砀医保〔2023〕5号

砀山县医疗保障局关于印发《砀山县医疗保障信用评价管理办法（试行）》的通知

局各中心、各股室、各定点医药机构：

为加强我县医疗保障领域信用体系建设，加快构建以信用为核心的新型医疗保障监管体制，切实保障群众利益和医疗保障基金安全，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）等有关规定，结合本县实际，制定本办法，现将《砀山县医疗保障信用评价管理办法（试行）》印发给你们，请执行。

2023年3月10日

砀山县医疗保障局

砀山县医疗保障信用评价管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强我县医疗保障领域信用体系建设，加快构建以信用为核心的新型医疗保障监管体制，切实保障群众利益和医疗保障基金安全，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）等有关规定，结合本县实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本县医疗保障信用主体（以下简称信用主体）信用信息采集、信用评价、信用评价结果应用和异议处理等。

本办法所称的信用主体包括本县定点医疗机构、定点零售药店。

第三条 县医疗保障行政部门负责本县医疗保障信用评价管理的统筹协调、制度建设、标准制定以及业务指导等工作。

县医疗保障经办机构负责落实本县医疗保障信用评价管理工作。

第四条 医疗保障信用评价管理应当遵循合法、客观、公正和审慎原则，保守国家秘密、商业秘密和个人隐私。

第五条 鼓励公立医疗机构、非公立医疗机构、零售药店等行业协会积极参与医疗保障信用体系建设，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。

第二章 信用信息采集

第六条 县医疗保障经办机构负责信用主体信用信息的采集，信用信息包括基本信息、履约评价信息、不良信用信息、信用承诺等。

第七条 基本信息是指可用于识别信用主体的身份、能力、经历等特征的信息。定点医疗机构、定点零售药店等机构的基本信息包括登记许可、资质资格、统一社会信用代码、法定代表人及与身份有关的其他信息。

第八条 履约评价信息是指信用主体履行服务协议的信息。

第九条 不良信用信息是指信用主体违反医疗保障相关法律、法规、规章、服务协议的相关信息。

第十条 本县定点医疗机构、定点零售药店应当作出信用承诺。信用承诺主要内容包括：

（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；

（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。

本县定点医疗机构、定点零售药店的信用承诺内容应当向社会公开。

第十一条 信用信息采集采取线上和现场相结合的方式。信用主体应当积极配合向医疗保障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。

第三章 信用评价

第十二条 县医疗保障经办机构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。

第十三条 定点医疗机构、定点零售药店的信用评价实行积分制管理，定点医疗机构、定点零售药店评价基础分值为100分。

县医疗保障经办机构根据《定点医疗机构、定点零售药店信用评价积分标准》（详见附件，以下简称“信用评价积分标准”）对其进行评价，评价后得到其评价分值。

第十四条 县医疗保障行政部门可根据监督管理实际不定期更新信用评价积分标准。

县医疗保障行政部门制定信用评价积分标准应当征求相关信用主体意见。对存在较大分歧意见或者可能造成较大社会影响的，应组织相关专家进行咨询论证。信用评价积分标准形成后，在砀山县人民政府和砀山县医疗保障局微信公众号向社会公布。

第十五条 定点医疗机构、定点零售药店的信用评价结果根据其评价分值确定，信用评价结果分为A级、B级、C级、D级等4个信用等级，分别为信用优秀、信用良好、信用一般、信用较差。

第十六条 定点医疗机构、定点零售药店信用等级划分如下：

（一）有床位的定点医疗机构，评价分值90分以上的，为A级；评价分值85分以上，不足90分的，为B级；评价分值80分以上，不足85分的，为C级；评价分值不足80分的，为D级；

（二）定点零售药店，评价分值90分以上的，为A级；评价分值85分以上，不足90分的，为B级；评价分值80分以上，不足85分的，为C级；评价分值不足80分的，为D级；

第十七条 定点医疗机构、定点零售药店有下列情形之一的，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 信用评价结果应用

第十八条 信用评价结果依法依规在砀山县人民政府和砀山县医疗保障局微信公众号向社会公开，接受社会监督。

第十九条 县医疗保障部门根据定点医疗机构、定点零售药店的信用评价结果进行分类管理：

（一）信用等级为A级的，适当减少检查稽核频次；

（二）信用等级为B级的，按规定进行必要的检查稽核；

（三）信用等级为C级的，予以约谈，重点监控其医保服务行为，适当增加检查稽核频次；

（四）信用等级为D级的，予以约谈，全面监控其医保服务行为，增加检查稽核频次并在年度考核中扣减相应管理分数。

第五章 信用评价异议处理

第二十条 县医疗保障经办机构将拟确定的信用评价结果通过书面或其他形式告知信用主体，信用主体对信用评价结果有异议的，可以在收到评价结果告知之日起10个工作日内向县医疗保障经办机构提出书面申请并提交相关材料。

第二十一条 县医疗保障经办机构应当在收到异议材料之日起15个工作日内对异议情况进行调查核实，作出是否更正的决定，并及时将处理结果书面告知异议提出人。信用评价结果经核实确实有误的，应当进行更正。核实无误的，维持原评价结果。

信用主体对复核结果存在异议的，可以请求县医疗保障行政部门进行处理。

第六章 附则

第二十二条 信用评价管理有关工作人员有违反法律法规规定，篡改、隐匿、虚构或者违法删除信用信息等侵害信用主体合法权益行为的，依法依规追究相关责任。

第二十三条 本办法所称的服务协议为医疗机构、零售药店与砀山县医保经办机构签订的《安徽省定点医疗机构医疗保障服务协议书》《安徽省定点零售药店医疗保障服务协议书》。

第二十四条 本办法所称“以上”包括本数，“不足”、“之后”不包括本数。

第二十五条 国家、省、市对医疗保障信用评价另有规定的，从其规定。

第二十六条 本办法自下发之日起试行。

附件1：定点医疗机构、定点零售药店信用评价积分标准

附件1：

定点医疗机构、定点零售药店

信用评价积分标准

1. 定点医疗机构信用评价积分标准

定点医疗机构信用评价基础分值为100分，按照下列规定进行相应扣分、加分。

1. 扣分项
2. 违反服务协议，被医疗保障部门要求限期整改的，限期整改一次扣3分，限期整改两次扣8分，限期整改三次及以上扣15分；未按要求进行整改的，扣20分。
3. 违反服务协议，法定代表人、主要负责人或实际控制人被医疗保障部门约谈的，约谈一次扣2分，约谈两次扣5分，约谈三次及以上扣10分。
4. 违反服务协议，查实的违规费用不足两万元的，扣1分；违规费用为两万元以上，不足五万元的，扣2分；违规费用为五万元以上，不足十万元的，扣3分；违规费用为十万元以上，不足一百万元的，扣5分；违规费用为一百万元以上的，扣10分。
5. 违反医疗保障相关法律、法规、规章，被医疗保障部门要求责令改正的，责令改正一次扣3分，责令改正两次扣8分，责令改正三次及以上扣15分；拒不改正的，扣20分。
6. 违反医疗保障相关法律、法规、规章，造成医疗保障基金损失，损失金额不足两万元的，扣2分；损失金额为两万元以上，不足五万元的，扣3分；损失金额为五万元以上，不足十万元的，扣4分；损失金额为十万元以上，不足五十万元的，扣10分；损失金额为五十万元以上的，扣20分。
7. 发生医疗保障相关法律、法规、规章规定的骗取医疗保障基金支出行为的，扣20分。
8. 违反医疗保障相关法律、法规、规章、服务协议，被医疗保障部门中止或暂停服务协议的，扣10分。
9. 违反医疗保障相关法律、法规、规章、服务协议，被医疗保障部门解除服务协议的，扣20分。
10. 未按规定退回服务协议约定的违规费用、预付款等应退回费用的，扣10分。
11. 加分项
12. 积极举报欺诈骗取医疗保障基金行为，且查实为有效线索的，加5分。
13. 有视频监控配药、收费、结算等行为，并积极提供给医疗保障部门检查的，加3分。
14. 受到医疗保障行政部门表彰的，加3分。
15. 开展医疗保障管理创新性工作，受到医疗保障部门认可的，加3分。
16. 连续2年无违反医疗保障相关法律、法规、规章、服务协议的，加5分。
17. 机构员工加入本市医疗保障专家库，且积极参与医疗保障部门组织的咨询、评审、鉴定、检查、调研活动的，按积极参与每人次给予该机构加0.5分，最高加5分。
18. 年度累计最多加20分。
19. 评价分值计算

基础分值100分-被扣除的分数+加分数=评分值；

1. 定点零售药店信用评价积分标准

定点零售药店信用评价基础分值为100分，按照下列规定进行相应扣分、加分。

1. 扣分项
2. 违反服务协议，被医疗保障部门要求限期整改的，限期整改一次扣3分，限期整改两次扣8分，限期整改三次及以上扣15分；未按要求进行整改的，扣20分。
3. 违反服务协议，法定代表人、主要负责人或实际控制人被医疗保障部门约谈的，约谈一次扣2分，约谈两次扣5分，约谈三次及以上扣10分。
4. 违反服务协议，查实的违规费用不足两万元的，扣1分；违规费用为两万元以上，不足五万元的，扣2分；违规费用为五万元以上，不足十万元的，扣3分；违规费用为十万元以上，不足一百万元的，扣5分；违规费用为一百万元以上的，扣10分。
5. 违反医疗保障相关法律、法规、规章，被医疗保障部门要求责令改正的，责令改正一次扣3分，责令改正两次扣8分，责令改正三次及以上扣15分；拒不改正的，扣20分。
6. 违反医疗保障相关法律、法规、规章，造成医疗保障基金损失，损失金额不足两万元的，扣2分；损失金额为两万元以上，不足五万元的，扣3分；损失金额为五万元以上，不足十万元的，扣4分；损失金额为十万元以上，不足五十万元的，扣10分；损失金额为五十万元以上的，扣20分。
7. 发生医疗保障相关法律、法规、规章规定的骗取医疗保障基金支出行为的，扣20分。
8. 违反医疗保障相关法律、法规、规章、服务协议，被医疗保障部门中止或暂停服务协议的，扣10分。
9. 违反医疗保障相关法律、法规、规章、服务协议，被医疗保障部门解除服务协议的，扣20分。
10. 未按规定退回服务协议约定的违规费用等应退回费用的，扣10分。
11. 加分项
12. 积极举报欺诈骗取医疗保障基金行为，且查实为有效线索的，加5分。
13. 有视频监控配药、收费、结算等行为，并积极提供给医疗保障部门检查的，加3分。
14. 受到医疗保障行政部门表彰的，加3分。
15. 开展医疗保障管理创新性工作，受到医疗保障部门认可的，加3分。
16. 连续2年无违反医疗保障相关法律、法规、规章、服务协议的，加3分。
17. 机构员工加入本市医疗保障专家库，且积极参与医疗保障部门组织的咨询、评审、鉴定、检查、调研活动的，按积极参与每人次给予该机构加0.5分，最高加5分。
18. 年度累计最多加20分。
19. 评价分值计算

基础分值100分-被扣除的分数+加分数=评价分值。

备注：

1.违规费用、造成医疗保障基金损失金额为评价年度内累计金额。

2.定点医疗机构所属科室因违规被医疗保障部门中止、暂停、解除服务协议的，视为定点医疗机构发生此行为进行扣分。

3.机构工作人员举报欺诈骗取医疗保障基金行为的，可视为机构进行举报，给予加分。

4.同一违规事项，不重复扣分（按照就高不就低的原则进行扣分）。