

关于征求《宁夏回族自治区医疗保障基金使用信用监督管理办法（试行）（征求意见稿）》意见的公告

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，自治区医保局研究起草了《宁夏回族自治区医疗保障基金使用信用监督管理办法（试行）（征求意见稿）》，现向社会公开征求意见。公众可在公告日起7日内提出意见和建议，以书面或电子邮件的形式向我局反馈。

电子邮箱：nxybjjjgc@126.com

通讯地址：银川市北京中路57号信通大厦20层，宁夏回族自治区医疗保障局医保基金监管处，邮编：750000

附件：宁夏回族自治区医疗保障基金使用信用监督管理办法（试行）（征求意见稿）

宁夏回族自治区医疗保障局

2021年8月12日

宁夏回族自治区医疗保障基金使用信用 监督管理办法（试行）

（征求意见稿）

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》《宁夏回族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》《自治区医疗保障局关于做好全区医保基金监管信用体系建设有关工作的通知》等规定，结合我区实际，制定本办法。

第二条 本自治区行政区域内医疗保障信用主体（以下简称“信用主体”）的信息采集、评价、发布、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基金使用信用监督管理，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基金管理领域信用信息，

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监管信用评价结果，是指通过信用评价所生成的信用报告、医疗保障信用分和信用等级等。

第四条 医疗保障基金使用信用监督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 自治区医疗保障行政部门统筹全区医疗保障基金使用信用监督管理工作，负责指导、协调推进全区医疗保障基金使用信用监督管理工作，负责制度建设、系统开发等工作。

各地级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信用监督管理工作，负责本地级市医疗保障基金使用信用监督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。

各地级市医疗保障行政部门可授权相应医疗保障经办机构承担医疗保障基金使用信用监督管理的具体工作，也可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主要分为机构和个人两类。

(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. 承办医疗保障经办业务的第三方机构;
4. 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个人。

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,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 鼓励各地级市医疗卫生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。医疗保障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。

第十一条 信用主体的基础信息包括以下内容：

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；人员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。

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）举报他人涉嫌欺诈骗保行为，经医疗保障部门查实的；

（三）主动守信承诺信息；

（四）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）未在法定期限内申请行政复议或起诉，或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；

（四）经有关部门认定的其他失信信息。

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，并配合评价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，保证信息的准确性和时效性。

第三章 信用评定与等级

第十五条 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。定点医药机构所属分支机构、内设科室、工作人员的医疗保障基金使用信用

行为纳入定点医药机构的信用等级评定范围。

第十六条 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。

第十七条 定点医药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、医药机构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，并结合实际调整。信用指标分为一级指标、二级指标和三级指标。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。具体指标体系详见附件。

第十八条 定点医药机构信用分值采取最大值高优、标杆最优、最小值低优、实际值中优、分档打分、升序排名等方法计分。

第十九条 综合评定总分值（以下简称评定总分值）为 100 分，采取累计积分的方式，通过信用评价指标体系评定的分值，对应形成“信用良好”AAA 级、“信用较好”AA 级、“信用一般”A 级、“信用差”B 级、“严重失信”C 级信用等级，并按信用等级实施分类监管，实行动态考评。

第二十条 医疗机构信用等级：

（一）AAA 级，表示信用良好：评定总分值高于 90 分（含）；

（二）AA 级，表示信用较好：评定总分值高于 80 分（含），

低于 90 分（不含）；

（三）A 级，表示信用一般：评定总分值高于 70 分（含），低于 80 分（不含）；

（四）B 级，表示信用差：评定总分值高于 60 分（含），低于 70 分（不含）；

（五）C 级，表示严重失信：评定总分值低于 60 分（不含）。

第二十一条 定点医疗机构有以下情形的，直接列入 C 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）在信用等级评定中弄虚作假的。

（三）因违法违规或不良事件被自治区级以上媒体曝光的。

（四）拒绝、阻挠或不配合监督检查、拒不执行稽核决定或行政处罚决定的。

（五）受到行政处罚后拒不改正的。

（六）受到刑事处罚的。

（七）法律、法规、规定的其他情形。

第二十二条 对评定为 AAA 级定点医药机构采取以下激励措施：

（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) 提前全额给付上一协议年度质量管理预留考评金;

(五) 开展日常监督检查时可减少检查频次,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公共信用信息平台,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。

第二十三条 对评定为 AA 级定点医药机构采取以下激励措施:

(一) 在自治区医疗保障信用评价管理平台予以公示;

(二) 适当降低质量管理预留考评金比例;

(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。

第二十四条 对评定为 A 级定点医药机构采取以下措施:

(一) 年度医疗保险统筹基金总额控制指标在预算基础上下调 5%;

(二) 在自治区医疗保障信用评价管理平台予以公示;

(三) 按常规开展日常监督检查，督促其守法诚信经营。

第二十五条 对评定为 B 级定点医药机构，采取以下惩戒措施：

(一) 警示约谈，要求限期整改；

(二) 年度医疗保险统筹基金总额控制指标在预算基础上下调 10%-15%；

(三) 通过医疗保障信用评价管理平台推送信用风险提示；

(四) 推送至宁夏公共信用信息平台、国家企业信用信息公示系统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。

第二十六条 对评定为 C 级定点医药机构，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服务质量管理预留考评金。

(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；

(五) 推送至宁夏公共信用信息平台、国家企业信用信息公

示系统（宁夏）等平台进行失信联合惩戒。

第二十七条 对定点医药机构信用等级评定过程发现涉嫌违纪违法线索的，移交纪检监察部门和公安部门处理。

第二十八条 定点医疗机构信用等级以一个会计年度为评定周期，通过自治区医疗保障信用评价管理平台进行动态调整，期末分数清零后进入下一周期重新计算。信用主体的信用信息涉及的情形未消除的，在下一周期重新参与评分。

第四章 信用发布与应用

第二十九条 评价机构应按照信用评价办法，通过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。

各地级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，向所在地级市医疗保障部门提出异议申述（附件1），说明理由并提供相关证明材料。

地级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 2）。

第三十一条 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，评价机构应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。

第三十二条 建立以信用为基础的新型监管机制，实施分级分类监管。在“双随机、一公开”监管中引用信用评价结果，对于等级为优秀的信用主体，原则上抽查比例不高于原抽查比例的 30%；对于等级为良好的信用主体，原则上抽查比例为原抽查比例的 50%；对于等级为一般的信用主体，抽查比例保持不变；对于等级为差信用主体，进行全覆盖检查。

第三十三条 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（红）名单”，推送至同级和自治区公共信用平台联合激励。

第三十四条 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。

第五章 信用修复

第三十五条 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。

第三十六条 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修复申请。失信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失信行为。法律、法规、规章另有规定的从其规定。

失信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。

失信主体向做出信用评价的医疗保障部门提出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。

做出失信认定的地级市医疗保障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最多不超过 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（附件 4）。公示期满无异议的，按程序信用修复，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。

第六章 监督管理

第三十六条 各地级市医疗保障部门、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。

第七章 附则

第三十七条 本办法由宁夏回族自治区医疗保障局负责解释。

第三十八条 本办法自 2021 年 月 日起施行。

附件：1. 医疗保障基金使用信用监督管理指标体系

2. 异议信息处理申请表

3. 异议信息处理结果反馈单

4. 信用修复申请表

5. 不予信用修复告知书

6. 信用修复确认通知书

宁夏回族自治区医疗保障定点医药机构信用监督管理指标体系

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15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	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。

				询、查询服务。					
		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	<div>1. 投诉窗口(台)、箱、监督举报电话的相关证明图片;</div> <div>2. 投诉处理的记录、证明材料扫描件。</div>
		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、不配合监督检查、提供虚假材料, 存在以上任一行为的,本项扣100分,提供虚假材料的直接按C类处理。	检查人员录入	
		6	药品耗材招采	严格执行药品、医用耗材招采的相关规定。	参加药品耗材招采的医疗机构	2	违反招标采购要求,未按规定进行采购药品和医用耗材,每次扣50分; 违反集中采购要求,未按规定使用集中采购药品和医用耗材,每次扣50分; 有商业贿赂行为的,本项扣100分。	医疗机构线上填报	<div>1. 药品招标采购账单扫描件;</div> <div>2. 耗材招标采购账单扫描件。</div>
		7	药品集中带量采购	严格执行国家、自治区组织的药品集中带量采购政策规定。	参加带量采购的医疗机构	3	未按规定时间在宁夏医药招标采购平台上确认收货、核对账单和上传财务盖章账单,扣10分;未完成规定采购量任务,本项扣100分。	医疗机构线上填报	<div>1. 宁夏医药招标采购平台集中采购账单扫描件;</div> <div>2. 宁夏医药招标采购平台确认品种</div>

									及数量图片。
		8	医药价格管理	严格执行规定的药品、耗材价格政策以及规定的医疗服务项目、医疗机构床位费收费标准。	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；按要求开展医保医师管理。	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；不执行医疗保障部门对医保医师的管理，直接按 C 类处理。	医疗机构线上填报	1. 医保医师变更情况的材料扫描件； 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。

	(四) 医疗管理	15	身份识别	核验参保人员医疗保障有效凭证（医保卡、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	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

				承担解释责任。					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%。	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。
							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。		
		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%	医保系统提取	
							取各地级市同等级、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。		
	(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% 取各地级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%	医保系统提取	
							取各地级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。		
		24	门诊次	衡量医疗机构门	精神	1	门诊医疗费用/门诊人次	医保系统	

			均费用	诊次均费用水平。	病医院等专科医院除外		取各地级市同等级、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。	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	<p>(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%</p> <p>取各地级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。</p>	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	<p>住院医疗费用/出院人次</p> <p>取各地级市同等级、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。</p>	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	<p>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，</p> <p>3%（含）以下得 100 分；</p> <p>3%-5%（含）得 80 分；</p> <p>5%-6%（含）得 60 分；</p> <p>6%-8%（含）得 50 分；</p> <p>8%-9%（含）得 40 分；</p> <p>9%-10%（含）得 30 分；</p> <p>10%-12%（含）得 20 分；</p> <p>12%-15%（含）得 10 分；</p>	医保系统提取	

							超过 15%得 0 分。		
(三) 住院报销比例	28	职工住院报销比例	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+大病基金报销费用)/住院总费用*100%计算： 所有医疗机构≥85%得 100 分；80%（含）-85%得 95 分； 一级医疗机构：65%(含)-72%得 40 分；72%（含）-75%得 50 分； 75%（含）-77%得 60 分；	医保系统提取		
						77%（含）-80%得 70 分。 二级医疗机构：65%(含)-72%得 50 分；72%（含）-75%得 60 分； 75%（含）-77%得 70 分；77%（含）-80%得 80 分。 三级医疗机构：65%(含)-72%得 60 分；72%（含）-75%得 70 分； 75%（含）-77%得 80 分；77%（含）-80%得 90 分。			
						所有医疗机构 60%(含)-65%得 20 分；低于 60%得 0 分 。			
	29	居民住院报销比例	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：	医保系统提取		
						所有医疗机构≥80%得 100 分；			
						一级医疗机构：			
						75%（含）-80%得 95 分；			
						72%（含）-75%得 90 分 ；			
						67%（含）-72%得 80 分；			
						50%（含）-67%得 70 分；			
						45%（含）-50%得 60 分；低于 45%扣 100 分。			
						二级医疗机构：			
						75%（含）-80%得 95 分；			
70%（含）-75%得 90 分；									

							60%（含）-70%得 80 分；		
							50%（含）-60%得 70 分；		
							45%（含）-50%得 60 分；低于 45%扣 100 分。		
							三级医疗机构：		
							58%（含）-80%得 95 分；		
							55%（含）-58%得 90 分；		
							50%（含）-55%得 80 分；		
							45%（含）-50%得 70 分；		
							40%（含）-45%得 60 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， 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 C 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，按金额扣分，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。 三级医疗机构每被追回金额 30 万元，扣 50 分； 二级医疗机构每被追回金额 10 万元，扣 50 分； 一级医疗机构每被追回金额 1 万元，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 C 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，按金额及次数进行 扣分,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。	检查人员 录入	
							三级医疗机构每被拒付金额 30 万元，扣 50 分； 二级医疗机构每被拒付金额 10 万元，扣 50 分； 一级医疗机构每被拒付金额 1 万元，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 C 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 50 分，连续两年暂停协议的按 C 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 C 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	0.5	被暂停或中止处方权的，每次扣 20 分； 取消医保医师资格的，每次扣 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，被自治区级以上媒体曝光的，直接按 C 类处理。	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	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。

				行即时监控，并有效行使管理职能。					
		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 25 分； 未开展监督检查和考核，扣 25 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。

六、 社会 信用	(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。		
	(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 用红名 单	医疗机构被纳入 社会公共信用平 台红名单的。	全部	2	被纳入社会公共信用平台守信红名单的,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 C 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 C 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 C 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	根据志愿服务办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	3	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	

行评价)		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

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)	<div>年 月 日 (盖章)</div>		
信用承诺	<div>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。</div> <div>签字: (盖章)</div>		
备注			

附件 3

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	<div>XX 医疗保障局</div> <div>年 月 日 （盖章）</div>
备注	

附件 4

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信用监督管理办法（试行）》规定	第三十条规定：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>法定代表人（自然人）签字： （盖章）</p> <p>申请日期：</p>		

附件 5

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信用监督管理办法（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 6

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			