

益阳市医疗保障局文件

益医保发〔2023〕44号

关于印发《益阳市医疗保障信用管理 实施细则（试行）》的通知

各县市区医疗保障局，局属各科室（单位），各相关医药机构：
为加快推进医疗保障领域信用体系建设，结合我市实际制定了《益阳市医疗保障信用管理实施细则（试行）》，现将文件印发给你们，请按要求落实。



（此件主动公开）

益阳市医疗保障信用管理实施细则（试行）

第一章 总则

第一条 为加快推进医疗保障领域信用体系建设，保障医保基金安全，营造诚实守信公平竞争的市场环境，规范医疗保障信用管理工作，根据《湖南省社会信用条例》、《湖南省医疗保障信用管理暂行办法》（湘医保发〔2021〕65号）等有关要求，结合我市医保工作实际，制定本实施细则。

第二条 本细则适用于本市行政区域内医疗保障信用主体（以下简称信用主体）医疗保障信用信息采集、信用承诺、信用评价、信用修复、结果应用等活动。

第三条 本细则适用《暂行办法》所列机构和个人类全部信用主体，各类信用主体信用评价工作采取分步实施原则，首批信用主体为定点医疗机构、定点零售药店、医保医师和参保人。

第四条 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细则及有关规定，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。

第五条 市医疗保障行政部门统筹全市医疗保障信用管理工作，制定相应实施细则，明确信用指标体系、信用评价方式、建立奖惩机制等，负责指导、协调推进全市医疗保障信用管理工作。

第二章 信用信息采集

第六条 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、守信信息和失信信息构成。

第七条 机构类信用主体基础信息包括单位性质、法定名称、法定代表人和统一社会信用代码等信息；个体类信用主体基础信息包括姓名和居民身份证号码、执业注册信息等。

第八条 信用主体的守信信息包括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；主动守信承诺信息；法律、法规、规章等规定应当记入信用档案的其他守信信息。

第九条 失信信息包括信用主体在医疗保障领域违反有关法律、法规、规章或服务协议等，受到县级及以上医疗保障部门及其授权委托的机构处理；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；纪检、公安、司法、市场监管等相关部门处理的涉及医疗保障领域的失信信息；经相关部门认定的其他相关失信信息。

第十条 信用信息采集采取线上和线下相结合的方式。信用主体应当积极配合向医疗保障行政部门提供相关的信用信息，信用主体对其提供信息的真实性、完整性、准确性负责，

不得隐匿、虚构、篡改。

第十一条 本市信用主体应当作出书面信用承诺(附件1),信用承诺内容应当向社会公开。

第三章 信用信息评价与公开

第十二条 信用评价采取综合评分制,信用总分为100分。

第十三条 市级医疗保障行政部门每个自然年度对信用主体进行信用评价一次,评价结果自公布之日起至下一次评价结果公布之日内有效。

第十四条 针对不同信用主体,需结合其自身特点和监管实际,确定信用指标及指标权重,综合形成信用指标体系,指标体系详见附件2-4。

第十五条 定点医疗机构、医保医师根据信用评价结果划分四个信用等级:评分在80分(含)以上且没有失信行为的划分为信用优秀(A级);在60分(含)-80分之间且未出现失信行为的划分为守信(B级);40分(含)-60分之间或出现一般失信行为的划分为一般失信(C级);40分以下或出现严重失信行为的划分为严重失信(D级)。

定点零售药店根据信用评价结果划分四个信用等级:评分在90分(含)以上且没有失信行为的划分为信用优秀(A级);在60分(含)-90分之间且未出现失信行为的划分为守信(B级);40分(含)-60分之间或出现一般失信行为的划分为一般失信(C级);40以下或出现严重失信行为的划分为严重失信(D级)。

参保人根据信用评价结果划分四个信用等级评分为90分及以上且没有失信行为的参保人员信用等级为信用优秀（A级）；评分80分至89分且没有失信行为的参保人员信用等级为信用良好（B级）；评分60分至79分且没有失信行为的参保人员信用等级为守信（C级）；评分30分以上60分以下，或者有一般失信行为的参保人员信用等级为一般失信（D级）；30分以下或者有严重失信行为的参保人员等级为严重失信（E级）。

第十六条 根据信用评价结果对信用主体实行正面清单、负面清单管理，将信用优秀（A级）的信用主体列入正面清单（白名单），将有严重失信行为的信用主体列入负面清单（黑名单）。正、负面清单由益阳市医保局通过官方网站、信用益阳、湖南省医疗保障信息平台公共服务子系统等渠道对社会进行公布。

第十七条 信用主体的信用评价结果由市级医疗保障部门进行统一发布。医疗保障部门应当通过官方网站、湖南省医疗保障信息平台公共服务子系统等平台为信用主体提供实时查询服务。

第十八条 定点医疗机构有下列情形之一的，不参与信用评价：

- （一）主动解除服务协议的；
- （二）未达到续签服务协议条件被解除服务协议的；
- （三）评价年度内无医疗保障基金支出的。

第四章 评价结果应用

第十九条 各级医疗保障部门按照守信激励、失信惩戒的原则，根据上年度信用评价结果对信用主体本年度医保信用实行分类管理，具体运用于医保基金使用参与主体的协议管理、检查稽核、支付方式等管理工作。

第二十条 对定点医疗机构的奖惩应用：

（一）对信用等级为A的，减少检查频次、提高医疗保障基金预拨付额度、全额返还预留金；

（二）对信用等级为B的，实行常态化监督检查，根据年度考核情况返还预留金；

（三）对信用等级为C的，警示约谈，要求限期整改，重点监控其医保服务行为，适当增加检查稽核频次；

（四）对信用等级为D的，警示约谈，要求限期整改，全面监控其医保服务行为，增加检查稽核频次。

第二十一条 对医保医师的奖惩应用：

（一）对信用等级为A的，对其病历资料实行免检及容错制度，期限6个月。

（二）对信用等级为B的，对其病历资料实行免检及容错制度，期限3个月。

（三）对信用等级为C的，第一次出现一般失信的，警示约谈；第二次同人同事出现一般失信的，警示约谈，对其医保服务行为进行重点管控，暂停医保服务资格3个月。

（四）对信用等级为D的，警示约谈，暂停医保服务资格6个月，全面监控其医保服务行为。

第二十二条 对定点零售药店奖惩应用：

（一）对信用等级为A的，除专项整治、飞行检查、投诉举报或上级督办外，适当降低监督检查频次。

（二）对信用等级为B的，适当降低监督检查频次，重点检查存在问题的整改情况。

（三）对信用等级为C的，将其列为重点监管对象，重点检查违法违规行为的整改情况。

（四）对信用等级为D的，解除协议，终止医保服务资格。

第二十三条 对参保人员的奖惩应用：

（一）参保人员被评为信用优秀的可在医保部门享受容缺办理异地就医、转诊转院和医疗费用报销等便利措施。

（二）参保人员被认定为一般失信的，由医疗保障部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算，属于骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障部门依法依规依程序暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月。

（三）参保人员被认定为严重失信的，将由医疗保障行政部门按照有关规定通过市社会信用信息共享平台向社会公布，并依法依规实施联合惩戒，构成违反治安管理行为的，依法予以治安管理处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五章 异议申请与信用修复

第二十四条 信用主体认为其医疗保障信用信息的内容存在错误、遗漏，或者信息采集、归集、披露、使用过程中存在侵犯其合法权益的，向作出评价的医疗保障信用信息主管部门提出异议申请（附件5），说明理由并提供相关证明材料。

第二十五条 医疗保障行政部门自收到异议申请及证明材料之日起，在3个工作日内进行核查并处理；需要其他单位协助核查信息的，应当自收到异议申请之日起5个工作日内进行核查并处理。并将核查结果通知异议申请人。

第二十六条 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。

第二十七条 信用主体在失信信息公示期限内同时符合下列条件的，可以向作出信用评价的医疗保障行政部门提出信用修复申请：

（一）失信的信用主体被评为信用失信之日起公开满6个月的；

（二）失信的信用主体已对失信行为进行纠正，按照法律、法规、规章等有关规定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；

（三）失信的信用主体在公开期间无新增不良信用记录；

（四）法律、法规、规章等另有规定的从其规定。

第二十八条 失信主体向做出信用评价的医疗保障行政部

门提出信用修复申请应当同时提交下列材料：

- （一）信用修复申请表（附件6）；
- （二）违法违规行为纠正、整改情况的相关证明材料。

作出失信认定的医疗保障信用工作主管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至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。公示期满无异议的，按程序信用修复，书面告知信用主体。

信用修复生效的，撤销对信用主体失信记录的公示，但不撤销失信记录。

第六章 附则

第二十九条 在医疗保障信用信息归集、采集、公开、共享、查询和应用等过程中，损害信用主体合法权益的，应当依法承担民事责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十条 本细则由益阳市医疗保障局负责解释。相关法律法规及国家医疗保障行政部门另有规定的，从其规定。

第三十一条 本细则自2023年12月1日起施行，有效期2年。

附件：

1. 益阳市医疗保障信用承诺书
2. 益阳市定点医疗机构信用指标体系
3. 益阳市医保服务医师信用指标体系
4. 益阳市定点零售药店信用指标体系
5. 益阳市参保人信用指标体系
6. 益阳市医疗保障信用异议处理申请表
7. 益阳市医疗保障信用修复申请表

附件1

益阳市医疗保障信用承诺书

本人(机构)自愿参与医疗保障信用体系建设,接受信用体系建设的有关制度,加强自我约束,现作出以下承诺:

一、遵守医疗保障相关法律、法规、规章;

二、严格执行医疗保障政策,诚信履行服务协议,维护医疗保障基金安全;

三、自愿接受医疗保障部门依法依规开展的监督检查和信用评价,服从信用评价结果开展的相关应用;

四、自觉接受政府、行业协会、社会公众、新闻舆论的监督,积极履行社会责任;

五、不断促进医疗保障基金安全高效使用,全力维护参保人员医疗保障合法权益。

自然人及身份证号码: (签章)

自然人所在机构:

机构名称: (签章)

统一社会信用代码:

机构负责人:

日期:

定点医疗机构评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	备注
基础分 (60分)	基础分	基础分	医疗机构基础得分	系统自动采集	默认计分		默认60分	
基金绩效 (23分)	提升医保基金使用效率 (23分)	均次费用 (5分)	同种疾病人均住院医疗费用。	系统自动采集	按值计分	同级 同期 同区域 比较	二三级医疗机构： 1. 每种疾病均次费用最低的得4分，每增加一个百分点扣0.2分。 2. 再将每种疾病均次费用得分乘以每种疾病权重占比求和，即为均次费用的最终得分，最低得分1分。 二级以下医疗机构： ①假设同级同区域中医疗机构在某种疾病最低的人均医疗费用为a，最高的人均医疗费用为c，某机构在该疾病的人均医疗费用为b，则该机构在该疾病的人均医疗费用得分 $x=4*(c-b)/(c-a)$ ，其中 $a \neq c$ ，否则均计0分；②再将每种疾病人均医疗费用得分乘以每种疾病权重占比求和，即为人均医疗费用得分。	住院总费用/总人次 权重=每种疾病人数/住院总人数
		报销比例 (5分)	根据医疗机构给患者治疗，产生的实际报销比例。	系统自动采集	按值计分	同级 同期 同区域 比较	二三级医疗机构： 报销比例最高的得4分，每减少一个百分点扣0.2分，最低得分1分。 二级以下医疗机构： 根据区域内同级医疗机构的患者报销比例的高低得出评分，假设最高的为c，最低的为a，某机构报销比例 为b ，则该机构在报销比例得分 $x=4*(b-a)/(c-a)$ ，其中 $a \neq c$ ，否则均计0分。	住院报 销金额/ 住院总 费用

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	备注
基金绩效 (23分)	提升医保基金使用效率 (23分)	支付方式改革 (6分)	根据医疗机构开展DIP付费考核情况进行得分	手工录入	按值计分		1.按照要求积极推进DIP改革实施计划,明确组织架构等得2分;未按时按要求制定的不得分。 2.符合模拟运行或正式付费条件的医疗机构病种覆盖率达70%以上、DIP付费医保基金占住院医保基金支出达30%以上的得6分,未达到指标要求的按各项指标每差距10%扣1分,扣完为止。	
		医保目录外费用占比 (5分)	考核定点医疗机构使用医保目录外费用占比,严格执行医保目录,控制患者全自费比例。	系统自动采集	按值计分		二级以下医疗机构基本医保目录外费用占比平均不超过5%得5分,每增加一个百分点扣0.4分;二级以上医疗机构基本医保目录外费用占比平均不超过10%得5分,每增加一个百分点扣0.4分。	
		配合检查 (2分)	配合医保部门或医保部门委托的第三方监督检查,并准确完整提供医疗服务有关材料和数据	医疗保障部门+其他途径	指标得分		未按要求提供医保监管信息资料扣1分/次;不配合监督检查扣2分/次;提供虚假资料扣2分/次。	
内部管理 (9分)	自律管理 (4分)	管理组织 (2分)	健全医疗保障管理服务部门,明确院级领导分管,配备专(兼)职管理人员,人数与管理需要相适应,通过院内信息系统进行实时监控并有效行使管理职能。有组织、有计划开展医务人员医德医风、行业自律教育,进行医疗保障政策和管理培训。	机构主动申报	分档打分: 三档		开展全部工作计2分;开展部分工作计1分;未开展相关工作计0分。	

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	备注	
内部管理 (9分)	自律管理 (4分)	风险防控 (1分)	建立内审工作机制，防范超支风险；开展医疗保障风险支管理，定期分析排查院内贯彻医疗保障政策、执行收费规定、有效控制费用和防范诈骗骗保的风险点，采取积极应对措施。	机构主动申报	分档打分： 三档		开展全部工作计1分；开展部分工作计0.5分；未开展相关工作计0分。		
		创新医疗保障管理 (1分)	开展医疗保障管理创新性工作。	机构主动申报	分档打分： 两档		开展医保管理创新性工作、受到医保部门通报表扬或者在报刊杂志等媒体发表医保管理工作相关论文计1分；未开展计0分。		
		贯标工作 (3分)	①各定点医院严格按照规定执行贯标校验政策，做好医保医师、药品目录等信息编码贯标工作，动态调整，同步更新，并按照医疗机构贯标自查。 ②按要求上传住院和门诊慢特病的结算清单，确保上传率、及时率和准确率。	系统自动采集	指标得分		①自查合格率审核通过且达到100%得1分，低于100%且审核通过得0.5分，审核未通过得0分。②三率同时达到以下要求得2分：上传率≥90%，及时率≥90%，准确率≥85%。未同时达到该比率不得分。		
		基础信息管理 (1分)	严格按照要求，建设、改造医保信息系统接口，实现与医保部门信息系统有效对接	医疗保障部门其他途径	指标得分		未按要求改造接口实现有效对接的，不计分		
	信息系统 (5分)	信息安全 (1分)	信息安全 (1分)	①真实、准确、及时上传参保人员就医费用明细等信息，无人为篡改作假的行为； ②制定信息安全管理制度并有效执行，做好数据备份； ③严格执行信息保护制度，无违规泄露参保人员个人购药信息的行为	医疗保障部门+其他途径	指标得分		未真实准确上传信息、泄露参保人员信息的，每例扣1分；无相关制度扣1分	

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	备注
医师评价 (2分)	医师信用评价 (2分)	医师信用评价 (2分)	本机构医保医师总体信用评价情况。	系统自动采集	分档打分： 三档		年度医保医师信用等级未出现失信的计2分，出现一般失信的计1分，出现严重失信的计0分。	
满意度评价 (6分)	舆情评价 (2分)	媒体报道 (2分)	媒体报道关于医保管理服务工作的情况。(按规定要求及时上传)	机构主动申报+其他途径	分档打分： 三档		在市级及以上媒体正面报道计1分，无报道计0.5分，在市级及以上媒体负面报道计0分。	
	投诉或表扬 (2分)	有效投诉或表扬 (2分)	关于医保服务工作的情况，因投诉受到处理或书面表扬。(按规定要求及时上传)	机构主动申报+其他途径	分档打分： 三档		受到表扬计1分，无投诉表扬计0.5分，受到有效投诉计0分。	
	奖励情况 (2分)	县级以上政府奖励 (2分)	在医疗、医保服务工作等方面受到表彰奖励。(按规定要求及时上传)	机构主动申报	分档打分： 四档		国家级加2分，省级加1.5分，地市级加1分，县级加0.5分。	
违法违规	协议管理	协议处理	信用主体在医疗保障领域违反有关法律、法规、规章或服务协议等，受到县级以上医疗保障部门及其授权委托的机构处理；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；涉及医疗保障领域的纪检、公安、司法、市场监管等相关部门处理的失信信息；经相关部门认定的其他相关失信信息。	医疗保障部门+其他途径	次数		存在失信行为的，按部门每部门扣10分	

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	备注
违法违规	一般违法	过度医疗	违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务	医疗保障部门+其他途径	次数		一般失信/一次扣10分	医疗保障基金使用监督管理条例第三十八条、第三十九条
		违反医疗服务政策	重复收费、超标准收费、分解项目收费	医疗保障部门+其他途径	次数			
		串换项目	串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施	医疗保障部门+其他途径	次数			
		协助转卖药品不当得利	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	医疗保障部门+其他途径	次数			
		违规结算问题	将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算	医疗保障部门+其他途径	次数			
		其他违规问题	造成医疗保障基金损失的其他违法行为	医疗保障部门+其他途径	次数			
		管理制度组织问题	未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医保基金使用管理工作	医疗保障部门+其他途径	次数			

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	备注
违法违规	一般违法	资料管理问题	未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、药品和医用耗材出入库记录等资料	医疗保障部门+其他途径	次数		一般失信/一次扣10分	
		数据上传问题	未及时、准确通过医疗保障信息系统上传医保基金使用有关数据	医疗保障部门+其他途径	次数			
		违反报告规定问题	未按照规定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	医疗保障部门+其他途径	次数			
		社会公开问题	未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息	医疗保障部门+其他途径	次数			
		知情同意问题	除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务	医疗保障部门+其他途径	次数			
		配合检查问题	拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况	医疗保障部门+其他途径	次数			

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	备注
违法违规	欺诈骗保	协助骗保问题	诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；	医疗保障部门+其他途径	次数		严重失信/一次扣60分	医疗保障基金使用监督管理条例第四十条
		恶意骗保问题	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； 虚构医药服务项目；	医疗保障部门+其他途径	次数			
		其他骗保问题	1、以骗取医疗保障基金为目的，实施了医疗保障基金使用监督管理条例第三十八条行为之一，造成医疗保障基金损失的。 2、其他骗取医疗保障基金支出的行为。	医疗保障部门+其他途径	次数			

附件3

医保服务医师评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信用信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	说明	备注
基础分(60分)	基础分	基础分	医保医师基础得分	系统自动采集	默认计分		默认60分		
		健康知识宣教(4分)	健康科普知识宣讲,撰写发表健康科普文章	医保医师主动申报	次数		每主讲一场健康科普知识,或撰写并发表一篇健康科普文章加1分。该项指标每位医师最高得分4分。	每次加1分,最高4分;	
健康促进(22)	健康促进(22)	智能审核(18分)	根据医疗保障部门对智能审核核实的违规数据对医保医师进行扣分	系统自动采集	次数		根据智能审核违规情况,发现一次违规扣2分。		
		人均医疗费用(10分)	同种疾病人均住院医疗费用	系统自动采集	按值计分	同级同期同区域同科室比较	二级以下医疗机构中医师: ①假设同区域中医师在某种疾病最低的人均医疗费用为a,最高的人均医疗费用为c,某医师在该疾病的人均医疗费用为b,则该医师在该疾病的人均医疗费用得分 $x=5*(c-b)/(c-a)$,其中a≠c,否则均记0分;②再将每种疾病人均医疗费用得分乘以每种疾病权重占比求和,即为人均医疗费用得分。 三级医疗机构中医师: 1. 医保医师中每种疾病人均医疗费用最低的得5分,每增加一个百分点扣0.05分。 2. 将每种疾病得分乘以每种疾病权重占比求和,即为最终得分,最低得分2分。	人均医疗费用= 住院总费用/ 住院总人数 权重=每种疾病人数/医师看诊总人数	
人民健康(36)	提升医保基金使用效率(14分)	人均医疗费用(10分)	同种疾病人均住院医疗费用	系统自动采集	按值计分	同级同期同区域同科室比较	二级以下医疗机构中医师: ①假设同区域中医师在某种疾病最低的人均医疗费用为a,最高的人均医疗费用为c,某医师在该疾病的人均医疗费用为b,则该医师在该疾病的人均医疗费用得分 $x=5*(c-b)/(c-a)$,其中a≠c,否则均记0分;②再将每种疾病人均医疗费用得分乘以每种疾病权重占比求和,即为人均医疗费用得分。 三级医疗机构中医师: 1. 医保医师中每种疾病人均医疗费用最低的得5分,每增加一个百分点扣0.05分。 2. 将每种疾病得分乘以每种疾病权重占比求和,即为最终得分,最低得分2分。	人均医疗费用= 住院总费用/ 住院总人数 权重=每种疾病人数/医师看诊总人数	

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	说明	备注
人民健康 (36)	提升医保基金使用效率 (14分)	再入院率 (4分)	年度内诊疗对象因同种疾病再次住院	系统自动采集	按值计分	同级同期同区域同科室比较	<p>二三级医疗机构中医师： 1. 医保医师再入院率最低的得3分，每增加一个百分点扣0.05分。 2. 将每种疾病得分乘以每种疾病权重占比求和，即为最终得分，最低得分2分。</p> <p>二级以下医疗机构中医师： ①假设某种疾病在同级同区域中医师最低再入院率为a，最高再入院率为c，某医师在该疾病的再入院率为b，则该医师在该疾病的再入院率得分$x=3*(c-b)/(c-a)$，其中$a \neq c$，否则均记0分；②再将每种疾病再入院率得分乘以每种疾病权重占比求和，即为再入院率得分。</p>	再入院率=再入院人数/医师看诊总人数 权重=每种疾病人数/医师看诊总人数	
人民满意 (4分)	奖励情况 (4分)	受到政府部门嘉奖 (4分)	受到政府部门嘉奖信用加分	医保医师主动申报	分档打分：四档		国家级加4分，省级加3分，地市级加2分，县级加1分		
违法违规	一般违法	住院征问题	分解住院、挂床住院：	医疗保障部门+其他途径	次数		-10分/次	一般失信	医疗保障基金使用监督管理

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信用信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	说明	备注
违法违规	一般违法	过度诊疗问题	违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务（抗生素使用超标、G药使用不够）	医疗保障部门+其他途径	次数		-10分/次	一般失信	条例第三十八条
		违反医疗服务价格政策	重复收费、超标准收费、分解项目收费（医院的责任应扣医院）	医疗保障部门+其他途径	次数			一般失信	
		串换项目	串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；	医疗保障部门+其他途径	次数			一般失信	
		协助转卖药品不当得利	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；	医疗保障部门+其他途径	次数			一般失信	
		违规结算问题	将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；	医疗保障部门+其他途径	次数			一般失信	
		其它违规问题	造成医疗保障基金损失的其他违法行为。	医疗保障部门+其他途径	次数			一般失信	

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信用信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	说明	备注
违法违规	欺诈骗保	协助骗保问题	诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；	医疗保障部门+其他途径	次数		-60分/次	严重失信	医疗保障基金使用监督管理条例第四十条
		恶意骗保问题	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；虚构医药服务项目；	医疗保障部门+其他途径	次数			严重失信	
		其他骗保问题	1、以骗取医疗保障基金为目的，实施了医疗保障基金使用监督管理条例第三十八条行为之一，造成医疗保障基金损失的。 2、其他骗取医疗保障基金支出的行为。	医疗保障部门+其他途径	次数			严重失信	

附件4

医保基金监管定点零售药店评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信用信息来源	输入指标值	评分标准	备注
日常监管 (40分)	基础分	基础分	定点零售药店基础得分	系统自动采集	默认计分	默认60分	
		医保制度 (2分)	建立医保管理制度、财务制度、统计信息管理 制度、药品经营质量管理制度等	医疗保障部 门+其他途径	指标得分	缺一项扣1分	
	基础管理 (9分)	日常协作 (2分)	①按工作要求及时向医保部门报送相关信息、 参加会议；②配合医保部门日常监督管理	医疗保障部 门+其他途径	指标得分	未按要求报送信息、未参加会议 、不配合日常监督管理的,出现 所列情形一项扣1分,2项及以上不 计分	
		配合检查 (5分)	配合医保部门或医保部门委托的第三方监督 检查,并准确完整提供医疗服务有关的材料 和数据	医疗保障部 门+其他途径	指标得分	未按要求提供医保监管信息资料 扣1分/次;不配合监督检查扣2分/ 次提供虚假资料扣2分/次。	扣分以基 础分分值 为上限
	购药服务 (12分)	医保码结 算率 (2分)	使用医保码进行结算	医疗保障部 门+其他途径	指标得分	使用医保码结算率不得低于60%, 未达标扣2分	
		药品价格 (5分)	执行国家、省市药品价格政策规定,特门药 品价格不高于公立医院挂网采购价,双通道 药品执行医保支付标准;实行明码标价,价 格调整及时	医疗保障部 门+其他途径	指标得分	未执行价格规定、未标价或标价与 售价不符的,发现一例扣2分	
		处方管理 (5分)	严格遵循医保目录内处方药凭处方销售,药 师对处方进行审核、签字后调剂配发药品; 营业时间至少1名执业药师或药师在岗	医疗保障部 门+其他途径	指标得分	抽查5个药品,处方药未凭处方销售 ,每例扣5分;药师未审核签字的, 每例扣5分;药师不在岗扣2分	

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信用信息来源	输入指标值	评分标准	备注
日常监管 (40分)	贯标标准 (4分)	贯标校验自 查合格率 (4分)	各定点零售药店严格按照规定执行贯标校验政策,并按照规定点零售药店贯标自查	系统自动采集	指标得分	自查合格率审核通过且达到100%得4分,低于100%且审核通过得1分,审核未通过得0分。	
		基础信息 管理 (5分)	①按规定做好定点零售药店、医保药师、药品目录等信息编码贯标工作,动态调整,同步更新;②严格按照要求,建设、改造医保信息系统接口,实现与医保部门信息系统有效对接	医疗保障部门+其他途径	指标得分	每项2.5分。未按要求改造接口实现有效对接的、编码贯标未同步更新,不计分	
	信息系统 (15分)	信息安全 (5分)	①真实、准确、及时上传参保人员购药费用明细等信息,无人为篡改作假的行;②制定信息安全管理制度并有效执行,做好数据备份;③严格执行信息保护制度,无违规泄露参保人员个人购药信息的行为	医疗保障部门+其他途径	指标得分	未真实准确上传信息、泄露参保人员信息的,每例扣2分;无相关制度扣2分	
		药品进销 存管理(5 分)	①建立健全药品“进、销、存”全流程记录和管理制度;②特门业务使用独立的药品进销存管理系统。③进销存数据真实完整	医疗保障部门+其他途径	指标得分	①②不符的,每项扣0.5分;抽查5个药品,单个药品进销存差别率超3%的每例扣1分	
违法违规	协议管理	协议处理	信用主体在医疗保障领域违反有关法律、法规、规章或服务协议等,受到县级以上医疗保障部门及其授权委托的机构处理;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;涉及医疗保障领域的纪检、公安、司法、市场监管等相关部门处理的失信信息;经相关部门认定的其他相关失信信息。 关失信信息。	医疗保障部门+其他途径	次数	存在失信行为的,按部门每部门扣10分	
		一般失信/ 严重失信	违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第三十九条、第四十条规定的违法违规行为给予扣分	医疗保障部门+其他途径	次数	失信/---次扣20分	

参保人信用评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信息来源	评分方式	比较方式	评分标准
基础分 (60分)	基础分	基础分	参保人基础得分	系统自动采集	默认计分		默认60分
		健康值 (15分)	健康值=1-(年度内医保报销金额+个人医保账户支出)/年医保缴费金额。	系统自动采集	按值计分		健康值乘以15分,最低加零分,最高加15分,
身心健康 (30分)	健康保障 (30分)	积极参加 (15分)	参保人员连续多年积极缴纳医疗保险的行为。	系统自动采集	按值计分		缴纳当年医疗保险加1分,连续2年缴纳医疗保险加2分,连续3年缴纳医疗保险加3分,以此类推,不能重复加分,满分15分。
		举报建言 (10分)	任何组织或个人有权对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉,或者有权对医疗保障基金的监督管理提出改进建议。	医疗保障部门+其他途径	次数		举报、投诉内容查实并获得奖励的加2.5分/次,提出改进建议被采纳的加2.5分/次,满分10分。
失信违规 (扣分项目)	一般违规	冒名使用医保卡	参保人员将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用的,或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的,造成医疗保障基金损失的行为	医疗保障部门+其他途径	次数		(1) 初次违法造成医疗保障基金损失在5000元以下,但未及时改正的;再次违法且造成医疗保障基金损失在5000元以下的。扣10分/次。一般失信
		转卖药品	参保人员利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,获得返还现金、实物或者获得其他非法利益的行为	医疗保障部门+其他途径			(2) 骗取医疗保障基金支出,涉案基金金额在5000元以上5万元以下的。扣20分/次。一般失信
		重复享受医疗保障待遇	重复享受医疗保障待遇,造成医疗保障基金损失的行为	医疗保障部门+其他途径			(3) 骗取医疗保障基金支出,涉案基金金额在5万元以上50万元以下的。扣30分/次。严重失信
							(4) 骗取医疗保障基金支出,涉案基金金额在50万元以上100万元以下的。扣50分/次。严重失信

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	信用信息来源	评分方式	比较方式	评分标准	
失信 违规 (扣分 项目)	扰乱就医 环境	拒缴或拖欠 医疗费用	医疗保险参保人员拒绝缴纳或者拖欠定点医院医疗机构医疗费用超过3个月的违约行为。	医疗保障部门+ 其他途径	次数	定性: 严重 失信	(1) 拒缴或拖欠金额在5000元以下的。扣10分/次。一般失信 (2) 拒缴或拖欠金额在5000元以上5万元以下的。扣20分/次。一般失信 (3) 拒缴或拖欠金额在5万元以上50万元以下的。扣30分/次。严重失信 (4) 拒缴或拖欠金额在50万元以上的。扣50分/次。严重失信	
			医疗保险参保人员对医务工作人员进行辱骂、殴打影响就医秩序、环境和安全等违反治安管理的行为。					
		打骂医务工作者	任何对医疗机构、医疗组织或者医务工作者进行恶意的、虚假的举报和投诉行为。					
	欺诈骗保	抗拒执法	恶意骗保	参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的	医疗保障部门+ 其他途径	次数	定性: 严重 失信	扣30分/次
				个人以骗取医疗保障基金为目的, 通过伪造、变造、隐匿、恶意涂改、擅自销毁医疗文书、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行为				
		其他骗保	实施恶意骗取医疗保障基金的其他欺诈骗保行为					

附件6

益阳市医疗保障信用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)			
信用承诺	<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日(盖章)</p>		
异议信息 处理结果	<p style="text-align: right;">益阳市医疗保障局</p> <p style="text-align: right;">年 月 日(盖章)</p>		
备注			

附件7

益阳市医疗保障信用修复申请表

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	(可提供页面打印件或复印件)
申请信用修复的理由	政策法规	
<p>本单位(本人)声明,提交的材料真实有效。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人(自然人)签字: (盖章)</p> <p style="text-align: center;">申请日期:</p>		
市医疗保障局意见	修复条件认定情况	<p>(1)经核实,不良信息主体达不到修复条件。</p> <p>(2)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,不良信息披露已满6个月,期间未产生新的记入信用档案的同类不良信息。</p>
修复处理意见	<p>予以修复<input type="checkbox"/> 不予修复<input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">经办人: 单位(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	

