HBG-2023-005

河源市医疗保障信用评价管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强我市医疗保障领域信用体系建设，进一步发挥信用在创新监管机制、提高监管能力和水平方面的基础性作用，加快构建以信用为核心的新型医疗保障监管体制机制，切实保障群众利益和医疗保障基金安全，推动医疗保障高质量发展,根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（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）《医疗保障基金使用监督管理条例》《广东省医疗保障局关于印发广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法的通知》（粤医保规〔2021〕1号）《广东省医疗保障局关于印发广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法的通知》（粤医保规〔2021〕2号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我市医疗保障信用主体（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我市定点医疗机构、定点零售药店。

第三条 市医疗保障行政部门负责全市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、监督和信用评价结果的审议确定、向社会公开等工作。各县（区）医保行政部门负责辖区内医疗保障信用评价管理的业务指导和监督等工作。

市医疗保障经办机构负责全市三级定点医疗机构以及市直定点医疗机构的医疗保障信用评价管理工作，并负责汇总全市医疗保障信用评价工作。各县（区）医保经办机构负责辖区内定点医疗机构（三级定点医疗机构除外）和定点零售药店的医疗保障信用评价管理工作。

第四条 信用主体的信用信息、信用评价结果纳入信用记录，归集至河源市公共信用信息系统。

第五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。

第六条 鼓励公立医疗机构、非公立医疗机构、零售药店及其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

第七条 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。

第八条 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。

第九条 履约评价信息是指信用主体履行定点医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”）的信息。

第十条 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、医保协议的相关信息。

第十一条 本市定点医疗机构、定点零售药店应当作出书面信用承诺。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，诚信履行医保协议，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）自觉接受政府有关部门、行业协会、社会公众、新闻舆论的监督，积极履行社会责任。

本市定点医疗机构、定点零售药店的信用承诺内容应当向社会公开。

第十二条 信用信息采集采取线上和现场相结合的方式。信用主体应当积极向辖区医疗保障经办机构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

第十三条 医疗保障经办机构于每年第一季度对信用主体上一年度进行信用评价一次，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。

第十四条 市医疗保障行政部门制订《河源市定点医疗机构、定点零售药店信用评价积分标准》，市县医疗保障经办机构根据《河源市定点医疗机构、定点零售药店信用评价积分标准》对所辖信用主体进行评价。

第十五条 市医疗保障行政部门可根据监督管理实际不定期（一般一年一次）更新信用评价积分标准（除中央、省有新的规定外）。信用评价积分标准应在上一年第一季度前对外公布。

市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，在河源市政府网站和“河源医保”微信公众号向社会公布。

第十六条 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。

 违反医疗保障相关法律、法规、规章、医保协议，被医疗保障部门解除医保协议的，列为不诚信单位。

第十七条 定点医疗机构、定点零售药店信用等级划分如下：

（一）定点医疗机构，按三级、二级、一级医疗机构（含不定级）分类进行评价。医疗机构评价分值85分以上的，为A级；评价分值75分以上的，不足85分的为B级；评价分值65分以上，不足75分的，为C级；评价分值不足65分的，为D级；

（二）定点零售药店（含连锁、单体药店），评价分值85分以上的，为A级；评价分值75分以上的，不足85分的为B级；评价分值65分以上，不足75分的，为C级；评价分值不足65分的，为D级。

第十八条 定点医疗机构下属社区卫生服务站信用等级有1家被评为D级的，该定点医疗机构原则上不得评为A级；有2家被评为D级的，该定点医疗机构直接评定为C级；有3家以上被评为D级的，该定点医疗机构直接评定为D级。

第十九条 定点零售药店为连锁经营企业的：

（一）50家以上连锁药店，其下属有2%零售药店信用等级被评为D级的，该连锁经营企业原则上不得评为A级；有3%零售药店信用等级被评为D级的，该连锁经营企业直接评定为C级；有5%以上零售药店信用等级被评为D级的，该连锁经营企业直接评定为D级。

（二）50家以下连锁药店，其下属有4%零售药店信用等级被评为D级的，该连锁经营企业原则上不得评为A级；有5%零售药店信用等级被评为D级的，该连锁经营企业直接评定为C级；有6%以上零售药店信用等级被评为D级的，该连锁经营企业直接评定为D级。

各县（区）医保经办机构负责辖区内连锁定点零售药店的初评，送市医保经办机构汇总统计后再确定连锁定点零售药店的评级，评级结果报市医疗保障行政部门审议确定。

第二十条 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）评价年度内主动解除医保协议的；

（二）评价年度内未达到续签医保协议的；

（三）评价年度内无医疗保障基金支出的。

第二十一条市医保经办机构于次年第一季度对本市三级定点医疗机构以及市直定点医疗机构上一年度医疗保障信用开展评价，评价结果报市医保行政部门审议确定。

各县（区）医保经办机构于次年第一季度对辖区内二级及以下定点医疗机构和零售药店上一年度医疗保障信用开展评价，评价结果经所在县（区）医保行政部门审核后报市医保经办机构汇总，市医保经办机构汇总后报市医保行政部门审议确定。

第四章 信用评价结果应用

第二十二条 信用评价结果由市医疗保障行政部门在河源市政府网站和“河源医保”微信公众号向社会公开，接受社会监督。

第二十三条 医保经办机构根据定点医疗机构、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，医保经办机构适当减少检查稽核频次；

（二）信用等级为B级的，医保经办机构按规定进行必要的检查稽核；

（三）信用等级为C级的，医保经办机构对其予以约谈，重点监控其医保服务行为，适当增加检查稽核频次，列入重点关注对象。

（四）信用等级为D级的，医保经办机构对其予以约谈，全面监控其医保服务行为，全面增加检查稽核频次，列入特别关注对象。

第五章 信用评价异议处理

第二十四条 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个工作日内向辖区医疗保障经办机构提出书面申请并提交相关材料。

第二十五条 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，可在收到复核结果10个工作日内，请求市医疗保障行政部门进行处理。

第六章 附则

第二十六条 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。

第二十七条 本办法所称的医保协议为医疗机构、零售药店与河源市医疗保障事业管理中心签订的《河源市医疗保障定点医疗机构医疗医保协议》《河源市医疗保障定点零售药店医保协议》。

第二十八条 本办法所称“以上”包括本数，“不足”、“之后”不包括本数。

第二十九条 国家、省、市对医疗保障信用评价另有规定的，从其规定。

第三十条 本办法自印发之日起试行，有效期3年。

附件：河源市定点医疗机构、定点零售药店信用评价积分标准

附件

河源市定点医疗机构、定点零售药店

信用评价积分标准

一、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。

**（一）扣分项**

1.违反医保协议，被医疗保障部门要求限期整改、责令改正的，限期整改、责令改正的一次扣2分，限期整改、责令改正两次扣5分，限期整改、责令改正三次及以上扣10分；在规定整改时间内未按要求完成整改的，扣20分。

2.违反医保协议，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3分，约谈两次扣6分，约谈三次及以上扣10分。

3.违反相关法律、法规、规章以及医保协议，按查实的违规费用占信用主体上年度使用医保基金的占比给予扣分：1%以内的，扣1分；1%-2%的，扣3分；2%-3%的，扣5分；3%-5%的，扣8分；5%-10%的，扣15分；10%-15%的，扣20分。

4.未按医保部门要求开发系统接口对接国家医保信息平台的，一次扣5分；未按要求完成医疗数据全量数据上传工作的，扣3分；导致医疗信息泄露或发生安全事故的，一次扣15分，情节严重或造成严重后果的，直接确定信用等级为D级。

5.存在违反医疗保障相关法律、法规、规章规定，欺诈骗取医疗保障基金支出行为的，直接确定信用等级为D级。

6.违反医疗保障相关法律、法规、规章、医保协议，被医疗保障部门中止或暂停医保协议的，直接确定信用等级为D级。

7.违反医疗保障相关法律、法规、规章、医保协议，被医疗保障部门解除医保协议的，列为不诚信单位。

8.未按规定和期限退回医保协议约定的违规费用、预付款等应退回费用以及行政部门作出的责令退款、罚款，直接确定信用等级为D级。

9.若存在重叠扣分项的以最高扣分项为准。

**（二）加分项**

1.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，按积极举报被欺诈骗取的医保基金金额给予加分：50万以上的，加5分；30-50万的，加4分；10-30万的，加3分；5-10万的，加2分；5万以下的，加1分。

2.有视频监控配药、收费、结算等行为，并积极配合医疗保障部门检查的，加3分。

3.受到县（区）医疗保障行政部门表彰的，加3分；受到市医疗保障行政部门表彰的，加5分。

4.开展医疗保障管理创新性工作，受到市医疗保障行政部门认可的，加3分。

5.开展医疗保障示范工程创建工作的，加3分；被评定为医保示范工程的，加7分。

6.连续2年信用评价为A级，加5分。

7.信用主体工作人员加入市、县（区）医疗保障专家库（组）、评估组、检查组，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。

8.年度累计加分不超过20分。

**（三）评价分值计算**

基础分值100分-被扣除的分数+加分数=初步考评分值；

初步考评分值\*工作量服务系数=评价分值。

二、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。

**（一）扣分项**

1.违反医保协议，被医疗保障部门要求限期整改、责令改正的，限期整改、责令改正的一次扣2分，限期整改、责令改正两次扣5分，限期整改、责令改正三次及以上扣10分；在规定整改时间内未按要求完成整改的，扣20分。

2.违反医保协议，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3分，约谈两次扣6分，约谈三次及以上扣10分。

3.违反相关法律、法规、规章以及医保协议，按查实的违规费用占信用主体上年度使用医保基金的占比给予扣分：1%以内的，扣1分；1%-2%的，扣3分；2%-3%的，扣5分；3%-5%的，扣8分；5%-10%的，扣15分；10%-15%的，扣20分。

4.未按医保部门要求开发系统接口对接国家医保信息平台的，一次扣5分；未按要求完成医疗数据全量数据上传工作的，扣3分；导致医疗信息泄露或发生安全事故的，一次扣15分，情节严重或造成严重后果的，直接确定信用等级为D级。

5.存在违反医疗保障相关法律、法规、规章规定，欺诈骗取医疗保障基金支出行为的，直接确定信用等级为D级。

6.违反医疗保障相关法律、法规、规章、医保协议，被医疗保障部门中止或暂停医保协议的，直接确定信用等级为D级。

7.违反医疗保障相关法律、法规、规章、医保协议，被医疗保障部门解除医保协议的，列为不诚信单位。

8.未按规定和期限退回医保协议约定的违规费用、预付款等应退回费用以及行政部门作出的责令退款、罚款，直接确定信用等级为D级。

9.若存在重叠扣分项的以最高扣分项为准。

**（二）加分项**

1.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，按积极举报被欺诈骗取的医保基金金额给予加分：50万以上的，加5分；30-50万的，加4分；10-30万的，加3分；5-10万的，加2分；5万以下的，加1分。

2.有视频监控配药、收费、结算等行为，并积极配合医疗保障部门检查的，加3分。

3.受到县（区）医疗保障行政部门表彰的，加3分；受到市医疗保障行政部门表彰的，加5分。

4.开展医疗保障管理创新性工作，受到市医疗保障行政部门认可的，加3分。

5.连续2年信用评价为A级，加5分。

6.信用主体工作人员加入市、县（区）医疗保障专家库（组）、评估组、检查组，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。

7.年度累计加分不超过20分。

**（三）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.工作量服务系数计算。以同类机构（医院或门诊部）平均医保服务量（上年度参保人就医总费用）为基数，以跟基数的比值设定工作量服务系数，考评机构医保服务量与基数比值（以下简称“比值”）比值在200%以上的，工作量服务系数为1.04。比值在175%以上，不足200%的，工作量服务系数为1.03；比值在150%以上，不足175%的，工作量服务系数为1.02；比值在125%以上，不足150%的，工作量服务系数为1.01；在80%以上，不足125%的，工作量服务系数为1.00；比值在70%以上，不足80%的，工作量服务系数为0.99；比值在60%以上，不足70%的，工作量服务系数为0.98；比值在50%以上，不足60%的，工作量服务系数为0.97；比值不足50%的，工作量服务系数为0.96；

2.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。

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

4.信用主体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。

5.定点医疗机构所属社区健康服务中心、社区医疗服务站单独开展信用等级评价；定点零售药店为医药公司的，根据下属零售药店的平均分值进行评价。

6.评价内容为本办法印发后发生的行为。