

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〔2025〕1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》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》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

2025年2月21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

## 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，创新医保基金监管机制，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，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《医疗保障基金使用监督管理条例》《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》《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》《宁夏回族自治区社会信用条例》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”）的信用信息采集、承诺、评价、应用、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、制度建设等工作。负责开发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，实现信用信息的电子化采集、记录、存储和应用。自治区发展改革、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，及时向自治区医疗保障行政部门报送相关信用信息。各设区的市发展改革、卫生健康等行政部门根据本办法，按照各自职责配合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可授权医保经办机构承担医疗保障基金监管信用管理具体工作，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包括：

- (一) 医疗保障定点医药机构；
- (二) 医疗保障服务的医师、护士（师）、药（士）师等定点医药机构涉及医疗保障基金使用的相关人员；
- (三) 医疗保障参保人员；
- (四) 其他参与医疗保障活动的单位或个人。

**第七条** 信用主体应当自觉遵守国家有关法律、法规、规章、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，配合开展医保基金监管信用管理工作。

## **第二章 信用承诺**

**第八条** 医疗保障部门应当创新事前环节信用监管，建立医保领域信用承诺制，将信用主体履行承诺情况纳入信用记录并作为事中事后监管的依据，与监督检查频次、处罚裁量等挂钩，推动定点医药机构通过自查自纠规范医保基金使用行为，主动履行医保基金使用主体责任。

**第九条** 信用承诺是指涉及医疗保障基金使用的相关机构、人员以规范形式向社会作出的安全合理使用医保基金的书面承诺，包括严守诚信原则，严格遵守法律法规和服务协议使用医疗保障基金，不参与欺诈骗保，不实施过度诊疗，接受医疗保障部门依法依规开展的行政检查、协议管理、信用评价等，主动接受社会监督等相关内容。

**第十条** 机构类信用主体应当组织本机构涉及医保基金使用的相关人员通过签署承诺书的形式作出信用承诺,确保相关人员知晓并遵守信用承诺。

**第十一条** 信用承诺书由信用承诺主体填写,签字或单位盖章。各级医疗保障部门可采取网上下载、现场提供等多种方式,方便承诺主体取得信用承诺书模板,同时应当指导承诺主体在办理医保业务时进行承诺。信用承诺及其履行情况信息采用电子化归集,相关数据按照标准列入公共信用信息资源目录,以数据共享的形式归集至公共信用信息平台。

**第十二条** 信用承诺主要包括:

(一) 承诺严格遵守国家法律法规、规章等有关规定,全面履行法定责任和义务;

(二) 承诺所提交材料合法、真实、准确、完整、有效;

(三) 承诺严格执行医保政策,诚信履行医保服务协议,维护医保基金安全,自愿接受医疗保障行政部门及其经办机构依法依规开展的监督检查和信用评价;

(四) 承诺同意将信用承诺及履约情况纳入医保信用主体信用信息,并通过“宁夏信用信息共享平台”公开公示;

(五) 承诺接受医疗保障行政部门及其经办机构、行业组织、社会公众、新闻舆论的监督,积极履行社会责任;

(六) 承诺如果违反本承诺事项,存在违法失信行为的,将自愿接受信用分类监管约束措施和惩戒;

(七) 根据有关规定需要作出的其他承诺。

### 第三章 信用信息采集

**第十三条** 医疗保障部门应当依托医疗保障信用评价管理平台，建立各类信用主体的医疗保障信用档案，正确记录和归集各类信用主体的信用信息。机构类信用档案以统一社会信用代码作为标识，个人类信用档案以身份证号码、出入境证件号码等作为标识。医疗保障信用档案由信用主体的基础信息、守信信息、失信信息、信用信息异议记录信息、信用修复信息、相关部门评定的信用信息以及应纳入信用档案的其他信息构成。

**第十四条** 医保基金监管领域信用主体的基础信息、守信信息、失信信息的归集，执行全国公共信用信息基础目录及国家医保相关规定范围和自治区公共信用信息补充目录。

（一）信用主体的基础信息包括以下内容：

1. 登记注册基本信息。主要指公共管理和服务中反映信用主体基本情况的登记类信息。机构类信用主体包括单位名称、单位性质、执业范围、法定代表人、统一社会信用代码和注册登记（备案）内容等；个人类信用主体包括姓名、居民身份证号码、出入境证件号码、执业信息和注册信息等。

2. 信用主体的资质资格、职称和职业资格信息。

3. 行政管理信息。包括医疗保障行政管理信息、拒不履行生效的医疗保障行政决定所确定义务的信息，以及医疗卫生、市场监管、药品监管、人力资源和社会保障、税务等领域与医疗保障有关的行政管理类公共信用记录。

（二）信用主体的守信信息包括以下内容：

4. 信用承诺及其履行情况信息。主要指信用主体作出的医疗

保障信用承诺及其履行情况信息。

5. 信用评价结果信息。包括医疗保障信用评价结果等信息。

6. 诚实守信相关荣誉信息。包括地级以上市人民政府及其部门以及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荣誉信息。

7. 遵守法律法规情况信息。包括信用主体依照医疗保障法律、行政法规的规定履行职责和义务的情况等信息。

(三)信用主体的失信信息指对信用主体信用状况构成负面影响的信用信息，失信信息包括以下内容：

8. 司法裁判及执行信息。包括信用主体因违反医疗保障法律受到法律制裁的生效判决及其执行信息、人民法院对医疗保障行政部门申请法院强制执行的裁定及其执行情况、医疗保障行政诉讼案件的生效判决及其执行信息、纳入失信被执行人名单等。

9. 违反法律法规情况信息。信用主体违反医疗保障领域有关法律、法规、规章等，受到县级以上医疗保障部门行政处罚等信息。

10. 严重失信主体名单信息。包括医疗保障部门在全国范围内实施的医疗保障领域失信联合惩戒对象名单、社会救助领域信用黑名单；其他有关行业、领域主管部门认定的严重失信主体名单。

医保行政部门认定失信行为必须以具有法律效力的文书为依据。可认定失信行为的依据包括：生效的司法裁判文书和仲裁文书、行政处罚和行政裁决等行政行为决定文书，以及法律、法

规或者党中央、国务院政策文件规定可作为失信行为认定依据的其他文书。

**第十五条** 信用信息提供方需对所提供信息的合法性、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。

**第十六条** 信用信息通过以下途径归集:

- (一)信用主体按照医保信用体系建设的要求提供相关信息;
- (二)医疗保障部门通过智能审核、智能监控、日常监管、专项行动等方式认定的行政处罚信息;
- (三)医疗保障部门从公共信用信息平台、国家企业信用信息公示系统等平台共享信息;
- (四)其他符合规定的归集途径。

## 第四章 信用评定与发布

**第十七条** 信用主体应当积极配合医疗保障部门开展信用评价工作,对提供的评价信息的真实性、完整性、准确性和时效性负责。

**第十八条** 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。

**第十九条** 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。

**第二十条** 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。

**第二十一条** 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。

对医疗保障服务的医师、护士（师）、药（士）师等定点医药机构涉及医疗保障基金使用的相关人员信用评价另行规定。

**第二十二条** 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。

**第二十三条** 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）在信用等级评价中弄虚作假的；
- （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）被列入严重失信主体名单的。

**第二十六条** 信用主体的医疗保障信用评价结果主要通过公

示公开、政务共享、授权查询等方式披露，披露范围和披露期限按照有关信用信息管理相关规定执行。

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。

**第二十七条** 以下信息不得向社会披露：

- （一）涉及国家秘密、商业秘密和个人隐私的信息；
- （二）来源于其他行政机关、司法机关和仲裁机构，且还未对社会披露的信息；
- （三）法律法规、规章等规定禁止披露的信息。

**第二十八条** 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。

**第二十九条** 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。

**第三十条** 信用主体对信用评价结果有异议的，可在评价结果发布之日起，向所在设区的市医疗保障部门提出异议申请（附件4），说明理由并提供相关证明材料。

设区的市医疗保障部门收到异议申请后，属于本单位处理范围的，应当自收到异议申请之日起三个工作日内进行审核并处理；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七个工作日内进行审核并处理，相关单位应当在三个工作日内反馈核查结果。处理结果应当书面向异议申请人反馈复核意见（附

件 5)。

**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请处理的，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。

## 第五章 信用评价结果应用

**第三十二条** 各级医疗保障行政部门根据信用主体的信用等级进行分级分类管理，将信用评价结果与预算管理、监督检查、定点协议管理、定点医疗机构年终考核，以及“双随机、一公开”监管等相关联，实施分级分类监管。

**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、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。

**第三十五条** 对评定为 A 级的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）适当降低医疗服务质量保证金；

(四)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;

(五)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;

(六)同等条件下优先开展医疗保障新政策业务试点;

(七)法律法规、规章规定的其他激励措施。

**第三十六条** 对评定为 B 级的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,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。

**第三十七条** 对评定为 C 级的定点医药机构采取以下措施:

(一)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;

(二)按常规开展日常监督检查,督促其守法诚信经营。

**第三十八条** 对评定为 D 级的定点医药机构,采取以下措施:

(一)警示约谈,要求限期整改;

(二)加强医保服务协议管理,通过协议管理增加年度医疗

服务质量保证金比例二至三个百分点；

（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；

（五）在日常监管中，列为预警监管、日常检查、专项检查、抽检复查重点对象。

**第三十九条** 对评定为 E 级的定点医药机构，采取以下措施：

（一）下达整改通知书限期整改，对于拒不整改的，抄送相关主管部门。

（二）加强医保服务协议管理，通过协议管理增加年度医疗服务质量保证金比例三至五个百分点；

（三）适当降低向定点医疗机构预付的预付金比例。

（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；

（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）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；

（七）法律、法规、规章、国务院文件规定的其他措施。

**第四十条** 医疗保障行政部门应当根据信用评价等级分级分类监督管理，将日常监督检查结果、行政处罚结果等情况纳入全国信用信息共享平台和其他相关信息公示系统，按照国家有关规定实施惩戒。

## 第六章 信用修复

**第四十一条** 信用修复是指在一定期限内，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。

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，且自失信信息认定之日起至申请信用修复期间未产生新的同类失信信息，可向作出失信认定的医疗保障行政部门或“信用中国”网站提出修复申请。信用失信修复完成后将终止公示失信信息。

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。

**第四十二条** 失信的信用主体有下列情形之一的，不予以信用修复：

- （一）被认定为信用失信行为之日起，未满3个月的；
- （二）信用修复限期内，再发生同类信用失信行为的；
- （三）依法依规暂不适宜实施信用修复的其他信用失信行为。

## 第七章 监督管理

**第四十三条** 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作出行政处罚时，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，以免影响其信用评价。

**第四十四条** 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。

**第四十五条** 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。

## 第八章 附则

**第四十六条** 本办法由自治区医疗保障局负责解释。

**第四十七条** 本办法自 2025 年 3 月 21 日起施行。

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参保人信用评价指标体系
4. 信用评价结果异议信息处理申请表
5. 信用评价结果异议信息处理结果反馈单
6. 信用修复申请表
7. 不予信用修复告知书
8. 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)	评分标准 (每项百分制, 每项扣完或满分为止)	采集渠道 (日常、监督、自主申报)	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	在协议履行期间, 医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人、医保部门负责人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等信息变更的, 应于变更之日起 30 个工作日内向医保经办机构报备。	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	未在显著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	无 3 种及以上形式政策宣传扣 50 分 (如电子屏、宣传折页、宣传栏等); 没有为参保人员提供宣传及查询服务的, 查实一次扣 50 分 (如导医台、医保办或自助查询设备); 在年度城乡居民参保集中缴费期内未设置参保引导窗口、未向医保经办机构报送排查的未参保人员名单的扣 50 分; 没有制作宣传单, 未发放宣传资料扣 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。全年不得少于 6 期培训宣传, 对重点政策的宣传不得少于 2 次。

		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. 对完成约定采购量,但未中选药品使用量占比高于50%的医疗机构,按一种药品扣10分,扣完为止。已完成报量,但未落实中选药品进院或进院而未采购的医疗机构,按一种药品扣10分,扣完为止。未按时完成并被自治区、设区的市书面通报的一次扣10分,扣完为止。 2. 不报量不采购中选产品而只采购高价非中选产品,按一种药品扣10分,扣完为止。 3. 药品、医用耗材网采率未达到自治区规定的,每次扣50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. 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. 一个批次内未完成一种药品的约定采购量扣10分,扣完为止; 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10分,扣完为止。	宁夏医药采购平台数据采集(或医保信息平台招采子系统)。	宁夏医药采购平台相关品种及数量数据或截图。

		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，落实价格公示制度。	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。无价格公示扣 1 分；检查公示项目不全每次扣 25 分；收到红色信封通报的，一个药品、耗材扣 50 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。未及时维护的，查实一例扣 50 分；因维护不到位引起纠纷、投诉等，查实一例扣 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； 2. 备案医师花名册。
	(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	未在规定时间内及时完成某项系统对接任务的扣 50 分；调用不全面或不调用的扣 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。	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相关材料，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	未核验参保人员医疗保障有效凭证的，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、拒收参保病人的，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	基金 结算 清单	衡量医疗机构执行医疗保障基金 结算清单情况	全部	2	未按全区统一医疗保障基金结算清单填写的，本项扣 100 分，因结算清单填报内容错误，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 提示的定点医 疗机构，上传 其基金结算清 单扫描件。
	20	发票 明细	方便参保患者掌握医保待遇支付 情况	全部	1	医疗保障待遇支出类别未按全区统一发票格式填写的，本项扣 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，上传其发 票明细扫描 件。
	21	费用 清单 及查 询	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	22	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。
		23	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	24	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	
		25	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	
		26	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	
		27	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	

		28	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	
		29	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； 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。	医保系统 提取	
		30	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：≥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：≥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：≥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：≥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	

		31	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	<p>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：</p> <p>一级医疗机构：<math>\geq 90\%</math>得 100 分。</p> <p>85%（含）-90%得 95 分；</p> <p>80%（含）-85%得 90 分；</p> <p>70%（含）-80%得 70 分；</p> <p>50%（含）-70%得 50 分；</p> <p>低于 50%扣 100 分。</p> <p>二级医疗机构：<math>\geq 87\%</math>得 100 分。</p> <p>75%（含）-87%得 95 分；</p> <p>70%（含）-75%得 90 分；</p> <p>60%（含）-70%得 70 分；</p> <p>50%（含）-60%得 50 分；</p> <p>低于 50%扣 100 分。</p> <p>三级乙等（含三甲专科）医疗机构：<math>\geq 75\%</math>得 100 分。</p> <p>70%（含）-75%得 95 分；</p> <p>65%（含）-70%得 90 分；</p> <p>60%（含）-65%得 70 分；</p> <p>50%（含）-60%得 50 分；</p> <p>低于 50%扣 100 分；</p> <p>三级甲等医疗机构：<math>\geq 55\%</math>得 100 分。</p> <p>50%（含）-55%得 95 分；</p> <p>45%（含）-50%得 70 分；</p> <p>40%（含）-45%得 50 分；</p> <p>低于 40%扣 100 分。</p>	医保系统提取	
--	--	----	---------------	-------------------	------------	--	--------	--

	(四) 个人 负担 比例	32	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	33	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	
		34	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	
		35	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	
		36	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	37	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。  拒不执行处罚结果，拒绝退回基金的直接按 E 类处理。	检查人员 录入	

		38	拒付费用	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	3	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。 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。	检查人员录入		
		39	罚款	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	6	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。 拒不执行处罚结果，拒绝罚款的直接按E类处理。	检查人员录入		
	(三) 协议处理	40	医保基金使用相关责任人员处理	依据《宁夏回族自治区医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度实施细则（试行）》规定被暂停、终止医保支付资格处理。	全部	2.5	相关责任人员被暂停医保支付资格的，每人扣20分； 相关责任人员被终止医保支付资格，每人扣30分。	医保系统提取		
		41	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		
		42	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		
		43	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	44	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	45	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	46	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	未明确院长（法人）负责医保工作扣 30 分； 未设置专门医保科室或专人负责医保工作扣 30 分； 业务科室未配备医保协管员的扣 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。
		47	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。按规定时间参加会议及培训，报送资料。全年不少于 4 期，其中中层以上干部不少于 2 期，全员不少于 1 期，重点科室培训不少于 1 期	全部	1	不按时参会或报送资料的一次扣 30 分；医保政策培训少一期扣 30 分，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	48	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	49	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	50	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; 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。	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。
六、社会信用	(一) 行政处理	51	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。		
52	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			
53	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	54	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	55	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		56	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。
		57	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。
		58	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*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*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*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。

		59	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。
		60	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	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	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	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； 2. 已完成对应等级手术记录单扫描件（每类手术一张）。
						2	二级医疗机构开展三级以上手术的，得 100 分；		
2	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		信息 管理	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			数据 上传	实时准确上传参保人配售药费明细，做到上传数据与处方、实际配售药品一致、药店进销存数据一致。	2.5	未按全区统一医疗保障基金结算清单执行的，本项扣50分，因结算清单填报内容错误，造成医疗保障基金损失的，每次扣50分。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			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	基金 监管 (32 )	一般 处理	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			约谈	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	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	费用处理	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,拒绝退回基金直接按E类处理。	偏离度打分	日常检查
15		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,拒绝罚款直接按E类处理。	偏离度打分	日常检查
17		医保基金使用相关责任人员处理	依据《宁夏回族自治区医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度实施细则(试行)》规定被暂停、终止医保支付资格处理。	2	相关责任人员被暂停医保支付资格的,每人次扣20分; 相关责任人员被终止医保支付资格,每人次扣30分。	直接打分	医保系统提取
18	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
19		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

20	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	
21	满意度评价 (20)	患者评价	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	
22	自律管理	教育培训	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。	9	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	
23	(18)	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。	9	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	
24	社会信用	行政处理	行政处罚	2	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。	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
25	(10)	失信被执行人	失信被执行人	3	零售药店或其法人被纳入公共信用系统失信名单的情况。	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
26		违规移交情况	违规移交情况	5	涉嫌犯罪或违反其他法律法规的移交情况。	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。
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。

序号	指标	释义	评分规则
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 4

## 信用评价结果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。		
备注			
	签字：                      （盖章）		

附件 5

## 信用评价结果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: center;">XX 医疗保障局 年 月 日（盖章）</p>
备注	

附件 6

## 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》规定	第四十一条规定: 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>
本单位 (本人) 声明, 提交的材料真实有效, 并承诺不再发生同类失信行为。  法定代表人 (自然人) 签字: (盖章)  申请日期:		

## 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》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，向本机关或上级机关提出异议申请。

单位名称（公章）

年 月 日

经办人：

经办人电话：

附件 8

## 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	<p>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。</p> <p>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。</p>		
修复处理 意见	<p>经办人：                      单位（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			

