

附件

湖北省医疗保障基金监管信用 管理办法（试行）

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 目的依据 为推进医疗保障基金监管信用体系建设，促进医疗保障基金安全、合理使用，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《湖北省社会信用信息管理条例》《湖北省人民政府关于全面推进“信用湖北”建设的若干措施（2024年版）》等规定，结合我省实际，制定本办法。

第二条 适用范围 本省医疗保障基金监管信用主体（以下简称“信用主体”）的信用信息归集、承诺、评价、应用、修复等管理活动，适用本办法。

本办法所称医疗保障基金监管信用管理，是指各级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。

第三条 基本原则 医疗保障基金监管信用信息归集、承诺、

评价、应用、修复等管理活动，应当遵循合法、安全、及时、准确的原则，切实维护信用主体的合法权益，不得危害国家安全、泄露国家秘密，不得侵犯商业秘密及个人隐私。

第四条 主体分类 本办法所称医疗保障基金监管信用主体分为机构类和个人类。

(一) 机构类信用主体

- 1.医疗保障定点医疗机构、医疗保障定点零售药店（以下简称“定点医药机构”）；
- 2.基本医疗保险参保单位；
- 3.承办医疗保障经办业务的第三方机构；
- 4.其他参与医疗保障活动的机构。

(二) 个人类信用主体

- 1.医疗保障定点医疗机构提供医保基金结算的医药服务相关人员，如医疗类、药学类、护理类、技术类、管理（审核）类人员等；
- 2.医疗保障定点零售药店提供医保基金结算的医药服务相关人员，如医师、药师（含执业药师）、法定代表人、主要负责人（即药品经营许可证上的主要负责人）等；
- 3.基本医疗保险参保人员；
- 4.其他参与医疗保障活动的自然人。

第五条 职责分工 省医疗保障行政部门统筹全省医保基金监管信用管理工作，建立全省医疗保障信用管理制度，依托省医

疗保障信用信息管理系统（以下简称“信用管理系统”），指导各地医疗保障行政部门开展监管信用管理等工作。

市（州）、县（区）级医疗保障行政部门负责本行政区域内医疗保障信用管理工作。负责本级医疗保障基金监管信用信息的归集、录入、审核、异议处理；负责系统管理和数据上传、维护，依法依规开展信用评价，并根据评价结果实施奖惩措施，及时向省医疗保障行政部门报送相关信用信息。

各级医疗保障行政部门可授权医保经办机构承担信用管理的具体工作，也可委托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（以下简称“评价机构”）开展信用主体的信用评价工作。

第六条 基本要求 各级医疗保障行政部门基金监管信用体系建设应当接受同级社会信用部门的业务指导、综合协调。

第七条 主体要求 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服务协议约定，加强诚信自律，规范医疗保障相关行为。鼓励信用主体主动向社会作出信用承诺，接受社会监督。

信用主体应当按照本办法及有关规定，向医疗保障行政部门及其委托的机构提供相应的数据和资料，配合开展信用管理工作。

各级医疗保障部门应当建立信用信息安全管理和保密制度，履行信息安全管理职责，防范危害医保信用信息安全的行为。

第二章 信用信息归集

第八条 归集定义 信用信息归集是指对医疗保障基金监管过程中涉及的相关主体的信用信息进行采集、分类、记录、管理等活动。信用信息归集方式分为线上、线下两种。

第九条 信用档案 医疗保障部门应当依托信用管理系统，建立各类信用主体的医疗保障信用档案，记录和归集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。医疗保障基金监管信用档案由信用主体的基础信息、守信信息、失信信息以及信用承诺信息、信用评价结果信息、信用信息异议记录信息和信息修复信息以及应纳入信用档案的其他信息构成。

第十条 基础信息 基础信息是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，主要包括：

（一）机构类信用主体：主要包括统一社会信用代码、法人和非法人组织名称及法定代表人及主要负责人、单位性质、注册地址、注册时间等，以及应当记入信用档案的其他信息。

（二）个人类信用主体：主要包括姓名、身份证号码、出入境证件号码、户籍地址、执业定点机构名称、资格证书编号、注册时间、有效期等，以及应当记入信用档案的其他信息。

第十一条 守信信息 守信信息是指信用主体信用状况构成正面影响的信用信息，主要包括：

(一) 各级人民政府及其部门、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以及参加社会公益、志愿服务等信息；

(二) 主动举报涉嫌欺诈骗保行为，经医疗保障行政部门查实的；

(三) 自觉遵守法律法规和政策的经营及执业行为、履行医疗保障服务协议约定的信息；

(四) 法律法规、规章等规定应当记入信用档案的其他守信信息。

第十二条 失信信息 失信信息是指对信用主体信用状况构成负面影响的信用信息，主要包括：

(一) 违反医疗保障有关法律法规、规章等受到县级（含）以上医疗保障行政部门行政处罚或者医疗保障经办机构协议处理等相关信息；

(二) 医疗保障及卫生健康、市场监管等部门开展日常监督检查、各类执法检查发现的违法违规行为的信息；

(三) 无正当理由、拒不履行行政处罚决定的信息，有违法违规行为被责令限期整改、逾期仍未改正的信息；

(四) 提供虚假材料或者隐瞒事实的信息，违反信用承诺的信息；

(五) 严重失信主体名单信息。包括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。

(六)法律法规、规章规定应当记入信用档案的其他失信信息。

第十三条 信息来源 信用主体的基础信息、守信信息由信用主体申报。信用主体应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，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。

第十四条 信息确定 信用主体的失信信息由各级医疗保障行政部门通过开展日常监督检查等各类执法检查，以及群众举报、投诉等调查处理，依据不良行为事实确定，完成失信信用信息的归集。

第十五条 归集原则 信用信息归集应当遵循依法、客观、公正、及时、公开和“谁处罚、谁认定、谁公开”的原则。

第十六条 归集方式 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 X

(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数据共享 X

(四)其他符合规定的归集途径。

第三章 信用承诺

第十七条 承诺定义 信用承诺指信用主体以规范形式对社会作出安全、合理使用医保基金的公开书面承诺,包括自律管理、诚信服务原则,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,自愿接受医疗保障部门依法依规开展的行政检查、协议管理等,主动接受社会监督和违背承诺自愿接受其他社会信用联动管理等相关内容。

第十八条 承诺应用 信用主体对信用承诺内容的真实性负责,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医疗保障部门对信用主体进行信用评价、事中事后监管、实行业信用分类监管的重要依据。

第十九条 承诺形式 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。

第二十条 承诺内容 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记录，并通过“湖北信用信息共享平台”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，将承担相应法律责任，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。

第四章 信用评价

第二十一条 评价原则 省医疗保障行政部门负责制定各类信用主体的信用评价规则，明确不同信用主体的信用评价和积分规则、评价方式、信用等级等内容，并根据监督管理实际进行动态调整。

第二十二条 评价方式 对定点医药机构信用评价采用“积分制”评分，综合评定总分为 100 分，采取周期内累计积分的方式。各级医疗保障部门定期对本辖区内信用主体开展评价工作，评价工作周期为一年，于每年 3 月底确定上一年度信用评定结果。有下列情形之一的信用主体，不参加本期的评价：

(一) 医疗保障服务协议管理不满一个医保年度的；

- (二) 解除医保服务协议，取消医保服务资格的；
- (三) 本年度内未涉及医疗保障统筹基金使用的；
- (四) 因涉嫌违法犯罪被立案查处尚未结案的；
- (五) 法律法规等规定其他不应参加本期评价的。

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。在同一次监督检查中，发现涉及医疗保障基金使用的参保人有不同类型违法违规行为的，应分别扣分，累加分值。同一违法违规行为涉及不同负面情形的，按最高分值扣分，不分别扣分。

对定点医药机构为参保人提供使用医保基金结算的医疗类、药学类、护理类、技术类、管理（审核）类人员等卫生专业技术人员及为参保人提供医保基金结算的医药服务医师、药师（含执业药师）、法定代表人、主要负责人（即药品药营许可证上的主要负责人）的信用评价另行规定。

第二十三条 等级之一 信用评价应通过信用管理系统对信用主体进行分级分类监管，实行动态评价。

定点医药机构信用等级划分为 A 级（信用好）、B 级（信用良好）、C 级（信用一般）、D 级（信用较差）和 b 级（信用差）。

- (一) A 级：评定总分值高于 95 分 [含]；
- (二) B 级：评定总分值高于 85 分 [含]，低于 95 分 [不含] X
- (三) C 级：评定总分值高于 70 分 [含]，低于 85 分 [不含] X
- (四) D 级：评定总分值高于 60 分 [含]，低于 70 分 [不含] X

(五) b级：评定总分值低于 60分(不含)。

第二十四条 等级之二 参保人信用评价记分在一个自然年度内累加计算，下一个自然年度自动清零。参保人信用评价积分为 12分的，定为 A级(信用好)；在 10分以上且不足 12分的，定为 B级(信用良好)；在 8分以上且不足 10分的，定为 C级(信用一般)；在 6分以上且不足 8分的，定为 D级(信用较差)；不足 6分的，定为 b级(信用差)。

第二十五条 等级情形 定点医药机构有以下情形的，直接列入 b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 结果公示 各级医疗保障部门应当通过官方网站、服务窗口、信用信息平台、“鄂汇办”等渠道为信用主体提供信用评价结果实时查询服务。实时信用评价有结果变动时，短信提醒该信用主体。

第二十七条 结果记录 医疗保障基金监管信用评价结果包含通过信用评价所生成的信用报告、医疗保障信用评分和信用等

级等，评价结果无异议的，记入信用主体的信用档案。

第五章 信用披露与信用申诉

第二十八条 披露方式 医疗保障基金监管信用评价结果主要通过公开公示、授权查询、政务共享等方式披露，披露范围和披露期限按照信用信息管理相关规定执行。信用信息以公开为原则，法律、法规另有规定的除外。

第二十九条 公开方式 依法应当公开的信用信息，通过指定的信用信息服务平台和各级医疗保障部门的门户网站向社会披露。

涉及商业秘密、个人隐私的信用信息，经信用主体书面同意公开或者国家机关认为不公开可能对服务利益造成重大影响的，可以依法公开。

依法不能公开的信用信息，经信用主体的书面授权可以查询，并按照约定的用途使用。未经其同意，不得将该信息向第三方提供。

信用主体享有查询自身信用信息的权利。

第三十条 数据共享 各级医疗保障部门通过信用管理系统平台与省社会信用信息服务平台实行数据交换。

第三十一条 告知义务 各级医疗保障部门认定医疗保障基金失信信用名单前，应当告知信用主体列入名单后采取惩戒措施的理由、依据和救济途径以及解除惩戒措施的条件，并告知不服

认定，可申请提出陈述、申辩及期限。

第三十二条 异议申诉 相关信用主体对其认定结果有异议的，应当在信用评价结果公布后 5个工作日内向所属医疗保障部门提出书面申请，说明理由并提供相关证明材料，逾期未提出异议或未按要求提出异议的视为无异议。

医疗保障部门应在收到书面材料之日起 5个工作日内完成处理，将处理结果书面告知相关信用主体，并根据核实处理情况及时调整信用信息。

信用主体异议处理结果仍有异议的，可在法定期限内申请行政复议或提出行政诉讼。

第六章 信用信息应用

第三十三条 应用原则 各级医疗保障行政部门根据信用主体的信用评价结果进行分类管理，综合运用于信用主体的协议管理、预算管理、监督检查、绩效考核等方面。在“双随机、一公开”监管中引用信用评价结果。

第三十四条 激励方式 对评定为 A B等级且不存在失信信息的信用主体，医疗保障部门在规定的期限内可以采取下列激励措施：

（一）在医保基金支付预算、医保费用核拨、减少监督检查频次等方面给予激励措施；

（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)在医保信用管理系统平台予以公示或向媒体宣传推介；

(四)评定结果适时推送至湖北省政务资源共享平台、湖北省信用信息共享平台，符合联合激励标准的，依法依规纳入联合激励对象；

(五)法律法规、规章等规定的其他激励措施。

第三十五条 措施之一 对评定为 C 级的信用主体，医疗保障部门在规定的期限内可以采取以下惩戒措施：

(一)在医保信用管理系统平台予以公示，评价结果适时推送至湖北省政务资源共享平台、湖北省信用信息共享平台；

(二)按常规开展日常监督检查，督促其守法诚信经营。

第三十六条 措施之二 对评定为 D 级信用主体，医疗保障部门在规定的期限内可以采取以下惩戒措施：

(一)警示约谈，要求限期整改；

(二)通过医保信用管理系统推送信用风险提示；

(三)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一至二个百分点；

(四)列入重点监控和监督检查对象，作为日常监督检查或抽查的重点，增加检查频率；

(五)评定结果适时推送至湖北省政务资源共享平台、湖北省信用信息共享平台等平台；

(六)对失信参保人员,可按规定采取暂停医疗费用联网结算等措施;

(七)法律法规、规章等规定的其他惩戒措施。

第三十七条 措施之三 对评定为 b级信用主体,医疗保障部门在规定的期限内可以采取以下惩戒措施:

(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)适当降低向定点医疗机构预付的预付金比例;

(四)列入重点监控对象,加强风险管理,提高监督检查频率,作为定期检查、双随机检查和专项检查相结合的方式进行检查;

(五)对失信参保人员,可按规定采取暂停医疗费用联网结算等措施;

(六)对在社会救助政策中有失信行为的参保人依法依规纳入社会救助领域信用黑名单;

(七)评定结果适时推送至湖北省政务资源共享平台、湖北省信用信息共享平台等平台;

(八)在医保信用管理系统平台予以公示,并通过其他渠道向社会曝光,有效期为 1年;

(九)法律法规、规章等规定的其他惩戒措施。

第三十八条 联动机制 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、市场监管、公安、政务服务数据等部门联系，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。

第七章 信用修复

第三十九条 修复定义 信用修复是指失信行为主体在主动纠正失信行为，消除不良社会影响，符合规定条件后，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。

失信信息信用修复包括自然修复和依申请修复。自然修复是指失信信息有效期届满或公示期限届满后自然失效。依申请修复是指失信主体为积极改善自身信用状况，按照规定的条件和程序，向做出失信认定的医疗保障行政部门提出申请并被确认的行为过程。

第四十条 修复原则 失信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，可向作出失信认定的医疗保障部门提出书面修复申请。

失信信用主体应提供完整、真实、合法的书面信用修复申请材料，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。

第四十一条 证明材料 失信主体向做出信用评价的医疗保障部门提出书面信用修复申请并提交以下材料：

(一) 信用修复申请表和信用修复承诺书；

(二) 违法违规行为纠正、整改情况的相关证明材料。

第四十二条 修复处理 做出失信认定的医疗保障部门应当在受理信用主体信用修复申请后 5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 15个工作日。对于符合信用修复条件的予以修复,并在医保信用管理系统平台或官方网站进行公示,公示期限为 7个工作日。不符合信用修复条件的不予修复,并书面告知。

公示期满无异议的,按程序及时发布信用修复公告,停止公示其失信记录,报送同级信用管理部门。

第八章 附则

第四十三条 法律责任 各级医疗保障部门、评价机构或其工作人员在实施信用信息管理中,滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的,依照国家有关规定对其主要负责人、直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予行政或纪律处分,构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第四十四条 其他规定 药品和医用耗材生产、经营企业在医药价格和招标采购活动中的信用评价,按国家医疗保障局有关医药价格和招标采购信用评价制度实施。

第四十五条 解释单位 本办法由湖北省医疗保障局负责解释。

第四十六条 实施日期 本办法自 2024年 XX月 XX日起施行，有效期 2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.不予信用修复告知书
 - 5.信用修复确认通知书
 - 6.定点医疗机构信用评价指标体系
 - 7.定点零售药店信用评价指标体系
 - 8.参保人信用评价指标体系

附件 1

湖北省医疗保障局 信用评价异议信息处理申请表

编号：

申请单位（人）			
联系人		联系电话及 手机号	
传 真		E-mail	
通讯地址			
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相关材料真实有效，否则由此产生的相应后果自负。 签字 (盖章)		
备注			

附件 2

湖北省医疗保障局 信用评价异议信息处理结果反馈单

编号：

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 5

湖北省医疗保障局 不予信用修复告知书

编号：

_____：

我局于_____年_____月_____日收到你（单位）提交的申请，经审查，不符合《湖北省医疗保障基金监管信用管理办法（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 5个工作日内，向_____提出异议申请。

单位名称（公章）

年 月 日

经办人：

联系电话：

湖北省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	三级指标权重	评分标准	采集渠道
	(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	1	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，未及时变更每次扣0.5分，最多扣1分。	医疗机构填报
		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	1	1、在显著位置悬挂医保标识标牌，且按要求在服务窗口显示异地就医联网结算标识，此项不扣分； 2、仅满足在显著位置悬挂医保标识标牌或按要求在服务窗口显示异地就医联网结算标识中的任一项，扣0.5分； 3、未按要求悬挂展示标识标牌，且未按要求在服务窗口设置异地就医联网结算标识，此项不得分。	医疗机构填报
		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	1	1、采用两种及以上方式宣传并设有咨询服务渠道，此项不扣分； 2、采用采用不少于一种方式宣传并设有咨询服务渠道，扣0.25分； 3、仅满足宣传或设有咨询服务渠道中的任一项，扣0.75分； 4、无宣传且未设有咨询服务渠道，此项不得分。	医疗机构填报
		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	2	1、公布投诉监督渠道，及时受理并予以处理参保人员的投诉，并定期公开投诉处理结果，此项不扣分； 2、公布投诉监督渠道，及时受理并予以处理参保人员的投诉但未定期公开投诉处理结果，扣0.5分； 3、公布投诉监督渠道但未及时处理或其他情况，扣1.5分； 4、未公布投诉监督渠道且未及时处理，此项不得分。	医疗机构填报

湖北省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

(二) 医保配合	5	配合检查	配合医疗保障部门或委托第三方开展的监督检查, 并准确完整提供医疗服务有关的材料和数据。	全部	2	1、按要求提供资料且材料真实且配合监督检查, 此项不扣分; 2、未按要求提供资料或不配合监督检查, 扣1分 3、拒绝、阻挠或不配合监督检查、提供虚假材料的, 直接按最低档处理。	医保经办机构填报
	6	医保整改提升	医保工作支持完成情况主要是指受评机构对医保日常工作安排的配合、完成时限及质量情况, 指标考察受评机构保证医保工作的完成效率及质量。	全部	2	1、已按要求整改完成, 此项不扣分; 2、正在整改(整改期内), 扣0.5分; 3、整改延期(充分理由), 扣1.5分 4、未按要求整改, 此项不得分。	医保经办机构填报
	7	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	1、完整、准确、及时备案医师变更情况, 此项不扣分; 2、未及时维护或因维护不到位引起纠纷、投诉等, 扣0.5分; 3、未上传医保医师变更信息, 此项不得分。	医疗机构填报
(三) 信息管理	8	数据对接	定点医疗机构计算机系统与医疗保障信息系统有效对接。	全部	1	1、实现与医保信息系统有效对接(完整全面), 此项不扣分; 2、实现与医保信息系统基本对接(不完整), 扣0.5分; 3、未实现与医保信息系统对接, 此项不得分。	医疗机构填报
	9	数据上传规范化	医疗机构按标准将医疗保障部门需要和要求的数据信息传输至医疗保障信息系统。	全部	2	1、按规则全面、准确、及时上传医保数据, 此项不扣分; 2、上传数据及时、准确但存在缺项, 扣0.5分; 3、上传数据存在不准确、不及时或不全面中二项, 扣1.5分 4、上传数据存在虚假情况, 此项不得分。	医疗机构填报
	10	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	1	1、完全按照医疗保障信息业务编码标准进行数据处理, 此项不扣分; 2、基本按医疗保障信息业务编码标准进行数据处理, 扣0.5分; 3、未按照医疗保障信息业务编码标准进行数据处理, 此项不得分。	医疗机构填报

一、协议属

湖北省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

行	(四) 财务管理	11	财务账表	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	1	1、执行政府会计制度，设立完整财务账表，业务往来记录完整，此项不扣分； 2、执行政府会计制度，设立完整财务账表，业务往来记录不完整，扣0.25分； 3、执行政府会计制度，未设立完整财务账表，扣0.75分 4、未执行政府会计制度，此项不得分。	医疗机构填报
		12	财务记录	按照规定保管财务账目、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资料。	全部	1	1、使用信息系统管理相关账目财务记录，按规定保管涉及基金使用相关材料，此项不扣分； 2、线下管理相关账目财务记录，按规定保管涉及基金使用相关材料，扣0.25分； 3、执进行相关账目财务记录的管理但未按规定保管涉及基金使用相关材料，扣0.75分 4、未进行相关账目财务记录的管理，此项不得分。	医疗机构填报
	(五) 医疗管理	13	身份识别	核验参保人员医疗保障有效凭证，做到人证相符。	全部	1	1、配备人证验证先进设备（人脸识别等）并认真核验，此项不扣分； 2、未配备人证验证先进设备但认真核验，扣0.25分； 3、核验但存在造成冒用、盗用医保凭证，扣0.75分 4、未核验人证相符情况，此项不得分。	医疗机构填报
		14	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	1、制定并执行出入院管理制度（出入院标准），此项不扣分； 2、制定出入院管理制度（出入院标准）但执行不到位，存在推诿、拒收病人，故意将门诊可以治疗的病人纳入住院结算、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等情况，扣0.5分； 3、未制定出入院管理制度（出入院标准），此项不得分。	医疗机构填报

湖北省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

	15	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	1、设置异地就办理引导或服务人员、两种及以上渠道预约挂号、积极配合异地联网结算，此项不扣分； 2、设置异地就办理引导或服务人员、两种及以上渠道预约挂号、积极配合异地联网结算中的二项，扣0.25分； 3、设置异地就办理引导或服务人员、两种及以上渠道预约挂号、积极配合异地联网结算中的一项，扣0.75分 4、不符合以上情况，此项不得分。	医疗机构填报
(六) 知情管理	16	知情同意	保证参保人员知情同意权。	全部	1	1、开展知情同意政策宣传且按政策执行导或服务人员、两种及以上渠道预约挂号、积极配合异地联网结算，此项不扣分； 2、开展知情同意政策宣传但存在未按政策执行情况，扣0.25分； 3、未开展知情同意政策宣传或存在未按政策签订知情同意执行情况，扣0.75分 4、未开展知情同意政策宣传且存在未按政策执行情况，此项不得分。	医疗机构填报
	17	费用清单	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	1	1、及时准确向参保人员提供费用清单，此项不扣分； 2、存在向参保人员提供费用清单不及时、不准确情况，扣0.5分； 3、未向参保人员提供费用清单，此项不得分。	医疗机构填报
(七) 集采管理	18	确保使用	确保采购周期内完成约定采购量	全区公立医疗机构（含军队）	2	1、准确报量、确保使用、协议采购量完成率100%，此项不扣分； 2、准确报量、确保使用、协议采购量完成率90%，扣0.25分； 3、准确报量、协议采购量完成80%，扣0.75分 4、报量不准确，协议采购量完成率低于80%，此项不得分。	医保经办机构填报
	19	及时回款	药品确认入库后企业及时结算	全区公立医疗机构（含军队）	2	1、入库30天内及时结算，此项不扣分； 2、入库60天内结算，扣1分； 3、入库60天后结算，此项不得分。	医保经办机构填报

湖北省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

二、自律管理	(八) 管理体制	20	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，配备专（兼）职管理人员，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	1、床位数>100张时，设置医疗保障办公室并配备专职人员，且全院医疗保障管理网络实现院内系统即时监管；床位数≤100张时，配备专（兼）职医保管理人员，且全院医疗保障管理网络实现院内系统即时监管，此项不扣分； 2、床位数>100张时，配备专（兼）职医保管理人员，且全院医疗保障管理网络实现院内系统即时监管，扣0.25分； 3、未配备专（兼）职医保管理人员或未能实现全院医疗保障管理网络实现院内系统即时监管，扣0.75分 4、未配备专（兼）职医保管理人员且未能实现全院医疗保障管理网络实现院内系统即时监管，此项不得分。	医疗机构填报
		21	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。	全部	1	1、每季度至少1次医保监管和诚信政策培训并有培训记录，此项不扣分； 2、每半年至少1次医保监管和诚信政策培训并有培训记录，扣0.25分； 3、每年至少1次医保监管和诚信政策培训并有培训记录，扣0.75分 4、未开展教育培训，此项不得分。	医疗机构填报
	(九) 制度建设	22	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。包括医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度。	全部	1	1、制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件，建立并及时维护医保医师信息库，此项不扣分； 2、制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件，建立医保医师信息库但未及时维护，扣0.25分； 3、制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件，尚未建立医保医师信息库，扣0.75分 4、尚未制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件和医保医师信息库或其他情况，此项不得分。	医疗机构填报
	(十) 风险管理	23	风险防控	建立内审工作机制，防范超支风险；开展医疗保障风险管理，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	2	1、建立内审工作机制且制定应急处置预案，并撰写医疗保障运行分析报告，此项不扣分； 2、未建立内审工作机制或未制定应急处置预案，扣1分； 3、未建立内审工作机制且未制定应急处置预案，此项不得分。	医疗机构填报

湖北省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

三、基金监管	(十一) 一般处理	24	约谈	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	0	被医疗保障行政部门约谈，每次扣1.5分。	医保经办机构填报
		25	整改	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	0	被医疗保障行政部门责令限期整改，每次扣2分。	医保经办机构填报
		26	警告	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	0	被医疗保障行政部门警告，每次扣2.5分。	医保经办机构填报
		27	通报	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	0	被医疗保障行政部门通报，每次扣3分。	医保经办机构填报
	(十二) 费用处理	28	追回及拒付费用	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式，包括追回费用、拒付费用、罚款。按医疗机构体量及实际违规费用情况进行排名赋分。	全部	5	根据被医疗保障经办机构追回及拒付费用，按金额与医疗机构基金使用量的占比进行扣分。 三级医疗机构每被追回金额占上一年基金使用量的占比达到1%（含）以上的，扣5分； 二级医疗机构每被追回金额占上一年基金使用量的占比达到3%（含）以上的，扣5分； 一级医疗机构每被追回金额占上一年基金使用量的占比达到5%（含）以上的，扣5分。	医保经办机构填报
		29	罚款费用	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式，包括追回费用、拒付费用、罚款。按医疗机构体量及实际违规费用情况进行排名赋分。	全部	5	根据被医疗保障经办机构罚款费用，按金额与医疗机构基金使用量的占比进行扣分。 三级医疗机构每被罚款金额占上一年基金使用量的占比达到1%（含）以上的，扣5分； 二级医疗机构每被罚款金额占上一年基金使用量的占比达到3%（含）以上的，扣5分； 一级医疗机构每被罚款金额占上一年基金使用量的占比达到5%（含）以上的，扣5分。	医保经办机构填报
	(十三) 协议处理	30	科室中止结算	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式，科室因违法违规原因被医疗保障部门暂停结算。	全部	0	院内科室中止结算，每发生一次扣10分	医保经办机构填报
		31	全院中止结算	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式，医疗机构因违法违规原因被医疗保障部门暂停全院医保结算。	全部	0	中止医院全院医保结算，每发生一次扣40分	
		32	解除协议	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式，医疗机构因违法违规原因被医疗保障部门解除医	全部	0	解除协议≥1次，发生1次则不予评级，扣100分	

湖北省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

	(十四) 医保信用	33	医保历史信用结果	上一期医保信用评价结果，衡量机构历史医保信用综合情况。	全部	2	1、上期评定总分值高于95分(含)，此项不扣分； 2、上期评定总分值高于85分(含)，低于95分(不含)，扣0.5分； 3、上期评定总分值高于70分(含)，低于85分(不含)，扣1分； 4、上期评定总分值高于60分(含)，低于70分(不含)，扣1.5分 5、上期评定总分值低于60分，此项不得分。	医保系统获取
四、满意度评价	(十五) 患者评价	34	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	1	1、患者满意度 $\geq 85\%$ ，此项不扣分； 2、 $75\% \leq$ 患者满意度 $< 85\%$ ，扣0.25分； 3、 $60\% \leq$ 患者满意度 $< 75\%$ ，扣0.75分 4、患者满意度 $< 60\%$ ，此项不得分。	医疗机构填报
	(十六) 舆情评价	35	媒体报道-正面	媒体报道关于医疗保障工作的情况。	全部	0	每发生一次媒体正面报道加1分	第三方机构录入
		36	媒体报道-负面			0	每发生一次媒体负面报道扣3分	第三方机构录入
五、社会信用	(十七) 行政处理	37	行政处罚	被政府有关行政部门给予行政处罚情况（除医保监管机构处罚）。按本期被人民政府及组成部门给予行政处罚的案件数量扣分。	全部	0	每发生一次扣1分	医疗机构填报
		38	行政奖励	被政府部门给予行政奖励的。（除医保监管机构处罚）。按本期被人民政府及组成部门给予行政奖励的案件数量扣分。	全部	0	每发生一次加3分	医疗机构填报
		39	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	0	每发生一次加5分	第三方机构录入
	(十八) 失信被执行人	40	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。本期纳入公共信用系统失信“黑名单”的次数。	全部	0	失信指标，发生即不予评级，默认按最底档处理。	第三方机构录入
			41	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	0	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，每次加3分；免费培养、选派优秀临床医生援助的，每次加10分。

湖北省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

	(十九) 社会公益	42	提供志愿服务	衡量医疗机构提供志愿者服务情况。	全部	0	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2分，未达标准的得0分。	医疗机构填报
		43	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	0	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，每次加5分。	医疗机构填报
六、医疗机构服务能力评价	(二十) 民营医院评价	44	药品加成	院内单价前三的药品盈利率。	民营医疗机构	2	按医疗机构使用量排名前三的药品平均盈利率计分： 1、平均盈利率 $\geq 15\%$ ，此项不得分； 2、 $10\% \geq$ 平均盈利率 $> 15\%$ 的，扣1.5分； 3、 $5\% \geq$ 平均盈利率 $> 10\%$ 的，扣1分； 4、平均盈利率 $> 3\%$ 的，此项不扣分	医疗机构填报
		45	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个及以上且中级职称医师2个及以上得2分； 二级医疗机构内注册高级职称医师1个及以上且中级职称医师2个及以上得2分； 三级医疗机构内注册高级职称医师1个及以上且中级职称医师2个及以上得2分；	医疗机构填报
		46	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	2	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： $\geq 95\%$ 得2分，85%（含）-95%得1.5分，75%（含）-85%得1分，65%（含）-75%得0.5分，65%以下不得分。 二级医疗机构： $\geq 90\%$ 得2分，80%（含）-90%得1.5分，70%（含）-80%得1分，65%（含）-70%得0.5分，65%以下不得分。 三级乙等（含三甲专科）医疗机构： $\geq 85\%$ 得2分，80%（含）-85%得1.5分，70%（含）-80%得1分，65%（含）-70%得0.5分，65%以下不得分。 三级甲等医疗机构： $\geq 80\%$ 得2分，75%（含）-80%得1.5分，70%（含）-75%得1分，65%（含）-70%得0.5分，65%以下不得分。	医保系统获取

湖北省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

(二十一) 患者负担	47	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	2	<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：≥90%得2分。 85%（含）-90%得1.8分； 80%（含）-85%得1.5分； 70%（含）-80%得1分； 50%（含）-70%得0.5分； 低于50%扣2分。</p> <p>二级医疗机构：≥87%得2分。 75%（含）-87%得1.8分； 70%（含）-75%得1.5分； 60%（含）-70%得1分； 50%（含）-60%得0.5分； 低于50%扣2分。</p> <p>三级乙等（含三甲专科）医疗机构：≥75%得2分。 70%（含）-75%得1.8分； 65%（含）-70%得1.5分； 60%（含）-65%得1分； 50%（含）-60%得0.5分； 低于50%扣2分；</p> <p>三级甲等医疗机构：≥55%得2分。 50%（含）-55%得1.8分； 45%（含）-50%得1分； 40%（含）-45%得0.5分； 低于40%扣100分。</p>	医保系统获取
	48	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	2	<p>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），</p> <p>0%-6%（含）得2分； 6%-8%（含）得1.5分； 8%-9%（含）得1分； 9%-10%（含）得0.5分； 超过10%得0分。</p>	医保系统获取
	49	医疗费用总额增幅	衡量医疗机构医保总费用增长情况。 公式：（本期医保患者医疗费用-上期医保患者医疗费用）/上期医保患者医疗费用*100%	全部	3	<p>取各市同等级、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3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。</p>	医保系统获取

湖北省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

七、基金绩效	(二十二) 总额控制	50	检查检验收费收入占比	根据依据，重点提高诊疗、手术、康复、护理、中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格，降低大型医用设备检查治疗和检验等价格。衡量医疗机构医保患者检查检验费用占总费用的情况。 公式：本期医保患者检查检验收费收入/本期医保患者医疗费用总额*100%	全部	3	取各市同等级、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3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
		51	检查检验收费收入增长率	根据依据，重点提高诊疗、手术、康复、护理、中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格，降低大型医用设备检查治疗和检验等价格。衡量医疗机构医保患者检查检验费用增长情况。 公式：（本期医保患者检查检验收费收入-上期医保患者检查检验收费收入）/上期医保患者检查检验收费收入总额*100%	全部	3	取各市同等级、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3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
	(二十三) 门诊费用控制	52	门诊总费用增幅	衡量医疗机构医保患者门诊总费用增长情况。 公式：（本期门诊费用-上期门诊费用）/上期门诊费用*100%	全部	3	取各市同等级、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5%扣3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
		53	门诊次均费用	衡量该机构医保患者门诊费用水平。 公式：本期医保患者门诊费用/本期医保患者门诊人次	全部	3	取各市同等级、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3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
		54	门诊次均费用增幅	衡量该机构医保患者门诊费用增长情况。 公式：（本期医保患者次均门诊费用-上期门诊患者次均门诊费用）/上期门诊患者次均门诊费用	精神病医院等专科医	3	取各市同等级、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5%扣3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
		55	门诊次均药品费用增幅	衡量患者门诊药品费用负担水平及其增长情况的重要指标。 公式：（本期医保患者门诊次均药品费用-上期医保患者门诊次均药品费用）/上期医保患者门诊次均药品费用*100%	全部	3	取各市同等级、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5%扣3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
		56	门诊次均检查费用增幅	衡量患者门诊检查费用负担水平及其增长情况的重要指标。 公式：（本期医保患者门诊次均检查费用-上期医保患者门诊次均检查费用）/上期医保患者门诊次均检查费用*100%	全部	3	取各市同等级、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5%扣3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
	57	住院总费用增幅	衡量医疗机构医保患者住院总费用增长情况。 公式：（本期医保患者住院费用-上期医保患者住院费用）/上期医保患者住院费用*100%	门诊部、个体诊所除外	3	取各市同等级、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5%扣3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取	

湖北省医疗保障定点医疗机构信用评价指标体系

(二十四) 住院费用控制	58	住院次均费用	衡量该机构医保患者住院费用水平。 公式：本期医保患者住院费用/本期医保患者住院人次	精神病医院等专科医院、门诊部	3	取各市同等级、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3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
	59	住院次均费用增幅	衡量该机构医保患者住院费用增长情况。 公式：(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%	门诊部、个体诊所除外	3	取各市同等级、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5%扣3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
	60	住院次均药品费用增幅	衡量医保患者住院药品费用负担水平及其增长情况的重要指标。 公式：(本期医保患者住院次均药品费用-上期医保患者住院次均药品费用)/上期医保患者住院次均药品费用*100%	门诊部、个体诊所除外	3	取各市同等级、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5%扣3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
	61	住院次均检查费用增幅	衡量医保患者住院检查费用负担水平及其增长情况的重要指标。 公式：(本期医保患者次均检查费用-上期门诊患者次均检查费用)/上期门诊患者次均检查费用	门诊部、个体诊所除外	3	取各市同等级、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5%扣3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
(二十五) 合理住院	62	住院人次人头比	衡量该机构医保患者分解住院的情况。 公式：本期医保患者住院人次/本期医保患者住院人数	门诊部、个体诊所除外	3	取各市同等级、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5%扣3分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
(二十六) 智能监管	63	违规扣费占比	确认违规费用占统筹支出比例，按智能监控系统内医疗机构确认违规费用占比	全部	2.5	取各市同等级、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5%扣2.5分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
	64	违规人次占比	确认违规人次占就诊结算人次比例，按智能监控系统内医疗机构确认违规人次占比	全部	2.5	取各市同等级、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5%扣2.5分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取

湖北省医疗保障定点零售药店信用评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	三级指标权重	评分标准	采集渠道	
(一) 基础管理		1	变更备案	机构经营名称、法定代表人、注册地址、质量负责人、处方审核员、银行账户等信息发生变更的，在规定时限内内向统筹地区经办机构提出变更申请。	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1分，最多扣3分。	定点零售药店填报及日常检查
		2	标识标牌	机构按照协议规定在大厅等服务区域内的显著位置悬挂定点零售药店标识标牌。	3	1、按照协议规定在大厅等服务区域内的显著位置悬挂定点零售药店标识标牌，此项不扣分； 2、店内有定点零售药店标识标牌，但未在显著位置悬挂，扣1.5分； 3、店内无定点零售药店标识标牌，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
		3	宣传咨询	向社会宣传医疗保障政策，并为参保人员提供政策咨询服务。	3	1、采用不少于一种方式宣传并设有咨询服务渠道，此项不扣分； 2、满足宣传或设有咨询服务渠道一项，扣1.5分； 3、未宣且未设有咨询服务渠道，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
		4	举报投诉机制	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，发生投诉的，在投诉发生的规定期限内及时妥善处理参保人员诉求。	3	1、公布投诉监督渠道及时处理且定期公开投诉处理结果，此项不扣分； 2、公布投诉监督渠道但未及时处理或其他情况，扣1.5分。	定点零售药店填报及日常检查
		5	药师管理	加强机构药师管理，按要求统一药师编码，并在药师信息发生变更之日起规定期限内向统筹地区经办机构提出变更申请。	3	1、在规定期限内及时变更药师相关信息，此项不扣分； 2、未及时变更，扣1.5分； 3、未变更，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
		6	医保药师	本指标主要指当前评价期该定点零售药店第一执业地点注册于该定点零售药店的定点药师数量符合要求，满足至少配备一名以上在岗药师。	3	1、当前评价期内该定点零售药店配置医保药师数量大于一名，此项不扣分； 2、当前评价期内该定点零售配置了一名药店医保药师数量，扣1.5分； 3、当前评价期内该定点零售药店未配置医保药师，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
		7	药师在岗	本指标主要指当前评价期该定点零售药店在营业时间是否有执业药师在岗。	3	1、当前评价期内该定点零售药店在营业期间有一名以上执业药师在岗，此项不扣分； 2、当前评价期内该定点零售药店在营业期间有一名执业药师在岗，扣1.5分； 3、当前评价期内该定点零售药店在营业期间无执业药师在岗，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查

湖北省医疗保障定点零售药店信用评价指标体系

一、协议管理	(二) 医保配合	8	配合检查	定点零售药店应当配合经办机构开展费用审核、稽核、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按要求提供所需材料。	3	1、按要求提供资料且材料真实，配合监督检查，此项不扣分； 2、未按要求提供资料或不配合监督检查，扣1.5分； 3、未按要求提供资料且不配合监督检查，此项不得分。	医保经办机构填报
		9	医保日常工作支持	医保日常工作的配合支持，如开会、材料上报、人员协助支持等。	3	1、医保日常工作较为支持，此项不扣分； 2、医保日常工作一般支持，扣1.5分； 3、医保日常工作支持较差，此项不得分。	医保经办机构填报
	(三) 财务管理	10	台账管理	本指标主要指当前评价期该定点零售药店建立药品、医疗器械及医用材料、消毒用品、保健食品进、销、存台账；提供门诊特殊慢性病或特殊药品服务的，建立门诊特殊慢性病用药或特殊药品进、销、存台账情况；上述品种账目清晰，台账与实际情况是否相符	3	1、账目清晰，台账与实际情况相符，此项不扣分； 2、账目清晰，台账与实际情况基本相符，扣1.5分； 3、账目不清晰，台账与实际情况不相符，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
		11	票据清单管理	本指标主要指当前评价期该定点零售药店执行票据管理办法，规范票据的领购、使用、保管及核销等管理情况。	3	1、制定本机构票据管理有关办法并规范开具医疗保障专用票据，此项不扣分； 2、制定本机构票据管理有关办法但存在未规范开具医疗保障专用票据情况，扣1.5分； 3、未制定本机构票据管理有关办法且存在未规范开具医疗保障专用票据情况，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
		12	大额刷卡登记	本指标主要指当前评价期该定点零售药店对有大额刷卡购药费用(单日或单次购药、刷卡500元及以上)的登记履行情况。	3	1、按要求履行大额刷卡登记，且购药人及代购人有效证件、联系电话真实有效，记录清晰，完整准确，此项不扣分； 2、按要求履行大额刷卡登记，但购药人及代购人有效证件、联系电话真实有效，记录不清晰，信息不完整、不准确，扣1.5分； 3、未按要求履行大额刷卡登记，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
	13	制度管理	本指标主要指当前评价期该定点零售药店制定明确、规范、可行的药品管理制度情况。	3	1、有明确、规范、可行的药品管理制，此项不扣分； 2、有较明确、规范、可行的药品管理制度，部分待完善，扣1.5分； 3、有较明确、规范、可行的药品管理制度，部分待完善，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查	

湖北省医疗保障定点零售药店信用评价指标体系

(四) 药品管理	14	陈列管理	本指标主要指当前评价期该定点零售药店对非药品进行分类管理情况。	3	1、对非药品进行分类管理且设立医保用药专区，与其他药品分开摆放并有明确标示，此项不扣分； 2、对非药品进行分类管理且设立医保用药专区，但未与其他药品分开摆放或无明确标示，扣1.5分； 3、对非药品进行分类管理且设立医保用药专区，但未与	定点零售药店填报及日常检查
	15	配药管理	本指标主要指当前评价期该定点零售药店销售药品时是否能正确说明疗效、用法、用量和注意事项；调配处方须经过核对，对有配伍禁忌或超剂量的处方应该拒绝调配，或经处方医师签字后方可调配。	3	1、销售药品时是否能正确说明疗效、用法、用量和注意事项；调配处方须经过核对，对有配伍禁忌或超剂量的处方应该拒绝调配，或经处方医师签字后方可调配，此项不扣分； 2、销售药品时是否能正确说明疗效、用法、用量和注意事项；处方审核待完善，扣1.5分；	定点零售药店填报及日常检查
	16	药价公示	本指标主要指当前评价期该定点零售药店公布药品价格，药品价格标签清晰，向参保人提供账目清单。	3	1、药品价格公开，药品价格标签清晰，且提供账目清单，此项不扣分； 2、药品价格公开，药品价格标签清晰，但账目清单未及时提供，扣1.5分；	定点零售药店填报及日常检查
	17	药价一致	当期评价期内药品标价与售价、药品管理系统情况是否相符。	3	1、药品标价与售价、药品管理系统一致，不相符情况占比低于3%，此项不扣分； 2、药品标价与售价、药品管理系统基本一致，不相符情况占比在3%-5%之间，扣1.5分； 3、药品标价与售价、药品管理系统存在较多不一致情	定点零售药店填报及日常检查
(五) 处方管理	18	处方记录	当期评价期内该零售药店是否按要求履行处方管理。	3	1、履行审核、签字(章)、调配程序，且参保人员医保目录内药品外配处方需保存2年以上，此项不扣分； 2、基本履行审核、签字(章)、调配程序，处方保存工作待完善，扣1.5分； 3、未履行审核、签字(章)、调配程序或存在无处方销售行为，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
(六) 基础建设	19	组织建设	本指标主要指当前评价期该定点零售药店建立健全相应的内部管理制度，由一名药店或连锁药店总部领导分管医保工作,配备专(兼)职医保管理人员，明确并履行管理职责。	3	1、内部管理制度健全，且配置有专(兼)职医保管理人员，此项不扣分； 2、内部管理制度较健全，且配置有专(兼)职医保管理人员，扣1.5分； 3、内部管理制度不健全，未配置医保管理人员，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查

湖北省医疗保障定点零售药店信用评价指标体系

二、能力建设	建议	20	政策宣传	本指标主要指当前评价期该定点零售药店通过宣传栏、电子屏等向购药的参保人员宣传医保主要政策、购药流程、咨询服务渠道。	3	1、采用两种及以上方式宣传并设有咨询服务渠道，此项不扣分； 2、采用不少于一种方式宣传并设有咨询服务渠道，扣1.5分； 3、未宣且未设有咨询服务渠道，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
	(七) 信息管理	21	专业人员配备	本指标主要指当前评价期该定点零售药店有专职信息专业技术人员负责内部信息管理工作	3	1、配备有专职网络信息技术专业人员，此项不扣分； 2、采配备有网络信息技术专业人员，但非专职，扣1.5分； 3、未配备网络信息技术专业人员，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
		22	数据对接	本指标主要指当前评价期该定点零售药店按医保部门信息系统的技术和接口标准，配备医保网络相关设施设备，并与医保信息系统有效对接。	3	1、按照要求实现与医保信息系统有效对接，此项不扣分； 2、按照要求实现与医保信息系统有效对接，或在对接出现问题后，主动积极解决问题，扣1.5分； 3、未按照要求实现与医保信息系统有效对接，或对接出现问题后，不能主动积极解决问题，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
三、满意度评价	(八) 患者评价	23	患者满意度	通过网络、表格等方式调查参保人员的满意度。	4	1、患者满意度 $\geq 85\%$ ，此项不扣分； 2、 $75\% \leq$ 患者满意度 $< 85\%$ ，扣0.25分； 3、 $60\% \leq$ 患者满意度 $< 75\%$ ，扣0.75分 4、患者满意度 $< 60\%$ ，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
四、自律管理	(九) 教育培训	24	医保培训	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。	2	1、每季度至少1次医保监管和诚信政策培训并有培训记录，此项不扣分； 2、每半年至少1次医保监管和诚信政策培训并有培训记录，扣0.5分； 3、每年至少1次医保监管和诚信政策培训并有培训记录，扣1分 4、未开展教育培训，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查
	(十) 制度建设	25	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。	2	1、制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件，建立并及时维护医保医师信息库，此项不扣分； 2、制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件，建立医保医师信息库但未及时维护，扣0.5分； 3、制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件，尚未建立医保医师信息库，扣1分 4、尚未制定医疗保障监管的管理、考核政策性文件和医保医师信息库或其他情况，此项不得分。	定点零售药店填报及日常检查

湖北省医疗保障定点零售药店信用评价指标体系

五、基金 监管	(十一) 一般处理	26	约谈	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	0	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式，包括约谈、警告、通报批评、限期整改；按次数扣分，每次扣2分。	医保经办机构填报
		27	警告	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	0	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式，包括约谈、警告、通报批评、限期整改；按次数扣分，每次扣2分。	医保经办机构填报
		28	通报批评	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	0	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式，包括约谈、警告、通报批评、限期整改；按次数扣分，每次扣2分。	医保经办机构填报
		29	限期整改	对定点零售药店医保违规行为的处理方式。	0	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式，包括约谈、警告、通报批评、限期整改；按次数扣分，每次扣3分。	医保经办机构填报
	(十二) 费用处理	30	追回及拒付费用	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式，包括追回费用、拒付费用、罚款。按零售药店体量及实际违规费用情况进行排名赋分。	8	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式，包括追回费用、拒付费用、罚款。按零售药店体量及实际违规费用情况进行排名赋分。	医保系统获取
		31	罚款费用	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式，包括追回费用、拒付费用、罚款。按零售药店体量及实际违规费用情况进行排名赋分。	6	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式，包括追回费用、拒付费用、罚款。按零售药店体量及实际违规费用情况进行排名赋分。	医保系统获取
	(十三) 协议处理	32	中止协议	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式，中止协议或中止服务。	0	发生一次扣40分	医保经办机构填报
		33	解除协议	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式，解除协议，发生一次则不予评级。	0	解除协议发生1次则不予评级，扣100分	医保经办机构填报
	(十四) 司法处理	34	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。	0	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，直接按最低档处理	定点零售药店填报及日常检查
		35	审核违规人次占比	本指标主要指当前评价期内，该定点零售药店线上审核确认违规人次占医保结算人次比例， 计算公式：审核违规人次占比=(审核违规人次/结算人次)*100%	4	取各市定点零售药店平均值为标杆，不大于平均值为满分区间，偏离满分区间5%扣4分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取

湖北省医疗保障定点零售药店信用评价指标体系

	(十五) 智能监管	36	审核违规金额占比	本指标主要指当前评价期内当该定点零售药店线上审核违规金额占医保统筹结算金额比例。 计算公式：审核违规金额占比=(审核违规金额/统筹结算金额)*100%	4	取各市定点零售药店平均值为标杆，不大于平均值为满分区间，偏离满分区间5%扣4分，按实际每偏离1%扣0.5分计算。	医保系统获取
		37	进销存数据	本指标主要指当前评价期该定点零售药店具有较完善购、销、存的信息管理并根据相关规定与医保局进行数据对接的情况。	4	1、按要求完成进销存数据上传，此项不扣分； 2、未按要求完成进销存数据上传，此项不得分。	医保系统获取

湖北省医疗保障参保人信用评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	指标释义	评分标准（总分12分）	指标采集渠道		
一、基础管理	(一) 社保卡管理	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。	医保经办机构填报	
		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。		医保经办机构填报
	(二) 参保管理	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。	医保经办机构填报	
		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。		医保经办机构填报
			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。	医保经办机构填报

湖北省医疗保障参保人信用评价指标体系

二、基金 监管	(三) 欺诈骗保	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。	医保经办机构填报
		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。	医保经办机构填报
		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。	医保经办机构填报
		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。	医保经办机构填报
		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。	医保经办机构填报
		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。	医保经办机构填报

湖北省医疗保障参保人信用评价指标体系

(四) 其他违规	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；	医保经办机构填报
				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。	医保经办机构填报
				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。	