

宁夏回族自治区医疗保障局
宁夏回族自治区发展和改革委员会 文件
宁夏回族自治区卫生健康委员会

宁医保规发〔2021〕3号

自治区医疗保障局 发展和改革委员会
卫生健康委员会关于印发《宁夏回族自治区
医疗保障基金使用监管信用管理办法
(试行)》的通知

银川市、石嘴山市、吴忠市、固原市、中卫市医疗保障局、发展和改革委员会、卫生健康委员会：

现将《宁夏回族自治区医疗保障基金使用监管信用管理办法(试行)》印发给你们，请严格遵照执行。

自治区医疗保障局

自治区发展和改革委员会

自治区卫生健康委员会

2021年11月12日

（此件公开发布）

宁夏回族自治区医疗保障基金使用监管 信用管理办法（试行）

第一章 总则

第一条 为推进医疗保障基金监管信用体系建设，规范医疗保障基金使用监管信用管理工作，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》《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》《自治区人民政府办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》等规定，结合我区实际，制定本办法。

第二条 自治区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”）的信息采集、评价、发布、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监管信用管理，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，运用医疗保障基金管理领域信用信息或公共信用综合评价结果，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。本办法所称医疗保障基

金使用监管信用评价结果,是指通过信用评价指标评判所生成的医疗保障信用分和信用等级等。

第四条 医疗保障基金使用监管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,不得涉及国家秘密,不得侵犯商业秘密及个人隐私。

第五条 自治区医疗保障行政部门统筹全区医疗保障基金使用监管信用管理工作,负责指导、协调推进全区医疗保障基金使用监管信用管理,负责制度建设、系统开发等工作。自治区发展改革委、卫生健康等行政部门根据本办法,按照各自职责共同指导开展医疗保障基金使用信用管理工作。

各设区的市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监管信用管理工作,负责本设区的市医疗保障基金使用监管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。各设区的市发展改革委、卫生健康等行政部门根据本办法,按照各自职责共同开展本行政区域内医疗保障基金使用信用管理工作。

各设区的市医疗保障行政部门也可委托具备资质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主要包括:

- (一) 医疗保障定点医药机构;
- (二) 医疗保障经办机构;

(三) 医疗保障服务的医师、护士(师)、药(士)师等专业技术人员;

(四) 医疗保障参保人员;

(五) 其他参与医疗保障活动的单位或个人。

本办法先行在乡镇卫生院及以上的定点医疗机构和定点零售药店执行,根据各地落实情况逐步向全区所有定点医药机构推广执行。

第七条 信用主体应当自觉遵守国家有关法律、法规、规章、行政规范性文件等规定和协议约定,加强诚信自律,规范医疗保障基金使用行为。

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 自治区医疗保障部门负责建立医疗保障信用评价管理平台,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 鼓励各信用主体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 信用信息采集

第十条 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。信用档案由信用主体的基础信息、守信信息和不良信息以及应纳入信用档案的其他信息构成。

第十一条 信用主体的基础信息包括以下内容：

（一）医疗保障定点医药机构基础信息主要包括以下内容：

1. 法人和非法法人组织名称、统一社会信用代码、类型、成立日期、地址、经营范围及法定代表人、负责人、医保信用管理人员姓名、职务及身份证号码等信息；
2. 行政许可、行政确认以及法定要求备案内容等信息；
3. 主营业务、经营情况、资质情况、配套设施情况、人员情况等信息；
4. 定点协议情况信息；
5. 其他基础信息。

（二）医疗保障服务人员基础信息主要包括以下内容：

1. 医疗保障服务医师基础信息主要包括姓名、身份证号码、人员状态、执业定点机构名称、定点医师编号、医师执业证书编号、医师资格证书编号、执业类别、执业级别、执业范围等信息；
2. 医疗保障服务护士（师）基础信息主要包括姓名、身份证号码、人员状态、执业定点机构名称、定点护士（师）编号、护士（师）执业资格证书编号等信息；
3. 医疗保障服务药（士）师基础信息包括姓名、身份证号码、人员状态、执业定点机构名称、定点药（士）师编号、药（士）师资格证书编号、执业类别、资格证书类别、执业范围、药（士）师注册证编号、注册时间、有效期等信息；

4. 其他医疗保障服务人员的基础信息。

(三) 医疗保障参保人基础信息主要包括姓名、身份证号码、社会保障卡号码、户籍地址、实际居住地址、工作单位及其他基础信息等内容。

(四) 其他应当记入信用主体信用档案的基础信息。

第十二条 信用主体的守信信息包括以下内容：

(一) 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；

(二) 主动守信作出的信用承诺信息；

(三) 法律、法规、规章等规定应当记入信用档案的其他守信信息。

第十三条 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：

(一) 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；

(二) 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；

(三) 信用主体违反医保服务协议的相关信息；

(四) 信用主体违反诚信承诺的相关信息；

(五) 经有关部门认定的应记入信用档案的其他失信信息。

第十四条 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。

第十五条 信用主体的评价信息主要包括医疗保障行政部门、经委托授权参与评价工作的第三方信用服务机构开展信用评价工作后产生的评价结果，包括信用等级、信用评分、各级指标评分等相关信息。

第十六条 信用信息通过信用主体申报，行业协会、相关部门、社会公众共享等方式进行采集，并分类、记录、储存。

其中，基础信息、良好信息和信用承诺相关信息主要由信用主体自主申报，行政处理相关信息和公共信用信息主要由医疗保障行政部门采集，协议履约相关信息由医疗保障经办机构采集。

第三章 信用评定

第十七条 全区各级定点医药机构签订定点服务协议且生效满 1 年的，应当按照本办法规定进行信用等级评定。定点医疗机构所属分支机构、内设科室、工作人员的医疗保障基金使用信用行为纳入定点医疗机构的信用等级评定范围。

第十八条 定点医药机构信用评定的主要内容为是否按照有关法律、政策规定和定点服务协议约定，履行自身权利及义务，诚信规范经营，维护医疗保险基金安全等。

第十九条 定点医疗机构信用评定指标体系包括协议履行、基金绩效、基金监管、满意度评价、自律管理、社会信用、服务能力评价七个方面，根据信用事件的性质、情节及涉及金额等因素赋分。信用指标分为一级指标、二级指标和三级指标。定点零售药店信用评价指标主要包括协议履行、基金监管、满意度评价、自律管理、社会信用等五个维度，共计 25 项指标。

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，并结合实际进行动态调整。具体指标体系详见附件。

第二十条 对定点医药机构信用评价采用扣分制，每一项指标初始得分为 100 分，换算为综合评定总分为 100 分，采取年内累计积分的方式。记分周期为每年的 1 月 1 日起至 12 月 31 日，共 12 个月，记分周期届满，次年重新记分，原记分记录作为历史数据保存在信用档案中备查。

对医保服务医师信用评价实行信用分值扣分制，并根据信用扣分情况进行动态管理，定期评价周期为一年，每个评价周期初始积分为 15 分，上一评价周期结束后，积分不累计至下一评价周期。其他医保服务人员信用评价指标体系按照国家出台相关规定陆续制定。

对参保人信用评价采用“十二分制”扣分制，并根据信用扣分情况进行动态管理。定期评价周期为一年，连续 5 年均有医保基金使用记录且评价积分不低于 10 分的，每个评价周期初始积分为 12 分，不满足前述条件的，每个评价周期初始积分为 10 分，上一评价周期结束后，积分不累计至下一评价周期。

医疗保障经办机构的评价体系另行制定。

第二十一条 根据信用评价结果，将信用主体划分为 A 级（信用优秀）、B 级（信用良好）、C 级（信用中等）、D 级（信用较差）和 E 级（信用异常），并按信用等级实施分类监管，实行动态考评。

第二十二条 定点医药机构信用等级：

(一) A 级: 评定总分值高于 90 分 (含);

(二) B 级: 评定总分值高于 80 分 (含), 低于 90 分 (不含);

(三) C 级: 评定总分值高于 70 分 (含), 低于 80 分 (不含);

(四) D 级: 评定总分值高于 60 分 (含), 低于 70 分 (不含);

(五) E 级: 评定总分值低于 60 分 (不含)。

第二十三条 医保服务医师信用评价积分为 15 分的, 定为信用优秀 (A 级); 在 13 分以上且不足 15 分的, 定为信用良好 (B 级); 在 11 分以上且不足 13 分的, 定为信用中等 (C 级); 在 7 分以上且不足 11 分的, 定为信用较差 (D 级); 不足 7 分的, 定为信用异常 (E 级)。

第二十四条 参保人信用评价积分为 12 分的, 定为信用优秀 (A 级); 在 10 分以上且不足 12 分的, 定为信用良好 (B 级); 在 8 分以上且不足 10 分的, 定为信用中等 (C 级); 在 6 分以上且不足 8 分的, 定为信用较差 (D 级); 不足 6 分的, 定为信用异常 (E 级)。

第二十五条 定点医药机构有以下情形的, 直接列入 E 级:

(一) 因违法违规被解除定点服务协议或连续两年被暂停定点服务协议的;

(二) 在信息资料提供、信用等级评定中弄虚作假的;

(三) 拒绝、阻挠或不配合监督检查的;

(四) 受到处理处罚后拒不改正、拒不执行处理处罚决定的;

- (五) 受到刑事处罚的;
- (六) 被纳入社会公共信用平台失信名单的;
- (七) 法律、法规、规章规定的其他情形。

第二十六条 对评定为 A 级信用主体采取以下激励措施:

(一) 在自治区医疗保障信用评价管理平台予以公示, 并通过其他渠道向社会宣传;

(二) 办理医疗保障业务时, 可根据实际情况给予优先办理、简化程序、“容缺受理”等便利服务;

(三) 年度医疗保障付费总额管理指标分配过程中适度倾斜;

(四) 提前全额给付本协议年度医疗服务质量保证金;

(五) 开展日常监督检查时减少检查频次, 除根据投诉举报、大数据筛查、专项检查、飞行检查部署进行监督检查外, 不另行对其开展检查;

(六) 评定结果适时推送至宁夏政务资源共享平台、宁夏信用信息共享平台, 符合联合激励标准的, 依法依规纳入联合激励对象;

(七) 同等条件下优先开展医疗保障新政策业务试点;

(八) 法律法规、规章规定的其他激励措施。

第二十七条 对评定为 B 级信用主体采取以下激励措施:

(一) 在自治区医疗保障信用评价管理平台予以公示, 评定结果适时推送至宁夏政务资源共享平台、宁夏信用信息共享平台;

(二) 适当降低医疗服务质量保证金;

(三)采取双随机检查和专项检查、飞行检查相结合的方式对其进行监督检查，可相应减少检查频次。

第二十八条 对评定为 C 级信用主体采取以下措施：

(一)增加年度医疗服务质量保证金比例五个百分点；

(二)在自治区医疗保障信用评价管理平台予以公示，评价结果适时推送至宁夏政务资源共享平台、宁夏信用信息共享平台；

(三)按常规开展日常监督检查，督促其守法诚信经营。

第二十九条 对评定为 D 级信用主体，采取以下惩戒措施：

(一)警示约谈，要求限期整改；

(二)增加年度医疗服务质量保证金比例十至十五个百分点；

(三)通过医疗保障信用评价管理平台推送信用风险提醒；

(四)评价结果适时推送至宁夏政务资源共享平台、宁夏信用信息共享平台等平台供监管部门审慎参考；

(五)列入重点监控对象，加强风险管理，提高监督检查频次，采取定期检查、双随机检查和专项检查相结合的方式对其进行监督检查；

(六)给予个人类信用主体中的医保服务人员依法依规暂停其医保服务资格、参保人依规定改变医保结算方式等处理；

(七)法律、法规、规章规定的其他惩戒措施。

第三十条 对评定为 E 级信用主体采取以下惩戒措施：

(一)解除定点服务协议；

(二) 下达整改通知书限期整改,对于拒不整改的,卫生健康部门视情况暂缓校验;

(三) 不予返还本年度定点机构医疗服务质量保证金;

(四) 在自治区医疗保障信用评价管理平台予以公示,并通过其他渠道向社会曝光,有效期为1年;

(五) 评价结果适时推送至宁夏政务资源共享平台、宁夏信用信息共享平台,通报行业主管部门及纪检监察等部门,实施信用记录与考核挂钩;

(六) 禁止机构类信用主体法定代表人、主要负责人、实际控制人、直接责任人在信用异常期内从事涉及医疗保障基金使用的相关活动;

(七) 法律、法规、规章规定的其他惩戒措施。

第四章 信用信息发布与应用

第三十一条 自治区医疗保障行政部门于每年3月1日前,在门户网站上对上一年度参与医保基金使用的信用主体的信用评价结果进行公示,公示期为7个工作日。

信用信息通过公示、授权查询、政务共享等方式公开,不得侵犯商业秘密和个人隐私,法律、法规另有规定的从其规定。公开个人相关信息的,应当有明确的法律、法规或者国务院决定、命令作为依据或经本人同意,并进行必要的脱敏处理。

第三十二条 全面依托自治区医疗保障信用评价管理平台对信用主体进行综合评价,自动生成信用评价结果,将各级各类评

价结果适时推送至宁夏政务资源共享平台、宁夏信用信息共享平台。

各设区的市医疗保障部门应当通过提供网站或微信公众号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。

第三十三条 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，向所在设区的市医疗保障部门提出异议申述（附件5），说明理由并提供相关证明材料。

设区的市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6）。

第三十四条 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，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。

第三十五条 信用等级保持优秀3年以上的信用主体确定为“医疗保障守信名单”，推送至同级和宁夏信用信息共享平台，依法依规进行联合激励。

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、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。

第五章 信用修复

第三十七条 信用异常的信用主体在失信信息公示期限内，按照有关规定对信用异常行为进行纠正，并按照法律、法规、规章制度履行完毕法定责任或者约定义务，信用异常行为的不良影响已基本消除，可向做出信用异常认定的医疗保障部门提出修复申请。信用异常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信用异常行为。法律、法规、规章另有规定的从其规定。

信用修复的主要程序包括：

（一）申请。申请人自被认定为信用异常行为之日起，满3个月的，且按照有关规定履行相关义务，完成整改要求的，可向认定单位提交《信用修复申请表》（附件7）、信用修复承诺书及违法违规行为纠正、整改情况的相关证明材料；

（二）受理。认定单位在收到信用修复申请之日起三日内对申请材料进行初步审核。对不予受理的应当书面告知（附件8）；

（三）核查。认定单位对申请人信用异常行为整改情况进行核查；

（四）公示。对于符合信用修复条件的，确认信用修复，并在自治区医疗保障信用评价管理平台或官方网站进行公示，公示期限不少于五日；

（五）修复。认定单位应当及时告知申请人信用修复处理结果。符合修复条件的，按照有关规定终止共享公开相关信用异常信息。信用异常修复完成后将修复名单推送宁夏政务资源共享平台、宁夏信用信息共享平台，其信用等级在本年度内重新评定，按评定结果确定其本年度信用等级。

信用异常的信用主体有下列情形之一的，不予以信用修复：

（一）被认定为信用异常行为之日起，未满 3 个月的；

（二）信用异常主体信用修复限期内，再发生同类信用异常行为的；

（三）依法依规暂不适宜实施信用修复的其他信用异常行为。

第六章 监督管理

第三十八条 各设区的市医疗保障部门指导本行政区域内在对信用主体做出行政处罚时，应在下达的行政处罚决定书中明确建议行政处罚相对人依法依规按“信用中国”要求进行信用修复，以免影响其信用评定。

第三十九条 各设区的市医疗保障部门、评价机构及其工作人员，应当依法履职，按照保护市场主体权益的要求，明确信息查询使用权限和程序，建立完善信息查询使用登记和审查制度，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。对故意或因工作失误泄露信息的，要依法依规严格追究相关单位和人员责任。对徇私舞弊、玩忽职守、泄露、篡改、毁损、窃取信用信息或利用信用信息谋私或以其他违法方式，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。

第四十条 完善信用信息安全管理制度，严格执行《中华人民共和国网络安全法》，定期开展自治区医疗保障信用评价管理平台网络安全等级保护测评和信息安全风险评估。各设区的市医

疗保障部门应建立信用信息安全管理责任制度,做好信用信息安全事件的预防和处置;优化信用信息安全应急预案,提高应急响应处置能力。

第七章 附则

第四十一条 本办法由自治区医疗保障局负责解释。

第四十二条 本办法自 2021 年 12 月 15 日起试行,有效期至 2023 年 12 月 15 日。

附件:

1. 宁夏回族自治区医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系
2. 宁夏回族自治区医疗保障定点零售药店信用评价指标体系
3. 宁夏回族自治区医疗保障服务医师信用评价指标体系
4. 宁夏回族自治区医疗保障参保人信用评价指标体系
5. 异议信息处理申请表
6. 异议信息处理结果反馈单
7. 信用修复申请表
8. 不予信用修复告知书
9. 信用修复确认通知书

附件 1

宁夏回族自治区医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标		指标释义	适用医疗机构类别	分值 (百分制或换算成100分)	计分方法(每项百分制, 每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构线上填报内容 (需加盖单位公章上传)
一、协议履行	(一) 基础管理	1	变更备案	医疗机构名称、执业地址、法定代表人等发生变化时, 及时向医疗保障部门提供相关材料备案, 申请变更。	全部	0.3	经卫健部门批准后的30个工作日内, 未及时向医疗保障部门申请变更, 每次扣20分。	医疗机构线上填报	1. 卫健部门批准材料扫描件; 2. 提交医疗保障部门申请备案材料扫描件。
		2	标识标牌	在显要位置悬挂“基本医疗保险定点医疗机构”和“医疗保障监督举报电话”的标识标牌。开展异地就医联网结算服务的须在服务窗口有明显标识。	全部	0.3	未在显要位置悬挂医疗保障标识标牌, 扣50分; 未按要求在服务窗口设置异地就医联网结算标识的, 扣50分。	医疗机构线上填报	1. 悬挂医疗保障标识图片; 2. 异地就医联网结算标识截图。

		3	宣传 咨询	向社会宣传医疗保障政策、就医结算流程及医疗服务内容等,为参保人员提供政策咨询、查询服务。	全部	0.3	未开展医疗保障政策、就医和结算流程等宣传的,扣50分; 未提供相关咨询服务的,扣50分。	医疗机构 线上填报	开展医疗保障政策、就医和结算流程宣传材料扫描件。
		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。	全部	0.5	未设投诉窗口(台)、箱等设施,未公布监督举报电话,扣50分; 对参保人员的投诉未及时受理并予以处理,造成上访的,扣50分。	医疗机构 线上填报	1. 投诉窗口(台)、箱、监督举报电话的相关证明图片; 2. 投诉处理的记录、证明材料扫描件。
		5	配合 检查	配合监管部门或委托第三方开展的监督检查,并准确完整提供有关的材料和数据。	全部	2	未按要求提供监管信息资料的,本项扣100分。拒绝、阻挠或不配合监督检查、提供虚假材料的,直接按E类处理。	检查人员 录入	
		6	药品医 用耗材 采购和 使用	严格执行自治区关于药品、医用耗材采购和使用相关规定	全区公立医疗机构 (含军队)	2	1. 违反招标采购要求,未按规定采购和使用药品、医用耗材,每次扣50分; 2. 药品、医用耗材网采率未达到自治区规定的,每次扣50分; 3. 未按采购协议要求,及时给生产经营企业回款,每次扣50分; 4. 有商业贿赂行为的,本项扣100分。	医疗机构 线上填报	1. 药品招标采购账单扫描件; 2. 耗材招标采购账单扫描件。

		7	药品医用耗材集中带量采购	严格落实执行国家、省际联盟、自治区组织的药品、医用耗材集中带量采购政策规定	全区公立医疗机构（含军队）、自愿参加的医保定点社会办医疗机构。	3	1. 未按规定时间填报采购需求量的，每次扣 40 分； 2. 填报采购需求量不准确的，（具体表现为：上报采购需求量远小于上年历史采购量，且理由不充分的；超量部分远大于采购需求量的。）每次扣 40 分； 3. 未按规定上传院长和书记签字盖章确认件的，每次扣 40 分； 4. 未按采购协议要求，及时给生产经营企业回款的，每次扣 40 分； 5. 未按规定时间在宁夏医药采购平台下单采购、确认收货、核对账单和上传财务盖章账单的，每次扣 40 分； 6. 未完成规定采购任务量的，每次扣 60 分。	宁夏医药采购平台数据采集。	1. 宁夏医药采购平台集中采购账单扫描件； 2. 宁夏医药采购平台确认品种及数量图片。
		8	医药价格管理	严格执行规定药品、医用耗材政策以及规定的医疗费用项目收费标准	全部	2	未按规定执行药品、耗材价格或未按规定执行医疗服务项目以及医疗机构床位费收费标准进行收费的，发现一次扣 20 分；故意套收的收费行为发现一次扣 30 分；串换收费项目的发现一次扣 30 分。	检查人员录入	
		9	医保支付方式改革	执行医保支付方式改革相关规定，严格执行患者入院和出院标准及诊疗用药常规，及时准确上报国家医保版 ICD-10 编码及有关诊疗信息。	医保支付方式改革试点的医疗机构	2	未按规定填写病案首页，发现一次扣 10 分；未及时准确上报国家医保版 ICD-10 编码及有关诊疗信息，扣 20 分；故意将诊断、手术、操作编码升级的，发现一次扣 30 分；不按文件要求执行医保支付方式改革的，造成严重后果的，本项不得分。	检查人员录入	
		10	医保医师管理	及时新增、注销医保医师变更情况；按要求开展	全部	1	未能完整、准确、及时备案医师变更情况的，每次扣 50 分。	医疗机构线上填报	1. 医保医师变更情况的材料扫描件；

				医保医师管理。					2. 医保医师管理材料扫描件。
(二) 信息管理	11	系统对接	医疗机构计算机系统与医疗保障信息系统有效对接。	全部	2	未按要求实现与医疗保障信息系统有效对接，本项扣100分。	医疗机构线上填报	对接医保系统截图、图片等。	
	12	数据上传	医疗机构按标准将医疗保障部门需要和要求的数 据信息传输至医 疗保障信息系 统。	全部	3	上传信息数据不及时的，每次扣20分； 上传信息数据不全面的，每次扣20分； 上传信息数据不准确，每次扣40分； 未按信息编码规则上传数据的本项扣100分，故意造假的，直接按E类处理。	医保系统提取		
	13	编码标准	执行医疗保障信 息业务编码标 准，包括药品目 录编码、诊疗项 目编码、耗材目 录编码及医疗保 障系统要求执行 的其它编码。	全部	2	按项目编码准确数量/编码总数量*100%计算，100%为满分，每低1%扣10分。	医保系统提取		
(三) 财务管理	14	财务管理规范	按规定执行政府 会计制度，并按 制度要求规范设 立财务账表。根 据规定保管财务 账目、记账凭证、 药品和医疗器械 出入库记录等涉 及基金使用的相	全部	3	未设立完整财务账套、包括总账、现金账、银行账、明 细账等情形，每次扣20分； 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； 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。	医疗机构 线上填报	1. 财务制度和会计制度材料扫描件； 2. 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相	

			关材料。执行票据（电子发票）管理办法，规范票据的领购、使用、保管及核销等管理环节。					关材料扫描件；
								3. 票据管理办法及管理环节证明材料扫描件。
(四) 医疗管理	15	身份识别	核验参保人员医疗保障有效凭证（社保卡、身份证等），做到人证相符。	全部	1	未做到人证相符的，每次扣 20 分； 因工作失误造成冒用、盗用，造成医疗保障基金损失的，每次扣 100 分。	医疗机构线上填报	根据医疗保障信用信息平台提示的参保患者，上传其身份确认表或相关证明材料扫描件。
	16	出入院管理	按出、入院收治标准开展住院治疗、办理出院手续。	门诊部、个体诊所除外	1	推诿、拒收病人，每次扣 50 分； 故意将门诊可以治疗的病人纳入住院结算的，每次扣 50 分；故意将住院范围内费用通过门诊、外购处方等方式变相增加患者负担的，每次扣 50 分；故意分解住院的，每次扣 50 分。	检查人员录入	
	17	异地就医	按规定为异地就医参保人员提供医疗服务。	异地就医定点医疗机构	1	未按规定为参保人员提供异地就医服务的，每次扣 50 分。	医疗机构线上填报	根据医疗保障信用信息平台提示的异地就医人员上传异地就医结算清单扫描件。

	(五) 结算管理	18	知情同意	保证参保人员知情同意权。	全部	1	开展知情同意政策告知,未签订自费项目知情同意书的,每次扣 20 分。	医疗机构线上填报	根据医疗保障信用信息平台提示的参保患者,由医疗机构上传其自费项目知情同意书扫描件。
		19	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。	全部	0.5	未提供医疗费用查询服务和费用清单的,每次扣 20 分。	医疗机构线上填报	根据医疗保障信用信息平台提示的参保患者,上传其费用清单扫描件。
二、基金绩效	(一) 总额管理	20	执行总额预算指标	医疗机构执行医疗保障部门确定的医疗保障基金总额预算指标情况。	全部	2	当期使用总控金额/当期计划额度*100%。 年度总额预算目标的 80%-100%为满分区间,按实际值从小到大排列,偏离满分区间扣分,每低于 80%或高于 100%按实际每偏离值 1%扣 5 分计算,低于 60%或高于 120%本项扣 100 分。	医疗机构线上填报	医疗保障部门最近一次下达的预算年度和预算金额扫描件。
		21	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。	全部	2	(本期医疗费用-上期医疗费用)/上期医疗费用*100% 取各设区的市同等级、同类医疗机构平均值为标杆,不大于平均值为满分区间,偏离满分区间 10%扣 10 分,按实际每偏离 1%扣 1 分计算。	医保系统提取	

	(二) 费用控制	22	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。	门诊部、个体诊所除外	1	(本期住院费用-上期住院费用)/上期住院费用*100% 取各设区的市同等级医疗机构平均值为标杆, 不大于平均值为满分区间, 偏离满分区间 5%扣 10 分, 按实际每偏离 1%扣 2 分计算。	医保系统提取	
		23	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。	全部	1	(本期门诊费用-上期门诊费用)/上期门诊费用*100% 取各设区的市同等级医疗机构平均值为标杆, 不大于平均值为满分区间, 偏离满分区间 5%扣 10 分, 超过标准的按实际每偏离 1%扣 2 分计算。	医保系统提取	
		24	门诊次均费用	衡量医疗机构门诊次均费用水平。	精神病医院等专科医院除外	1	门诊医疗费用/门诊人次 取各设区的市同等级、同类医疗机构平均值为标杆, 每偏离 5%扣 10 分, 按实际每偏离 1%扣 2 分计算。	医保系统提取	
		25	门诊次均费用增幅	衡量医疗机构门诊次均费用增长情况。	全部	1	(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% 取各设区的市同等级医疗机构平均值为标杆, 不大于平均值为满分区间, 偏离满分区间 5%扣 10 分, 按实际每偏离 1%扣 2 分计算。	医保系统提取	
		26	住院次均费用	衡量医疗机构住院次均费用水平。	精神病医院等专科医院、门诊部、个体诊所除外	1	住院医疗费用/出院人次 取各设区的市同等级、同类医疗机构平均值为标杆, 每偏离 5%扣 10 分, 按实际每偏离 1%扣 2 分计算。	医保系统提取	
		27	住院次均费用增幅	衡量医疗机构住院次均费用增长情况。	门诊部、个体诊所除外	1	根据当年医保系统统筹地区内实际发生数据, 按(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%计算, 3%(含)以下得 100 分;	医保系统提取	

						3%-5% (含) 得 80 分; 5%-6% (含) 得 60 分; 6%-8% (含) 得 50 分; 8%-9% (含) 得 40 分; 9%-10% (含) 得 30 分; 10%-12% (含) 得 20 分; 12%-15% (含) 得 10 分; 超过 15% 得 0 分。		
(三) 住院报销比例	28	职工住院政策范围内报销比例	衡量医疗机构职工住院报销比例情况。	门诊部、个体诊所除外	1	按(统筹+大额补助基金报销费用)/住院总费用*100%计算: 一级医疗机构: $\geq 95\%$ 得 100 分, 85% (含) -95% 得 90 分, 75% (含) -85% 得 80 分, 65% (含) -75% 得 70 分, 65% 以下不得分。 二级医疗机构: $\geq 90\%$ 得 100 分, 80% (含) -90% 得 90 分, 70% (含) -80% 得 80 分, 65% (含) -70% 得 70 分, 65% 以下不得分。 三级乙等(含三甲专科)医疗机构: $\geq 85\%$ 得 100 分, 80% (含) -85% 得 90 分, 70% (含) -80% 得 80 分, 65% (含) -70% 得 70 分, 65% 以下不得分。 三级甲等医疗机构: $\geq 80\%$ 得 100 分, 75% (含) -80% 得 90 分, 70% (含) -75% 得 80 分, 65% (含) -70% 得 70 分, 65% 以下不得分。	医保系统提取	
	29	居民住院政策范围内报销比例	衡量医疗机构居民住院报销比例情况。	门诊部、个体诊所除外	1	根据当年医保系统统筹地区内实际发生数据, 按(统筹和大病基金报销费用/住院总费用)计算: 一级医疗机构: $\geq 90\%$ 得 100 分。 85% (含) -90% 得 95 分; 80% (含) -85% 得 90 分; 70% (含) -80% 得 70 分; 50% (含) -70% 得 50 分; 低于 50% 扣 100 分。	医保系统提取	

						二级医疗机构: $\geq 87\%$ 得 100 分。 75% (含) -87%得 95 分; 70% (含) -75%得 90 分; 60% (含) -70%得 70 分; 50% (含) -60%得 50 分; 低于 50%扣 100 分。 三级乙等 (含三甲专科) 医疗机构: $\geq 75\%$ 得 100 分。 70% (含) -75%得 95 分; 65% (含) -70%得 90 分; 60% (含) -65%得 70 分; 50% (含) -60%得 50 分; 低于 50%扣 100 分;		
						三级甲等医疗机构: $\geq 55\%$ 得 100 分。 50% (含) -55%得 95 分; 45% (含) -50%得 70 分; 40% (含) -45%得 50 分; 低于 40%扣 100 分。		
	(四) 个人负 担比例	30	住院个 人负担 比例	衡量医疗机构住 院个人负担情 况。	门诊 部、个 体诊所 除外	1 根据当年医保系统统筹地区内实际发生数据, 按 (住院 自费金额/总金额*100%) 计算 (住院自费金额不包括起 付线金额), 0%-6% (含) 得 100 分; 6%-8% (含) 得 80 分; 8%-9% (含) 得 60 分; 9%-10% (含) 得 30 分; 超过 10%得 0 分。	医保系统 提取	

三、 基金 监管	(一) 一般处 理	31	约谈	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	1.5	被医疗保障行政部门约谈，每次扣40分。	检查人员 录入	
		32	整改	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	2	被医疗保障行政部门责令限期整改，每次扣50分，拒不改正的，直接按E类处理。	检查人员 录入	
		33	警告	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	2.5	被医疗保障行政部门警告，每次扣50分。	检查人员 录入	
		34	通报	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	3	被医疗保障行政部门通报，每次扣50分。	检查人员 录入	
	(二) 费用处 理	35	追回 费用	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	4	根据被医疗保障经办机构追回费用，按金额与医疗机构上一年收入的占比进行扣分。 三级医疗机构每被追回金额占上一年收入的占比达到1%（含）以上的，扣50分； 二级医疗机构每被追回金额占上一年收入的占比达到3%（含）以上的，扣50分； 一级医疗机构每被追回金额占上一年收入的占比达到5%（含）以上的，扣50分。	检查人员 录入	
							拒不执行处罚结果，拒绝退回基金的直接按E类处理。		
		36	拒付 费用	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	4	根据被医疗保障经办机构拒付费用，按金额与医疗机构上一年收入的占比进行扣分。	检查人员 录入	

							三级医疗机构每被拒付金额占上一年收入的占比达到1%（含）以上的，扣50分； 二级医疗机构每被拒付金额占上一年收入的占比达到3%（含）以上的，扣50分； 一级医疗机构每被拒付金额占上一年收入的占比达到5%（含）以上的，扣50分。		
		37	罚款	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	4	根据被医疗保障行政部门罚款，按罚款金额扣分，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。 三级医疗机构每被罚款金额60万元，扣50分； 二级医疗机构每被罚款金额20万元，扣50分； 一级医疗机构每被罚款金额2万元，扣50分。	检查人员 录入	
							拒不执行处罚结果，拒绝罚款的直接按E类处理。		
	(三) 协议处理	38	暂停协议	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	3.5	因违法违规被医疗保障经办机构暂停协议，每次扣100分，连续两年暂停协议的按E类处理。	检查人员 录入	
		39	解除协议	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	4	因违法违规被医疗保障经办机构解除协议的，直接按E类处理。 医疗机构因自身原因暂停经营引起的解除协议，不纳入评价。	检查人员 录入	
		40	医保医师处理	医保医师因违规原因被医保部门处理。	全部	1.5	被暂停或中止处方权的，每人次扣20分； 取消医保医师资格的，每人次扣30分。	检查人员 录入	

		41	科室处理	科室因违法违规原因被医疗保障部门暂停结算。	全部	1	因违法违规原因被暂停医疗保障结算的，每科室扣 20 分。	检查人员录入	
四、满意度评价	(一) 患者评价	42	患者满意度	参保人员对治疗效果、诊疗服务、医疗保障报销服务等满意度。	全部	0.8	按实际满意度得分，100%得 100 分，低于 80%的扣 100 分。	第三方机构录入	
	(二) 舆情评价	43	媒体报道	被各类媒体报道的关于医疗保障工作的情况。	全部	0.8	被媒体曝光造成不良影响的，每次扣 30 分。	第三方机构录入	
五、自律管理	(一) 管理体制	44	管理组织	建立健全医疗保障管理服务部门，明确院级领导分管，医院配备专（兼）职管理人员，其人数与管理需要相适应，通过院内信息系统进行即时监控，并有效行使管理职能。	全部	1	未设置医疗保障管理部门，扣 30 分； 未明确分管领导及分工的，扣 30 分； 未安排管理人员，扣 30 分。	医疗机构线上填报	医疗保障管理部门的设立、分管领导任命、职责分工等相关证明材料的扫描件。
		45	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管理要求培训。	全部	1	无培训学习记录，扣 50 分。	医疗机构线上填报	医疗保障培训学习记录证明材料扫描件。

	(二) 制度建设	46	制度建设	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。	全部	1	未开展院内医疗保障管理，扣 100 分； 未开展监督检查和考核，扣 50 分； 未跟踪分析并积极整改，扣 25 分； 未依据考核开展奖惩，扣 25 分。	医疗机构 线上填报	1. 开展院内医疗保障管理的证明材料扫描件； 2. 开展监督检查和考核相关证明材料扫描件； 3. 跟踪分析并积极整改的证明材料扫描件； 4. 开展奖惩的证明材料扫描件。
	(三) 风险管理	47	风险管理	建立内审工作机制，防范超支风险；开展医疗保障防风险管理，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欺诈骗保的风险点，采取积极应对措施。	全部	0.5	未建立内审工作机制，扣 50 分； 未开展医疗保障防风险管理，扣 50 分。	医疗机构 线上填报	风险管理工作机制证明材料扫描件。

	(四) 创新管理	48	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。	全部	1	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: 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; 自治区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; 地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;	医疗机构线上填报	配合医疗保障管理部门开展创新工作的证明材料扫描件。
							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。		
六、社会信用	(一) 行政处理	49	行政奖励	被政府部门给予行政奖励的。	全部	1	按三级、二级、一级及以下医疗机构被政府部门给予行政奖励:	医疗机构线上填报	获得行政奖励的证明材料扫描件。
							国家级行政奖励的, 分别加 60 分、70 分、80 分;	检查人员录入	
							自治区级行政奖励的, 分别加 40 分、50 分、60 分;	第三方平台提取	
							地市级行政奖励的, 分别加 30 分、40 分、50 分;		
							县级行政奖励的, 分别加 20 分、30 分、40 分。		
		50	社会信用守信激励名单	医疗机构被纳入社会公共信用平台守信激励名单的。	全部	2	被纳入社会公共信用平台守信激励名单的, 本项得 100 分。	第三方平台提取	

		51	行政 处罚	被政府部门给予 行政处罚的。	全部	1	被政府部门给予行政处罚的，本项扣 100 分；	医疗机构 线上填报	
							受到行政处罚后拒不改正的直接按 E 类处理。	检查人员 录入	
								第三方平 台提取	
	(二) 失信被 执行人	52	社会信 用失信 名单	医疗机构被纳入 社会公共信用平 台失信名单的。	全部	/	被纳入社会公共信用平台失信名单的，直接按 E 类处理。	检查人员 录入	
								第三方平 台提取	
	(三) 违规移 交情况	53	刑事 犯罪	犯罪被追究刑事 责任的。	全部	/	医疗机构受到刑事处罚的，直接按 E 类处理。	检查人员 录入	
								第三方平 台提取	
	(四)社 会公益	54	协助提 升基层 医疗服 务能力	下沉优质医疗资 源，协助提升基 层医疗服务能 力，提高优质医 疗资源可及性。	全部	3	开展面向边远、贫困县区的远程医疗协作、远程教学、 专科进修、送教上门、现场培训等，每次得 10 分；免费 培养、选派优秀临床医生援助的，得 100 分。	医疗机构 线上填报	提供医疗协 作、远程教 学、专科进 修、送教上 门、现场培 训、免费培 养、选派优秀 临床医生援 助的合同或 协议、记录、 照片等证明 材料扫描件。

		55	提供志愿服务	衡量医疗机构提供志愿者服务情况。	全部	1	根据查询提供志愿服务时长计分。 三级医疗机构每年服务总时长 120 小时； 二级医疗机构每年服务总时长 96 小时； 一级医疗机构每年服务总时长 60 小时； 达到以上标准得 100 分，未达标准的得 0 分。	医疗机构 线上填报	提供志愿服务时长的证明材料扫描件，包括照片、志愿服务网登记截图等。
		56	助力民生事业	医疗机构为贫困人员减免就医费用、捐赠物资等助力民生事业情况。	全部	2	按减免费用、捐赠物资等总金额/医疗机构医保基金收入比例进行评分： 未开展以上活动的医疗机构得 0 分； 三级医疗机构占比 0.6%得 100 分，实际得分按 $(100 \times \text{实际占比}) / 0.6\%$ 计算； 二级医疗机构占比 0.3%得 100 分，实际得分按 $(100 \times \text{实际占比}) / 0.3\%$ 计算； 一级医疗机构占比 0.1%得 100 分，实际得分按 $(100 \times \text{实际占比}) / 0.1\%$ 计算；	医疗机构 线上填报	减免费用和捐赠物资的照片、费用清单等证明材料扫描件。
		57	重大公共事件应急响应	衡量医疗机构对重大公共事件的应急响应程度。	全部	2	积极响应政府部门应急要求，且提供人力、物力、信息等方面资源或渠道，按响应程度及响应次数等进行评分，每次得 50 分。	医疗机构 线上填报	应急响应程度相关媒体报道、政府文件、工作部署情况等材料扫描件。
		58	社会信用	医疗机构及其下属控股企业列入经营异常名录数据。	全部	1	被市场监管部门列入经营异常名录的，本项扣 100 分。	第三方平台提取	

七、 医疗机构 服务能力 评价（按 对应的二 级指标进 行评价）	民营医 院评价	59	药品 加成	院内单价前三的 药品盈利率。	民营医 疗机构	2	按医疗机构使用量排名前三的药品平均盈利率计分，高于15%得0分，15%得80分，低于15%的，按实际值每低0.75%则加1分。	医疗机构 线上填报	根据医疗保 障信用信息 平台提示的 前3名药品， 填写相关信 息：
		60	耗材 加成	院内单价前三的 高值耗材盈利 率。	民营医 疗机构	2	按医疗机构使用量排名前三的耗材平均盈利率计分，购进价1000元以下、1001元至5000元、5001元以上的，基准进销差率分别为5%、3%、1.5%，高于基准进销差率得0分，执行基准进销差率得80分，低于基准进销差率的，按实际值分别每低0.25%、0.15%、0.08%则加1分。	医疗机构 线上填报	1. 购进票据 扫描件；
									2. 销售价格。
		61	优质医 疗服务	病有良医、远程 医疗、远程会诊 及与医学专家合 作情况。	民营医 疗机构	2	一级医疗机构内注册高级职称医师1个且中级职称医师2个得60分； 二级医疗机构内注册高级职称医师2个且中级职称医师4个得60分； 三级医疗机构内注册高级职称医师3个且中级职称医师6个得60分； 每多一名中级职称医师加10分，每多一名高级职称医师加20分。	医疗机构 线上填报	根据医疗保 障信用信息 平台提示的 前3名耗材， 填写相关信 息：
									1. 购进票据 扫描件；
									2. 销售价格。
									1. 医学专家 注册证明扫 描件；
									2. 医学专家 服务协议或 合同扫描件。

		62	“不见面”服务开展	互联网+医疗、药品配送等服务开展情况	民营医疗机构	1	开展互联网+医疗服务，得 40 分； 开展药品配送服务，得 40 分； 开展其它不见面服务，得 20 分。	医疗机构 线上填报	开展互联网+医疗服务、开展会诊服务、开展药品配送服务和其它不见面服务证明材料扫描件。
		63	开展医学手术种类	医疗机构开展手术服务情况。	除门诊部、个体诊所外的民营医疗机构	2	一级医疗机构开展二级以上手术的，得 100 分；	医疗机构 线上填报	1. 医疗保障信用信息平台勾选开展手术级别种类；
							二级医疗机构开展三级以上手术的，得 100 分；		2. 已完成对应等级手术记录单扫描件（每类手术一张）。
							三级医疗机构开展四级以上手术的，得 100 分。		

附件 2

宁夏回族自治区医疗保障定点零售药店 信用评价指标体系

序号	一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	分值（百分制或换算成 100 分）	计分方法	计算方法	指标采集渠道
1	协议履行（20 分）	基础管理	变更备案	机构名称、法人代表、执业地址等发生变化时，及时向医保部门提供相关材料备案，申请变更。	2	经有关部门批准后的 30 个工作日内，未及时向医保部门申请变更，发现一次扣 20 分。	直接打分	日常检查
2			标识标牌	在药店的显要位置悬挂“定点零售药店”标牌，在营业场所显著位置张贴医保定点零售药店公示内容、药品质量价格服务承诺书、执业药师证件，公布监督举报电话，设置服务意见箱、社保卡使用指南以及医保政策和服务协议等。	2	查看“四证”及年度检验情况，查看监督举报电话公示情况、非刷卡区域标记禁止医保划卡的标记等。缺一项不得分。	直接打分	日常检查
3			配合检查	配合医保部门或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。	2	未按要求提供医保监管信息资料的，每项每次扣 20 分；拒绝、阻挠或不配合监督检查，提供虚假资料的，直接按 E 类处理。	直接打分	日常检查
4			参保人服务	为参保人员提供医保刷卡购药、社保卡查询、密码修改的服务工作；为参保人员提供政策咨询、查询服务。	2	发现一例违规行为，每次扣 10 分。	直接打分	日常检查
5			配备专兼职人员	配有医疗保险专（兼）职管理人员，负责与医保经办机构的业务联系；营业时间内，执业药师在岗。	2	无专（兼）职管理人员，该项不得分；营业时间内，执业药师不在岗，该项不得分。	直接打分	日常检查

6			系统运维	是否有专人负责信息系统管理维护、能按照要求配备系统软件、硬件、网络设备、按要求实现与医保信息系统有效对接、数据上传，确保系统和数据安全。	2.5	无专人负责维护管理，扣 20 分；未及时进行信息系统升级维护，扣 20 分；未做到医保专网专用相关计算机安装正版杀毒软件及防火墙的，扣 20 分；未按要求定期进行信息安全检查的，扣 20 分。在经营区内未安装视频监控，扣 20 分。	直接打分	日常检查
7			信息管理	数据上传	2.5	未按信息编码规则上传数据的，扣 20 分；上传信息数据不全面、人为缺项的与实际销售数据不一致，扣 20 分；上传信息数据不准确，扣 40 分；上传信息数据不及时的，扣 20 分；药店进销存数据不一致，扣 20 分；因药店系统、网络故障造成刷卡结算故障，且不积极与医保局联系，不主动解决问题的，每次扣 20 分。以上如有故意造假情形的，直接按 E 类处理。	直接打分	日常检查
8		经营管理	药品存储	药品按规定分类摆放，区域划分明确。	2	药品未分区摆放，摆放杂乱，或不满足特殊药品存储条件的，每次扣 10 分。	直接打分	日常检查
9			代刷套现	为无定点资格的零售药店、医疗机构代刷社保卡，或为他人使用社保卡套取现金提供帮助。	3	发现为无定点资格的零售药店、医疗机构代刷社保卡，或为他人使用社保卡套取现金提供帮助违规行为的，直接按 E 类处理。	直接打分	日常检查
10		基金监管 (30)	一般处理	约谈	1	被医保部门约谈的，每次扣 30 分。	分类打分	日常检查
11			警告	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	1	被医保部门警告的，每次扣 20 分。	分类打分	日常检查

12		通报批评	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	1	被医保部门通报,每次扣 40 分。	分类打分	日常检查
13		限期整改	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	2	被医保部门要求限期整改,每次扣 50 分。拒不改正的,直接按 E 类处理。	分类打分	日常检查
14		追回费用	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	1	被医保部门追回费用,按金额扣分。 0-1000 (含),扣 20 分; 1000-5000 (含),扣 50 分; 5000-10000 (含),扣 80 分; 10000 以上不得分。拒不执行处罚结果的,拒绝退回基金的直接按 E 类处理。	偏离度打分	日常检查
15	费用处理	拒付违规费用	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	2	被医保部门拒付费用,按金额扣分。 0-1000 (含),扣 20 分; 1000-5000 (含),扣 50 分; 5000-10000 (含),扣 80 分; 10000 以上不得分。	偏离度打分	日常检查
16		罚款	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	2	被医保部门罚款,按罚款额度扣分。 0-1000 (含),扣 20 分; 1000-5000 (含),扣 50 分; 5000-10000 (含),扣 80 分; 10000 以上不得分。拒不执行处罚结果的,拒绝罚款的直接按 E 类处理。	偏离度打分	日常检查
17	协议处理	暂停协议	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	2	被医保部门暂停协议,每次扣 50 分。连续两年暂停协议的按 E 类处理。	分类打分	日常检查
18		解除协议	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	3	因违法违规被医保部门责令解除协议,直接按 E 类处理。	分类打分	日常检查
19	司法处理	欺诈骗保	定点零售药店工作人员因欺诈骗保被追究刑事责任。	15	工作人员因欺诈、伪造证明材料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,直接按 E 类处理。。	直接打分	日常检查

20	满意度评价 (20)	患者评价	患者满意度	通过网络、表格等方式调查参保人员的满意度。	20	患者满意度评价平均得分	直接打分	系统自动计算
21	自律管理 (20)	教育培训	医保培训	有组织、有计划进行医保政策和管理要求培训, 培训到全体工作人员。	10	无培训学习记录, 扣 20 分; 抽查 3 名营业人员, 对医保政策回答不正确的, 扣 5 分, 错误解答、宣传医保政策, 造成不良影响的, 扣 10 分。	直接打分	日常检查
22		制度建设	制度建设	制定店内医保管理、监督检查和考核、跟踪分析, 奖惩等制度, 并认真执行。	10	未制定店内医保管理、监督检查和考核、跟踪分析, 奖惩等制度, 扣 20 分; 未认真执行, 无会议记录等印证资料, 扣 20 分。	直接打分	日常检查
23	社会信用 (10)	行政处理	行政处罚	因出售假药、劣药或进药渠道不合法等违规、违法等行为被政府及各组成部门给予行政处罚情况。	2	被政府有关部门行政处罚的, 每次扣 20 分; 零售药店法人代表或直接责任人被处以行政拘留的加重扣分, 每次扣 30 分。受到行政处罚后拒不改正的直接按 E 类处理。	直接打分	日常检查
24		失信被执行人	失信被执行人	零售药店或其法人被纳入公共信用系统失信名单的情况。	3	纳入公共信用系统失信名单的, 直接按 E 类处理。	直接打分	日常检查
25		违规移交情况	违规移交情况	涉嫌犯罪或违反其他法律法规的移交情况。	5	涉嫌犯罪或违反其他法律法规, 移交司法机关的, 直接按 E 类处理。	直接打分	日常检查

附件 3

宁夏回族自治区医疗保障服务医师 信用评价指标体系

序号	分类	指标	释义	评分规则
1	服务管理	推诿拒诊	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。	查实一例扣 1 分
2		举报投诉	医保医师发生医疗服务态度差、对医保政策解释不准确等行为导致参保人员投诉被医保部门查实的情况。	查实一例扣 1 分
3		身份识别	医保医师未按规定审核参保人员医疗保障凭证被医保部门查实的情况。	查实一例扣 1 分
4		诱导院外购药	医保医师诱导参保人员到院外购买药品、器械被医保部门查实的情况。	查实一例扣 1 分
5		医保管理配合情况	医保医师不主动配合医保部门管理；或拒绝、阻挠医保部门开展必要监督检查的行为。	查实一例扣 2 分
6	基金监管	欺诈骗保	医保医师被查实存在诱导、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，骗取医疗保障基金支出的行为；或伪造、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，骗取医疗保障基金支出的行为；或虚构医药服务项目，骗取医疗保障基金支出的行为。	查实一例扣 15 分
7	社会信用	行政处罚	医保医师被卫生健康、市场监管等相关行政部门行政处罚的情况。	查实一例扣 7 分
8		纪律处罚	医保医师被纪律监察部门处罚、处理的情况。	查实一例扣 15 分
9		舆情评价	医保医师被媒体公开曝光负面新闻的情况。	查实一例视情况扣 2-7 分
10	协议管理	分解住院	医保医师发生分解住院的行为被医保部门查实的情况。	查实一例视情节严重程度扣 2-4 分
11		挂床住院	医保医师发生挂床住院的行为被医保部门查实的情况。	查实一例视情节严重程度扣 2-4 分

序号	分类	指标	释义	评分规则
12		不合理诊疗	医保医师违反相关规定, 发生过度诊疗、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的行为被医保部门查实的情况。	查实一例视情节严重程度扣2-4分
13		不合理收费	医保医师违反相关规定, 发生重复收费、超标准收费、分解项目收费的行为被医保部门查实的情况。	查实一例视情节严重程度扣2-4分
14		串换项目	医保医师违反相关规定, 发生串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的行为被医保部门查实的情况。	查实一例视情节严重程度扣2-4分
15		转卖药品	医保医师违反相关规定, 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被医保部门查实的情况。	查实一例视情节严重程度扣2-4分
16		费用结算	医保医师违反相关规定, 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被医保部门查实的情况。	查实一例视情节严重程度扣2-4分
17		知情同意	除急诊、抢救等特殊情形外, 医保医师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被医保部门查实的情况。	查实一例视情节严重程度扣1分
18		病种高套	医保医师不遵守按病种分值结算管理相关规定, 发生高套病种分值行为被医保部门查实的情况。	查实一例视情节严重程度扣2-4分
19		低标准入院	医保医师将不符合入院指征的参保人员收治入院的行为被医保部门查实的情况。	查实一例视情节严重程度扣2-4分
20		智能监控	根据智能监控系统扣款规则查实医师存在的浪费、滥用、骗取医保基金的行为, 经人工复核后扣费的情况。	依据扣款次数及金额扣分, 扣分不超过8分

附件 4

宁夏回族自治区医疗保障参保人 信用评价指标体系

序号	指标	释义	评分规则
1	转借社保卡	将本人的医疗保障凭证交由他人使用造成医疗保障基金损失被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 1 分； 2、经查实被医保行政部门处理的扣 3 分。
2	转借社保卡（欺诈）	以骗取医疗保障基金为目的将本人的医疗保障凭证交由他人使用造成医疗保障基金损失被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 2 分； 2、经查实被医保行政部门处理的扣 6 分； 3、判定为刑事犯罪的扣 12 分。
3	重复参保	重复享受医疗保障待遇造成医疗保障基金损失被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 1 分； 2、经查实被医保行政部门处理的扣 3 分。
4	重复参保（欺诈）	以骗取医疗保障基金为目的重复享受医疗保障待遇被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 2 分； 2、经查实被医保行政部门处理的扣 6 分； 3、判定为刑事犯罪的扣 12 分。
5	转卖套现	利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品造成医保基金损失被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 1 分； 2、经查实被医保行政部门处理的扣 3 分。
6	转卖套现（欺诈）	以骗取医疗保障基金为目的利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 2 分； 2、经查实被医保行政部门处理的扣 6 分； 3、判定为刑事犯罪的扣 12 分。
7	接受返现、实物	利用享受医疗保障待遇的机会接受返还现金、实物或者其他非法利益造成医保基金损失被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 1 分； 2、经查实被医保行政部门处理的扣 3 分。

序号	指标	释义	评分规则
8	接受返现、实物 (欺诈)	以骗取医疗保障基金为目的利用享受医疗保障待遇的机会接受返还现金、实物或者其他非法利益被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 2 分; 2、经查实被医保行政部门处理的扣 6 分; 3、判定为刑事犯罪的扣 12 分。
9	冒名就医	以骗取医疗保障基金为目的使用他人医疗保障凭证冒名就医被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 2 分; 2、经查实被医保行政部门处理的扣 6 分; 3、判定为刑事犯罪的扣 12 分。
10	冒名购药	以骗取医疗保障基金为目的使用他人医疗保障凭证冒名购药被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 2 分; 2、经查实被医保行政部门处理的扣 6 分; 3、判定为刑事犯罪的扣 12 分。
11	伪造凭证	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骗取医疗保障基金支出被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 2 分; 2、经查实被医保行政部门处理的扣 6 分; 3、判定为刑事犯罪的扣 12 分。
12	虚构服务	通过虚构医药服务项目、骗取医疗保障基金支出被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 2 分; 2、经查实被医保行政部门处理的扣 6 分; 3、判定为刑事犯罪的扣 12 分。
13	其他造成基金损失的违规行为	其他造成基金损失的行为被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 1 分; 2、经查实被医保行政部门处理的扣 3 分。
14	其他欺诈骗保行为	以骗取医疗保障基金为目的的其他行为被医保行政部门查实的情况。	1、经查实但情节轻微未进行处理的扣 2 分; 2、经查实被医保行政部门处理的扣 6 分; 3、判定为刑事犯罪的扣 12 分。

附件 5

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 6

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 7

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《宁夏回族自治区医疗保障基金使用监管信用管理办法(试行)》规定	第三十条规定: 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:		

附件 8

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《宁夏回族自治区医疗保障基金使用监管信用管理办法（试行）》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 9

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 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	经办人： 单位（盖章） 年 月 日			