

四川省医疗保障基金使用信用管理暂行办法

(征求意见稿)

第一章 总则

第一条 为加强医疗保障基金使用监督管理,推进医疗保障领域的信用体系建设,促进医疗保障领域的诚信自律,构建良好的诚信环境,依据《医疗保障基金使用监督管理条例》、《中共中央国务院印发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)、《中华人民共和国政府信息公开条例》《国务院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指导意见》(国发〔2016〕33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)、《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》(国办发〔2020〕49号)、《四川省基本医疗保险结算费用预付管理暂行办法》(川医保规〔2021〕19号)等有关法律、法规,制定本办法。

第二条 本办法所称医疗保障基金是指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助等专项基金。大病保险、长期护理保险以及其他医疗保障基金使用的信用管理,依照本办法执行。

第三条 本办法所称医疗保障基金使用信用管理是指医疗保

障部门依据相关法律法规，按照规定的方法和程序，运用医疗保障领域信用信息，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。医疗保障基金使用信用管理应坚持完善法治、依法监管，保证基金使用合法合规、公平公正；坚持政府主导、社会共治、自我约束；坚持预防与查处、激励与处罚相结合。

第四条 本办法所称信用管理涉及的信用主体包括：（1）全省医保定点医疗机构；（2）全省医保定点零售药店；（3）全省医保定点医药机构相关工作人员（医师、护士、药师、及医技人员）；（4）全省基本医疗保险参保人。

第五条 本办法适用于上条所述信用主体全生命周期、医疗保障基金使用环节中的信用信息归集、信用评价、信用监控、信用信息披露、信用结果管理应用、信用信息共享与权益保障、信用修复等。

第六条 省级医疗保障部门负责牵头本行政区域内医疗保障基金使用信用体系建设及管理工作，制定省级医疗保障基金信用管理规章制度，建设省级医疗保障信用评价管理平台，对信用主体信用信息的采集、评价、共享、公开、应用、修复等进行监督管理，指导市（州）医疗保障部门开展医疗保障基金使用信用体系建设工作，并向国家医疗保障信用评价管理平台推送各主体信用信息。

市（州）医疗保障部门在职责范围内负责本行政区域内医疗

保障基金监管使用信用体系建设及管理工作，组织实施行政区域内医疗保障领域信用主体信用信息的采集、公开、应用、修复等工作，指导县（市、区）医疗保障部门开展医疗保障基金监管信用信息采集、应用、异议申请受理等日常管理工作，并向省医疗保障信用评价管理平台推送各主体信用信息。

第七条 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。积极推动医药卫生行业组织发展，引导和支持其在制定管理规范和技术标准、规范执业行为和管理服务、促进行业自律等方面更好发挥作用，履行行业自律公约，自觉接受医保监管和社会监督。

第二章 信用档案

第八条 省级医疗保障部门针对信用主体分类建立医疗保障基金使用信用档案。市（州）医疗保障部门负责辖区内信用主体信用档案审核、更新。

第九条 信用档案内容包括：信用承诺及其履行情况信息、基本信息、良好行为信息、不良行为信息、评价信息、历史信用信息、信用监控信息等，信用档案应当真实反映信用主体的信用情况。

第三章 信用承诺

第十条 信用承诺指信用主体以规范形式对社会做出自律管理、诚信服务的公开承诺，并接受社会监督。

第十一条 信用承诺将纳入信用档案，信用承诺及承诺履行情况将作为对信用主体事中事后监管、实施医保信用分类监管的重要依据。

第四章 信用信息归集

第十二条 本办法所指信用信息是指医保基金监管过程中所涉及的信用信息，可用于识别、分析、判断信用主体信用状况的信息。包括但不限于信用主体在履行医保协议及其他社会活动中产生的信息。

第十三条 信用信息归集是指医疗保障部门对医疗保障基金信用主体的信用信息进行记录、采集、管理等活动。信用信息归集方式分为线上、线下两种方式。

第十四条 省级医疗保障行政部门组织制定全省医疗保障信用信息采集目录清单并定期更新，明确各类信用主体信用信息采集范围、采集标准及采集方式。同时负责各主体省级线上平台的信用信息归集、维护、更新等工作，并对市（州）医疗保障部门在各主体其余信用信息归集过程中负责监督指导工作。

第五章 信用评价

第十五条 省级医疗保障部门定期对第四条所涉及的使用医保基金的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，每年第一季度末公布上年信用评价结果。

第十六条 有下列情形之一的，不参与当年度信用评价：

（一）定点医药机构

1. 医保服务协议管理不满 6 个月的；
2. 已解除医保服务协议管理超过一年的；
3. 暂停或吊销执业许可证超过一年的；
4. 因涉嫌欺诈骗保被立案查处尚未结案的；
5. 已申请医保行政复议、提起行政诉讼尚未结案的；
6. 其他不应参加评定的情形。

（二）相关人员

1. 医保服务资格不满 6 个月的；
2. 暂停或吊销职业资格证超过一年的；
3. 因涉嫌欺诈骗保被立案查处尚未结案的；
4. 其他不应参加评定的情形。

第十七条 机构类医保信用主体依照信用评价指标体系通过评价指标模型和算法进行分级分类评价，采用千分制。医保信用等级从高到低分为 A、B、C、D、E 五级。

人员类信用主体的医保信用评价，采用百分制，基础分数为 100 分，对失信行为进行扣分。医保信用等级从高到低分为守信、轻微失信、一般失信、较重失信、严重失信五级。

第六章 信用监控

第十八条 省级医疗保障部门通过省级医疗保障信用评价管理平台对信用主体进行常态化信用监控，发生违反《医疗保障基金使用监督管理条例》，骗取医疗保障基金支出、造成医疗保障

基金损失等严重失信行为时，应及时记录并视情节进行扣分或降低其信用等级。

第十九条 建立医保基金使用信用风险预警机制，由省级医疗保障部门发出信用风险预警，信用主体所在辖区医保部门根据风险预警情况实施重点或一般监控。

第二十条 省级医疗保障信用评价管理平台对各信用主体应设置风险预警指标，及时、准确的做到各信用主体的信用风险预测。

第七章 信用信息披露

第二十一条 省级医疗保障部门按照有关法律、法规或规章规定的目的使用信用信息，用于医疗保障基金监管的效率提升，不得滥用信用信息或泄露非披露信用信息。

第二十二条 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；
- （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）其他法律、行政法规禁止披露的内容。

第二十三条 信用评价结果应及时向社会进行公示公开。

第八章 信用结果管理应用

第一节 定点医疗机构结果管理应用

第二十四条 省、市（州）医疗保障行政部门根据定点医疗机构信用等级进行分级分类管理，将信用等级评价结果应用于定

点医疗机构的协议管理、监督检查、结算拨付、预算管理等方面。

第二十五条 为鼓励定点医疗机构加强自我管理，规范医保基金使用，对确定为信用优秀（A级）的定点医疗机构，在信用等级有效期内，享受以下激励措施：

（一）新签医保定点协议免检、享受容缺受理等优惠措施；

（二）编制次年总控预算时，信用评分作为因素法计算因子之一，下达次年总控资金时适当倾斜，酌情调增医疗费用预算额度的2%；

（三）优先通过医保预付金申请；

（四）当年年终总控决算时，医疗费用超额补偿比例在原拟定标准上适当提高2%；

（五）在保证日常检查覆盖率的基础上，除有明确举报线索外，免除当年省级飞行检查；

（六）在各级医疗保障部门官方网站等公开平台进行宣传表扬；

（七）其他鼓励性措施。

第二十六条 对信用良好（B级）的定点医疗机构，坚持自律为主、监管为辅的原则，在信用等级有效期内，享受以下激励措施：

（一）编制次年总控预算时，信用评分作为因素法计算因子之一，下达次年总控资金时适当倾斜，酌情调增医疗费用预算额度的1%；

（二）优先通过医保预付金申请；

（三）当年年终总控决算时，医疗费用超额补偿比例在原拟定标准上适当提高 1%；

（四）除有因检查外，降低日常监督检查频次，减少监督抽检频次；

（五）在各级医疗保障部门官方网站等公开平台进行公示评价结果。

第二十七条 对信用关注（C 级）的定点医疗机构，坚持自律和监管相结合原则，在信用等级有效期内，区级以上医疗保障行政部门要采取以下措施：

（一）保持日常监督检查频次；

（二）保持正常监督抽检频次；

（三）提醒定点医疗机构，要求限期整改有关问题。对其整改情况进行跟踪检查；

（四）在各级医疗保障部门官方网站等公开平台进行公示评价结果。

第二十八条 对信用异常（D 级）的定点医疗机构，坚持强化监管原则，在信用等级有效期内，区级以上医疗保障行政部门要采取以下措施：

（一）编制次年总控预算时，信用评分作为因素法计算因子之一，下达次年总控资金时适当倾斜，酌情调减医疗费用预算额度 1%-3%；

（二）不予通过医保预付金申请；

（三）当年年终总控决算时，医疗费用超额补偿比例在原拟

定标准上适当降低 1%-3%;

(四) 作为信用监测重点, 日常监督检查或者抽查的重点;

(五) 在正常监督抽检基础上, 增加 10% 的增加监督抽检比例和频次;

(六) 定期或者不定期进行责任约谈或者突击检查;

(七) 提醒定点医疗机构, 要求限期整改有关问题。对其整改情况进行跟踪检查;

(八) 在各级医疗保障部门官方网站等公开平台公示评价结果;

(九) 将其信用等级通报内部相关处室;

(十) 法律、法规和规章规定的函告等其他惩戒方式。

第二十九条 对信用不良 (E 级) 的定点医疗机构, 坚持重点监管原则, 在信用等级有效期内, 区级以上医疗保障行政部门要采取以下措施:

(一) 编制次年总控预算时, 信用评分作为因素法计算因子之一, 下达次年总控资金时适当倾斜, 酌情调减医疗费用预算额度 3%-5%;

(二) 不予通过医保预付金申请;

(三) 当年年终总控决算时, 医疗费用超额补偿比例在原拟定标准上降低 3%-5%;

(四) 督促其停止失信行为并立即整改, 或者采取信用提醒等方式予以惩戒;

(五) 在正常监督抽检基础上, 增加 20% 的增加监督抽检比

例和频次；

（六）定期或者不定期进行责任约谈或者突击检查；

（七）在各级医疗保障部门官方网站等公开平台公示失信信息；

（八）通报相关部门，对其实施联合惩戒；

（九）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；

（十）法律、法规和规章规定的函告等其他惩戒方式。

第二节 定点药店结果管理应用

第三十条 省、市（州）级医疗保障部门根据信用等级评价结果，对不同信用等级的定点零售药店进行分类管理。

第三十一条 为鼓励定点药店加强自我管理，规范医保行为，对确定为信用优秀（A 级）的定点药店，在信用等级有效期内，享受以下激励措施：

（一）新签医保定点协议免检、享受容缺受理等优惠措施；

（二）医疗保险年度年终清算时全额偿付质量保证金；

（三）在保证日常检查覆盖率的基础上，以线上日常监管为主，除专项治理、举报投诉、飞行检查、上级交办、其他部门移交线索等情况外，原则上不开展现场检查；

（四）在各级医疗保障部门官方网站等公开平台进行宣传表扬；

（五）其他鼓励性措施。

第三十二条 对信用良好（B 级）的定点药店，坚持自律为

主、监管为辅的原则，在信用等级有效期内，享受以下激励措施：

- （一）医疗保险年度年终清算时全额偿付质量保证金；
- （二）适当降低现场检查频次，以专项检查为主开展监督检查；
- （三）在各级医疗保障部门官方网站等公开平台进行宣传表扬；
- （四）其他鼓励性措施。

第三十三条 对信用关注（C级）的定点药店，坚持自律和监管相结合原则，在信用等级有效期内，区级以上医疗保障行政部门要采取以下措施：

- （一）保持日常监督检查频次；
- （二）保持正常监督抽检频次；
- （三）提醒定点药店，要求限期整改有关问题。对其整改情况进行跟踪检查；
- （四）在各级医疗保障部门官方网站等公开平台公示评价结果。

第三十四条 对信用异常（D级）的定点药店，坚持强化监管原则，在信用等级有效期内，区级以上医疗保障行政部门要采取以下措施：

- （一）作为信用监测重点，日常监督检查或者抽查的重点；
- （二）在正常监督抽检基础上，增加 10% 的监督抽检比例和频次；
- （三）定期或者不定期进行责任约谈或者突击检查；
- （四）提醒定点药店，要求限期整改有关问题。对其整改情况进行跟踪检查。

（五）在各级医疗保障部门官方网站等公开平台公示评价结果；

（六）将其信用等级通报内部有关部门；

（七）若同一连锁药店旗下占比 20%的分店信用等级为 D 级或以下，则针对品牌下所有分店进行整改；

（八）法律、法规和规章规定的其他惩戒方式。

第三十五条 对信用不良（E 级）的定点药店，坚持重点监管原则，在信用等级有效期内，区级以上医疗保障行政部门要采取以下措施：

（一）约谈相关负责人，督促其停止失信行为并立即整改，或者采取信用提醒等方式予以惩戒；

（二）在正常监督抽检基础上，增加 20%的增加监督抽检比例和频次；

（三）定期或者不定期进行责任约谈或者突击检查；

（四）在各级医疗保障部门官方网站公示失信信息；

（五）通报相关部门，对其实施联合惩戒；

（六）连续两年被评为 E 级定点药店的，建议取消定点资格；

（七）若同一连锁药店旗下占比 15%的分店信用等级为 D 级或以下，则针对品牌下所有分店进行整改；

（八）法律、法规和规章规定的其他惩戒方式。

第三节 定点医药机构相关工作人员评价结果管理应用

第三十六条 根据信用等级评定结果对定点医药机构医保基

金使用相关工作人员实施分级分类动态监管。相关工作人员包括：医师、药师、护师及医技人员等。

第三十七条 对于评价结果用于相关工作人员的监督管理等方面：

（一）对评价结果为守信的相关工作人员由市（州）医疗保障行政部门选择认真执行医疗保险政策规定、热情为参保人员服务、无违规扣分情况，通过公共平台、新闻媒体宣传予以表扬，记入相关工作人员信用档案，同等条件下优先推荐到国家级和纳入省级医保专家库；

（二）对评价结果为轻微失信的相关工作人员，医疗保障行政部门约谈警示，将扣分事项记入相关工作人员信用档案；

（三）对评价结果为一般失信的相关工作人员，医疗保障行政部门约谈警示，定点机构内部通告 1 次，暂停医保服务协议 1-2 月，将扣分事项记入相关工作人员信用档案；

（四）对评价结果为较重失信的相关工作人员，医疗保障行政部门约谈警示，定点机构内部通告 1 次，暂停医保服务协议 3-12 个月，在申请恢复之前，医疗保障部门应组织其参加医保知识考试，考试合格方可提交恢复相关工作人员的医保服务资格，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；

（五）对评价结果为严重失信的相关工作人员，定点机构内部通告，终止其医保服务协议，并在两年内不受理其申请，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；

（六）连续3年信用评价结果为一般失信及以下的，下一评定年度内其信用等级按序下调一个等级。

第四节 参保人评价结果管理应用

第三十八条 根据各级医疗保障行政部门应在各自职权范围内对信用等级为轻微失信及以下的参保人的医保基金使用进行严格审核，将参保人的信用情况将分情况在信用中国，省、市（州）医疗保障信用管理平台进行公示。

第三十九条 参保人员有下列情形之一的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：

- （一）将本人的医疗保障凭证交与他人冒名使用；
- （二）重复享受医疗保障待遇；
- （三）利用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。

个人以骗取医疗保障基金为目的，造成了医疗保障基金损失的或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；或者通过伪造、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或者虚构医疗服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的，除依照前款规定处理外，还应处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。

第五节 联合惩戒

第四十条 省医疗保障部门按照国家有关规定，与发展改革委等相关部门共同推进，实施联合惩戒。

第九章 信用信息使用与权益保障

第四十一条 省市（州）两级医疗保障部门根据履行法定职责的需要，可以登录医疗保障信用评价管理平台，查询和使用信用信息。

第四十二条 省市（州）两级医疗保障部门对各信用主体的信用信息采取安全保密措施，保障信用信息的归集、评价、应用、监控、披露和修复全过程的安全，保障信用主体的合法权益。

第四十三条 省级医疗保障部门将信用评价、信用承诺等信息按照国家有关规定与国家信用信息平台共享。

第十章 异议处理

第四十四条 信用主体认为其信用信息存在下列情形的，可以提出异议申请。

- （一）信用主体的信息与事实不符，存在记载错误或者遗漏；
- （二）对信用评价结果存在异议的；
- （三）归集涉及国家秘密、商业秘密、个人隐私以及法律法规规定禁止归集的其他信息；
- （四）不良行为信息超期限使用；
- （五）信用主体纠正违法失信行为，履行法定义务的。

第四十五条 异议申请应向信用评价结果出具的医疗保障部

门提出。对省级信用评价结果有异议的向省级医疗保障部门提出异议申请，对市级信用评价结果有异议的向市级医疗保障部门提出异议申请。

第四十六条 信用主体对信用信息存在异议的，应在结果公布 15 个工作日内以书面形式将异议反馈至各级医疗保障部门，说明理由并提供相关证明材料。否则视为无异议。各级医疗保障部门在收到书面材料之日起 15 个工作日内完成复核，并反馈复核意见。

第十一章 信用修复

第四十七条 本办法所称的信用修复，是指信用主体为积极改善自身信用状况，在整改纠正失信行为、消除不良影响后，向认定失信信息的医疗保障部门（以下简称“认定单位”）或归集失信信息的医疗保障部门（以下简称“归集单位”）提出申请。按照“谁归集、谁修复，谁认定、谁修复”的原则实施信用修复。由认定单位或归集单位按照有关法律、法规，党中央、国务院政策文件或部门规章规定的程序办理。

第四十八条 本办法所称的失信信息，是指依法依规编制的全国公共信用信息基础目录和地方补充目录中所列的对信用主体信用状况具有负面影响的信息，包括严重失信主体名单信息、行政处罚信息、刑事处罚信息和其他失信信息。

第四十九条 认定单位或归集单位收到申请后，符合条件的应当当场予以受理，并向当事人出具受理通知书。不符合条件的

不予受理，向当事人出具不予受理通知书，并说明理由。对于已经受理的信用修复申请，在受理之日起 15 个工作日内通知当事人信用修复申请结果。

第五十条 信用主体向归集机构提出终止行政处罚信息公示申请的，需提交以下材料：

（一）信用主体需就其失信行为进行解释或对其整改情况进行说明的材料；

（二）作出对说明材料信息内容真实性负责的信用承诺书。

第五十一条 信用主体申请信用修复应当秉持诚实守信原则，如有提供虚假证明材料、信用承诺不实或者不履行承诺等弄虚作假行为，由受理申请的单位记入信用记录，3 年内取消其申请信用修复的资格；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十二章 监督管理

第五十二条 医疗保障部门、经办机构及其工作人员，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。

第十三章 附则

第五十三条 市（州）级医疗保障部门可以根据本办法制定

实施细则或管理办法。

第五十四条 本办法自 XX 年 XX 月 XX 日起实施。