

附件：

西藏自治区医疗保障基金使用信用 管理办法（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为推进医疗保障领域信用体系建设，构建守信自律的医疗保障服务环境，保障群众利益和医疗保障基金安全，依据《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）《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第735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）《西藏自治区人民政府关于建立完善守信联合激励和失信联合惩戒制度加快推进社会诚信建设的实施意见》（藏政发〔2017〕25号）等规定，结合我区实际，制定本办法。

第二条 本办法所称医疗保障基金使用信用管理（以下简称医保信用管理），是指医疗保障行政部门依据相关法律法规，按照规定的指标、方法和程序，运用医疗保障基金使用领域信用信息，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，实施信用监管、信用奖惩，以规范信用主体使用医疗保障基金行为的管理活动。

第三条 本办法适用于全区医疗保障基金使用信用主体（以下简称信用主体）信用信息采集、信用评价、评价结果应用和异议处理、信用修复等医保信用管理。

第四条 信用主体主要分为机构和个人两类。

机构类信用主体：定点医疗机构、定点零售药店、参保单位、承办医疗保障经办业务的第三方机构；

个人类信用主体：参保人员，提供医疗保障服务的医师（医技人员）、护士、药师等医疗行业从业人员。

第五条 医保信用管理坚持政府推动，社会共建；坚持健全法制，规范发展；坚持统筹规划，分步实施；坚持重点突破，强化应用。

第六条 自治区医疗保障行政部门负责全区医保信用管理的制度建设、标准制定；负责开发和维护医疗保障信用评价管理平台；负责指导和监督信用管理工作。

各地（市）医疗保障行政部门负责本行政区域内医保信用管理工作，组织实施本行政区域内医保信用管理相关信息的采集、录入、审核、维护，依法依规开展信用评价，并做好评价结果的运用和公开等工作；指导县（区）医疗保障行政部门开展医保信用信息采集、应用、异议申请受理等日常管理工作。

各级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信用管理的具体工作，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开展信用主体的信用评价工作。

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。

第八条 鼓励行业协会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，组织各类信用主体签署信用承诺书，接受社会监督。

第二章 信用信息采集

第九条 信用信息采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。信用信息采集方式分为线上、线下两种方式。

第十条 机构类信用主体基础信息包括单位名称、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）内容等基础信息，以统一社会信用代码作为标识；个人类信用主体基础信息包括姓名、居民身份证号码、执业信息和注册信息等，以居民身份证号码作为标识。

守信信息包括县（区）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；遵守法律、法规和政策，履行医疗保障服务协议约定信息；法律、法规、规章等规定应当记入信用档案的其他守信信息。

失信信息包括信用主体违反医疗保障领域有关法律、法规、规章或医疗保障服务协议等，受到县级以上医疗保障部门处罚或医疗保障经办机构协议处理等信息；法律、法规、规章等规定应当记录信用档案其他失信信息。

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。

第十二条 信用主体的失信信息由各级医疗保障部门通过开展日常监督检查、协议监督、各类执法检查、举报线索调查，依据违法违规违约行为事实确定，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采集。

第十三条 医疗保障行政部门应当对信用主体分类建立医疗保障基金使用信用档案，对信用主体信息的及时性、真实性和完整性负责，信用档案应当真实反映信用主体的信用情况。

医保信用档案由信用主体的基础信息、守信信息、失信信息、信用异议处理信息和信用修复信息等构成。

第十四条 自治区医疗保障行政部门组织制定全区医疗保障信用信息采集目录并定期更新，明确各类信用主体需要采集的信用信息。

第三章 信用评价与发布

第十五条 各级医疗保障行政部门定期对信用主体开展评价工作。以一个自然年度为一个信用评价周期。

第十六条 信用评价应当按照信用评价办法，通过医疗保险信用评价管理系统对信用主体进行分级分类评价，各信用主体依照信用评价指标体系采用百分制，医保信用评价等

级从高到低分为优秀($A \geq 95$)、良好($95 > B \geq 85$)、中等($85 > C \geq 75$)、较差($75 > D \geq 65$)、差($E < 65$)五级。

第十七条 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，需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。

第十八条 各级医疗保障部门应当通过网站、服务窗口、移动终端和自助终端等渠道为信用主体提供信用评价结果实时查询服务。信用主体的信用评价结果由自治区级和地（市）级医疗保障行政部门分级统一发布。

第十九条 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，10个工作日内通过线上或线下途径，向医疗保障行政部门提出申诉（附件1），说明理由并提供相关证明材料。

第二十条 医疗保障行政部门自收到异议申诉及证明材料之日起，在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，并反馈复核意见（附件2）。信用评价结果经核实有误的，应当进行更正。核实无误的，应维持原评价结果。

第四章 信用评价结果应用

第二十一条 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、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，实施分级分类监管。

第二十二条 对信用评价等级为优秀（A）的信用主体，医疗保障行政部门及其经办机构可给予以下激励措施：

（一）机构类信用主体：在各级医疗保障部门官方网站等公开平台进行宣传表扬；享受容缺受理优惠；免除区内飞行检查；调增次年医疗保障基金预算额度；提高医疗费用超额补偿比例；优先通过医保结算费用预付金申请；优先偿付质量保证金；优先开展医保新政策试点等。

（二）医药服务人员类主体：对评价结果为信用优秀的相关工作人员予以表扬，记入相关工作人员信用档案；享受容缺受理等优惠措施；优先推荐到国家级和自治区级医保专家库等。

（三）参保人：提供信用就医、容缺受理服务等。

第二十三条 对信用等级为良好（B）的信用主体，医疗保障行政部门及其经办机构可以给予以下激励措施：

（一）机构类信用主体：在保证日常检查覆盖率的基础上，减少监督检查频次；酌情调增次年医疗保障基金预算额度；酌情提高医疗费用超额补偿比例；可以优先通过医保结算费用预付金申请和优先偿付质量保证金等。

（二）医药服务人员：可以享受容缺受理优惠；同等条件下优先纳入自治区级医保专家库等。

（三）参保人：提供容缺受理服务。

第二十四条 对信用等级评定为一般（C）的信用主体，医疗保障行政部门及其经办机构可以采取以下措施：

(一)机构类信用主体:列为一般监控和监督检查对象,保持正常日常监督、抽查频次;加强医保服务协议管理;限期整改有关问题并跟踪检查整改情况等。

(二)医药服务人员:警示约谈、酌情暂停其涉及医保基金使用的医药服务,将扣分事项记入相关工作人员信用档案;属于医保专家库成员的取消其专家资格等。

(三)参保人:纳入一般监控管理对象。

第二十五条 对信用等级为较差(D)的信用主体,医疗保障行政部门及其经办机构可以采取以下措施:

(一)机构类信用主体:列入重点监控和监督检查对象,适当增加日常监督频次,作为重点抽查对象;重点加强医保服务协议管理;进行责任约谈;酌情调减次年医疗保障基金预算额度;适当降低医疗费用超额补偿比例;暂停拨付或收回医保预付金;适当下调质量保证金偿付比例等。

(二)医药服务人员:约谈并暂停其涉及医保基金使用的医药服务,将扣分事项记入信用档案;属于医保专家库成员的取消其专家资格等。

(三)参保人员:纳入重点监控对象,约谈、警告。

第二十六条 对信用等级评定为E级的信用主体,医疗保障行政部门及其经办机构可以采取以下措施:

(一)机构类信用主体:列入特别监控和监督检查对象,增加日常监督和抽查频次;着重加强医保服务协议管理;进行责任约谈,并督促其停止失信行为并立即整改;通报行政主管部门,并与主管部门对其开展信用联动管理;调减次年

医疗保障基金预算额度；降低医疗费用超额补偿比例；下调质量保证金偿付比例；连续两年被评为 E 级定点医疗机构的，由经办机构解除服务协议，取消定点资格；在医疗保障部门官方网站向社会公开失信信息 3 年。

（二）医药服务人员：停止其涉及医保基金使用的医药服务并记入相关工作人员信用档案；属于医保专家库成员的，取消其专家库成员资格；连续三年信用评价结果为信用一般（C）及以下的，下一评定年度内其信用等级按前三年最低信用等级再下调一个等级。

（三）参保人员：警告、约谈，暂停医保费用联网结算 3-12 个月等。

第五章 信用修复

第二十七条 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。

第二十八条 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行政部门提出修复申请。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。

第二十九条 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。

第三十条 失信主体向做出信用评价的医疗保障行政部门提出信用修复申请应提交以下材料：

- (一) 信用修复申请表（附件 3）；
- (二) 违法违规行为纠正、整改情况的相关证明材料；
- (三) 作出对证明材料信息内容真实性负责的信用承诺。

第三十一条 做出失信认定的医疗保障行政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。期满无异议的，按程序进行信用修复，并书面告知信用主体（附件 4）。不符合信用修复条件的，不予修复，并书面告知信用主体（附件 5）。

信用修复申请生效的，信用评价进行相应调整，但不撤销失信记录。

第六章 附则

第三十二条 本办法由西藏自治区医疗保障局负责解释。

第三十三条 本办法自 2022 年 月 日起试行 3 年。

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. 信用修复确认通知书
5. 不予信用修复告知书
6. 西藏自治区定点医疗机构信用评价指标
7. 西藏自治区定点零售药店信用评价指标
8. 西藏自治区医保药师信用评价指标
9. 西藏自治区医保医师（医技人员）信用评价指标
10. 西藏自治区医保护士信用评价指标
11. 西藏自治区医保参保人员信用评价指标

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

附件 3

信用修复申请表

失信主体基本情况	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）	
	联系方式	
申请修复失信信息内容	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）
申请信用修复理由	符合《西藏自治区医疗保障基金使用信用管理办法（试行）》规定	第二十七条、第二十八条规定： 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>
<p>本单位（本人）承诺，提交的材料真实有效。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人（自然人）签字： （盖章/按手印） 申请日期：</p>		

附件 4

信用修复确认通知书

编号：

申请修复的 失信主体	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 xx 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	<p>经办人： 单位（盖章） 年 月 日</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《西藏自治区医疗保障基金使用信用管理办法（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 15 个工作日内，向_____提出异议申请。

经办人：_____

经办人电话：_____

单位名称（公章）：

年 月 日

西藏自治区定点医疗机构信用评价指标

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标释义	评分规则（只设得分系数）
协议履行	制度建设	制度建设	2	制定院内医保管理、监督检查和考核、跟踪分析、奖惩等制度，并认真执行。	按照规定制定相关制度并认真执行，得分； 未按照规定制定完善相关制度，每出现一例扣 1/4 分，直至扣完。
	基础管理	变更备案	2	医疗机构名称、执业地址、法人代表、医保结算账户等发生变化时，及时向医保部门提供相关材料备案，申请变更。	按照规定进行变更备案，得分； 未按照规定进行变更备案，不得分。
		配合检查	2	配合医保部门或医保部门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。	按照规定提供准确的医保监管信息资料且配合监督检查，得分； 未按照规定提供医保监管信息资料且不配合监督检查、提交材料不及时并以不合理理由拒不提供材料的，均不得分。
	信息管理	系统对接	3	按要求实现与医保结算系统、监管系统有效对接。	按照规定与医保信息系统进行对接，得分； 未按照规定与医保信息系统进行对接，不得分。
		数据上传	3	医保相关信息按照标准全面、准确、及时、传输至医保信息系统。	根据医保局端口填报上报内容评分，期内未发生信息传输不规范事件得满分。未按信息编码规则上传数据的，上传信息数据不全面、人为缺项的，上传信息数据不准确、故意造假的，上传信息数据未按时限要求的，每出现一例扣权重分值 1/4；发现上传数据信息故意造假的，不得分。
	财务管理	财务账表	2	执行医疗机构财务制度和会计制度，设立完整财务账套，包括总账、现金账、银行账、明细账等；业务往来记录完整，真实反映财务状况。	按照当地规定执行医疗机构财务制度和会计制度，得分； 未按照当地规定执行医疗机构财务制度和会计制度，不得分。
		财务记录	2	按照规定建立真实、完整、准确的购销存台账。	使用财务记录信息系统，按规定保管财务账目、记账凭证、药品和医疗耗材出入库记录等涉及基金使用的相关资料，得分； 未按规定保管财务账目、记账凭证、药品和医疗耗材出入库记录等涉及基金使用的相关资料，不得分。
		票据管理	2	开具票据需要注明医保基金支付金额。票据真实，且与住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录等相吻合。	按照规定制定并执行票据管理办法，得分； 未按照规定制定并执行票据管理办法，不得分。
	医疗管理	身份识别	3	核验参保人员医疗保障有效凭证，做到人证相符。	按照规定核验参保人员医疗保障有效凭证，得分； 未按照规定核验参保人员医疗保障有效凭证，造成医保基金损失的，不得分。

	价格公开	价格公开	2	诊疗项目、药品、耗材明码标价情况。	所有使用的诊疗服务项目、销售的药品、耗材均已明码标价，得分；部分诊疗项目、销售的药品、耗材未标明价格，扣权重分值 1/2；未公开价格，不得分。
	结算管理	费用清单	2	及时、准确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。	按照规定向参保人员提供医疗费用查询服务和费用清单，得分；未按规定向参保人员提供医疗费用查询服务和费用清单，不得分。
基金监控	费用控制	住院总费用增幅	2	衡量医疗机构住院费用年度总体增长情况。	计算公式：（本年住院费用-上年住院费用）/上年住院费用*100%； 低优指标，指标低于 5%得满分，其它情况按照得分系数=（最大值-实际值）/（最大值-最小值）计分。
		门诊总费用增幅	2	衡量医疗机构门诊费用年度总体增长情况。	计算公式：（本年门诊费用-上年门诊费用）/上年门诊费用*100%； 低优指标，指标低于 5%得满分，其它情况按照得分系数=（最大值-实际值）/（最大值-最小值）计分。
		门诊次均费用	2	衡量该机构门诊患者费用负担情况。	计算公式：门诊收入/门诊人次； 低优指标，指标得分按照得分系数=（同级别最大值-实际值）/（同级别最大值-同级别最小值）计分。
		门诊次均费用增幅	2	衡量该机构门诊患者费用负担情况。	计算公式：（本年次均门诊费用-上年次均门诊费用）/上年次均门诊费用*100%； 低优指标，指标低于 5%得满分，其它情况按照得分系数=（最大值-实际值）/（最大值-最小值）计分。
		住院次均费用	2	衡量该机构住院患者费用负担情况。	计算公式：住院医疗费用/出院人次； 低优指标，指标得分按照得分系数=（同级别最大值-实际值）/（同级别最大值-同级别最小值）计分。
		住院次均费用增幅	2	衡量该机构住院患者费用负担情况。	计算公式：（本年次均住院费用-上年次均住院费用）/上年次均住院费用*100%； 低优指标，指标低于 5%得满分，其它情况按照得分系数=（最大值-实际值）/（最大值-最小值）计分。
基金监管	一般处理	约谈	4	对定点医疗机构医保违规行为的处理方式。	被医保部门约谈 1 次扣权重分值 1/5；5 次及以上不得分。
		通报	4	对定点医疗机构医保违规行为的处理方式。	被医保部门通报 1 次扣权重分值 1/3；3 次及以上不得分。
		限期整改	4	对定点医疗机构医保违规行为的处理方式。	每次扣权重分值 1/3，3 次及以上不得分。
	费用处理	追回、拒付费用占比	5	对定点医疗机构医保违规行为的处理方式，对已支付的本金追回，对未支付的本金不再支付。	计算公式：追回、拒付费用/医保总额费用； 低优指标，指标得分按照得分系数=（最大值-实际值）/（最大值-最小值）计分。

		自查自纠费用占比	5	对定点医疗机构医保违规行为的处理方式，对未支付的本金不再支付。	计算公式：自查自纠费用/医保总额费用； 高优指标，指标得分按照得分系数=（实际值-最小值）/（最大值-最小值）计分。
	协议处理	暂停协议	6	对定点医疗机构医保违规行为的处理方式。	暂停医保服务协议月数累计： 暂停时间≤3个月，扣权重分值1/10； 3个月<暂停时间≤6个月，扣权重分值1/5； 6个月<暂停时间，扣权重分值1/2。
		医保医师处理	6	医保医师因违规原因被医保部门处理。	发生一例扣权重分值1/5，扣完为止。
满意度评价	患者评价	患者满意度	5	通过网络、表格等方式调查参保人员的满意度。	满意度调查结果 80分（含）-90分的扣权重分值1/10； 70分（含）-80分的扣权重分值1/8； 60分（含）-70分的扣权重分值1/4； 小于60分的扣权重分值1/2。
	举报投诉	举报投诉	6	网上、信函、电话投诉等医保服务情况。	网上、信函、电话投诉等，查证属实的，1次扣权重分值1/5，扣完为止。
社会信用	行政处罚	行政处罚	18	被政府有关行政部门给予行政处罚情况。	每被相关行政部门给予行政处罚一次，扣权重分值1/6；
	历史信用	历史守信		对于未发生违规行为的守信机构，予以奖励。	每次总分加1分，最多加够2分。
	奖励情况	表扬嘉奖		受到市级及以上医疗保障部门表扬嘉奖。	每次总分加1分，最多加够2分。
一票否决	司法处理	欺诈骗保	——	定点医疗机构及其从业人员因欺诈骗保被追究刑事责任。	一票否决。
	失信被执行人	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。	一票否决。
	协议处理	解除协议	——	对定点医疗机构医保违规行为的处理方式。	一票否决。
	违规移交	违规移交情况	——	涉嫌犯罪或违反其他法律法规的移交情况。	一票否决。

附件 7

西藏自治区定点零售药店信用评价指标

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标释义	评分规则（只设得分系数）
基金监管	一般处理	约谈	2	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式。	约谈 1 次，扣权重分值 1/3；约谈≥3 次，不得分。
		整改	4	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式。	整改 1 次，扣权重分值 1/3；整改≥3 次，不得分。
		通报	4	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式。	通报 1 次，扣权重分值 1/3；通报≥3 次，不得分。
	费用处理	追回、拒付费用	7	定点零售药店因违规等行为被监管部门追回已支付、拒绝支付的医保基金。	追回、拒付费用等于 0，得分；追回、拒付费用金额>0 且<1000 元，按得分系数为（最大值-实际值）/（最大值-最小值）得分；追回、拒付费用≥1000 元，不得分。
		罚款	7	定点零售药店因违规等行为被监管部门罚款。	罚款费用等于 0，得分；罚款费用金额>0 且<500 元，按得分系数为（最大值-实际值）/（最大值-最小值）得分；罚款金额≥500 元，不得分。
	协议处理	暂停协议	4	对定点零售药店医疗保障违规行为的协议处理方式。	暂停协议等于 0，得分；暂停协议 1 次，扣权重分值 1/2；暂停协议≥2 次，不得分。
		暂停医保服务药师资格	5	对定点零售药店药师医疗保障违规行为的暂停医保服务药师资格的处理方式。	暂停医保服务药师资格 0 次，得分； 暂停医保服务药师资格 1 次，扣权重分值 1/4；暂停医保服务药师资格≥4 次，不得分。
		取消医保服务药师资格	3	对定点零售药店药师医疗保障违规行为的取消医保服务药师资格的处理方式。	取消医保服务药师资格 0 次，得分； 取消医保服务药师资格 1 次，扣权重分值 1/2； 取消医保服务药师资格≥2 次，不得分。
	自律管理	管理体制	管理组织	5	配备专（兼）职医保管理人员，人数与管理需要相适应，并有效行使管理职能。
医保培训			6	组织医保相关政策和规定的学习培训。	按照规定组织医保监管和诚信政策培训并有培训记录，得分；未按照规定组织医保监管和诚信政策培训，不得分。
制度建设		制度完备性	5	医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、信息管理制和医保费用结算制度的完备性。	机构医保相关制度完备，得分； 机构医保相关制度不完备，不得分。

	风险管理	风险防控	6	开展医疗保障防风险管理，定期分析排查执行医疗保障政策、收费规定、防范欺诈骗保等的风险点，采取积极应对措施。	按照规定制定医保风险防控制度，定期开展排查并有记录，得分；未按照规定制定医保风险防控制度，未定期开展排查，不得分。
	处方管理	处方记录	2	购药清单等由定点零售药店保存2年，门诊特殊慢性病处方及购药结算单保存2年以上，特殊药品处方及购药结算单保存5年以上。处方单与医保结算单存根、销售小票（从药店自身销售系统打印出）一起装订存放，参保患者的处方与非参保患者的分开存放。	按照规定进行处方签字、保存、审核，并保存完整记录，得分；未按照规定进行处方签字、保存、审核，不得分。
	价格公开	价格公开	4	销售药品和耗材明码标价情况。	所有上架销售的药品、耗材均已明码标价，得分；部分上架销售的药品、耗材未标明价格，得权重分值1/2分；未公开价格，不得分。
	药品管理	药品管理	5	特殊药品购进、贮存管理制度、流程及记录等。	按照规定制定购进、贮存制度，严格执行并有完整记录，得分；未按照规定制定购进、贮存制度；不得分。
满意度评价	患者评价	患者满意度	4	购药患者或参保人对机构的服务满意度评价结果（标化分数）。	按照得分系数=（实际值-最小值）/（最大值-最小值）得分；无满意度调查，不得分。
		举报投诉	4	衡量患者、机构等对机构服务满意度的举报投诉并查实情况。	医保举报投诉并查实次数为0，得分； 医保举报投诉并查实1次，扣权重分值1/4； 医保举报投诉并查实≥4次，不得分。
	社会评价	负面舆情	4	行政机关或主流媒体报道负面信息。	行政机关或主流媒体报道负面信息，但未造成社会影响的，每次扣1分，扣完为止。
	监管评价	医保监管奖励	—	医保监管部门给予机构的通报表扬等。	加分项。受到医保监管部门通报表扬的，每次加1分，最多4分；未受到医保监管部门通报表扬，不得分。
社会信用	行政处罚	警告、罚款、没收违法所得和没收非法财物	3	被政府有关行政部门给予暂警告、罚款、没收违法所得和没收非法财物等处罚情况。	警告、罚款、没收违法所得和没收非法财物，发生1次，扣权重分值1/3。
		责令停业整顿	6	被政府有关行政部门给予责令停业整顿处罚情况。	发生责令停业整顿，发生1次，扣权重分值1/2；
		暂扣许可证/执照	10	被政府有关行政部门给予暂扣许可证/执照处罚情况。	暂扣许可证/执照，发生1次，不得分。

一票否决	协议处理	解除协议	——	对定点零售药店医疗保障违规行为的协议处理方式。	一票否决。
	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的次数。	一票否决。
	失信处理	失信被执行人	——	定点零售药店或其法人被纳入公共信用系统严重失信人名单的情况。	一票否决。
	违规移交	违规移交情况	——	为反医疗保障相关法律法规，涉嫌犯罪，移交司法机关处理情况。	一票否决。

附件 8

西藏自治区医保药师信用评价指标

一级指标	二级指标	三级指标	分值设计	指标释义	评分标准
协议管理	备案管理	执业资质	3	取得执业资格。	查实执业资质不符扣 3 分。
		执业范围	3	在执业资格规定且可提供医保服务的执业地点和执业范围，提供服务。	查实执业范围不符扣 3 分。
服务管理	服务管理	违规服务	3	药师未按规定审方、验方或无处方配售处方药的。	查实一例扣 1.5 分。
		身份识别	3	对购药人员冒用医保卡或使用伪造、涂改的处方仍出售药物的。	查实一例扣 1.5 分。
		药师挂证	3	执业药师挂证不在岗，见“证”不见人，虚挂兼职。	查实一例扣 1.5 分。
		举报投诉	3	医疗服务态度差，对医保政策解释不准确，导致参保人员投诉的。	查实一例扣 1.5 分。
		配合检查	5	拒不配合监督检查，在监督检查过程中不提供或故意毁损医疗文书等资料的。	查实扣 5 分。
基金监管	基金损失	基金损失	15	违反协议、造成医保基金重大损失的其他严重违规行为。	查实一例扣 15 分。
基金监管	协助套取个人账户现金	协助套取个人账户现金	15	以压卡、签单、退货等形式协助套取个人账户现金的。	查实一例扣 15 分。
	行为类别	串换药品	10	违反相关规定，串换药品、为参保人提供刷卡结算规定范围以外物品被医保部门查实。	查实一例视情节严重程度扣 2 分。
		转卖药品	15	违反相关规定，为参保人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。	查实一例扣 15 分。
社会信用	舆情评价	舆情评价	2	媒体公开曝光负面新闻。	查实一例扣 2 分。
	行政处罚	行政处罚	10	医保药师被医保、卫健委、市场管理等行政部门处罚、处理的。	查实一例扣 5 分。
	纪律处罚	纪律处罚	10	医保药师被纪律监察部门处罚的、处理的。	查实一例扣 10 分。
一票否决	司法处理	欺诈骗保	——	执业药师因欺诈骗保被追究刑事责任。	一票否决。
	收受贿赂	收受贿赂	——	收受贿赂或者取得其他非法收入。	一票否决。

附件 9

西藏自治区医保医师（医技人员）信用评价指标

一级指标	二级指标	三级指标	分值设计	指标释义	评分标准
协议管理	备案管理	执业资质	3	取得执业资格。	查实执业资质不符扣 3 分。
		执业范围	3	在执业资格规定且可提供医保服务的执业地点和执业范围，提供服务。	查实执业范围不符扣 3 分。
		配合检查	3	能自觉遵守基本医疗保险制度和政策规定，接受监督检查。	查实不配合检查扣 3 分。
违法违规	违法违规处理	医疗文书造假	15	提供虚假的检查（化验）报告单或虚构病历等医疗文书或证明材料的。	查实扣 15 分。
		超范围服务	10	出具与自己执业范围无关或者与执业类别不相符的医学证明文件或超出执业范围进行临床医疗服务的。	查实扣 10 分。
		转借证书	11	将执业证书、职称证书转借、转租给其他医疗机构。	查实扣 11 分。
		知情未告知	10	未按规定向患者告知情况、签字制度的。	查实 1 例扣 2 分，扣完为止。
		协助套保	15	协助将非医疗保险基金支付范围的医疗费用纳入医疗保险基金支付的。	查实 1 例扣 7.5 分。
社会信用	行政处罚	行政处罚内容	20	被医保、卫生行政部门行政处罚的。	查实 1 例扣 10 分。
	患者投诉	患者投诉	10	对医保政策解释不准确或服务态度恶劣，导致参保人员有效投诉的。	查实 1 例扣 2 分，扣完为止。
一票否决	纪律处罚	纪律处罚	——	医保医师被纪律监察部门处罚的、处理的。	一票否决。
	司法处理	欺诈骗保	——	执业医师因欺诈骗保被追究刑事责任。	一票否决。

西藏自治区医保护士信用评价指标

一级指标	二级指标	三级指标	分值设计	指标释义	评分标准
协议管理	备案管理	执业资质	3	取得执业资格。	查实执业资质不符扣 3 分。
		执业范围	3	在基本医疗保险定点医疗机构执业。	查实执业范围不符扣 3 分。
		配合检查	3	能自觉遵守基本医疗保险制度和政策规定，接受监督检查。	查实不配合检查扣 3 分。
违法违规	违规违法处理	医疗文书记录不实	6	医疗文书与实际不符，不按规定如实记载患者的诊治原因、经过等情况。	查实 1 例扣 2 分，扣完为止。
		伪造文书、虚构服务	15	伪造医疗文书、财务票据或凭证，虚构医疗服务的医疗费用等情况。	查实 1 例扣 7.5 分。
		泄露个人隐私	15	泄露患者个人隐私的有关信息、资料的。	发现 1 例扣 5 分，扣完为止。
		政策误导	10	故意曲解医保政策和管理规定，造成恶劣影响的或引起参保人员上访的。	查实 1 例扣 5 分，扣完为止。
		自定标准收费	10	自定标准收取费用的；故意串换项目编码、套高收费等。	查实 1 例扣 5 分，扣完为止。
		虚记、多记医疗费用	10	虚记、多记医疗费用。	查实 1 例扣 5 分，扣完为止。
		其他不合理收费	10	重复、分解、超标准收费等情况；打包收费等；医嘱、费用清单、检查检验报告与收费不符等。	查实 1 例扣 5 分，扣完为止。
社会信用	行政处罚	行政处罚内容	15	被医保、卫生行政部门行政处罚的。	查实一例扣 5 分。
一票否决	纪律处罚	纪律处罚	——	医保护士被纪律监察部门处罚的、处理的。	一票否决。
	司法处理	欺诈骗保	——	执业护士因欺诈骗保被追究刑事责任。	一票否决。

西藏自治区医保参保人员信用评价指标

一级指标	二级指标	三级指标	分值设计	指标释义	评分标准
违法违规	违法违规	倒卖药品、 耗材	20	利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品、耗材，接受 返还现金、实物或者获得其他非法利益。	1. 骗取医保基金低于 1000 元的，扣 5 分； 2. 骗取医保基金 1000 元（含）至 2000 元的，扣 10 分； 3. 骗取医保基金 2000 元（含）至 3000 元的，扣 15 分； 4. 骗取医保基金超过 3000 元（含），扣 20 分。
		冒名就医	20	持他人医疗保障凭证冒名就医。	1. 骗取医保基金低于 1000 元的，扣 5 分； 2. 骗取医保基金 1000 元（含）至 2000 元的，扣 10 分； 3. 骗取医保基金 2000 元（含）至 3000 元的，扣 15 分； 4. 骗取医保基金超过 3000 元（含），扣 20 分。
		医保凭证外 借	20	将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用。	1. 骗取医保基金低于 1000 元的，扣 5 分； 2. 骗取医保基金 1000 元（含）至 2000 元的，扣 10 分； 3. 骗取医保基金 2000 元（含）至 3000 元的，扣 15 分； 4. 骗取医保基金超过 3000 元（含），扣 20 分。
		重复享受待 遇	20	重复享受医疗保障待遇。	1. 骗取医保基金低于 1000 元的，扣 5 分； 2. 骗取医保基金 1000 元（含）至 2000 元的，扣 10 分； 3. 骗取医保基金 2000 元（含）至 3000 元的，扣 15 分； 4. 骗取医保基金超过 3000 元（含），扣 20 分。
诚信就医	诚信就医	诚信就医	20	享受“先诊疗、后结算”优惠后，无故不向医疗机构 支付应由个人承担部分医疗费用。	一次扣 10 分；大于等于 2 次，不得分。
一票否决	司法处理	犯罪行为	——	以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待 遇的，存在严重违法行为，构成犯罪，移交司法机关。	一票否决。