

附件 2-1

医疗保障信用评价指标（定点医疗机构核心指标）

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
基础管理	履行协议	与医保经办机构签订服务协议，严格履行协议约定。	定点办法
	服务提供	提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益。	监管条例
	执行政策	严格执行医保及相关部门制定的相关政策及医药价格政策。	定点办法
	资料保管	妥善保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料。	监管条例
	自我检查	定期检查医院医保基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	监管条例
	处方点评	建立处方点评制度，定期开展处方点评工作，公布处方点评结果并加强管理。	协议范本
医疗管理	身份核实	核验参保人员医保有效凭证；执行实名就医和购药管理规定。	监管条例、 协议范本
	医保目录	严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务设施等目录；优先配备使用医保目录药品。	定点办法
	医疗服务价格	严格执行医疗服务项目及价格政策	协议范本
	集中采购	执行集中采购政策，医保支付药品、耗材在医保部门规定的平台上采购，优先使用中选的药品和耗材。	协议范本

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
信息管理	数据上传	即时传输参保人员就医、结算及其他相关信息，保证信息的真实、准确、完整。不得为非定点医院提供医保结算。	协议范本
财务管理	进销存	建立药品及医用材料真实、完整、准确的购销存台账；保存真实完整的购进和使用记录。	协议范本
基金管理	支付方式	按照总额控制及支付方式的要求，推行以按病种付费为主的多元复合医保支付方式，对医保费用支出进行合理、有效的控制，不得简单切分指标。	协议范本
违规违约	协议处理	受到医保部门（或经办机构）暂停协议、中止协议、解除协议等处理。	监管条例、定点办法
	行政处理	因欺诈骗保，受到医保部门行政处罚	监管条例、定点办法
	纪检处理	因医保方面问题，受到纪律检查或监察部门处理。	监管条例、定点办法
	司法处理	因医保方面问题，受到司法部门治安或刑事处理。	监管条例、定点办法

注：(1) 定点办法是指国家医保局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》；

(2) 协议范本是指人社部 2014 年《基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议范本（试行）》。

附件 2-2

医疗保障信用评价指标（定点零售药店核心指标）

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
基础管理	履行协议	与医保经办机构签订服务协议，严格履行协议约定。	定点办法
	服务提供	提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益。	监管条例
	执行政策	严格执行医保及相关部门制定的相关政策及医药价格政策。	定点办法
	资料保管	妥善保管财务账目、会计凭证、处方、费用明细、药品出入库记录等资料。	监管条例
	自我检查	定期检查医院医保基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	监管条例
售药管理	身份核实	核验参保人员医保有效凭证；执行实名购药管理规定。	监管条例、 协议范本
	外配处方药 审核	向参保人员提供处方药外配服务时，要有执业药师或药师在岗对处方进行审核并签字，确保用药合理。	协议
信息管理	数据上传	即时传输医疗保险相关数据，保证数据的真实、准确、完整。不得为非定点药店提供医保结算。	协议范本
财务管理	进销存	建立药品及医用材料真实、完整、准确的购销存台账；保存真实完整的购进和使用记录。	
基金管理	费用结算	进行医保费用直接结算，提供收费票据、费用明细和相关资料。不得将医保基金支付的项目让参保人员负担。	定点办法、 参考协议
违规违约	协议处理	受到医保部门（或经办机构）暂停协议、中止协议、解除协议等等处理。	监管条例、 定点办法
	纪检处理	因医保方面问题，受到纪律检查或监察部门处理。	监管条例、 定点办法
	司法处理	因医保方面问题，受到司法部门治安或刑事处理。	监管条例、 定点办法

注：(1) 定点办法是指国家医保局《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》；

(2) 协议范本是指人社部 2014 年《基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议范本（试行）》。

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
基础管理	履行协议	与医保经办机构签订服务协议，严格履行协议约定。	定点办法
	服务提供	提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益。	监管条例
	标识标牌	在本机构显要位置悬挂医疗保障标识标牌；在服务窗口显示异地就医联网结算标识。	定点办法、协议范本
	变更申请	医院名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，按时向医保经办机构提出变更申请。	定点办法
	系统对接	按医保信息系统的技术和接口标准实现与医保信息系统有效对接，配备相关联网设施设备。	定点办法、协议范本
	执行政策	严格执行医保及相关部门制定的相关政策及医药价格政策。	定点办法
	配合监管	配合医保经办机构医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医保部门监督检查，并提供相关材料。	定点办法
	资料保管	妥善保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料。	监管条例
	信息公开	向医保部门报告医保基金使用监督管理及协议管理所需信息；向社会公开医药费用、费用结构等信息。	监管条例
	参与培训	参加由医保行政部门或经办机构组织的宣传和培训。	定点办法
	宣传咨询	开展医保方面宣传并及时更新内容；提供相关咨询服务。	协议范本
	服务满意度	根据第三方机构评级评价结果。	
自律管理	管理组织	明确院领导分管医保工作，健全医保管理部门，配备专(兼)职管理人员并与适应需要。	监管条例、协议范本
	内部制度	建立健全院内医保管理、费用管控、风险防范、监督检查、考核奖惩等制度并认真执行。	监管条例
	自我教育	有计划开展医务人员医德医风、行业自律教育，组织医保制度、政策和管理要求等业务培训。	监管条例
	科室管理	明确并落实科室医保管理责任，指定医保管理联络人。不得有出租、承包科室的行为。	协议范本
	医保医师	开展医保医师管理，及时维护医保医师信息；对违规违约行为进行查处。	

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
	自我检查	定期检查医院医保基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	监管条例
	处方点评	建立处方点评制度，定期开展处方点评工作，公布处方点评结果并加强管理。	协议范本
	举报投诉	设立有明显标识的举报投诉窗口、公布举报投诉电话，及时妥善处理并定期发布处理情况。	
	广告发布	发布的医疗广告不得有涉及基本医疗保险的内容及文字。	协议范本
	拒绝造假	拒绝诱导、协助他人冒名或虚假就医、购药，提供虚假证明材料，串通他人虚开费用单据。	监管条例
	拒绝贿赂	医保基金使用中，医院及其工作人员不得收受贿赂或者取得其他非法收入。	监管条例
医疗管理	身份核实	核验参保人员医保有效凭证；执行实名就医和购药管理规定。	监管条例、协议范本
	就医管理	便利参保人员就医，执行首诊负责制，不得推诿、拒诊或选择性收治参保人员或分解服务次数。	协议范本
	医保目录	严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务设施等目录；优先配备使用医保目录药品。	定点办法
	集中采购	执行集中采购政策，医保支付药品、耗材在医保部门规定的平台上采购，优先使用中选的药品和耗材。	协议范本
	自制制剂	院内制剂经医保部门批准和核定价格后进入医保用药范围，	协议范本
	合理诊疗	按照诊疗规范提供合理的、必要的医疗服务，防止过度医疗或服务不足。	监管条例
	就诊记录	诊疗记录真实、准确、完整、清晰，与票据、费用清单等相吻合。	协议范本
	检查互认	利用参保人员在其他定点医疗机构所做的检查化验结果，避免不必要的重复检查。	协议范本
	门特服务	制定门诊特殊病种临床指南，确定相应的科室及医生为参保人员提供门诊特殊病种（或治疗）医疗服务。	协议范本
	处方管理	处方书写规范、清晰、完整，并与病历记载相一致。	卫健委处方规定
	用药指征	临床用药与参保人员的疾病诊断相符。	
	用药规范	执行处方管理的药品种类及药量，按照药品说明书的使用要求和药品目录限定范围使用药品。	卫健委处方规定
	代配药品	参保人员委托他人代为配药时，审核被委托人身份并予以记录。	协议范本
	药品外配	执行门诊处方外配制度，便利参保人员到定点零售药店购药。	定点办法、协议范本
	转诊转院	建立健全转诊转院制度，及时为符合条件的参保人员办理转诊转院手续。	协议范本
	出、入院	严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，不得推诿、拒收符合住院条件的参保人员或者分解住院。	协议范本
医疗管理	出院带药	参保人员出院带药，其药品品种和数量符合医保等部门相关规定。	
	异地就医	为异地就医参保人员提供合理的医疗服务和费用结算并执行相关医保政策，纳入监管和考核范围。	协议范本
	资料保管	妥善保管处方、病历、治疗检查记录等资料。	监管条例
信息管理	信息管理	指定部门及专人负责医疗保险信息管理，明确专职管理人员的工作职责，	协议范本

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
信息管理	系统安全	网络与互联网物理隔离，与其它外部网络联网采用有效的安全隔离措施。	协议范本
	系统维护	根据医保政策或运作变化做好软件升级工作，及时更新维护本地系统。	
	业务编码	按照医保信息业务编码标准进行数据处理。	
	数据上传	即时传输参保人员就医、结算及其他相关信息，保证信息的真实、准确、完整。不得为非定点医院提供医保结算。	协议范本
	医生工作站	建立医生、护理工作站，医嘱、护理工作等记录可追溯。	协议范本
	信息安全	做好与医保相关信息系统的安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。	定点办法
	监控设备	配备视频监控、生物特征识别等技术设备。	
	PSAM卡安全	妥善保管并使用 PSAM 卡（终端安全控制模块）密钥。	
	应急预案	制定应急预案，发生故障时及时通知医保经办机构并启动应急预案；保证参保人员正常就医结算。	协议范本
财务管理	财务制度	严格执行政府部门的医院财务制度、会计制度，规范财务管理。	协议文本
	财务帐表	设立总账、现金账、银行账、明细账等完整财务账表；业务往来记录完整、真实。	
	票据管理	按票据管理办法规范票据领购、使用、保管及核销等管理。	
	对账制度	建立医保基金收付对账制度并定期核对账目。	
	财务记录	妥善保管财务账目、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资料。	
	进销存	建立药品及医用材料真实、完整、准确的购销存台账；保存真实完整的购进和使用记录。	
	招采管理	如实向医保经办机构报送药品、耗材的采购价格和数量。	定点办法
	住院押金	向住院参保人员收取的住院押金符合医保部门相关规定。	协议范本
	欠费处理	医保不予支付的费用、医保相关的质量保证金、违约金等不得作为医保欠费处理。	定点办法
基金管理	支付范围	医保基金支付的费用符合规定的支付范围。	监管条例
	收费标准	按医疗服务项目和价格收费标准及其说明等规定进行收费，并将收费标准公布在醒目位置。	协议范本
	费用结算	进行医保费用直接结算，提供收费票据、费用明细和相关资料。不得将医保基金支付的项目让参保人员负担。	定点办法、协议范本
	知情同意	提供医保基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。	监管条例、协议范本

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
	支付方式	按照总额控制及支付方式的要求，对医保费用支出进行合理、有效的控制，不得简单切分指标。	协议范本
	风险防控	开展医保防风险管理，定期分析排查院内贯彻医保政策、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。	
	总控效果	年度医保总额预算执行情况。	
违规违约	一般处理	受到医保部门（或经办机构）约谈、限期整改、通报、警告等处理。	监管条例、定点办法
	费用处理	受到医保部门（或经办机构）拒付费用、追回费用、罚款等处理。	监管条例、定点办法
	协议处理	受到医保部门（或经办机构）暂停协议、中止协议、解除协议等等处理。	监管条例、定点办法
	纪检处理	因医保方面问题，受到纪律检查或监察部门处理。	监管条例、定点办法
	司法处理	因医保方面问题，受到司法部门治安或刑事处理。	监管条例、定点办法

注：(1) 定点办法是指国家医保局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》；

(2) 协议范本是指人社部 2014 年《基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议范本（试行）》。

附件 2-2

医疗保障信用评价指标（定点零售药店）

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
基础管理	履行协议	与医保经办机构签订服务协议，严格履行协议约定。	定点办法
	服务提供	提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益。	监管条例
	标识标牌	在本机构显要位置悬挂医疗保障标识标牌；在服务窗口显示异地就医联网结算标识。	定点办法、协议范本
	变更申请	医院名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，按时向医保经办机构提出变更申请。	定点办法
	系统对接	按医保信息系统的技术和接口标准实现与医保信息系统有效对接，配备相关联网设施设备。	定点办法、协议范本
	执行政策	严格执行医保及相关部门制定的相关政策及医药价格政策。	定点办法
	配合监管	配合医保经办机构医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医保部门监督检查，并提供相关材料。	定点办法
	资料保管	妥善保管财务账目、会计凭证、处方、费用明细、药品出入库记录等资料。	监管条例
	信息公开	向医保部门报告医保基金使用监督管理及协议管理所需信息；向社会公开医药费用、费用结构等信息。	监管条例
	参与培训	参加由医保行政部门或经办机构组织的宣传和培训。	定点办法
	宣传咨询	开展医保方面宣传并及时更新内容；提供相关咨询服务。	协议范本
	服务满意度	根据第三方机构评级评价结果。	
	医保药师	开展医保药师管理，及时维护医保药师信息；对违规违约行为进行查处。	

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
	自我检查	定期检查医院医保基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	监管条例
	举报投诉	设立有明显标识的举报投诉窗口、公布举报投诉电话，及时妥善处理并定期发布处理情况。	
	广告发布	发布的医疗广告不得有涉及基本医疗保险的内容及文字。	参考协议
	拒绝造假	拒绝诱导、协助他人冒名或虚假购药，提供虚假证明材料，串通他人虚开费用单据。	监管条例
	拒绝贿赂	医保基金使用中，药店及其工作人员不得收受贿赂或者取得其他非法收入。	监管条例
售药管理	身份核实	核验参保人员医保有效凭证；执行实名购药管理规定。	监管条例、协议范本
	药品分类	开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识。	协议范本
	医保目录	严格执行医保药品目录；优先配备使用医保目录药品。	定点办法
	药品价格	明码标价；按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。	协议范本
	合理诊疗	按照诊疗规范提供合理的、必要的医疗服务，防止过度医疗或服务不足。	监管条例
	外配处方药审核	向参保人员提供处方药外配服务时，要有执业药师或药师在岗对处方进行审核并签字，确保用药合理。	协议范本
	外配处方药提供	提供与外配处方相符的药品，并给予用药指导，按规定保留外配处方与机打购药明细清单。	
	资料保管	妥善保管处方、购药清单等资料。	监管条例
信息管理	信息管理	指定部门及专人负责医疗保险信息管理，明确专职管理人员的工作职责，	协议范本

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
	系统安全	网络与互联网物理隔离，与其它外部网络联网采用有效的安全隔离措施。	协议范本
	系统维护	根据医保政策或运作变化做好软件升级工作，及时更新维护本地系统。	
	业务编码	按照医保信息业务编码标准进行数据处理。	
	数据上传	即时传输医疗保险相关数据，保证数据的真实、准确、完整。不得为非定点药店提供医保结算。	协议范本
	信息安全	做好与医保相关信息系统的安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。	定点办法
	监控设备	配备视频监控、生物特征识别等技术设备。	
	PSAM 卡安全	妥善保管并使用 PSAM 卡（终端安全控制模块）密钥。	
	应急预案	制定应急预案，发生故障时及时通知医保经办机构并启动应急预案；保证参保人员正常结算。	协议范本
财务管理	财务帐表	设立总账、现金账、银行账、明细账等完整财务账表；业务往来记录完整、真实。	
	票据管理	按票据管理办法规范票据领购、使用、保管及核销等管理。	
	对账制度	建立医保基金收付对账制度并定期核对账目。	
	财务记录	妥善保管财务账目、记账凭证、药品入库记录等涉及基金使用的相关资料。	
	进销存	建立药品及医用材料真实、完整、准确的购销存台账；保存真实完整的购进和使用记录。	
基金管理	支付范围	医保基金支付的费用符合规定的支付范围。	监管条例

一级指标	二级指标	指标说明	指标依据
	费用结算	进行医保费用直接结算，提供收费票据、费用明细和相关资料。不得将医保基金支付的项目让参保人员负担。	定点办法、参考协议
	知情同意	提供医保基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。	监管条例、协议范本
违规违约	一般处理	受到医保部门（或经办机构）约谈、限期整改、通报、警告等处理。	监管条例、定点办法
	费用处理	受到医保部门（或经办机构）拒付费用、追回费用、罚款等处理。	监管条例、定点办法
	协议处理	受到医保部门（或经办机构）暂停协议、中止协议、解除协议等等处理。	监管条例、定点办法
	纪检处理	因医保方面问题，受到纪律检查或监察部门处理。	监管条例、定点办法
	司法处理	因医保方面问题，受到司法部门治安或刑事处罚。	监管条例、定点办法

注：(1) 定点办法是指国家医保局《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》；

(2) 协议范本是指人社部 2014 年《基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议范本（试行）》。

附件 2-3

医疗保障信用评价指标（医药企业）

指标	指标说明
产品抽检情况	我省药监部门对挂网药品和医用耗材的质量检测情况
挂网产品贯标率	医药企业应就挂网药品和医用耗材全部应用国家医保编码及动态更新
配送关系覆盖率	医药企业应就挂网药品和医用耗材在 11 个地市和在昌省直共 12 个配送地区设置配送关系
订单响应率	医药企业应及时响应医疗机构的网上订单
配送及时率	医药企业应及时按订单要求确认并发起配送
提供联络信息	医药企业应向医疗机构公开业务联系人和联系方式以提升采购咨询便捷性
商业贿赂情况	医药企业或其有聘用关系的工作人员经人民法院判决认定构成行贿犯罪
招采信用评价	根据医药价格和招采信用评价制度被国家或我省确认的信用等级

附件 2-4

医疗保障信用评价指标（医保医师）

一级指标	二级指标	三级指标	指标说明	指标依据
协议管理	备案管理	执业资质	取得执业资格。	服务协议。
		执业范围	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。	服务协议。
		配合检查	能自觉遵守基本医疗保险制度和政策规定，接受监督检查。	服务协议。
服务管理	推诿拒诊	推诿拒诊	医保医师发生推诿、拒诊参保人员的行为被医保部门查实的情况。	服务协议。
	举报投诉	举报投诉	医保医师发生医疗服务态度差、对政策解释不准确或错误执行，导致参保人员合法权益受损、造成医保基金损失、社会不良舆论等，经医保部门查实的情况。	服务协议。
	诱导购药	诱导购药	医保医师诱导参保人员购买高价药品、自费药品、自费器械被医保部门查实的情况。	服务协议。
	医保管理配合情况	医保管理配合情况	医保医师不主动配合医保部门管理；或拒绝、阻挠医保部门开展监督检查的行为。	服务协议。
基金监管	违规被扣款	违规被扣款	因违反基本医疗保险定点医疗服务协议，被市、区（县）医保基金中心线上扣款金额。	服务协议。
	行为类别	无指征检查、化验	违反相关诊疗规范。	《医疗保障基金使用监督管理条例》三十八条第一款。
		无指征治疗	违反相关诊疗规范。	《医疗保障基金使用监督管理条例》三十八条第二款。
基金监管		降低住院指征	违反相关诊疗规范。	《医疗保障基金使用监督管理条例》三十八条第二款。
		套餐式检查、化验	违反相关诊疗规范。	《医疗保障基金使用监督管理条例》三十八条第二款。
		分解住院	违反相关诊疗规范。	《医疗保障基金使用监督管理条例》三十八条第一款。
		诱导住院	违反相关诊疗规范。	《医疗保障基金使用监督管理条例》三十八条第二款。
行为合规	不良执业行为	不良执业行为	非医保不良执业行为。	—
一	二级指标	三级指标	指标说明	指标依据

级 指 标				
社 会 信 用	行政处罚	行政处罚	医保医师被医保、卫生健康、市场监管等相关行政部门行政处罚的情况。	—
	舆情评价	舆情评价	医保医师被媒体公开曝光负面信息的情况。	—
	诚实守信	诚实守信	举报定点医药机构违规行为，且该违规行为与医师自身利益不相关，被医保部门确认属实的。	—
表 彰 奖 励	表扬嘉奖	建言献策	积极建言献策，被医保部门采纳。	—
		现金奖励	因举报违规行为被医保部门现金奖励。	—
表 彰 奖 励	表扬嘉奖	其他部门表扬	被卫健、市场监管、公安等部门表扬嘉奖。	—
		党委、人民政府表扬	在医保领域被党委、人民政府表扬嘉奖。	—
		医保部门表扬	受到医保部门表扬嘉奖。	—
		对口援助表彰	参加援外或援藏、援疆等医疗任务，按援助地区的归属地加分。	—
		救灾抢险表彰	参加抢险救灾任务，并取得县级以上表彰。	—
		见义勇为	经认定有见义勇为行为或在执业场所外参与突发疾病抢救。	—
		未发生违规行为	是否有发生违规行为，未发生违规行为按年度累计加分。	—
一 票 否 决	违规处理	解除协议	对医保医师医保违规行为的处理方式。	—
	司法处理	欺诈骗保	执业医师因欺诈骗保被追究刑事责任。	1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》四十二条、四十八条； 2. 国家《医疗保障基金监管信用评价指标操作手册》。

附件 2-5

医疗保障信用评价指标（医保药师）

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义
协议管理	备案管理	执业资质	取得执业资格。
		执业范围	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。
		配合检查	能自觉遵守基本医疗保险制度和政策规定，接受监督检查。
服务管理	服务管理	违规服务	药师未按规定审方、验方或无处方配售处方药的。
		身份识别	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。
		药师挂证	执业药师挂证不在岗，见“证”不见人，虚挂兼职。
		举报投诉	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。
		配合检查	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。
基金监管	基金损失	基金损失	违反协议、造成医保基金重大损失的其他严重违规行为。
	收受贿赂	收受贿赂	收受贿赂或者取得其他非法收入。
基金监管	协助套取个人账户现金	协助套取个人账户现金	以压卡、签单、退货等形式协助套取个人账户现金的。
	行为类别	串换药品	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。
		转卖药品	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。
行为合规	不良执业行为	不良执业行为	《四川省医务人员不良执业行为记分管理办法》涉及的非医保不良执业行为。
社会信用	舆情评价	舆情评价	媒体公开曝光负面新闻。
	行政处罚	行政处罚	医保药师被医保、卫健委、市场管理等行政部门处罚、处理的。
	纪律处罚	纪律处罚	医保药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	执业药师因欺诈骗保被追究刑事责任。

附件 2-6

医疗保障信用评价指标（医保医技人员）

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义
协议管理	备案管理	执业资质	取得执业资格。
		执业范围	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。
		配合检查	能自觉遵守基本医疗保险制度和政策规定，接受监督检查。
违法违规	资格处理	医疗文书造假	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。
		超范围服务	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。
		转借证书	将执业证书、职称证书转借、转租给其他医疗机构。
	违规处理	知情未告知	未按规定执行告知签字制度的。
		患者投诉	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。
行为合规	不良执业行为	不良执业行为	《四川省医务人员不良执业行为记分管理办法》涉及的非医保不良执业行为。
社会信用	行政处罚	行政处罚内容	被医保、卫生行政部门行政处罚的。
违法违规	违规处理	协助套保	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。

医疗保障信用评价指标（医保护士）

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义
协议管理	备案管理	执业资质	取得执业资格。
		执业范围	在基本医疗保险定点医疗机构执业。
		配合检查	能自觉遵守基本医疗保险制度和政策规定，接受监督检查。
违法违规	资格处理	医疗文书记录不实	医疗文书与实际情况不符，不按规定如实记载患者的诊治原因、经过等情况。
		虚购、套取医疗费用	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。
		泄露个人隐私	泄露患者个人隐私的有关信息、资料的。
	违规处理	政策误导	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。
		自定标准收费	自定标准收取费用的；故意串换项目编码、套高收费等。
		虚记、多记医疗费用	虚记、多记医疗费用。
		其他不合理收费	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。
行为合规	不良执业行为	不良执业行为	《四川省医务人员不良执业行为记分管理办法》涉及的非医保不良执业行为。
社会信用	行政处罚	行政处罚内容	被医保、卫生行政部门行政处罚的。
一票否决	违规处理	欺诈骗保	执业护士因欺诈骗保被追究刑事责任。

附件 2-8

医疗保障信用评价指标（参保单位）

1. 未按照规定办理社会保险登记、变更登记或者注销登记；
2. 未按照规定申报应缴纳的社会保险费数额的；
3. 违反有关财务、会计、统计的法律、行政法规和国家有关规定，伪造、变造、故意毁灭有关账册、材料，或者不设账册，致使缴费基数无法确定的；
4. 延期或逾期拒不缴纳社会保险费、滞纳金。

医疗保障信用评价指标（参保人员）

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义
违法违规	违法违规	倒卖药品、耗材	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。
		冒名就医	持他人医疗保障凭证冒名就医。
		医保凭证外借	将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用。
		重复享受待遇	重复享受医疗保障待遇。
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。