

南阳市医疗保障局文件

宛医保办〔2023〕4号

转发河南省医疗保障局关于印发 《河南省医疗保障基金使用信用管理暂行 办法》的通知

各县（市、区）医疗保障局，城乡一体化示范区社会保障服务中心，高新区、官庄工区、鸭河工区组织人社局，机关各科室、市医疗保险中心：

现将《河南省医疗保障局关于印发〈河南省医疗保障基金使用信用管理暂行办法〉的通知》（豫医保办〔2022〕51号）转发给你们，请认真贯彻执行，《定点零售药店医保基金信用评分标

准》仍按照《南阳市医疗保障信用分级分类管理试行办法》（宛
医保办〔2021〕15号）文件执行。



河南省医疗保障局文件

豫医保办〔2022〕51号

河南省医疗保障局 关于印发《河南省医疗保障基金使用信用 管理暂行办法》的通知

各省辖市、济源示范区医疗保障局，航空港区组织人社局：

现将《河南省医疗保障基金使用信用管理暂行办法》印发给你们，请遵照执行。



2022年12月28日

河南省医疗保障基金使用信用管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为推进医疗保障基金使用信用体系建设,规范医疗保障基金使用信用管理工作,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》(中发〔2020〕5号)、《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》(国办发〔2020〕20号)、《国务院办公厅关于进一步完善失信约束制度构建诚信建设长效机制的指导意见》(国办发〔2020〕49号)、《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》(国办发〔2019〕35号)、《河南省社会信用条例》等规定,结合我省实际,制定本办法。

第二条 本省行政区域内医疗保障基金使用信用主体(以下简称“信用主体”)的信用档案、信用承诺、信息归集和信用评价、公开、奖惩、修复等管理活动,适用本办法。

第三条 本办法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其医疗保障基金使用信用等级（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基金使用行为的管理活动。

本办法所称医疗保障基金使用信用评价结果，是指通过信用评价所生成的信用报告、医疗保障基金使用信用分和信用等级等。

第四条 医疗保障基金使用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。

第五条 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、公开、应用、修复等进行监督管理，指导各地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。

各省辖市和县级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基金使用信用管理工作，负责本级医疗保障基金使用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。

各级医疗保障行政部门授权相应医疗保障经办机构承担医疗保障信用管理的具体工作，或者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。

第六条 本办法所称信用主体，是指具有完全民事行为能力的自然人、法人和非法人组织，在医疗保障基金使用中履行法定职责、法定义务或者约定义务的状态，主要分为机构类和个人类。

（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. 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）、药师等专业技术人员；
2. 参保人员；
3. 其他参与医疗保障活动的自然人。

第七条 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服务协议约定，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。

第八条 省级医疗保障行政部门负责建立医疗保障信息化监管平台，以数据和应用标准化为原则，围绕信用管理的全流程，

整合医疗保障领域各种信用信息资源，健全医疗保障信用信息数据库，设立医疗保障信用领域所有信用主体的信用档案、管理模块，实现信用信息的电子化采集、记录、存储和应用。

第九条 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。

第二章 信用档案

第十条 县级以上医疗保障部门建立各类信用主体信用档案，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以身份证号码作为标识。医疗保障基金使用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。

基础信息：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；个人类信用主体的姓名和居民身份证号码、出入境证件号码、执业注册等基础信息。

守信信息：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；举报他人涉嫌欺诈骗保行为，经医疗保障部门查实的；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。

不良信息：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；未在法定期限内申请行政复议或行政诉讼，或经行政复议、行政诉讼后最终维持原决定的行政处罚信息；拒不履行生效的医疗保障行政处罚或行政决定，被依法强制执行的；违反信用承诺的相关信息；经依法认定违反法律、法规规定的其他不良信息。

第十一条 信用主体的基础信息、守信信息可由信用主体申报。信用信息提供方需对所提供信息的真实性、完整性、准确性和时效性负责，不得隐匿、虚构、篡改。信用主体配合医疗保障部门及其委托的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。

第十二条 信用主体的失信信息由各级医疗保障行政部门通过开展日常监督检查、各类执法检查 and 督查活动、以及群众举报、书面及网上投诉等调查，依据不良行为事实确定，对信用主体的失信信息进行系统录入、审核、确认等程序，完成信用信息的归集。

第十三条 按照“谁监管、谁负责，谁产生、谁负责”的原则，作出信用信息归集的部门，对医疗保障信用主体信息的真实性、准确性、及时性和完整性负责。

第三章 信用承诺

第十四条 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。

第十五条 鼓励医保定点医疗机构、医保定点零售药店在签订医保定点服务协议时按照规定格式作出书面信用承诺。承诺内容包括依法依规使用医保基金等要求、自愿接受社会监督、违背承诺自愿接受其他社会信用联动管理等。

第十六条 信用承诺将纳入信用档案。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

第十七条 信用信息是指信用主体在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、履行医保协议及其他社会活动中产生的信息。

第十八条 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。

第十九条 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，明确各类信用主体信用信息采集范围、采集标准及采集方式。同时牵头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，并对各市（县、区）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。

第五章 信用评价

第二十条 省级医疗保障行政部门负责制定信用评价指标体系。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。

第二十一条 各省辖市医疗保障行政部门定期对本辖区内信用主体开展评价工作，评价周期为一年。

双定点医疗机构由签订协议的医疗保障行政部门分别评价。

第二十二条 信用评价采用“百分制”评分。根据评分情况，将信用主体划分为 A（分值 ≥ 90 ）、B（ $80 \leq$ 分值 < 90 ）、C（ $70 \leq$ 分值 < 80 ）、D（分值 < 70 ）四个等级。

第二十三条 医疗保障基金使用信用评价结果包含通过信用评价所生成的信用报告、医疗保障信用评分和信用等级等，评价结果无异议的，记入信用主体的信用档案。

第六章 异议处理

第二十四条 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、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。

第二十五条 异议申请应向出具信用评价结果的医疗保障行政部门提出。

第二十六条 信用主体对公布的信用评价结果有异议的, 应当在信用评价结果公布后 15 个工作日内书面提出申请(附件 1), 说明理由并提供相关证明材料, 逾期未提出异议或未按要求提出异议的视为无异议。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, 将处理结果书面告知信用主体(附件 2), 并根据处理结果及时调整信用评价结果。异议处理需要进行检验、检测、检疫、鉴定或者专家评审的, 所需时间不计入异议申请办理时间。

第七章 信息公开

第二十七条 各级医疗保障行政部门应当建立健全信用信息公开制度, 及时公开信用主体的信用信息。

第二十八条 公开医疗保障基金使用信用主体信用信息不得危及国家安全、公共安全、经济安全和社会稳定, 不得泄露国家秘密, 不得侵犯商业秘密和个人隐私。

第二十九条 以下信用评价信息由省辖市医疗保障部门统

一发布。

（一）机构类信用主体的医疗保障信用评价结果；

（二）信用等级为差（等级为 D 的视为等级差）的信用主体名单；

第三十条 医疗保障基金使用信用主体的信用信息公开期限：

（一）基本信用信息长期公开；

（二）守信信息公开期限一般为 1 年；

（三）不良信息公开期限一般为 6 个月至 1 年，并不得低于相关行政处罚期限。

守信信息、不良信息的具体公开期限由归集部门在上述公开期限内确定。

第三十一条 有关单位或个人应当依法使用信用信息，不得使用超过公开期限的不良信用信息。对信用主体进行失信联合惩戒，法律、法规、规章另有规定的，从其规定。

第三十二条 各省辖市医疗保障部门应当通过提供网站查询方式为信用主体提供实时查询服务，或根据信用主体的要求，为其提供信用信息的查询服务。

第八章 结果应用

第三十三条 各级医疗保障行政部门根据定点医疗机构信用等级进行分级分类管理，将信用评价结果与预算管理、检查稽

核、定点协议管理等相关联。在“双随机、一公开”监管中引用信用评价结果，对于等级为 A 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 B 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 C 的信用主体，抽查比例保持不变；对于等级为 D 的信用主体，进行全覆盖检查。

第三十四条 对信用等级好（等级为 A、B 的视为守信）的信用主体，医疗保障部门可给予以下激励：

- （一）在各级医疗保障部门官方网站进行公示宣传；
- （二）对机构类信用主体，在日常监督检查或抽查中减少检查频次，提高医疗保障基金预拨付额度等措施；
- （三）对个人类信用主体，提供信用就医、容缺受理服务等措施；
- （四）法律、法规、规章等规定的其他激励措施。

第三十五条 对信用等级差（等级为 D 的视为失信）的信用主体，医疗保障部门可给予以下惩戒：

- （一）警示约谈，要求限期整改；
- （二）在医疗保障部门官方网站向社会公开机构类信用主体失信信息；
- （三）将机构类失信信用主体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；
- （四）依托集中采购平台向采购方提示风险信息；
- （五）个人类信用主体中的医务人员暂停医保服务资格；

(六) 法律、法规、规章等规定的其他惩戒措施。

第三十六条 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。

第九章 信用修复

第三十七条 信用修复是指失信行为主体在主动纠正失信行为，消除不良社会影响，符合规定条件后，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。

第三十八条 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书面修复申请。

失信的信用主体应提供完整、真实、合法的书面信用修复申请材料，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。

第三十九条 失信的信用主体有下列情形之一的，不予信用修复：

- (一) 被认定为失信行为之日起，未满 6 个月的；
- (二) 失信主体信用修复限期内，再发生同类失信行为的；
- (三) 依法依规暂不适宜实施信用修复的其他失信行为。

第四十条 失信主体向做出信用评价的医疗保障部门提出书面信用修复申请并提交以下材料：

（一）信用修复申请表（附件3）和信用修复承诺书；

（二）违法违规行为纠正、整改情况的相关证明材料。

失信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。

第四十一条 医疗保障部门应当在受理信用主体信用修复申请后15个工作日内作出处理意见，情况复杂的可以延长，延长期限最多不超过15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。

第十章 监督管理

第四十二条 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。

第十一章 附 则

第四十三条 本办法由河南省医疗保障局负责解释。

第四十四条 本办法自 2023 年 1 月 1 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. 河南省定点医疗机构信用评价指标

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）	<p style="text-align: right;">年 月 日 （盖章）</p>		
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;">签字： （盖章）</p>		
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	<p style="text-align: right;">XX 医疗保障局 年 月 日 (盖章)</p>
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《河南省医疗 保障信用管理办 法》规定	第三十八条规定: 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>
<p>本单位(本人)声明, 提交的材料真实有效。</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 法定代表人(自然人)签字: _____ (盖章) 申请日期: _____ </p>		

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《河南省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。

经办人：

电 话：

单位名称（公章）

年 月 日

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 x 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	<p style="text-align: right;"> 经办人： _____ 单位（盖章） _____ 年 月 日 </p>			

河南省定点医疗机构信用评价指标

根据国家局信用评价基础版本系统建设情况，结合河南省本地政策及国家局信用评价系统建设情况，对河南省定点医疗机构信用评价指标进行明确。

- 1、信用评价指标采用分值计算法，每项一级指标分别设置加减分项。
- 2、一级指标共 8 项，二级指标共 26 项，三级指标共 59 项。
- 3、基准分 100 分。
- 4、信用评价总分=选取指标 X 指标评分 X 指标权重。

一级指标	二级指标	指标权重	三级指标	定义	评分标准（每项百分制）	计算方法	指标采集渠道	采集周期
1. 协议履行 (27%)	(1) 基础管理	0.50%	1 变更备案	医疗机构名称、执业地址等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，申请变更。	经卫健部门批准后的30个工作日内，未及时向医保部门申请变更，每超出一天扣20分。扣完为止。	次数	日常检查	年
		0.50%	2 标识牌	在医疗机构大门口或大厅门口处等显著位置悬挂“基本医疗保险定点医疗机构”和“医疗保障监督举报电话”的标识牌。开展异地就医联网结算服务的须在服务窗口有明显标识。按要求公布医疗服务价格及药品相关信息。	未在本机构显著位置悬挂医保标识牌，扣50分；未按要求在服务窗口显示异地就医联网结算标识的，扣50分。未按要求公示国家医疗保障局其它要求公示内容，扣50分。	次数	日常检查	年
		0.50%	3 宣传咨询	向社会宣传医疗保障政策、就医结算流程、医疗服务内容及满意度调查问卷等，为参保人员提供政策咨询、查询服务。	未开展医保政策、就医、结算流程和满意度调查等宣传的，扣50分；未提供相关咨询服务的，扣50分。扣完为止。	次数	日常检查	年
		1.00%	4 举报投诉	在服务场所设立举报投诉窗口（台）、电话、信箱等设施并有明显标识，及时妥善处理参保人员举报投诉。	未设投诉窗口（台）、投诉箱等设施，未公布监督举报电话，每次扣50分；对参保人员的有效投诉未及时处理并予以处理，造成上访的，每次扣50分；扣完为止。	次数	日常检查	年
		0.50%	5 配合检查	配合医疗保障部门或委托第三方开展的监督检查，并准确完整提供医疗服务有关的材料和数据。	未按要求提供医保监管信息资料；不配合监督检查；提供虚假资料。存在以上任一行行为，该项不得分。	二档	日常检查	年
		10.00%	6 药品招采	乙方购入药品及医用耗材，需建立真实完整的购销存台账，保存购进和使用记录及凭证。针对特殊材料，视具体情况扣分	违反集中采购要求，进行线下采购（如采购价格低于集中采购价格，应允许线下采购），发现一次扣30分；未按集中采购规定采购和使用中标药品和医用耗材（涵盖采购过程、中选非中选药品和耗材使用比例、回款等方面），发现一次扣30分；接受医药商业贿赂，发现一次扣20分；扣完为止。	数值	日常检查	年
		1.00%	7 医保医师管理	及时新增、注销医保医师（含护士）变更情况；	未能完整、准确、及时备案医师（含护士）变更情况的，扣50分；不配合医保部门对医保医师（含护士）的管理，扣50分。扣完为止。	次数	日常检查	年

一级指标	二级指标	指标权重	三级指标	定义	评分标准（每项百分制）	计算方法	指标采集渠道	采集周期
1. 协议履行 (27%)	(2) 信息管理	1.00%	8	医疗机构按标准将医疗保障部门需要和要求的上传至医疗保障信息系统。	每例上传信息数据不全、人为缺项的，扣 20 分；每例上传信息数据不准确、故意造假的，扣 40 分；每例上传信息数据不及时的，扣 20 分。扣完为止。	数值	日常检查	年
			9	执行医疗保障信息业务编码标准。	每例未按编码规则上传数据的，扣 20 分。扣完为止。	次数	日常检查	年
		1.00%	10	定点医疗机构计算机系统与医疗保障信息系统有效对接。	未按照要求实现与医保信息系统有效对接，该项不得分。	三档	日常检查	年
	(3) 财务管理	1.00%	11	财务账套、包括总账、明细账等；业务往来记录完整，真实反映财务状况。	未设立完整财务账套、包括总账、现金银行日记账、明细账等情形，每次扣 20 分。扣完为止。	次数	日常检查	年
				12	按照规定保管财务账目、记账凭证、药品和医疗器械出入库记录等涉及基金使用的资料。	业务往来记录不完整的，每次扣 20 分；未按规定保管财务账目、记账凭证、药品和医疗器械出入库记录等涉及基金使用的材料，每次扣 20 分。扣完为止。	次数	日常检查
			13	执行票据管理办法，规范票据的领购、使用、保管及核销等管理环节。	未规范票据的领购、使用、保管及核销等管理环节的，每次扣 20 分；未规范使用电子票据的，每次扣 20 分；因财务管理不规范导致监督检查不能顺利进行的，本项扣 100 分。扣完为止。	数值	日常检查	年
			14	核验参保人员医疗保障有效凭证，做到人证相符。	检查或投诉中，发现未做到人证相符的，每人扣 20 分；因工作失误造成冒用、盗用，造成医保基金损失的，每人扣 20 分。故意的。扣 50 分。扣完为止。	数值	日常检查	年
			15	按规定执行入院出院收治标准，为参保人员提供医疗服务。	检查或投诉中，虚假住院、冒名顶替患者住院、挂床住院，每人扣 20 分；发现推诿、拒收病人，扣 10 分；将未达出院标准的病人催赶出院或改为自费住院，扣 10 分；经核实确认后扣分。扣完为止。	数值	日常检查	年
	(4) 医疗管理	0.50%	16	按规定为异地就医参保人员提供医疗服务。	检查或投诉中，发现未按规定为参保人员提供异地就医服务的，经核实确认后扣分，每人扣 30 分；扣完为止。	数值	日常检查	年
			17	严格执行医保特殊药品使用审核制度，参保人员外购特殊药品，必须由责任医师审核把关、开具处方，办理外购手续。	严格执行医保特殊药品使用审核制度，参保人员外购特殊药品，必须由责任医师审核把关、开具处方，办理外购手续。未执行医保特殊药品使用审核制度，每发现一次扣 20 分，扣完为止。	次数	日常检查	年

一级指标	二级指标	指标权重	三级指标	定义	评分标准（每项百分制）	计算方法	指标采集渠道	采集周期
1. 协议履行(27%)	(5) 结算管理	0.50%	知情同意	保证参保人员知情同意权。	检查或投诉中,抽查病历发现未签订自费项目知情同意书,每人扣20分	次数	日常检查	年
		2.00%	超执业范围经营	严格按照卫生行政部门颁发的《医疗机构执业许可证》开展诊疗活动。	查看《医疗机构执业许可证》、《医疗机构执业注册证》、《法人登记证》以及医院科室设置、医院疾病分类报表、住院病人收治情况等,看医院是否有超范围行医。发现有超范围该项不得分。	二档	日常检查	年
		0.50%	费用清单	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。	检查或投诉中,发现未(及时)向参保人提供医疗费用清单的,经核实确认后,每人扣20分,扣完为止;	次数	日常检查	年
2. 基金绩效(15%)	(1) 费用增幅	3.00%	医疗费用总额增幅	衡量医疗机构医疗费用年度总体增长情况,除外向医疗保障部门备案过的新技术、新业务。(医保基金总额预算管理落实情况)	(本期医疗费用-上期医疗费用)/上期医疗费用*100%。同级别同类医疗机构医疗费用总额增幅平均值为标杆,指标平均值为±5%范围内为满分,满分区间外偏离扣分。	数值	系统自动计算结合人工计算	年
		3.00%	住院总费用增幅	衡量医疗机构住院费用年度总体增长情况,除外向医疗保障部门备案过的新技术、新业务。	(本期住院费用-上期住院费用)/上期住院费用*100%。同级别同类医疗机构住院总费用增幅平均值为标杆。在对比范围内,按实际值从小到大排列,指标平均值±5%范围内为满分,满分区间外偏离扣分。	数值	系统自动计算结合人工计算	年
		2.00%	门诊总费用增幅	衡量医疗机构门诊费用年度总体增长情况,除外向医疗保障部门备案过的新技术、新业务。	(本期门诊费用-上期门诊费用)/上期门诊费用*100%。同级别同类医疗机构门诊总费用增幅平均值为标杆。在对比范围内,按实际值从小到大排列,指标平均值±5%范围内为满分,满分区间外偏离扣分。	数值	系统自动计算结合人工计算	年
		2.00%	门诊次均费用增幅	衡量该机构门诊患者费用负担情况,除外向医疗保障部门备案过的新技术、新业务。	(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%。同级别同类医疗机构门诊次均费用增幅平均值为标杆。在对比范围内,按实际值从小到大排列,指标平均值±5%范围内为满分,满分区间外偏离扣分。	数值	系统自动计算结合人工计算	年
		1.00%	住院次均费用增幅	衡量该住院患者费用负担情况,除外向医疗保障部门备案过的新技术、新业务。	(本期次均住院费用-上期次均住院费用)/上期次均住院费用*100%。同级别同类医疗机构住院次均费用增幅平均值为标杆。在对比范围内,按实际值从小到大排列,指标平均值±5%范围内为满分,满分区间外偏离扣分。	数值	系统自动计算结合人工计算	年
		2.00%	门诊费用增幅	衡量该机构门诊患者费用负担情况,除外向医疗保障部门备案过的新技术、新业务。	门诊医疗费用/门诊人次。同级别同类医疗机构门诊次均费用平均值为标杆。在对比范围内,按实际值从小到大排列,指标平均值±5%范围内为满分,满分区间外偏离扣分。	数值	系统自动计算结合人工计算	年
		2.00%	住院费用增幅	衡量该机构住院患者费用负担情况,除外向医疗保障部门备案过的新技术、新业务。	住院医疗费用/出院人次。同级别同类医疗机构住院次均费用平均值为标杆。在对比范围内,按实际值从小到大排列,指标平均值±5%范围内为满分,满分区间外偏离扣分。	数值	系统自动计算结合人工计算	年

一级指标	二级指标	指标权重	三级指标	定义	评分标准（每项百分制）	计算方法	指标采集渠道	采集周期	
3. 基金 监管 (28%)	(1) 一般 处理	1.00%	28	约谈	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	被医疗保障部门约谈的，每次扣20分。扣完为止。	次数	日常检查	周
			29	整改	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	被医疗保障部门责令整改的，每次扣30分。扣完为止。	次数	日常检查	周
		1.00%	30	警告	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	被医疗保障部门警告的，每次扣20分。扣完为止。	次数	日常检查	周
			31	通报 批评	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	被医疗保障部门通报的，每次扣30分。扣完为止。	次数	日常检查	周
		1.00%	32	表彰	全年无违规处罚记录或者受到政府或医疗保障局表彰；	全年无违规处罚记录加20分，受到政府或医疗保障局表彰每次加20分，最高得分100分；	加分	日常检查	周
		(2) 费 用处理	1.00%	33	追回 费用	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	被医疗保障经办机构追回费用，按金额扣分。三级医疗机构每被追回金额30万元，扣50分；未达或超过标准的按实际追回金额/每被追回金额*扣分计算。扣完为止。	数值	日常检查
	被医疗保障经办机构追回费用，按金额扣分。二级医疗机构每被追回金额10万元，扣50分；未达或超过标准的按实际追回金额/每被追回金额*扣分计算。扣完为止。								
	被医疗保障经办机构追回费用，按金额扣分。一级及以下医疗机构每被追回金额1万元，扣50分。未达或超过标准的按实际追回金额/每被追回金额*扣分计算。扣完为止。								
	1.00%		34	拒付 费用	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	被医疗保障经办机构拒付费用，按金额扣分。三级医疗机构每被拒付金额30万元，扣50分；未达或超过标准的按实际拒付金额/每被拒付金额*扣分计算。扣完为止。	数值	日常检查	周
						被医疗保障经办机构拒付费用，按金额扣分。二级医疗机构每被拒付金额10万元，扣50分；未达或超过标准的按实际拒付金额/每被拒付金额*扣分计算。扣完为止。			
						被医疗保障经办机构拒付费用，按金额扣分。一级及以下医疗机构每被拒付金额1万元，扣50分。未达或超过标准的按实际拒付金额/每被拒付金额*扣分计算。扣完为止。			
	2.00%	35	罚款	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	被医疗保障行政部门罚款，按罚款额度扣分。三级医疗机构每被罚款金额30万元，扣50分；未达或超过标准的按实际罚款金额/每被罚款金额*扣分计算。扣完为止。	数值	日常检查	周	
被医疗保障行政部门罚款，按罚款额度扣分。二级医疗机构每被罚款金额10万元，扣50分；未达或超过标准的按实际罚款金额/每被罚款金额*扣分计算。扣完为止。									
被医疗保障行政部门罚款，按罚款额度扣分。一级及以下医疗机构每被罚款金额1万元，扣50分。未达或超过标准的按实际罚款金额/每被罚款金额*扣分计算。扣完为止。									

一级指标	二级指标	指标权重	三级指标	定义	评分标准（每项百分制）	计算方法	指标采集渠道	采集周期
3. 基金 监管 (28%)	(3) 协议处理	1.00%	36	中止协议	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	次数	日常检查	周
			37	医保医师处理	医保医师因违规原因被医疗保障部门处理。	数值	日常检查	周
	2.00%	38	科室处理	科室因违规原因被医疗保障部门中止结算。	检查或投诉中，因违法违规原因被中止医保结算的科室，每科室扣30分。扣完为止。	次数	日常检查	周
					工作人员因欺诈、伪造证明材料、虚构医药服务项目或其他手段骗取医疗保障基金或者医疗保障待遇被司法机关追究刑事责任，每人扣50分。扣完为止。	次数	日常检查	周
	5.00%	39	欺诈骗保	定点医疗机构工作人员因欺诈骗保被追究刑事责任。	检查出挂床住院的数量，按数量扣分。三级医疗机构每检查出挂床住院数量100件，扣50分；未达或超过标准的按实际违规数量/每被检查出违规数量*扣分计算。扣完为止。	数值	日常检查	周
					检查出挂床住院的数量，按数量扣分。二级医疗机构每检查出挂床住院数量50件，扣50分；未达或超过标准的按实际违规数量/每被检查出违规数量*扣分计算。扣完为止。	数值	日常检查	周
	1.00%	40	挂床住院	住院诊疗时，不在医院里住或连续三天以上没有诊疗费用。	检查出挂床住院的数量，按数量扣分。一级及以下医疗机构每检查出挂床住院数量30件，扣50分。未达或超过标准的按实际违规数量/每被检查出违规数量*扣分计算。扣完为止。	数值	日常检查	周
						数值	日常检查	周

一级指标	二级指标	指标权重	三级指标	定义	评分标准（每项百分制）	计算方法	指标采集渠道	采集周期
3. 基金 监管 (28%)	(5) 飞行 检查	1. 00%	41 虚假 住院	1、医疗结算时未有实际住院发生。	检查出虚假住院的数量，按数量扣分。三级医疗机构每检查出虚假住院数量 100 件，扣 50 分；一级及以下医疗机构每检查出虚假住院数量 30 件，扣 50 分。未达或超过标准的按实际违规数量/每被检查出违规数量*扣分计算。扣完为止。	数值	日常检查	周
					检查出虚假住院的数量，按数量扣分。二级医疗机构每检查出虚假住院数量 50 件，扣 50 分；未达或超过标准的按实际违规数量/每被检查出违规数量*扣分计算。扣完为止。			
		2. 00%	42 虚假 诊疗	医疗结算时的诊疗项目未实际发生。	检查出虚假诊疗的数量，按数量扣分。三级医疗机构每检查出虚假诊疗数量 100 件，扣 50 分；未达或超过标准的按实际违规数量/每被检查出违规数量*扣分计算。扣完为止。 检查出虚假诊疗的数量，按数量扣分。二级医疗机构每检查出虚假诊疗数量 50 件，扣 50 分；未达或超过标准的按实际违规数量/每被检查出违规数量*扣分计算。扣完为止。	数值	日常检查	周
1. 00%	43 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。	检查出存在过度医疗行为，发现一次扣 20 分，扣完为止。	次数	日常检查			

一级指标	二级指标	指标权重	三级指标	定义	评分标准（每项百分制）	计算方法	指标采集渠道	采集周期
3. 基金监管 (28%)	(6) 智能监控	2.00%	44	智能监控系统中审核后（申诉复核后确定）的违规数量	智能监控系统中审核出的违规数量，按数量扣分。三级医疗机构智能监控系统中每审核出的违规数量100件，扣50分；未达或超过标准的按实际违规数量/每被审核出违规数量*扣分计算。扣完为止。	数值	系统自动计算	周
					智能监控系统中审核出的违规数量，按数量扣分。二级医疗机构智能监控系统中每审核出的违规数量50件，扣50分；未达或超过标准的按实际违规数量/每被审核出违规数量*扣分计算。扣完为止。			
	(6) 智能监控	2.00%	45	智能监控系统中审核出（申诉复核后确定）的违规金额	智能监控系统中审核出的违规金额，按金额扣分。三级医疗机构智能监控系统中每审核出的违规金额30万元，扣50分；未达或超过标准的按实际违规金额/每被审核出违规金额*扣分计算。扣完为止。	数值	系统自动计算	周
					智能监控系统中审核出的违规金额，按金额扣分。二级医疗机构智能监控系统中每审核出的违规金额10万元，扣50分；未达或超过标准的按实际违规金额/每被审核出违规金额*扣分计算。扣完为止。			
					智能监控系统中审核出的违规金额，按金额扣分。一级及以下医疗机构智能监控系统中每审核出的违规数量30件，扣50分。未达或超过标准的按实际违规数量/每被审核出违规数量*扣分计算。扣完为止。			
					智能监控系统中审核出的违规金额，按金额扣分。一级及以下医疗机构智能监控系统中每审核出的违规金额1万元，扣50分。未达或超过标准的按实际违规金额/每被审核出违规金额*扣分计算。扣完为止。			
4. 满意度评价 (20%)	(1) 患者评价	10.00%	46	通过短信下发问卷链接和公众号的形式调查患者对治疗效果、诊疗服务、医疗保障报销服务等满意度。	满意度低于60%扣10分、区间外每低于15%扣20分，扣完为止。	数值	日常检查	周
					满意度低于60%扣10分、区间外每低于15%扣20分，扣完为止。			
	(2) 第三方评价	5.00%	47	第三方机构评级评价结果	满意度低于60%扣10分、区间外每低于15%扣20分，扣完为止。	数值	日常检查	周
满意度低于60%扣10分、区间外每低于15%扣20分，扣完为止。								
(3) 舆情评价	5.00%	48	媒体报道关于医疗保障工作的情况。	在市级及以上媒体正面报道计100分。无报道计50分。被媒体曝光造成不良影响的，一次扣100分。	次数	日常检查	周	

一级指标	二级指标	指标权重	三级指标	定义	评分标准（每项百分制）	计算方法	指标采集渠道	采集周期	
5. 自律管理（5%）	(1) 管理体制	1.00%	49	建立健全医疗保障管理服务部门，明确院级领导负责，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。	无医保管理部门，扣30分；无分管院领导，扣30分；无管理人员，扣30分；未实现全险种统一管理，扣30分，人数与管理需要不相适应扣10分。扣完为止。	数值	日常检查	年	
			50	教育培训	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培训。	无培训学习记录，扣30分；抽查4名工作人员，对医保政策回答不正确的，每人扣10分；错误解答、宣传医保政策，造成不良影响，扣30分。扣完为止。	数值	日常检查	年
	(2) 制度建设	1.00%	51	制定院内医疗保障管理、监督检查和考核、跟踪分析、奖惩等制度，并认真执行。	制度内容未包含正常开展院内医保管理相关制度，扣25分；未包含正常开展监督检查和考核相关制度，扣25分；未包含跟踪分析并积极整改相关制度，扣25分；未包含正常开展奖惩相关制度，扣25分。扣完为止。	次数	日常检查	年	
			52	风险防控	建立内审工作机制，防范超支风险；开展医疗保障风险管理，定期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欺诈骗保的风险点，采取积极应对措施，开展日常巡查，发现问题及时整改。	未建立内审工作机制，扣20分；未开展医保防风险管理，扣20分。扣完为止。	次数	日常检查	年
	(4) 创新医疗保障管理	1.00%	53	创新医疗保障管理	开展医疗保障管理创新性工作，加强参保人就医管理，维护基金安全。	按三级、二级、一级及以下医疗机构在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理工作相关论文或配合医疗保障管理部门开展创新工作；国家级媒体刊发相关论文或报导创新经验的，分别加60分、70分、80分；	加分	日常检查	年
						按三级、二级、一级及以下医疗机构在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理工作相关论文或配合医疗保障管理部门开展创新工作；省级媒体刊发相关论文或报导创新经验的，分别加40分、50分、60分；			
						按三级、二级、一级及以下医疗机构在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理工作相关论文或配合医疗保障管理部门开展创新工作；市级媒体刊发相关论文或报导创新经验的，分别加30分、40分、50分；			
						按三级、二级、一级及以下医疗机构在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理工作相关论文或配合医疗保障管理部门开展创新工作；县级媒体刊发相关论文或报导创新经验的，分别加20分、30分、40分；			
						按三级、二级、一级及以下医疗机构在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理工作相关论文或配合医疗保障管理部门开展创新工作；被医疗保障部门选为试点且配合医疗保障管理部门开展创新工作的，分别加40分、50分、60分。			
						按三级、二级、一级及以下医疗机构在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理工作相关论文或配合医疗保障管理部门开展创新工作；被医疗保障部门选为试点且配合医疗保障管理部门开展创新工作的，分别加40分、50分、60分。			

一级指标	二级指标	指标权重	三级指标	定义	评分标准（每项百分制）	计算方法	指标采集渠道	采集周期
6. 社会信用(5%)	(1) 行政处理	1.00%	54 行政处罚	被政府有关行政部门给予行政处罚情况。	被政府及各组成部门给予行政处罚的案件数量，每案件扣20分。扣完为止。	次数	日常检查	月
	(2) 违规移交情况	3.00%	55 违规移交情况	其他涉嫌犯罪或违反法律法规的移交情况。	其他涉嫌犯罪或违反法律法规，每移交一次扣50分。扣完为止。	次数	日常检查	年
	(3) 公立医院绩效考核	1.00%	56 公立医院绩效考核	根据卫健部门公立医院绩效考核结果确定分值。	公立医院绩效考核优秀的计100分，否则计0分。	次数	日常检查	年
7. 加分项	承担重点工作	3%	57	承担国家、省、市医保工作试点、研究等任务。	每参加一项国家级加100分，省级加50分，市级加30分。	次数	日常检查	年
8. 一票否决	失信被执行人	——	58 失信被执行人		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。	二档	日常检查	年
	协议处理	——	59 解除协议		对定点医疗机构医保违规行为的处理方式。	二档	日常检查	年
一级指标：合计8项	二级指标：合计26项	100%	三级指标合计：59项					

注：评分方式计算：

- 1、次数：录入非负整数，根据指标描述录入扣分次数，指标得分=系统根据录入次数*扣分值*权重；
- 2、数值：录入非负浮点数，直接录入分值，指标得分=系统根据录入分值*权重；
- 3、二档：录入“是”、“否”，“是”代表0分，“否”代表100分，指标得分=选择档次分值*权重；
- 4、三档：录入“差”、“一般”、“好”，“差”代表0分，“一般”代表60分，“好”代表100分，指标得分=选择档次分值*权重；

