗保障基金监管信用体系建设，促进医疗保障领域诚信自律，构建良好的医疗保障诚信环境，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》和《四川省医疗保障基金使用信用管理暂行办法》（川医保规〔2022〕10号）相关规定，结合巴中实际，制定本实施细则。

第二条 本细则适用于巴中市范围内基本医疗保险（含生育保 险）基金、补充医疗保险基金、医疗救助基金等医疗保障基金使用的信用管理。

第三条 本细则所称医疗保障基金使用信用管理是指医疗保 障行政部门依据相关法律法规，按照规定的方法和程序，运用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其医疗保障基金使用信用等级，实施信用监管、信用奖惩，以规范信用主体使用医疗保障基金行为的管理活动。

第四条 医疗保障基金使用信用管理坚持依法监管，保证基金使用合法合规、公平公正；坚持政府主导、社会共治、自我约束；坚持预防与查处、激励与处罚相结合。

第五条 本细则所称医疗保障基金使用信用主体（以下简称“信用主体”）包括：（1）全市医疗保障定点医疗机构；（2）全市医疗保障定点零售药店；（3）全市医疗保障定点医药机构相关工作人员（医师、护士、药师及医技人员）；（4）全市基本医疗保险参保人。

第六条 医疗保障基金使用信用管理包括信用主体在医疗保障基金使用环节中的信用信息归集、信用评价、信用监控与预警、信用信息披露、信用分级分类管理、信用结果管理应用、信用信息共享与权益保障、信用修复等。

第七条 省级医疗保障行政部门负责全省医疗保障基金使用信用体系建设及管理，建立省级医疗保障基金信用管理制度，建设省级医疗保障信用评价管理平台，对信用主体信用信息的采集、评价、共享、公开、应用、修复等进行监督管理，指导市（州）医疗保障行政部门开展医疗保障基金使用信用体系建设工作，并向国家医保局信用评价管理平台推送各信用主体信用信息。

市医疗保障行政部门在职责范围内负责全市医疗保障基金使用信用体系建设及管理工作，建立本统筹地区医疗保障基金信用管理制度，组织实施全市医疗保障领域信用主体信用信息的采集、公开、评价、应用、修复等工作，指导县（区）医疗保障行政部门开展医疗保障基金使用信用信息采集、应用、异议申请受理等日常管理工作，并向省医疗保障信用评价管理平台推送各主体信用信息。

县（区）医疗保障行政部门在职责范围内负责本行政区域医疗保障基金使用信用体系建设及管理工作，负责开展本辖区内医疗保障基金使用信用主体信用信息采集、应用、异议申请受理等日常管理工作。

第八条 鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，制定并落实自律公约，促进行业规范和自我约束。积极推动医药卫生行业组织发展，引导和支持其在制定管理规范和技术标准、规范执业行为和管理服务、促进行业自律等方面更好发挥作用，履行行业自律公约，自觉接受医保监管和社会监督。

第二章 信用档案

第九条 省级医疗保障行政部门针对信用主体分类建立医疗保障基金使用信用档案，市、县（区）医疗保障行政部门负责本辖区内信用主体信用档案审核、更新。

第十条 信用档案内容包含：信用承诺及其履行情况信息、基本信息、良好行为信息、不良行为信息、评价信息、历史信用信息、信用监控信息等。

第三章 信用承诺

第十一条 信用承诺指信用主体以规范形式对社会做出自律管理、诚信服务的公开承诺，并接受社会监督。

第十二条 各级医保经办机构与定点医药机构在签订《医疗保障服务协议》和参保人员（需承诺）在享受医疗保障待遇时应当按照规定格式（见附件1、2、3）作出书面信用承诺。承诺内容包括依法依规使用医保基金、自愿接受社会监督、违背承诺自愿接受社会信用联动管理等要求。

第十三条 信用承诺纳入信用档案管理。信用主体对信用承诺内容的真实性负责，信用承诺及承诺履行情况将作为对信用主体事 中事后监管的重要依据。

第四章 信用信息归集

第十四条 信用信息归集是指医疗保障行政部门对信用主体的信用信息进行记录、采集、管理等活动。信用信息归集方式分为线上、线下两种方式。

第十五条 本细则所称信用信息是指医保基金使用和监管过程中所涉及的信用信息，可用于识别、分析、判断信用主体信用状况的信息。包括但不限于信用主体在执行医保政策、履行《医疗保障服务协议》及其他社会活动中产生的信息。

第十六条 省级医疗保障行政部门组织制定全省医疗保障信用信息采集目录清单并定期更新，明确各类信用信息主体信用信息采集范围、采集标准及采集方式。同时负责各主体省级线上平台的信用信息归集、维护、更新等工作，并对市（州）医疗保障行政部门在各主体信用信息归集过程中进行监督指导。

市、县（区）医疗保障行政部门根据全省医疗保障信用信息采集目录清单和各类信用主体信用信息采集范围、采集标准及采集方式，负责本辖区各信用主体线上平台的信用信息采集、审核和向省级信用信息平台推送等工作。

第五章 信用评价

第十七条 省级医疗保障行政部门负责制定信用主体信用评价指标体系（见附件6），信用评价指标及各级别对应的分数区域，根据政策变化等因素实行动态调整，市医疗保障行政部门定期对信用主体开展评价工作，以一个自然年度为一个信用评价周期。县（区）医疗保障行政部门负责按照规定采集、初审、推送信用评价指标体系所需信用主体信用评价信息。

第十八条 在一个评价周期内，有下列情形之一的，不参与当年度信用评价：

（一）定点医药机构

1．医保服务协议管理不满6个月的；

2．已解除医保服务协议管理的；

3．暂停或吊销执业许可证的；

4．法律法规规定的其他不应参加评定的情形。

（二）定点医药机构工作人员

1．医保服务资格不满 6个月的；

2．暂停或吊销执业资格证的；

3．法律法规规定的其他不应参加评定的情形。

（三）医保参保人

法律法规规定的其他不应参加评定的情形。

第十九条 机构类信用主体依照信用评价指标体系采用千分 制，通过评价指标模型和算法进行分级分类评价。医保信用等级从高到低分为A、B、C、D、E五级。

人员类信用主体的医保信用评价，采用百分制，对失信行为进行扣分。医保信用等级从高到低分为信用优秀、信用良好、信用关注、一般失信、严重失信五级。

第六章　信用监控与预警

第二十条 省级医疗保障行政部门通过省级医疗保障信用评价管理平台对信用主体进行常态化信用监控，并通过平台发布信用风险预警。市、县（区）医疗保障行政部门根据风险预警情况实施重点或一般监控。

第二十一条 当信用主体出现法律法规或者医疗保障行政部门认定的骗取医疗保障基金支出、造成医疗保障基金重大损失等严重失信行为时，应及时记录并降低其信用等级。

第七章　信用信息披露与权益保障

第二十二条 信用信息通过公开公示、政务共享、授权查询等方式披露。信用信息的披露范围和披露期限严格按照国家医疗保障公共信用信息具体条目和四川省公共信用信息目录以及《巴中市公共信用信息归集和使用管理办法》的相关要求执行。

第二十三条 医疗保障行政部门按照有关法律、法规、规章和协议规定使用信用信息，提升医疗保障基金信用管理的效率，不得滥用信用信息或泄露不得披露信用信息。

第二十四条 以下信息不得向社会披露：

（一）涉及国家秘密、商业秘密和个人隐私；

（二）来源于其他行政机关、司法机关和仲裁机构，且还未对社会披露的信息；

（三）其他法律、行政法规禁止披露的内容。

第二十五条 医疗保障行政部门根据履行法定职责的需要，可以登录医疗保障信用评价管理平台，查询和使用信用信息。

第二十六条 医疗保障行政部门对各信用主体的信用信息采取安全保密措施，保障信用信息的归集、评价、应用、监控、披露和修复全过程的安全，保障信用主体的合法权益。

第二十七条 省、市医疗保障行政部门将信用评价、信用承诺等信息按照国家及四川省有关规定与市社会信用信息平台共享。

第八章　信用评价结果管理应用

**第一节 定点医疗机构信用评价结果管理应用**

第二十八条 市、县（区）医疗保障行政部门和各级经办机构根据定点医疗机构信用评价等级实行分级分类管理，将信用评价结果与基金预付、总额控制管理、监督检查、审计稽核、医疗保障服务协议管理等相关联，实施守信激励、失信惩戒。

第二十九条 对信用等级评定为A级的定点医疗机构，医疗保障行政部门及其经办机构在一个信用周期内，给予以下激励措施：

（一）在评价年度次年度授予“医疗保障基金使用信用A级单位”；

（二）在评价年度次年度医保服务协议签订后预付2个月额度医保基金；

（三）在评价年度次年度总控预算指标测算时，影响因素上调2%；

（四）在评价年度次年度年终总控指标清算时，超总控指标部分医保分担比例提高2%；

（五）在评价年度次年度，在保证日常检查覆盖率的基础上，免除当年省级飞行检查、省级抽查复查、川东北一体化交叉检查、市级抽查复查，但有初步证据证明涉嫌违法违规的除外；

（六）在省、市医疗保障行政部门官方网站等公开平台进行宣 传表扬；

（七）其他鼓励性措施。

第三十条 对信用等级评定为B级的定点医疗机构，医疗保障行政部门及其经办机构在一个信用周期内，给予以下激励措施：

（一）在评价年度次年度授予“医疗保障基金使用信用B级单位”；

（二）在评价年度次年度医保服务协议签订后预付1个月额度医保基金；

（三）在评价年度次年度总控预算指标测算时，影响因素上调1%；

（四）在评价年度次年度年终总控清算时，超总控指标部分医保分担比例提高1%；

（五）在评价年度次年度，在保证日常检查覆盖率的基础上，免除当年川东北一体化交叉检查、市级抽查复查，但有初步证据证明涉嫌违法违规的除外；

第三十一条 对信用等级评定为C 级的定点医疗机构，医疗保障行政部门及其经办机构在一个信用周期内，采取以下措施：

（一）在评价年度次年度医保服务协议签订后不予支付预付医保基金；

（二）保持日常监督检查频次；

（三）保持正常监督抽检频次；

（四）限期整改有关问题并跟踪检查整改情况。

第三十二条 对信用等级评定为D级的定点医疗机构，医疗保障行政部门及其经办机构在一个信用周期内，采取以下措施：

（一）在评价年度次年度医保服务协议签订后，要求支付不少于1个月医保基金使用量的医保服务质量保证金或暂停拨付医

保基金；

（二）评价年度次年度总控指标测算时，影响因素下调2%；

（三）当评价年度次年度年终总控指标清算时，超总控指标部分医保分担比例下降2%；

（四）作为信用监测重点，纳入重点监管清单对象重点；

（五）在正常频次基础上可增加1-2 次监督检查；

（六）在评价年度次年度，纳入当年省级抽查复查、川东北一体化交叉检查、市级抽查复查的必检对象；

（七）进行责任约谈或者突击检查；

（八）限期整改有关问题并跟踪检查整改情况；

（九）法律、法规、规章和协议规定的其他惩戒方式。

第三十三条 对信用等级评定为E 级的定点医疗机构，医疗保障行政部门及其经办机构在一个信用周期内，采取以下措施：

（一）在评价年度次年度医保服务协议签订后，要求支付不少于2个月医保基金使用量的医保服务质量保证金或暂停拨付医保基金；

（二）评价年度次年度总控指标测算时，影响因素下调4%；

（三）当评价年度次年度年终总控指标清算时，超总控指标部分医保分担比例下降4%；

（四）作为信用监测重点，纳入联合监管清单对象；

（五）在正常频次基础上可增加2-4次监督检查；

（六）在评价年度次年度，纳入当年省级飞行检查的必检对象；

（七）督促其停止失信行为并立即整改；

（八）进行责任约谈或者突击检查；

（九）通报医疗机构主管部门，并与主管部门对其开展信用联动管理；

（十）连续两年被评为E 级定点医疗机构的，由经办机构解除服务协议，取消定点资格；

（十一）法律、法规、规章和协议规定的其他惩戒方式。

**第二节 定点零售药店信用评价结果管理应用**

第三十四条 市、县（区）医疗保障行政部门根据信用等级评价结果，对不同信用等级的定点零售药店进行分级分类管理，将信用评价结果与门诊慢特病管理、门诊统筹结算业务、监督检查、审计稽核、医疗保障服务协议管理等相关联。

第三十五条 对信用等级评定为A级的定点零售药店，医疗保障行政部门及其经办机构在一个信用周期内，给予以下激励措施：

（一）在评价年度次年度优先纳入门诊慢特病、门诊统筹结算协议管理；

（二）在评价年度次年度在保证日常检查覆盖率的基础上，以线上日常监管为主，除专项治理、举报投诉、上级交办、其他部门移交线索等情况外，原则上不开展现场检查；

（三）在省、市医疗保障行政部门官方网站等公开平台进行宣 传表扬；

（四）其他鼓励性措施。

第三十六条 对信用等级评定为B级的定点零售药店，医疗保障行政部门及其经办机构在一个信用周期内，给予以下激励措施：

（一）优先纳入门诊慢特病、门诊统筹结算协议管理；

（二）在评价年度次年度，在保证日常检查覆盖率的基础上，适当降低现场检查频次，以专项检查为主开展监督检查；

（三）其他鼓励性措施。

第三十七条 对信用等级评定为C 级的定点零售药店，医疗 保障行政部门及其经办机构在一个信用周期内，采取以下措施：

（一）符合门诊慢特病、门诊统筹结算定点条件，经验收合格纳入门诊慢特病、门诊统筹结算协议管理；

（二）在评价年度次年度保持日常监督检查频次；

（三）在评价年度次年度保持正常监督抽检频次；

（四）限期整改有关问题并跟踪检查整改情况。

第三十八条 对信用等级评定为D级的定点零售药店，医疗保障行政部门及其经办机构在一个信用周期内，采取以下措施：

（一）在评价年度次年度医保服务协议签订后，要求支付不少于1个月医保基金使用量的医保服务质量保证金或暂停拨付医保基金；

（二）不予纳入门诊慢特病、门诊统筹结算协议管理，已纳入的在评价年度次年度取消其资格；

（三）评价年度次年度作为信用监测重点，日常监督检查或者抽查的重点；

（四）评价年度次年度纳入市级抽查复查必查对象；

（五）进行责任约谈或者突击检查；

（六）限期整改有关问题并跟踪检查整改情况；

（七）若同一连锁药店旗下占比20%的分店信用等级为D级或以下，则针对品牌下所有分店进行限期自查整改；

（八）法律、法规、规章和协议规定的其他惩戒方式。

第三十九条 对信用等级评定为E 级的定点零售药店，医疗保障行政部门及其经办机构在一个信用周期内，采取以下措施：

（一）在评价年度次年度医保服务协议签订后，要求支付不少于2个月医保基金使用量的医保服务质量保证金或暂停拨付医保基金；

（二）不予纳入门诊慢特病、门诊统筹结算协议管理，已纳入的在评价年度次年度取消其资格；

（三）约谈相关负责人，督促其停止失信行为并立即整改，或者采取信用提醒等方式依法依规实施惩戒；

（四）在正常频次基础上可增加3-4次监督检查；

（五）评价年度次年度纳入省级抽查复查必查对象；

（六）进行责任约谈或者突击检查；

（七）通报市场监督管理等相关部门，并与相关部门对其开展信用联动管理；

（八）连续两年被评为E 级定点药店的，由经办机构解除服 务协议，取消其定点资格；

（九）若同一连锁药店旗下占比10%的分店信用等级为E级，则针对品牌下所有分店进行限期自查整改；

（十）法律、法规、规章和协议规定的其他惩戒方式。

**第三节 定点医药机构相关工作人员信用评价结果管理应用**

第四十条 根据信用等级评定结果对定点医药机构医保基金使用相关工作人员实施分级分类动态监管。相关工作人员包括：医师、药师、护士及医技人员等。

第四十一条 医疗保障行政部门及其经办机构根据定点医药机构相关工作人员信用评价结果，采取以下措施：

（一）对评价结果为信用优秀的相关工作人员予以表扬，记入相关工作人员信用档案，推荐定点医药机构内部绩效考核中给予加分奖励，同等条件下优先推荐到国家级、省级和纳入市级医保专家库；

（二）对评价结果为信用良好的相关工作人员推荐定点医药机构内部绩效考核中适当给予加分奖励；

（三）对评价结果为信用关注的相关工作人员约谈并酌情暂停其涉及医保基金使用的医药服务，将扣分事项记入相关工作人员信用档案；

（四）对评价结果为一般失信的相关工作人员约谈并暂停其涉及医保基金使用的医药服务，在申请恢复之前参加定点医药机构组织的医保知识培训，通过培训后方可提交恢复相关工作人员的医保服务资格，记入相关工作人员信用档案，同时将其信用情况通报推送同级卫健等行政主管部门。属于医保专家库成员的， 取消其专家库成员资格；

（五）对评价结果为严重失信的相关工作人员，自评价结果认定之日起一个信用周期内停止其涉及医保基金使用的医药服务并记入相关工作人员信用档案；属于医保专家库成员的，同时取消其专家库成员资格；

（六）连续三年信用评价结果为信用关注及以下的，下一评定年度内其信用等级按前三年最低信用等级再下调一个等级。

**第四节 参保人员信用评价结果管理应用**

第四十二条 市、县（区）医疗保障行政部门及其经办机构在各自职权范围内对信用等级为信用关注及以下的参保人的医保基金使用情况进行严格审核。

第四十三条 参保人员以骗取医疗保障基金为目的，实施了下列行为之一的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月，并下调信用等级为严重失信：

（一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；

（二）重复享受医疗保障待遇，逾期不退回，造成基金损失的；

（三）利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。

**第五节 信用联动管理**

第四十四条 市、县（区）医疗保障行政部门按照国家、省、市有关规定，与公安、发改、卫健、审计、市场监管等相关部门共同推进信用联动管理。

第九章 异议处理

第四十五条 信用主体具有下列情形的，可以提出异议。

（一）认为信用主体的信息与事实不符，存在记载错误或者遗漏的；

（二）对信用评价结果存在异议的；

（三）认为信用信息归集涉及国家秘密、与申请人相关的商业秘密、其个人隐私或存在依法不应进行归集的情形的；

（四）认为其不良行为信息被超期限使用的；

（五）违法失信行为已纠正，依法依规应当变更其信用信息的；

（六）其他法定应当变更信用信息情形的。

第四十六条 异议申请应向信用评价结果出具的医疗保障行 政部门提出。对省级信用评价结果有异议的向省级医疗保障行政部门提出异议申请（附件4），对市级信用评价结果有异议的向市级医疗保障行政部门提出异议申请。

第四十七条 信用主体应当在信用评价结果公布后15个工作 日内书面提出异议，说明理由并提供相关证明材料，逾期不反馈意见的视为无异议。医疗保障行政部门在收到书面材料之日起15个工作日内完成处理，书面告知信用主体，并根据处理结果及时调整信用评价结果。

第十章 信用修复

第四十八条 信用主体主动纠正失信行为、消除不良影响的，可向作出信用评价或归集信用信息的医疗保障行政部门申请信用修复。由医疗保障行政部门按照有关程序规定办理。

第四十九条 医疗保障行政部门自受理信用修复申请后15个工 作日内根据相关法律规范进行审查，并将结果告知信用主体。符合信用修复条件的进行修复，不符合条件的告知信用主体不予修复的理由。信用主体向医疗保障行政部门申请信用修复，需提交以下材料：

（一）信用修复申请书（附件5）；

（二）整改情况说明或关于失信行为的解释说明；

（三）与情况说明内容相印证的材料；

（四）作出对说明材料信息内容真实性负责的信用承诺。

第五十条 医疗保障行政部门在一个评价周期内完成主体信用修复后，应及时调整该主体信用档案记录，但不调整该周期内信用评价结果，在下一个评价周期按照修复后的信用档案记录进行评价。

第五十一条 信用主体申请信用修复应当秉持诚实守信原 则，如有提供虚假证明材料、信用承诺不实或者不履行承诺等弄虚作假行为，由医疗保障行政部门记入信用记录，3年内取消其申请信用修复的资格；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十一章 监督管理

第五十二条 医疗保障行政部门、经办机构及其工作人员，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。

第五十三条 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，依法移送司法机关追究刑事责任。

第十二章 附 则

第五十四条 本细则自公布之日起施行，有效期2年。

附件1

巴中市医疗保障定点医疗机构

遵法守约信用承诺书

单位名称：

统一社会信用代码：

法定代表人：

单位性质：

注册地址：

为践行诚信理念，维护良好信用秩序，进一步规范医疗保障局医保定点医疗机构服务行为，提供规范、合理、必要的医药服务，建立诚信经营长效机制，营造诚实守信的良好形象，我单位自愿向社会承诺如下：

1．严格遵守《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和国家、省和巴中市有关医疗保障基金监管相关政策规定及协议约定，全面履行应尽的责任和义务。

2．建立医疗保障基金使用内部管理制度，有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作，健全考核评价体系。

3．严格按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据，向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

4．严格执行实名制就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料。不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药等。

5．不得通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务，骗取医疗保障基金。

6．不得为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利。

7．确保医保基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医保基金支付范围以外的医药服务的，必须经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

8．严格执行药品、医用耗材集中（平台）采购政策，优先使用集中采购中选品种，真实记录“进、销、存”等情况。

9．严格执行医保医药价格政策和协议约定结算标准。

10．不为非定点医药机构、暂停协议医药机构（或科室）提供医保基金结算。

11．积极配合医疗保障等行政部门监督检查，确保向监督检查所提供的信息及资料等真实、准确、完整。

本单位将严格履行以上承诺， 如违反上述承诺，我单位将自觉退回违规获取的医保基金，并依照有关法律、法规规章和政策及协议规定自愿接受行政处罚（处理）和依法承担相应责任，同时同意按照相关规定并将失信行为纳入国、省、市信用信息共享平台。

特此承诺！

承诺单位（加盖公章）:

法定代表人（签字）:

年 月 日

附件2

巴中市医疗保障定点零售药店

遵法守约信用承诺书

单位名称：

统一社会信用代码：

法定代表人：

单位性质：

注册地址：

为进一步规范医疗保障医保定点零售药店服务行为，建立诚信经营长效机制，营造诚实守信的良好形象，我单位自愿向社会承诺如下：

1.严格遵守《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》和国家、省和巴中市有关医疗保障基金监管相关政策规定及协议约定，全面履行应尽的责任和义务。

2.建立医疗保障基金使用内部管理制度，有专门人员负责医疗保障基金使用管理工作，健全考核评价体系。

3.严格按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据，向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息，向社会公开药品（医用耗材）费用等信息，接受社会监督。

4.严格执行实名制就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照相关规范为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料。不得诱导、协助他人冒名或者虚假购药。

5.凭处方销售医保目录内处方药，药师对处方进行审核、签字后调剂配发药品。外配处方（包括电子外配处方）必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。

6.不得通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务，骗取医疗保障基金。

7.不得为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利。

8.坚持公平、合理、诚实信用和质价相符原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

9.按药品经营质量管理规范要求，开展药品分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识。

10.严格执行医保支付政策，确保医保基金支付的费用符合规定的支付范围；积极在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品，并真实记录“进、销、存”情况；不将非医保药品或其他商品串换成医保药品，不倒卖医保药品或套取医疗保障基金。

11．不收集或滞留参保人员医保凭证，不参与或协助参保人员盗刷医保凭证套取现金，不为参保人员虚开发票、提供虚假发票。

12．不为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算；不将医保结算设备转借或赠与他人。

13．积极配合医保经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，自觉接受医疗保障行政部门监督检查，并按规定提供相关材料。

本单位将严格履行以上承诺， 如违反上述承诺，我单位将自觉退回违规获取的医保基金，并依照有关法律、法规规章和政策及协议规定自愿接受行政处罚（处理）和依法承担相应责任，同时同意按照相关规定并将失信行为纳入国、省、市信用信息共享平台。

特此承诺！

承诺单位（加盖公章）：

法定代表人（签字）：

年 月 日

附件3

巴中市医疗保障局医疗保障待遇享受承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者姓名** |  | **性别** | |  | **参保单位 （社区）** | |  | | **就诊医药机构** |  |
| **所患疾病** |  | | | | **就医购药时间** | | |  | | |
| **联系电话** |  | | **身份证号码** | |  | | | | | |
| **法律 法规 提示** | **1.《中华人民共和国社会保险法》 第三十条“下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围： （一）应当从工伤保险基金中支付的；（二）应当由第三人负担的；（三）应当由公共卫生负担的；（四）在境外就医的。”**  **2.《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）下列不纳入基本医疗保险基金支付范围：“1.应当从工伤保险基金中支付的；2.应当由第三人负担的（交通事故、打架斗殴、医疗事故及其他应由第三者承担责任的医疗费用）；3.应当由公共卫生负担的；4.在境外就医的。5.体育健身、养生保健消费、健康体检。6.国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。”**  **3.《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十条“医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及其工作人员和参保人员等人员不得通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金。”**  **《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十条第二款“参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的，医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗费用联网结算。暂停联网结算期间发生的医疗费用，由参保人员全额垫付。...”**  **《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条“个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：（一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；（二）重复享受医疗保障待遇；（三）利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。”《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第二款“个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了前款规定行为之一，造成医疗保障基金损失的；或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；或者通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的，除依照前款规定处理外，还应当由医疗保障行政部门处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。”**  **4.《中华人民共和国社会保险法》规定：“以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额的二倍以上五倍以下的罚款。”  5.《中华人民共和国刑法》第二百六十六条的解释：“以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或者其他社会保障待遇的，属于诈骗公私财物的行为。”《刑法》第二百六十六条规定：“诈骗公私财物，数额较大的（5000元人民币），处三年以下有期徒刑、拘役或者管制，并处或者单处罚金；数额巨大或者有其他严重情节的，处三年以上十年以下有期徒刑，并处罚金；数额特别巨大或者有其他特别严重情节的，处十年以上有期徒刑或者无期徒刑，并处罚金或者没收财产。”** | | | | | | | | | |
| **承诺事项** | **1.无欺诈、伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息证明材料等有关资料，或者虚构医药服务项目及其他手段骗取医疗保障待遇（城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、职工基本医疗保险、职工补充医疗保险、职工生育保险、医疗救助、门诊慢特病等）行为承诺□；**  **2.无出借、冒名使用医疗保障凭证行为承诺□；无重复享受医疗保障待遇行为承诺□；无转卖药品，套取现金、实物或者获得其他非法利益行为承诺□；**  **3.外伤住院无第三者承担责任承诺□；**  **4.门诊慢性病、特殊病认定资料真实性承诺□；**  **5.医疗救助资料真实性承诺□；**  **6.其他承诺事项：** | | | | | | | | | |
| **郑重 承诺** | **以上内容我已知悉，同时工作人员已向我解释清楚。本人所陈述事实真实、准确、完整，所提供的材料真实有效。如有不实或不符合基本医疗保障享受待遇范围的规定，主动退还所享受待遇费用，自愿接受行政处理、行政处罚，并承担由此产生的一切法律责任及后果。** | | | | | | | | | |
| **承诺人（签字并摁手印）：**  **年 月 日** | | | | | | **代理人与被代理人关系：**  **代理人（签字并摁手印）：**  **代理人身份证号码：**  **年 月 日** | | | | |
| **填表 说明** | **1.参保人员依据法律法规和政策规定，应当享受医疗保障待遇，但因缺失核实材料或相关证明，须由患者或亲属填写本表；  2.填表时请仔细阅读法律法规相关条款，如隐瞒事实真相、提供虚假资料将承担法律责任；  3.本表和享受医疗保障待遇其他凭据资料一同交医保经办机构或医疗机构存卷备查。** | | | | | | | | | |

附件4

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** |  | | |

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** | **医疗保障局**  **年 月 日（盖章）** |
| **备注** |  |

附件5

信用修复申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **失信主体**  **基本情况** | **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）** |  | |
| **联系方式** |  | |
| **申请修复失信**  **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**  **修复理由** | **符合《四川省医疗保障**  **基金使用信用管理暂行办法》规定** | **第四十九条、第五十条规定： 符合口不符合口** | |
| **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： 申请日期：** | | | **（盖章）** |

附件6

定点医疗机构指标体系（2022版）

| **一级**  **指标** | **二级**  **指标** | **三级**  **指标** | **指标**  **标注** | **分值 设计** | **权重** | **指标释义** | **设计依据** | **评分规则** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **协议**  **履行** | **制度**  **建设** | **制度**  **建设** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20%** | **制定院内医保管理、监督检 查和考核、跟踪分析、奖惩等制度，并认真执行。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》三十九条第一款；**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **按照规定制定相关制度并认真执行，得 分；**  **按照规定未制定完善相关制度并认真 执行，每出现一例扣10分；**  **未按照规定制定相关制度并认真执行， 不得分 。** |
| **基础**  **管理** | **变更**  **备案** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **医疗机构名称、执业地址、 法定代表人、医保结算账户等发生变化时，及时向医保部门提供相关材料备案，申请变更。** | **1. 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》三十九条第四款；**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》;**  **3. 《四川省基本医疗保险定点医药机构考 核办法（试行）》。** | **按照规定进行变更备案，得分；**  **未按照规定进行变更备案，不得分。** |
| **配合**  **检查** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20%** | **配合医保部门或医保部门委 托第三方的监督检查，并准确、完整提供医疗服务有关的材料和数据。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》三十九条第七款；**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》;**  **3. 《四川省基本医疗保险定点医药机构考核办法（试行）》。** | **按照规定提供准确的医保监管信息资 料且配合监督检查，得分；**  **未按照规定提供医保监管信息资料且 不配合监督检查、提交材料不及时并以不合理理由拒不提供材料的，均不得分 。** |
| **信息**  **管理** | **系统**  **对接** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **按要求实现与医保结算系 统、监管系统有效对接。** | **1. 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》三十九条第三款;**  **2. 《医疗保障基金监管信用评价指标操作手册》;**  **3. 《四川省基本医疗保险定点医药机构考核办法(试行)》。** | **按照规定与医保信息系统进行对接，得 分；**  **未按照规定与医保信息系统进行对接， 不得分 。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级**  **指标** | **三级**  **指标** | **指标**  **标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **设计依据** | **评分规则** |
| **协议 履行** |  | **数据**  **上传** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20%** | **医保相关信息按照标准全 面、准确、及时、传输至医保信息系统。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》三 十九条第三款;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》;**  **3. 《四川省基本医疗保险定点医药机构考 核办法(试行)》。** | **根据医保局端口填报上报内容评分，期 内未发生信息传输不规范事件得满分。未按信息编码规则上传数据的;上传信息数据不全面、人为缺项的;上传信息数据不准确、故意造假的;上传信息数据未按时限要求的;每出现一例扣10分，扣完为止。** |
| **财务**  **管理** | **财务**  **账表** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **执行医疗机构财务制度和会计制度，设立完整财务账套， 包括总账、现金账、银行账、明细账等;业务往来记录完整，真实反映财务状况。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》三 十九条第二款;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **按照当地规定执行医疗机构财务制度 和会计制度，得分;**  **未按照当地规定执行医疗机构财务制 度和会计制度，不得分。** |
| **财务**  **记录** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **按照规定建立真实、完整、 准确的购销存台账。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》三 十九条第二款;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **使用财务记录信息系统，按规定保管财 务账目、记账凭证、药品和医疗耗材出入库记录等涉及基金使用的相关资料， 得分;**  **未按规定保管财务账目、记账凭证、药 品和医疗耗材出入库记录等涉及基金使用的相关资料，不得分。** |
| **票据**  **管理** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20%** | **开具票据需要注明医保基金支付金额。票据真实，且与 住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录等相吻合。** | 1. **《医疗保障基金使用监督管理条例》三 十九条第二款;**   **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **按照规定制定并执行票据管理办法，得 分；**  **未按照规定制定并执行票据管理办法， 不得分 。** |
| **医疗**  **管理** | **身份**  **识别** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **核验参保人员医疗保障有效凭证，做到人证相符。** | **1.《医疗保障基金使用监督管理条例》十 七条第一款;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **按照规定核验参保人员医疗保障有效 凭证，得分；**  **未按照规定核验参保人员医疗保障有效凭证，造成医保基金损失的，不得分。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级 指标** | **二级**  **指标** | **三级**  **指标** | **指标**  **标注** | **分值 设计** | **权重** | **指标释义** | **设计依据** | **评分规则** |
| **协议 履行** | **结算**  **管理** | **费用**  **清单** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **及时、准确向参保人员提供 医疗费用查询服务和费用清单，并承担解释责任。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》三 十九条第五款;**  **2. 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办 法》;**  **3. 《医疗保障基金监管信用评价指标操作 手册》。** | **按照规定向参保人员提供医疗费用查 询服务和费用清单，得分;**  **未按规定向参保人员提供医疗费用查 询服务和费用清单，不得分。** |
| **基金**  **监控** | **费用**  **控制** | **医疗**  **费用**  **总额**  **增幅** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **衡量医疗机构医疗费用年度总体增长情况。** | **国家《医疗保障基金监管信用评价指标操 作手册》。** | **计算公式：中优指标，指标低于 ∈[0-5%]得满分，其他情况按照得分系数=1- |最大值-实际值|/最大值-最小值计分。** |
| **住院**  **总费**  **用增**  **幅** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **衡量医疗机构住院费用年度总体增长情况。** | **国家《医疗保障基金监管信用评价指标操 作手册》。** | **计算公式：(本年住院费用-上年住院费用)/上年住院费用\*100%;**  **低优指标，指标低于5%得满分，其他 情况按照得分系数=(最大值-实际值) /(最大值-最小值)计分。** |
| **门诊**  **总费**  **用增**  **幅** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20%** | **衡量医疗机构门诊费用年度总体增长情况。** | **国家《医疗保障基金监管信用评价指标操 作手册》。** | **计算公式：(本期门诊费用-上期门诊费用)/上期门诊费用\*100%;**  **低优指标，指标低于5%得满分，其他 情况按照得分系数=(最大值-实际值) /(最大值-最小值)计分。** |
| **门诊**  **次均**  **费用** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **衡量该机构门诊患者费用负担情况。** | **国家《医疗保障基金监管信用评价指标操 作手册》。** | **计算公式：门诊收入/门诊人次;**  **低优指标，指标得分按照得分系数=(最 大值-实际值)/(最大值-最小值)计分。** |
| **门诊**  **次均**  **费用**  **增幅** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **衡量该机构门诊患者费用负担情况。** | **国家《医疗保障基金监管信用评价指标操 作手册》。** | **计算公式：(本期次均门诊费用-上期次均门诊费用)/上期次均门诊费用\*100%;**  **低优指标，指标低于5%得满分，其他 情况按照得分系数=(最大值-实际值) /(最大值-最小值)计分。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级 指标** | **二级**  **指标** | **三级**  **指标** | **指标**  **标注** | **分值 设计** | **权重** | **指标释义** | **设计依据** | **评分规则** |
| **基金 监控** |  | **住院**  **次均**  **费用** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **衡量该机构住院患者费用负担情况。** | **国家《医疗保障基金监管信用评价指标操 作手册》。** | **计算公式：住院医疗费用/出院人次; 低优指标，指标得分按照得分系数=(最大值-实际值)/(最大值-最小值)计分。** |
| **住院**  **次均**  **费用**  **增幅** | **国家**  **医保**  **局** | **20** | **20%** | **衡量该住院患者费用负担情况。** | **国家《医疗保障基金监管信用评价指标操 作手册》。** | **计算公式：(本年次均住院费用-上年 次均住院费用)/上年次均住院费用 \*100%;**  **低优指标，指标低于5%得满分，其他 情况按照得分系数=(最大值-实际值) /(最大值-最小值)计分。** |
| **基金 监管** | **一般**  **处理** | **约谈** | **国家**  **医保**  **局** | **30** | **30‰** | **对定点医疗机构医保违规行为的处理方式。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》三 十八条、三十九条;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **期内被医保部门约谈1次扣5分;5次及以上不得分。** |
| **通报** | **国家**  **医保**  **局** | **30** | **30%** | **对定点医疗机构医保违规行为的处理方式。** | **1. 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办 法》;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **期内被医保部门通报1次扣10分;2次及以上不得分。** |
| **整改** | **国家**  **医保**  **局** | **30** | **30‰** | **对定点医疗机构医保违规行为的处理方式。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》十 三条;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **每次扣10分。** |
| **费用**  **处理** | **追回、 拒付费用占比** | **国家**  **医保**  **局** | **50** | **50‰** | **对定点医疗机构医保违规行为的处理方式，对已支付的 本金追回，对未支付的本金不再支付。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》十 三条;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **计算公式：追回、拒付费用/医保总额费用;**  **低优指标，指标得分按照得分系数=(最大值-实际值)/(最大值-最小值)计分。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级 指标** | **二级**  **指标** | **三级指标** | **指标**  **标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **设计依据** | **评分规则** |
| **基金 监管** |  | **自查自 纠费用 占比** | **国家**  **医保**  **局** | **50** | **50‰** | **对定点医疗机构医保违规行 为的处理方式，对未支付的本金不再支付。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》十 三条;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **计算公式：自查自纠费用/医保总额费 用 ;**  **高优指标，指标得分按照得分系数=(实际值-最小值)/(最大值-最小值)计分。** |
| **协议**  **处理** | **暂停**  **协议** | **国家**  **医保**  **局** | **50** | **50%** | **对定点医疗机构医保违规行 为的处理方式。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》十 三条、四十条;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》;**  **3. 《四川省基本医疗保险定点医药机构考 核办法(试行)》。** | **暂停医保服务协议月数累计≤3个月扣2 分；>3个月且≤6个月扣4分；>6个月扣8分。** |
| **医保医师 处理** | **国家**  **医保**  **局** | **50** | **50‰** | **医保医师因违规原因被医保 部门处理。** | **1. 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办 法》;**  **2. 《医疗保障基金监管信用评价指标操作 手册》。** | **发生一例扣10分，扣完为止。** |
| **行为**  **合规** | **不良**  **执业**  **行为** | **不良执业行为** | **四川**  **医保**  **局** | **50** | **50‰** | **《四川省医疗机构不良执业 行为记分管理办法(2020年版)》涉及的非医保不良执业行为。** | **《四川省医疗机构不良执业行为记分管理 办法（2020年版）》** | **计算公式：(1- 《四川省医疗机构不良 执业行为记分管理办法(2020年版)》涉及的非医保不良执业行为的总扣分/12)\*50。** |
| **满意 度评 价** | **患者**  **评价** | **患者**  **满意**  **度** | **国家**  **医保**  **局** | **50** | **50‰** | **通过网络、表格等方式调查 参保人员的满意度。** | **国家《医疗保障基金监管信用评价指标操 作手册》。** | **满意度调查结果80分(含)-90分的扣5分；70分(含) - 80分的扣4分；60分(含)- 70分的扣10分；小于60分的扣15分。** |
| **举报**  **投诉** | **举报**  **投诉** | **国家**  **医保**  **局** | **50** | **50%** | **网上、信函、电话投诉等医 保服务情况。** | **国家《医疗保障基金监管信用评价指标操 作手册》。** | **网上、信函、电话投诉等，查证属实的，1次扣10分，扣完为止。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级 指标** | **二级**  **指标** | **三级**  **指标** | **指标**  **标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **设计依据** | **评分规则** |
| **社会 信用** | **行政**  **处理** | **行政**  **处罚** | **国家**  **医保**  **局** | **180** | **180‰** | **被政府有关行政部门给予行政处罚情况。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》三 十九条;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **每被相关行政部门给予行政处罚一次， 扣15分;** |
| **历史信用** | **历史**  **守信** | **四川**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **对于未发生违规行为的守信机构，予以奖励。** |  | **每次总分加10分，最多加20分。** |
| **社会 信用** | **奖励**  **情况** | **表扬**  **嘉奖** | **四川**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **受到市级及以上医疗保障部门表扬嘉奖。** |  | **每次总分加10分，最多加20分。** |
| **一票 否决** | **司法**  **处理** | **欺诈**  **骗保** | **国家**  **医保**  **局** |  |  | **定点医疗机构及其工作人员因欺诈骗保被追究刑事责 任。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》四 十二条、四十八条;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **一票否决。** |
| **失信被执行人** | **失信**  **被执**  **行人** | **国家**  **医保**  **局** |  |  | **医疗机构或其法人被纳入公共信用系统失信“黑名单” 的 情况。** | **国家《医疗保障基金监管信用评价指标操 作手册》。** | **一票否决。** |
| **一票 否决** | **协议**  **处理** | **解除**  **协议** | **国家**  **医保**  **局** |  |  | **对定点医疗机构医保违规行为的处理方式。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》十 三条、四十条;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **一票否决。** |
| **违规**  **移交** | **违规**  **移交**  **情况** | **国家**  **医保**  **局** |  |  | **涉嫌犯罪或违反其他法律法规的移交情况。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》二 十二条;**  **2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标 操作手册》。** | **一票否决。** |

**医师指标体系（2022版）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标标注** | **分值 设计** | **权重** | **指标释义** | **指标设计依据** | **评分规则** |
| **协议**  **管理** | **备案管理** | **执业资质** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **取得执业资格。** | **服务协议。** | **查实执业资质不符扣2分。** |
| **执业范围** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **在执业资格规定且可提供医保服务的 执业地点和执业范围，提供服务。** | **服务协议。** | **查实执业范围不符扣2分。** |
| **配合检查** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **能自觉遵守基本医疗保险制度和政策 规定，接受监督检查。** | **服务协议。** | **查实不配合检查扣2分。** |
| **服务**  **管理** | **推诿拒诊** | **推诿拒诊** | **四川医保局** | **4** | **4%** | **医保医师发生推诿、拒诊参保人员的行 为被医保部门查实的情况。** | **服务协议。** | **查实一例扣1分。** |
| **举报投诉** | **举报投诉** | **四川医保局** | **4** | **4%** | **医保医师发生医疗服务态度差、对政策 解释不准确或错误执行，导致参保人员合法利益受损、造成医保基金损失、社会不良舆论等，经医保部门查实的情况。** | **服务协议。** | **查实一例扣1分。** |
| **诱导购药** | **诱导购药** | **四川医保局** | **4** | **4%** | **医保医师诱导参保人员购买高价药品、 自费药品、自费器械被医保部门查实的情 况。** | **服务协议。** | **查实一例扣1分。** |
| **医保管理配合情况** | **医保管理配合情况** | **四川医保局** | **4** | **4%** | **医保医师不主动配合医保部门管理;或 拒绝、阻挠医保部门开展监督检查的行为 。** | **服务协议。** | **查实一例扣2分。** |
| **基金**  **监管** | **违规被**  **扣款** | **违规被**  **扣款** | **四川医保局** | **15** | **15%** | **因违反基本医疗保险定点医疗服务协 议，被市、区县医保基金中心线上扣款金额 。** | **服务协议。** | **累计金额≥1000元且≤3000元 的扣5分；>3000元且≤5000元的扣10分；>5000元的扣15分。** |
| **行为类别** | **无指征检查、化验** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **违反相关诊疗规范。** | **《医疗保障基金使用监 督管理条例》三十八条第一 款。** | **查实一例扣1分。** |
| **无指征**  **治疗** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **违反相关诊疗规范。** | **《医疗保障基金使用监 督管理条例》三十八条第二 款。** | **查实一例扣1分。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **指标设计依据** | **评分规则** |
| **基金**  **监管** |  | **降低住院指征** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **违反相关诊疗规范。** | **《医疗保障基金使用监 督管理条例》三十八条第二 款。** | **查实一例扣1分。** |
| **套餐式检查、化验** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **违反相关诊疗规范。** | **《医疗保障基金使用监 督管理条例》三十八条第二 款。** | **查实一例扣1分。** |
| **分解住院** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **违反相关诊疗规范。** | **《医疗保障基金使用监 督管理条例》三十八条第一 款。** | **查实一例扣1分。** |
| **诱导住院** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **违反相关诊疗规范。** | **《医疗保障基金使用监 督管理条例》三十八条第二 款。** | **查实一例扣1分。** |
| **行为**  **合规** | **不良执业**  **行为** | **不良执业**  **行为** | **四川医保局** | **5** | **5%** | **《四川省医务人员不良执业行为记分 管理办法》涉及的非医保不良执业行为。** | **《四川省医务人员不良 执业行为记分管理办法》** | **计算方法：(1- 《四川省医务 人员不良执业行为记分管理办法》涉及的非医保不良执业行为的总扣分/100)\*5。** |
| **社会 信用** | **行政处罚** | **行政处罚** | **四川医保局** | **12** | **12%** | **医保医师被医保、卫生健康、市场监管 等相关行政部门行政处罚的情况。** |  | **查实一例扣6分。** |
| **舆情评价** | **舆情评价** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **医保医师被媒体公开曝光负面信息的 情况 。** |  | **查实一例视情况扣3分。** |
| **诚实守信** | **诚实守信** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **举报定点医药机构违规行为，且该违规 行为与医师自身利益不相关，被医保部门确认属实的。** |  | **一次加3分，最多加3分。** |
| **表彰**  **奖励** | **表扬嘉奖** | **建言献策** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **积极建言献策，被医保部门采纳。** |  | **县级一次加1分；市级一次加 2分；省级及以上的一次加3分；最多加3分。** |
| **现金奖励** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **因举报违规行为被医保部门现金奖励。** |  | **奖励金额≤500元一次加1分； >500元且≤2000元一次加2分；>2000元一次加3分；最多加3分。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级 指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **指标设计依据** | **评分规则** |
| **表彰 奖励** | **表扬嘉奖** | **其他部门**  **表扬** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **被卫健、市场监管、公安等部门表扬嘉奖。** |  | **市级一次加1分；省级一次加2分；最多加3分。** |
| **党委、人**  **民政府**  **表扬** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **在医保领域被党委、人民政府表扬嘉 奖。** |  | **县级一次加1分；市级一次加2分；省级一次加3分；最多加3分。** |
| **医保部门**  **表扬** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **受到医保部门表扬嘉奖。** |  | **县级一次加1分；市级一次加2分；省级及以上的一次加3分；最多加3分。** |
| **对口援助**  **表彰** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **参加援外或援藏、援疆等医疗任务，按援助地区的归属地加分。** |  | **可取消惩戒，有扣分的扣分清零，无扣分的省内一次加1分；省外一次加2分；国外一次加3分;最多加3分。** |
| **救灾抢险**  **表彰** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **参加抢险救灾任务，并取得县级以上表彰。** |  | **可取消惩戒，有扣分的扣分清零，无扣分的总分加2分，最多加2分。** |
| **见义勇为** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **经认定有见义勇为行为或在执业场所外参与突发疾病抢救。** |  | **一次加3分，最多加3分。** |
| **未发生违**  **规行为** | **四川医保局** | **5** | **5%** | **是否有发生违规行为，未发生违规行为按年度累计加分。** |  | **一年内未发生违规行为的总分加1分；两年内未发生违规行为的总分加3分；三年内未发生违规行为的总分加5分，最多加5分。** |
| **一票 否决** | **违规处理** | **解除协议** | **四川医保局** |  |  | **对医保医师医保违规行为的处理方式。** |  | **一票否决。** |
| **司法处理** | **欺诈骗保** | **四川医保局** |  |  | **执业医师因欺诈骗保被追究刑事责任。** | **1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》四十二条、四十八条； 2.国家《医疗保障基金监管信用评价指标操作手册》。** | **一票否决。** |

**定点零售药店指标体系（2022版）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级**  **指标** | **三级**  **指标** | **指标**  **标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **指标设计依据** | **评分规则** |
| **基金 监管** | **一般**  **处理** | **约谈** | **四川**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **对定点零售药店医疗保障违规行 为的处理方式。** | **《零售药店医疗保障定点管理暂 行办法》(国家医疗保障局令第3号)第三十五条。经办机构发现定点零售药店存在违反医保协议约定情形的，可按医保协议约定相应采取以下处理方式：(一) 约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人。** | **约谈0次，得分；约谈≥1次;按得分系数为1-次数\*1/3得分；约谈≥3次，不得分。** |
| **整改** | **四川**  **医保**  **局** | **40** | **40%** | **对定点零售药店医疗保障违规行 为的处理方式。** |  | **整改0次，得分；整改≥1次，按得分系数为1-次数\*1/3得分；整改≥3次，不得分。** |
| **通报** | **四川**  **医保**  **局** | **40** | **40%** | **对定点零售药店医疗保障违规行 为的处理方式。** |  | **通报0次，得分；通报≥1次，按得分系数为1-次数\*1/3得分; 通报≥3次，不得分。** |
| **费用**  **处理** | **追回、 拒付 费用** | **四川**  **医保**  **局** | **70** | **70‰** | **定点零售药店因违规等行为被监 管部门追回已支付、拒绝支付的医保基金。** | **《零售药店医疗保障定点管理暂 行办法》(国家医疗保障局令第3号)第三十条。定点零售药店经审查核实的违规医保费用，经办机构不予支付。** | **追回、拒付费用等于0,得分；追回、拒付费用金额>0且<1000, 按得分系数为(最大值-实际值) /(最大值-最小值)得分;追回、拒付费用≥1000元，不得分。** |
| **罚款** | **四川**  **医保**  **局** | **70** | **70‰** | **定点零售药店因违规等行为被监 管部门罚款。** | **《中华人民共和国社会保险法》 第八十七条。社会保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等社会保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险基金支出的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。** | **罚款费用等于0,得分;罚款费用 金额>0且<500,按得分系数为(最大值-实际值)/(最大值-最小值)得分;罚款金额≥500元，不得分。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级**  **指标** | **三级**  **指标** | **指标**  **标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **指标设计依据** | **评分规则** |
| **基金**  **监管** | **协议**  **处理** | **暂停**  **协议** | **四川**  **医保**  **局** | **40** | **40‰** | **对定点零售药店医疗保障违规行 为的协议处理方式。** |  | **暂停协议等于0,得分;暂停协议 等于1次，按得分系数为1/2得分; 暂停协议≥2次，不得分。** |
| **暂停**  **医保**  **服务**  **药师**  **资格** | **四川**  **医保**  **局** | **30** | **30%** | **对定点零售药店药师医疗保障违 规行为的暂停医保服务药师资格的处理方式。** |  | **暂停医保服务药师资格0次，得 分;**  **暂停医保服务药师资格>0次且 <6次，按得分系数=1-次数\*系数=1-暂停医保服务药师资格次数\*1/6得分；暂停医保服务药师资格≥6次，不得分。** |
| **取消**  **医保**  **服务**  **药师**  **资格** | **四川**  **医保**  **局** | **30** | **30%** | **对定点零售药店药师医疗保障违 规行为的取消医保服务药师资格的处理方式。** |  | **取消医保服务药师资格0次，得 分；取消医保服务药师资格1次，按得分系数为1/2得分；取消医保服务药师资格≥2次，不得分。** |
| **自律**  **管理** | **管理**  **体制** | **管理**  **组织** | **四川**  **医保**  **局** | **50** | **50%** | **配备专(兼)职医保管理人员，人 数与管理需要相适应，并有效行使管理职能。** | **《零售药店医疗保障定点管理暂 行办法》(国家医疗保障局令第3号)第五条。取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：**  **(三)至少有2名熟悉医疗保障 法律法规和相关制度规定的专(兼)职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内。** | **按照规定配备专(兼)职医保管 理人员，及时发现和解决问题，得分；**  **未按照规定配备专(兼)职医保 管理人员，未能及时发现和解决问题，不得分。** |
| **医保**  **培训** | **四川**  **医保**  **局** | **60** | **60%** | **组织医保相关政策和规定的学习 培训。** | **服务协议、《零售药店医疗保障 定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第3号)。** | **按照规定组织医保监管和诚信政 策培训并有培训记录，得分；未按照规定组织医保监管和诚信政策培训，不得分。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级**  **指标** | **三级**  **指标** | **指标**  **标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **指标设计依据** | **评分规则** |
| **自律**  **管理** | **制度**  **建设** | **制度**  **完备**  **性** | **四川**  **医保**  **局** | **50** | **50‰** | **医保药品管理制度、财务管理制 度、医保人员管理制度、信息管理制度和医保费用结算制度的完备性。** | **服务协议、《零售药店医疗保障 定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第3号)。** | **机构医保相关制度完备，得分; 机构医保相关制度不完备，不得分。** |
| **风险**  **管理** | **风险**  **防控** | **四川**  **医保**  **局** | **60** | **60‰** | **开展医疗保障防风险管理，定期分析排查执行医疗保障政策、收费规 定、防范欺诈骗保等的风险点，采取积极应对措施。** |  | **按照规定制定医保风险防控制 度，定期开展排查并有记录，得分;未按照规定制定医保风险防控制度，未定期开展排查，不得分。** |
| **处方**  **管理** | **处方**  **记录** | **四川**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **购药清单等由定点零售药店保存 2年，门诊特殊慢性病处方及购药结算单保存2年以上，特殊药品处方及购药结算单保存5年以上。处方单与医保结算单存根、销售小票 (从药店自身销售系统打印出)一起装订存放，参保患者的处方与非参保患者的分开存放。** | **服务协议、《零售药店医疗保障 定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第3号)、《处方管理办法》(卫生部令第53号)。** | **按照规定进行处方签字、保存、 审核，并保存完整记录，得分; 未按照规定进行处方签字、保存、审核，不得分。** |
| **购进**  **管理** | **购进**  **管理** | **四川**  **医保**  **局** | **20** | **20‰** | **特殊药品购进管理制度、流程及记录等。** |  | **按照规定制定购进制度，严格执 行并有完整记录，得分;**  **未按照规定制定购进制度;不得 分。** |
| **贮存**  **管理** | **贮存**  **管理** | **四川**  **医保**  **局** | **50** | **50‰** | **特殊药品贮存管理制度、流程及记录等。** |  | **按照规定制定贮存制度，严格执 行并有完整记录，得分;**  **未按照规定制定贮存制度;不得 分。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级**  **指标** | **三级**  **指标** | **指标**  **标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **指标设计依据** | **评分规则** |
| **满意**  **度评**  **价** | **患者**  **评价** | **患者**  **满意**  **度** | **四川**  **医保**  **局** | **40** | **40%** | **购药患者或参保人对机构的服务 满意度评价结果(标化分数)。** | **《医疗保障基金使用监督管理条 例》第四十四条。医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点零售药店进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。** | **按照得分系数=(实际值-最小值) /(最大值-最小值)得分;机构自身评价得分，按照得分系数=0.8\* (实际值-最小值)/(最大值-最小值)得分;无满意度调查，不得分。** |
| **举报**  **投诉** | **四川**  **医保**  **局** | **40** | **40‰** | **衡量患者、机构等对机构服务满意度的举报投诉并查实情况。** |  | **医保举报投诉并查实次数为0,得 分;医保举报投诉并查实次数≤5次，按照得分系数为1-次数\*0.2得分;医保举报投诉并查实次数 >5次，得0分。** |
| **社会**  **评价** | **负面**  **舆情** | **四川**  **医保**  **局** | **40** | **40%** | **官方或主流媒体报道负面信息。** |  | **官方或主流媒体报道负面信息但 未造成社会影响次数≥1次，每次扣8分，最多扣40分。** |
| **监管**  **评价** | **医保**  **监管**  **奖励** | **四川**  **医保**  **局** | **40** | **40%** | **医保监管部门给予机构的通报表 扬等。** |  | **受到医保监管部门通报表扬≥1 次，每次加1分，最多5分;未受到医保监管部门通报表扬，不得分。** |
| **社会**  **信用** | **行政**  **处罚** | **警告、 罚款、**  **没收**  **违法**  **所得**  **和没**  **收非**  **法财**  **物** | **四川**  **医保**  **局** | **30** | **30‰** | **被政府有关行政部门给予暂警告、 罚款、没收违法所得和没收非法财 物等处罚情况。** |  | **警告、罚款、没收违法所得和没 收非法财物，发生1次，扣10分。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级**  **指标** | **三级**  **指标** | **指标**  **标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **指标设计依据** | **评分规则** |
| **社会**  **信用** |  | **责令**  **停业**  **整顿** | **四川**  **医保**  **局** | **60** | **60‰** | **被政府有关行政部门给予责令停 业整顿处罚情况。** |  | **发生责令停业整顿，发生1次， 扣30分;** |
| **暂扣**  **许可**  **证/执**  **照** | **四川**  **医保**  **局** | **100** | **100%** | **被政府有关行政部门给予暂扣许 可证/执照处罚情况。** |  | **暂扣许可证/执照，发生1次，扣 100分。** |
| **一票**  **否决** | **协议**  **处理** | **解除**  **协议** | **四川**  **医保**  **局** |  |  | **对定点零售药店医疗保障违规行 为的协议处理方式。** | **《零售药店医疗保障定点管理暂 行办法》(国家医疗保障局令第3号)第三十五条：经办机构发现定点零售药店存在违反医保协议约定情形的，可按医保协议约定相应采取以下处理方式：（四）中止或解除医保协议。** | **一票否决。** |
| **司法**  **处理** | **欺诈**  **骗保** | **四川**  **医保**  **局** |  |  | **定点零售药店工作人员因欺诈骗 保被追究刑事责任的次数。** | **《中华人民共和国社会保险法》 《医疗保障基金使用监督管理条例》 。** | **一票否决。** |
| **失信**  **处理** | **失信**  **被执**  **行人** | **四川**  **医保**  **局** |  |  | **定点零售药店或其法人被纳入公 共信用系统严重失信人名单的情况。** |  | **一票否决。** |
| **违规**  **移交** | **违规**  **移交**  **情况** | **四川**  **医保**  **局** |  |  | **涉嫌违反相关法律法规和规章的，提请医疗保障行政部门处理或由 其移送司法部门。** |  | **一票否决。** |

药师指标体系（2022版）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **评分标准** |
| **协议**  **管理** | **备案管理** | **执业资质** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **取得执业资格。** | **查实执业资质不符扣2分。** |
| **执业范围** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **在执业资格规定且可提供医保服务的执业地点和执业范围，提供服务。** | **查实执业范围不符扣2分。** |
| **配合检查** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **能自觉遵守基本医疗保险制度和政策规定，接受监督检查。** | **查实不配合检查扣2分。** |
| **服务**  **管理** | **服务管理** | **违规服务** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **药师未按规定审方、验方或无处方配售处方药的。** | **查实一例扣1分。** |
| **身份识别** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **对购药人员冒用医保卡或使用伪造、涂改的处方仍出售药物的。** | **查实一例扣1分。** |
| **药师挂证** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **执业药师挂证不在岗，见“证”不见人，虚挂兼职。** | **查实一例扣1分。** |
| **举报投诉** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **医疗服务态度差，对医保政策解释不准确，导致参保人员投诉的。** | **查实一例扣1分。** |
| **配合检查** | **四川医保局** | **5** | **5%** | **拒不配合监督检查，在监督检查过程中不提供或故意毁损医疗文书等资料的。** | **查实扣5分。** |
| **基金**  **监管** | **基金损失** | **基金损失** | **四川医保局** | **12** | **12%** | **违反协议、造成医保基金重大损失的其他严重违规行为。** | **查实一例扣12分。** |
| **收受贿赂** | **收受贿赂** | **四川医保局** | **12** | **12%** | **收受贿赂或者取得其他非法收入。** | **查实一例扣12分。** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标标注** | **分值**  **设计** | **权重** | **指标释义** | **评分标准** |
| **基金**  **监管** | **协助套取**  **个账现金** | **协助套取个账现金** | **四川医保局** | **12** | **12%** | **以压卡、签单、退货等形式协助套取个人 账户现金的。** | **查实一例扣12分。** |
| **行为类别** | **串换药品** | **四川医保局** | **9** | **9%** | **违反相关规定，串换药品、为参保人提供 刷卡结算规定范围以外物品被医保部门查实 。** | **查实一例视情节严重程度扣3分。** |
| **转卖药品** | **四川医保局** | **9** | **9%** | **违反相关规定，为参保人利用其享受医疗 保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利被医保部门查实。** | **查实一例视情节严重程度扣3分。** |
| **行为**  **合规** | **不良执业**  **行为** | **不良执业**  **行为** | **四川医保局** | **5** | **5%** | **《四川省医务人员不良执业行为记分管 理办法》涉及的非医保不良执业行为。** | **计算方法：(1- 《四川省医务人员不良执业行为记分管理办法》涉及的非医保不良执业行为的总扣分/100)\*5。** |
| **社会**  **信用** | **舆情评价** | **舆情评价** | **四川医保局** | **2** | **2%** | **媒体公开曝光负面新闻。** | **查实一例扣2分。** |
| **行政处罚** | **行政处罚** | **四川医保局** | **10** | **10%** | **医保药师被医保、卫健委、市场管理等行 政部门处罚、处理的。** | **查实一例扣5分。** |
| **纪律处罚** | **纪律处罚** | **四川医保局** | **10** | **10%** | **医保药师被纪律监察部门处罚的、处理 的 。** | **查实一例扣10分。** |
| **一票**  **否决** | **司法处理** | **欺诈骗保** | **四川医保局** |  |  | **执业药师因欺诈骗保被追究刑事责任。** | **一票否决。** |

医技人员指标体系（2022版）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标标注** | **分值 设计** | **权重** | **指标释义** | **评分标准** |
| **协议**  **管理** | **备案管理** | **执业资质** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **取得执业资格。** | **查实执业资质不符扣3分。** |
| **执业范围** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **在执业资格规定且可提供医保服务的执业地点和执 业范围，提供服务。** | **查实执业范围不符扣3分。** |
| **配合检查** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **能自觉遵守基本医疗保险制度和政策规定，接受监督 检查。** | **查实不配合检查扣3分。** |
| **违法**  **违规** | **资格处理** | **医疗文书造假** | **四川医保局** | **15** | **15%** | **提供虚假的检查（化验）报告单或虚构病历等医疗文书或证明材料的。** | **查实扣15分。** |
| **超范围服务** | **四川医保局** | **10** | **10%** | **出具与自己执业范围无关或者与执业类别不相符的 医学证明文件或超出执业范围进行临床医疗服务的。** | **查实扣10分。** |
| **转借证书** | **四川医保局** | **12** | **12%** | **将执业证书、职称证书转借、转租给其他医疗机构。** | **查实扣12分。** |
| **违规处理** | **知情未告知** | **四川医保局** | **12** | **12%** | **未按规定执行告知签字制度的。** | **查实1例扣2分，扣完为止。** |
| **患者投诉** | **四川医保局** | **12** | **12%** | **对医保政策解释不准确或服务态度恶劣，导致参保人 员有效投诉的。** | **查实1例扣2分，扣完为止。** |
| **行为**  **合规** | **不良执业**  **行为** | **不良执业**  **行为** | **四川医保局** | **5** | **5%** | **《四川省医务人员不良执业行为记分管理办法》涉及 的非医保不良执业行为。** | **计算方法：(1- 《四川省医 务人员不良执业行为记分管理办法》涉及的非医保不良执业行为的总扣分/100)\*5。** |
| **社会**  **信用** | **行政处罚** | **行政处罚内容** | **四川医保局** | **25** | **25%** | **被医保、卫生行政部门行政处罚的。** | **查实一例扣5分。** |
| **违法**  **违规** | **违规处理** | **协助套保** | **四川医保局** | **一** | **一** | **协助将非医疗保险基金支付范围的医疗费用纳入医 疗保险基金支付的。** | **一票否决。** |

护士指标体系（2022版）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标标注** | **分值 设计** | **权重** | **指标释义** | **评分标准** |
| **协议**  **管理** | **备案管理** | **执业资质** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **取得执业资格。** | **查实执业资质不符扣3分。** |
| **执业范围** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **在基本医疗保险定点医疗机构执业。** | **查实执业范围不符扣3分。** |
| **配合检查** | **四川医保局** | **3** | **3%** | **能自觉遵守基本医疗保险制度和政策规 定，接受监督检查。** | **查实不配合检查扣3分。** |
| **违法**  **违规** | **资格处理** | **医疗文书记录不实** | **四川医保局** | **6** | **6%** | **医疗文书与实际情况不符，不按规定如实 记载患者的诊治原因、经过等情况。** | **查实1例扣2分，扣完为止。** |
| **虚构、套取**  **医疗费用** | **四川医保局** | **10** | **10%** | **伪造医疗文书、财务票据或凭证，虚构医 疗服务的医疗费用等情况。** | **查实扣5分。** |
| **泄露个人隐私** | **四川医保局** | **15** | **15%** | **泄露患者个人隐私的有关信息、资料的。** | **发现1例扣5分，扣完为止。** |
| **违规处理** | **政策误导** | **四川医保局** | **10** | **10%** | **故意曲解医保政策和管理规定，造成恶劣 影响的或引起参保人员上访的。** | **查实1例扣5分，扣完为止。** |
| **自定标准收费** | **四川医保局** | **10** | **10%** | **自定标准收取费用的；故意串换项目编码、 套高收费等。** | **查实1例扣5分，扣完为止。** |
| **虚记、多记**  **医疗费用** | **四川医保局** | **10** | **10%** | **虚记、多记医疗费用。** | **查实1例扣5分，扣完为止。** |
| **其他不合理收费** | **四川医保局** | **10** | **10%** | **重复、分解、超标准收费等情况；打包收 费等；医嘱、费用清单、检查检验报告与收费不符等。** | **查实1例扣5分，扣完为止。** |
| **行为**  **合规** | **不良执业 行为** | **不良执业行为** | **四川医保局** | **5** | **5%** | **《四川省医务人员不良执业行为记分管理办法》涉及的非医保不良执业行为。** | **计算方法：(1- 《四川省医务人员 不良执业行为记分管理办法》涉及的非医保不良执业行为的总扣分/100)\*5。** |
| **社会**  **信用** | **行政处罚** | **行政处罚内容** | **四川医保局** | **15** | **0,5** | **被医保卫生行政部门行政处罚的** | **查实一例扣5分。** |
| **一票**  **否决** | **违规处理** | **欺诈骗保** | **四川医保局** |  |  | **执业护士因欺诈骗保被追究刑事责任。** | **一票否决。** |

参保人指标体系（2022版）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级**  **指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标标注** | **权重** | **指标释义** | **评分标准** |
| **违法**  **违规** | **违法违规** | **倒卖药品、**  **耗材** | **四川医保局** | **25%** | **利用享受医疗保障待遇的 机会转卖药品、耗材，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。** | **1.骗取医保基金低于1000元的，扣5分；**  **2.骗取医保基金2000元至1000元（含）的，扣10分；**  **3.骗取医保基金3000元至2000元(含）的，扣15分;**  **4.骗取医保基金超过3000元(含),扣25分。** |
| **冒名就医** | **四川医保局** | **25%** | **持他人医疗保障凭证冒名 就医。** | **1.骗取医保基金低于1000元的，扣5分;**  **2.骗取医保基金2000元至1000元（含)的，扣10分;**  **3.骗取医保基金3000元至2000元(含)的，扣15分;**  **4.骗取医保基金超过3000元(含),扣25分。** |
| **医保凭证**  **外借** | **四川医保局** | **25%** | **将本人的医疗保障凭证交 由他人冒名使用。** | **1.骗取医保基金低于1000元的，扣5分;**  **2.骗取医保基金2000元至1000元(含)的，扣10分;**  **3.骗取医保基金3000元至2000元(含)的，扣15分;**  **4.骗取医保基金超过3000元(含),扣25分。** |
| **重复享受**  **待遇** | **四川医保局** | **25%** | **重复享受医疗保障待遇。** | **1.骗取医保基金低于1000元的，扣5分；**  **2.骗取医保基金2000元至1000元（含）的，扣10分；**  **3.骗取医保基金3000元至2000元（含）的，扣15分；**  **4.骗取医保基金超过3000元（含），扣25分。** |
| **一票**  **否决** | **司法处理** | **犯罪行为** | **四川医保局** |  | **以欺诈、伪造证明材料或者 其他手段骗取社会保险待遇的，存在严重违法行为，构成犯罪，移交司法机关。** | **一票否决。** |