

# 文水县医疗保障局文件

文医保发〔2022〕9号

## 文水县医疗保障定点医疗机构 信用评定与管理暂行办法

### 第一章 总 则

第一条 为进一步建立医疗保障信用体系,加强和规范文水县医疗保障定点医疗机构管理,根据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等法律法规和国家及省、市有关政策规定结合实际,制定本办法。

第二条 本办法适用于与县医疗保障经办机构签订医疗保险定点医疗机构服务协议(以下简称"定点服务协议")的定点医疗机构的信用管理工作。

### 第二章 评定对象

第三条 县域内定点医疗机构签订定点服务协议且生效满1

年的,应当按照本办法规定进行信用等级评定。

第四条 根据医疗机构业务开展情况设定信用评定指标,进行信用等级分类评定。

第五条 定点医疗机构所属分支机构、内设科室、工作人员的医疗保障信用行为纳入定点医疗机构的信用等级评定范围。

### 第三章 评定内容与等级

第六条 定点医疗机构信用评定的内容主要为是否按照有关法律法规、政策规定和定点服务协议约定,履行自身权利及义务,诚信规范经营,维护医疗保险基金安全等。

第七条 定点医疗机构信用评定指标体系包括协议履行、基金绩效、基金监管、满意度评价、自律管理、社会信用、医疗机构服务能力评价七个方面,根据信用事件的性质、情节及涉及金额等因素赋分,并结合实际调整。详见附件。

第八条 定点医疗机构信用分值采取最大值高优、标杆最优、最小值低优、实际值中优、分档打分、升序排名等方法计分,详见附件。

第九条 综合评定总分值(以下简称评定总分值)为100分,采取累计积分的方式,通过信用评价指标体系评定的分值,对应形成“信用良好”A级(红名单)、“信用一般”B级(白名单)、“信用较差”C级(灰名单)、“严重失信”D级(黑名单)信用等级,并按信用等级实施分类监管。

第十条 医疗机构信用等级:

(一) A级(红名单),表示信用良好: 评定总分值高于90分

(含)。

(二) B级(白名单),表示信用一般:评定总分值高于75分(含),低于90分(不含)。

(三) C级(灰名单),表示信用较差:评定总分值高于60分(含),低于75分(不含)。

(四) D级(黑名单),表示严重失信:评定总分值低于60分(不含)。

第十一条 定点医疗机构有以下情形的,直接列入D级(黑名单):

(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)在信用等级评定中弄虚作假的。

(三)因违法违规或不良事件被省级以上媒体曝光的。

(四)拒绝、阻挠或不配合监督检查、拒不执行稽核决定或行政处罚决定的。

(五)受到行政处罚后拒不改正的。

(六)受到刑事处罚的。

(七)法律、法规、规章规定的其他情形。

第十二条 定点医疗机构信用等级以一个会计年度为评定周期,由文水县医疗保障服务中心按季度组织考核评价,动态调整。期末分数清零后进入下一周期重新计算。信用主体的信用信息涉及的情形未消除的,在下一周期重新参与评分。

第十三条 定点医疗机构认为信用信息、信用评分和信用等级

有以下情形的,可以申请信用异议:

(一)信用信息失效或与事实不符。

(二)信用评分和信用等级评定出现错误。

第十四条 信用异议通过向签约定点经办机构的主管部门申请,并提供异议佐证材料。

第十五条 县医疗保障局收到信用异议的申请后,应在 20 个工作日内对其信用评定情况进行复核,将复核结果推送到县经办机构进行调整,经办机构于 7 个工作日内将调整结果向申请人反馈。

第十六条 定点医疗机构已主动纠正失信行为、消除不良影响、履行处理决定,并有以下情形的,可以通过提供证据材料进行信用修复:

(一)提供志愿服务。

(二)为贫困人员减免就医费用、捐赠物资等公益行为。

(三)在重大公共事件中主动作为。

(四)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。

(五)经医疗机构申请、医疗保障部门批准的其它信用修复行为。

#### 第四章 信用分类监管

第十七条 对 A 级(红名单)定点医疗机构按下列规定进行管理:

(一)年度医疗保险统筹基金总额控制指标在预算基础上增加

5%-10%。

(二)经医疗机构申请、医疗保障部门批准,在实施门诊统筹政策、慢性病刷卡结算、药品集中带量采购、执行公立医院诊疗项目价格、零售连锁门店定点申请、周转金拨付、保证金拨付等方面予以一定倾斜政策。

(三)减少监管频次,除根据投诉举报、大数据筛查、专项检查部署进行监督检查外,不另行对其开展检查。

(四)通过文水县政务信息平台及其他渠道向社会宣传。

第十八条 对B级(白名单)定点医疗机构按下列规定进行管理:

(一)年度医疗保险统筹基金总额控制指标执行年度正常预算和年底保证金正常拨付。

(二)采取双随机检查和专项检查相结合的方式对其进行监督检查。

第十九条 对C级(灰名单)定点医疗机构按下列规定进行管理:

(一)年度医疗保险统筹基金总额控制指标在预算基础上下调5%和年底保证金考核标准下调10%。

(二)由县医保经办机构向定点医疗机构推送信用风险提醒;并向上级部门报告风险因素,为进一步加强监管做审慎参考。

(三)列入重点监控对象,加强风险管理,提高监督检查频次,采取定期检查、双随机检查和专项检查相结合的方式对其进行监督检查。

第二十条 对D级(黑名单)定点医疗机构按下列规定进行管理:

(一)解除定点服务协议。

(二)下达整改通知书限期整改,对于拒不整改的,通过县医疗保障主管部门向卫体、行政审批部门建议视情况暂缓校验。

(三)不予返还本年度定点机构协议保证金。

(四)通过县政务信息平台及其他渠道向社会曝光。

第二十一条 对定点医疗机构信用等级评定过程发现涉嫌违纪违法线索的,移交纪检监察部门和公安部门处理。

## 第五章 附 则

第二十二条 定点医疗机构信用等级评定结果自公布之日起至下一评定结果公布之日内有效。

第二十三条 本办法由文水县医疗保障局负责解释。

第二十四条 本办法自印发之日起模拟运行,2023年1月1日正式施行。



附件：

## 文水县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	分值(百分制或换算成100分)	计分方法(每项百分制,每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构提供内容	
一、协议履行	(一) 基础管理	1	变更备案	医疗机构名称、执业地址、法定代表人等发生变化时,及时向医疗保障部门提供相关材料备案,申请变更。	全部	0.3	经卫健部门批准后的15个工作日内,未及时向医疗保障部门申请变更,每次扣20分。	卫健部门批准材料复印件。	
		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	0.3	未在显著位置悬挂医疗保障标识标牌,扣50分;未按要求在服务窗口设置异地就医联网结算标识的,扣50分。	1. 悬挂医疗保障标识图片; 2. 异地就医联网结算标识图片	
		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	0.3	未开展医疗保障政策、就医和结算流程等宣传的,扣50分;未提供相关咨询服务的,扣50分。	开展医疗保障政策、就医和结算流程宣传材料及宣传图片	
		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	0.5	未设投诉窗口(台)、箱等设施,未公布监督举报电话,扣50分;对参保人员的投诉未及时处理,造成上访的,扣50分。	1. 投诉窗口、箱、监督举报电话的设立; 2. 投诉处理记录。	
		5	配合检查	配合监管部门或委托第三方开展的监督检查,并准确完整提供有关的材料和数据。	全部	2	未按要求提供监管信息资料、不配合监督检查、提供虚假材料,存在以上任一行为的,本项扣100分,提供虚假材料的直接纳入黑名单。		
		6	药品耗材招采	严格执行药品、医用耗材招采的相关规定。	参加药品耗材招采的医疗机构	2	违反招标采购要求,未按规定进行采购药品和医用耗材,每次扣50分;违反集中采购要求,未按规定使用集中采购药品和医用耗材,每次扣50分;有商业贿赂行为的,本项扣100分。	现场	1. 药品招标采购单复印件; 2. 耗材招标采购单复印件。
		7	药品集中采购	严格执行国家、省组织的药品集中采购政策规定。	参加带量采购的医疗机构	3	未按规定时间在采购平台上确认收货、核对账单和上传财务盖章账单,扣10分;未完成规定采购量任务,本项扣100分。	现场	1. 采购平台上集中采购账单复印件; 2. 采购平台上确认品种及数量图片复印件
		8	医药价格管理	严格执行规定的药品、耗材价格政策以及规定的医疗服务项目、医疗机构床位费收费标准。	全部	2	未按规定执行药品、耗材价格或未按照规定执行医疗服务项目以及医疗机构床位费收费标准进行收费的,发现一次扣20分;故意套收的收费行为发现一次扣30分;串换收费项目的发现一次扣30分。	现场	

# 文水县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	分值(百分制或换算成100分)	计分方法(每项百分制,每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构线提供内容	
一、协议履行	(一) 基础管理	9	医保支付方式改革	执行医保支付方式改革相关规定,严格执行患者入院和出院标准及诊疗用药常规,及时准确上报国家医保版ICD-10编码及有关诊疗信息。	医保支付方式改革试点的医疗机构	2	未按规范填写病案首页,发现一次扣10分;未及时准确上报国家医保版ICD-10编码及有关诊疗信息扣20分;故意将诊断、手术、操作编码升级的,发现一次扣30分;不按文件要求执行医保支付方式改革的,造成严重后果的,本项不得分。	现场	
		10	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	未能完整、准确、及时备案医师变更情况的,每次扣50分;不执行医疗保障部门对医保医师的管理,直接纳入黑名单。	现场	1. 医保医师变更情况材料; 2. 医保医师管理材料。
		11	系统对接	医疗机构计算机系统与医疗保障信息系统有效对接。	全部	2	未按要求实现与医疗保障信息系统有效对接,本项扣100分。	现场	
		12	数据上传	医疗机构按标准将医疗保障部门需要和要求的电子信息传输至医疗保障信息系统。	全部	3	上传信息数据不全的,每次扣20分; 上传信息数据不全面的,每次扣20分; 上传信息数据不准确的,每次扣40分; 未按信息编码规则上传数据的本项扣100分,故意造假的,直接纳入黑名单。	医保系统提取	
		13	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	2	按项目编码准确数量/编码总数量*100%计算,100%为满分,每低1%扣10分。	医保系统提取	
		14	财务管理规范	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	3	未设立完整财务账套,包括总账、现金账、银行账、明细账等情形,每次扣20分; 业务往来记录不完整的,每次扣20分; 未按规定保管财务账目、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,每次扣20分; 去规范票据的领购、使用、保管及核销等管理环节的,每次扣20分;未规范使用电子票据的,每次扣20分; 因财务管理不规范导致监督检查不能顺利进行的,本项扣100分。	现场	1. 财务制度和会计制度材料; 2. 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; 3. 票据管理办法及管理环节证明材料。
		15	身份识别	该险参保人员医疗保障有效凭证(医保卡、社保卡、身份证等),做到人证相符。	全部	1	未做到人证相符的,每次扣20分; 因工作失误造成冒用、盗用,造成医疗保障基金损失的,每次扣100分。	现场	查看系统上传的身份信息。
		16	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。	全部	1	推诿、拒收病人,每次扣50分; 故意将门诊可以治疗的病人纳入住院结算的,每次扣50分;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的,每次扣50分;故意分解住院的,每次扣50分。	现场	



# 文水县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	分值(百分制或换算成100分)	计分方法(每项百分制,每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构线提供内容
		17 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	未按规定为参保人员提供异地就医服务的,每次扣50分。	现场	查看系统上传的异地就医结算信息。
		18 知情同意	保证参保人员知情同意权。	全部	1	开展知情同意政策告知,未签订自费项目知情同意书的,每次扣20分。	现场	自费项目知情同意书等相关材料。
		19 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	0.5	未提供医疗费用查询服务和费用清单的,每次扣20分。	现场	1.费用查询窗口的设立; 2.一日清单的发放。
	(一) 总额管理	20 执行总额预算指标	医疗机构执行医疗保障部门确定的医疗保障基金总额预算指标情况。	执行总额预算打包付费定点医疗机构	2	当期使用总控金额/当期计划额度*100%。 年度总额预算目标的80%-100%为满分区间,按实际值从小到大排列,偏离满分区间扣分,每低于80%或高于100%按实际每偏离值1%扣5分计算,低于60%或高于20%本项扣100分。		医疗保障部门最近一次下达的预算年度和预算金额材料。
		21 医疗费用总额增幅	衡量医疗机构医疗费用年度总体增长情况。	全部	2	(本期医疗费用-上期医疗费用)/上期医疗费用*100% 取全市同等级、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10分,按实际每偏离1%扣1分计算。	医保系统提取	
		22 住院总费用增幅	衡量医疗机构住院费用年度总体增长情况。	全部	1	(本期住院费用-上期住院费用)/上期住院费用*100% 取全市同等级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10分,按实际每偏离1%扣2分计算。	医保系统提取	
二、基金绩效		23 门诊总费用增幅	衡量医疗机构门诊费用年度总体增长情况。	全部	1	(本期门诊费用-上期门诊费用)/上期门诊费用*100% 取全市同等级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10分,超过标准的按实际每偏离1%扣2分计算。	医保系统提取	
		24 门诊次均费用	衡量医疗机构门诊次均费用水平。	全部	1	门诊医疗费用/门诊人次 取全市同等级、同类医疗机构平均值为标杆,每偏离5%扣10分,按实际每偏离1%扣2分计算。	医保系统提取	

# 文水县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	分值(百分制或换算成100分)	计分方法(每项百分制,每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构线提供内容
		25	门诊次均费用增幅	全部	1	(本期次均门诊费用-上期次均门诊费用)/上期次均门诊费用*100% 取全市同等级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10分,按实际每偏离1%扣2分计算。	医保系统提取	
		26	住院次均费用	全部	1	住院医疗费用/出院人次 取全市同等级、同类医疗机构平均值为标杆,每偏离5%扣10分,按实际每偏离1%扣2分计算。	医保系统提取	
		27	住院次均费用增幅	全部	1	根据当年医保系统统筹地区内实际发生数据,按(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%计算, 3%(含)以下得100分; 3%-5%(含)得80分; 5%-6%(含)得60分; 6%-8%(含)得50分; 8%-9%(含)得40分; 9%-10%(含)得30分; 10%-12%(含)得20分; 2%-15%(含)得10分; 超过15%得0分。	医保系统提取	
二、基金绩效	28	职工住院报销比例	全部	1	按(统筹+大病基金报销费用)/住院总费用*100%计算; 所有医疗机构≥85%得100分;80%(含)-85%得95分; 一级医疗机构:65%(含)-72%得40分;72%(含)-75%得50分; 75%(含)-77%得60分;77%(含)-80%得70分; 二级医疗机构:65%(含)-72%得50分;72%(含)-75%得60分; 75%(含)-77%得70分;77%(含)-80%得80分。	医保系统提取		

# 文水县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	分值(百分制或换算成100分)	计分方法(每项百分制,每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构线提供内容	
二、基金绩效	(三)住院报销比例	29	居民住院报销比例	全部	1	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: 所有医疗机构≥80%得100分; 一级医疗机构: 75%(含)-80%得95分; 72%(含)-75%得90分; 67%(含)-72%得80分; 50%(含)-67%得70分; 45%(含)-50%得60分; 二级医疗机构: 75%(含)-80%得95分; 70%(含)-75%得90分; 60%(含)-70%得80分; 50%(含)-60%得70分; 45%(含)-50%得60分;	医保系统提取		
		30	住院个人负担比例	全部	1	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, 0%-6%(含)得100分; 6%-8%(含)得80分; 8%-9%(含)得60分; 9%-10%(含)得30分; 超过10%得0分。	医保系统提取		
		31	约谈	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	1.5	被医疗保障行政部门约谈,每次扣40分。	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。
		32	整改	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	2	被医疗保障行政部门责令限期整改,每次扣50分。拒不改正的直接纳入黑名单	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。
三、	(一)一般处理	33	警告	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	2.5	被医疗保障行政部门警告,每次扣50分。	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。
		34	通报	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	3	被医疗保障行政部门通报,每次扣50分。	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。

# 文水县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	分值(百分比或换算成100分)	计分方法(每项百分制,每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构提供内容
基金监管	(二)费用处理	35 追回费用	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	4	根据被医疗保障经办机构追回金额/每被追回金额*扣分计算。 二级医疗机构每被追回金额10万元,扣50分; 一级医疗机构每被追回金额1万元,扣50分; 拒不执行处罚结果,拒绝退回基金的直接纳入黑名单。	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。
		36 拒付费用	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	4	根据被医疗保障经办机构拒付费用,按金额及次数进行扣分,未达或超过标准的按实际拒付金额/每被拒付金额*扣分计算。 二级医疗机构每被拒付金额10万元,扣50分; 一级医疗机构每被拒付金额1万元,扣50分。	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。
三、基金监管	(二)费用处理	37 罚款	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	4	根据被医疗保障行政部门罚款,按罚款金额扣分,未达或超过标准的按实际罚款金额/每被罚款金额*扣分计算。 二级医疗机构每被罚款金额20万元,扣50分; 一级医疗机构每被罚款金额2万元,扣50分; 拒不执行处罚结果,拒绝罚款的直接纳入黑名单。	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。
		38 暂停协议	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	3.5	因违法违规被医疗保障经办机构暂停协议,每次扣50分,连续两年暂停协议的纳入黑名单。	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。
	(三)协议处理	39 解除协议	对医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	全部	4	因违法违规被医疗保障经办机构解除协议的,直接纳入黑名单。 医疗机构因自身原因暂停经营引起的解除协议,不纳入评价。	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。
		40 医保医师处理	医保医师因违规原因被医保部门处理。	全部	0.5	被暂停或中止处方权的,每次扣20分; 取消医保医师资格的,每次扣30分。	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。
	41 科室处理	科室因违法违规原因被医疗保障部门暂停结算。	全部	1	因违法违规原因被暂停医疗保障结算的,每科室扣20分。	现场	行政处罚、稽查审核等相关印证材料。	

# 文水县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	分值(百分制或换算成100分)	计分方法(每项百分制,每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构提供内容
四、满意度评价	(一)患者评价 (二)媒体评价	42 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	0.8	按实际满意度得分,100%得100分,低于80%的扣100分。	现场	满意度问卷调查情况。
		43 媒体报道	被各类媒体报道的关于医疗保障工作的情况。	全部	0.8	被媒体曝光造成不良影响的,每次扣30分,被省级以上媒体曝光的,直接纳入黑名单。	现场	媒体曝光的相关情况。
五、自律管理	(一)管理体制	44 管理组织	建立健全医疗保障管理部门,明确完领导分管,医院配备专(兼)职管理人员,其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	未设置医疗保障管理部门,扣30分; 未明确分管领导及分工的,扣30分; 未安排管理人员,扣30分。	现场	医疗保障部门的设立、分管的领导、职责分工等相关证明材料。
		45 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	无培训学习记录,扣50分。	现场	医疗保障部门培训学习、下发文件学习等的记录和图片材料。
五、自律管理	(二)制度建设	46 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。	全部	1	未开展院内医疗保障管理,扣25分; 未开展监督检查和考核,扣25分; 未跟踪分析并积极开展,扣25分; 未依据考核开展奖惩,扣25分。	现场	1. 开展院内医疗保障管理的证明材料; 2. 开展监督检查和考核相关证明材料; 3. 跟踪分析并积极开展整改的证明材料; 4. 开展奖惩的证明材料。

# 文水县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	分值(百分制或换算成100分)	计分方法(每项百分制,每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构线提供内容
	(三)风险管理	47 风险管理	建立内审工作机制,防范超支风险;开展医疗保障防风险,定期分析排查完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性骗保的风险点,采取积极应对措施。	全部	0.5	未建立内审工作机制,扣50分; 未开展医疗保障防风险,扣50分。	现场	风险管理工作的证明材料。
		48 创新医疗保障管理	开展医疗保障管理创新性工作,加强参保人就医管理,维护基金安全。	全部	1	按二级、一级及以下医疗机构在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理相关工作论文: 国家级媒体刊发相关论文或报导创新经验的,分别加60分、70分、80分;省级媒体刊发相关论文或报导创新经验的,分别加40分、50分、60分;市级媒体刊发相关论文或报导创新经验的,分别加30分、40分、50分;县级媒体刊发相关论文或报导创新经验的,分别加20分、30分、40分。	现场	配合医疗保障管理部门开展创新工作的证明材料。
六、社会信用	(一)行政处理	49 行政奖励	被政府部门给予行政奖励的。	全部	1	按二级、一级及以下医疗机构被政府部门给予行政奖励: 国家级行政奖励的,分别加60分、70分、80分; 省级行政奖励的,分别加40分、50分、60分; 市级行政奖励的,分别加30分、40分、50分; 县级行政奖励的,分别加20分、30分、40分。	现场	获得行政奖励的证明材料。
		50 社会信用红名单	医疗机构被纳入社会信用平台红名单的。	全部	2	被纳入社会信用平台守信红名单的,本项得100分。	第三方平台提取	
		51 行政处罚	被政府部门给予行政处罚的。	全部	1	被政府部门给予行政处罚的,本项扣100分; 受到行政处罚后拒不改正的直接纳入黑名单。	第三方平台提取	
	(二)失信执行人	52 社会信用黑名单	医疗机构被纳入社会信用平台失信黑名单的。	全部	/	被纳入社会信用平台失信黑名单的,直接纳入黑名单。	第三方平台提取	
		53 刑事犯罪	犯罪被追究刑事责任的。	全部	/	医疗机构受到刑事处罚的,直接纳入黑名单。	第三方平台提取	

# 文水县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	分值(百分制或换算成100分)	计分方法(每项百分制,每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构提供内容
六、社会信用		54	协办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。	3	开展面向农村地区的远程医疗协作、远程教学、专科进修、送教上门、现场培训等,每次得10分;免费培养、选派优秀临床医生援助生援助的,得100分。	现场	提供医疗协作、远程教学、专科进修、送教上门、现场培训、免费培养、选派优秀临床医生援助的合同或协议的记录、照片等证明材料。
		55	提供志愿服务	衡量医疗机构提供志愿服务情况。	1	根据志愿服务办直询提供志愿服务时长计分。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100分,未达标准的得0分。	现场	提供志愿服务时长的证明材料、图片复印件。
		56	助力民生事业	医疗机构为贫困人员减免就医费用、捐赠物资等助力民生事业情况。	3	按减免费用、捐赠物资等总金额/医疗机构医保基金收入比例进行评分;未开展以上活动的医疗机构得0分;二级医疗机构占0.3%得100分,实际得分按(100*实际占比)/0.3%计算;一级医疗机构占0.1%得100分,实际得分按(100*实际占比)/0.1%计算。	现场	减免费用和捐赠物资的照片、费用清单等证明材料。
七、医疗机构		57	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。	2	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,每次得50分。	现场	应急响应程度相关媒体报道、政府文件、工作部署情况等材料。
		58	社会信用	医疗机构及其下属控股企业列入经营异常名录数据。	1	被市场监管部门列入经营异常名录的,本项扣100分。	第三方平台提取	
		59	药品加成	院内单价前三的药品盈利率。	2	按医疗机构使用量排名前三的药品平均盈利率计分,高于15%得0分,15%得80分,低于15%的,按实际值每低0.75%则加1分。	现场	使用排名前三的药品,购进票据复印件和销售价格。

# 文水县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	分值(百分制或换算成100分)	计分方法(每项百分制,每项扣完或满分为止)	采集渠道	医疗机构提供内容
七、医疗机构服务能力评价	医疗机构服务能力评价	60	院内单价前三的高值耗材毛利率。	全部	2	按医疗机构使用量排名前三的耗材平均利润率计分,购进价1000元以下、1001元至5000元、5001元以上的,基准进销差率分别为5%、3%、1.5%,高于基准进销差率得0分,执行基准进销差率得80分,低于基准进销差率的,按实际值分别每低0.25%、0.15%、0.08%则加1分。	现场	使用排名前三的耗材,购进票据复印件和销售价格。
		61	病有良医、远程医疗、远程会诊及与医学专家合作情况。	全部	2	一级医疗机构内注册高级职称医师1个且中级职称医师2个得60分;二级医疗机构内注册高级职称医师2个且中级职称医师4个得60分;每多一名中级职称医师加10分,每多一名高级职称医师加20分。	现场	1. 医学专家注册证明材料。 2. 医学专家服务协议或合同复印件。
		62	互联网+医疗、药品配送等服务开展情况。	全部	1	开展互联网+医疗服务,得40分; 开展药品配送服务,得40分; 开展其它不见面服务,得20分。	现场	开展互联网+医疗服务、开展会诊服务、开展药品配送服务和其他不见面服务证明材料。
		63	开展医学手术种类	全部	2	一级医疗机构开展二级以上手术的,得100分; 二级医疗机构开展三级以上手术的,得100分。	现场	开展手术记录级别种类。