重庆市南川区医疗保障基金监管信用

管理办法（试行）

(向社会公开征求意见稿)

第一章 总 则

第一条【制定依据】为推进医疗保障领域信用体系建设，构建以信用为核心的新型监管体制，规范医疗保障信用行为，保障群众利益和医疗保障基金安全，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》、《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)、《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)、《重庆市人民政府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实施意见》(渝府办发〔2019〕118号)等有关规定，结合本区实际，制定本办法。

第二条【办法适用的基金类型】本办法适用于南川区范围内基本医疗保险(含生育保险)基金、医疗救助基金、长期护理保险基金等医疗保障基金的信用管理。

第三条【信用管理】本办法所称医疗保障基金使用信用管理(以下简称“医保信用管理”)是指区医疗保障行政部门依据相关法律法规，按照规定的方法和程序，运用医疗保障等领域信用信息，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。

第四条【信用管理原则】医疗保障基金使用信用管理应当遵循公开透明、合法公正、客观审慎、动态调整、奖惩结合等原则，不得损害国家和社会公共利益，保守国家秘密、商业秘密和个人隐私。

第五条【信用主体】本办法所称信用主体主要分为机构和个人两类。

**(一)机构类信用主体**

(1)基本医疗保险定点医疗机构；

(2)基本医疗保险定点零售药店；

(3)基本医疗保险参保单位；

**(二)个人类信用主体**

(1)提供医疗保障服务的医师；

(2)提供医疗保障服务的药师；

(3)提供医疗保障服务的护士(师);

(4)提供医疗保障服务的医技人员；

(5)参保人员。

第六条【办法适用的范围】本办法适用于上条所述信用主体在医疗保障基金使用环节中的信用信息归集、信用评价、信用监控与预警、信用信息披露、信用分级分类管理、信用结果管理应用、信用修复等。

第七条【部门职责】区医疗保障行政部门负责全区医疗保障基金使用信用体系建设及管理，建立区医疗保障基金信用管理制度，建设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，指导区医疗保障经办机构开展医疗保障基金信用体系具体工作。

区医疗保障经办机构在职责范围内组织实施医疗保障领域信用主体信用信息的采集、公开、评价、应用、修复等日常经办工作。

第八条【社会参与】鼓励区内医药卫生行业学会、协会发挥行业及社会力量，积极开展行业规范和自律建设、宣传诚信文化、培训信用知识。

第九条【信用承诺】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。医疗机构、零售药店应在取得医保定点资格时作出书面信用承诺，承诺内容包括依法依规使用医保基金等要求，自愿接受社会监督、违背承诺自愿接受其他社会信用联动管理等。倡导参保人在进行参保登记前签署信用承诺书，如发生违法违规行为将自愿接受主管部门依法依规给予的处理。

第十条【信用联动】区医疗保障局按照国家、市有关规定，与区发展改革委、区卫生健康委、区市场监管局等相关部门共同推进开展信用联动管理，按照有关规定实施惩戒。

第二章 信用信息归集

第十一条【信用信息定义】医保信用信息是指信用主体在履行医疗保障法律、法规、医保服务协议及其他社会活动中产生的涉及信用主体信用状况的信息，包括信用主体的守信信息和失信信息。

第十二条【信用信息归集定义】信用信息归集是指对医疗保障基金使用和监管过程中涉及的相关主体的信用信息进行采集、整理、储存和处理等行为。

第十三条【守信信息】信用主体的守信信息主要包括以下内容：

(一)县级以上人民政府及其部门、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、奖励等信息；

(二)遵守法律、法规和政策，履行医疗保障服务协议约定信息；

(三)法律、法规、规章等规定应当记入信用档案的其他守信信息。

第十四条【失信信息】信用主体的失信信息指对信用主体信用状况构成负面影响的信用信息，主要包括以下内容：

(一)违反医疗保障有关法律、法规、规章或者服务协议，受到县级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)违反价格、招标和挂网规则，违背守信承诺和购销合同，在医药购销中存在给予回扣或其他不正当利益等情形，扰乱药品或医用耗材集中采购秩序等相关信息；

(三)法律、法规、规章等规定应当记入信用档案的其他失信信息。

第十五条【收集方式】区医疗保障行政部门负责信用主体信用信息采集、归集以及信用档案建立的组织管理，制定全区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，并对区医疗保障经办机构在各主体信用信息收集过程中进行监督指导。

信用信息收集方式分为线上、线下两种方式。区医疗保障经办机构负责各主体线上、线下的信用信息归集、维护、更新等工作。

第十六条【信用档案】区医疗保障行政部门针对信用主体分类建立医疗保障基金使用信用档案，及时、准确、全面记录相关主体信用行为，将信用记录建档留痕，做到可查可核可溯。信用档案内容主要包含各类相关主体的信用承诺、基础信息、守信信息、失信信息、历史信用信息、信用承诺等。

第十七条【权益保障】区医疗保障行政部门建立医保信用信息安全制度，明确信用信息查询、使用的权限和程序，加大对泄露、篡改、毁损、出售或非法向他人提供个人信息等行为的监督力度，发现涉嫌违法犯罪的，应及时移送相关部门处理。

第十八条【信息责任】信用主体应积极配合向区医疗保障经办机构填报、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、及时性、合法性负责，不得隐匿、虚构、篡改。

第三章 信用评价与发布

第十九条【评价周期】区医疗保障局根据实际需要，对不同的信用主体开展信用评价，以一个自然年度为一个信用评价周期。信用评价为动态的考评模式，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。

第二十条【指标体系】区医疗保障局负责制定各类信用主体的信用指标体系，包括指标项、权重、分值、评价方式方法等。根据各信用主体的自身特点和监管实践，设置对应的信用评分方式和方法，将采取“积分制”、“加减分制”计算信用评价指标体系的得分。

第二十一条【指标制定调整】区医疗保障局可根据监督管理等因素对信用评价指标及各级别对应的分数区域，实行动态调整。制定信用评价指标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论证。

第二十二条【评价等级】机构类信用主体依照信用评价指标体系采用积分制，通过评价指标模型和算法进行分级分类评价。医保信用等级从高到低分为A (优秀)、B (良好)、C ( 中 等)、D (较差)、E (极差)五级。

人员类信用主体的医保信用评价，采用加减分制，根据评价指标体系对信用主体的信用行为进行加减分。医保信用等级从高到低分为A (优秀)、B (良好)、C (中等)、D (较差)、E (极差)五级。

第二十三条【不参与评价】在一个评价周期内，基本医疗保险定点医药机构有下列情形之一的，不参与信用评价：

(一)主动解除服务协议的；

(二)未达到续签服务协议条件被解除服务协议的；

(三)评价年度内无医疗保障基金支出的。

第二十四条【提出异议情形】信用主体具有下列情形的，可以提出异议。

(一)认为信用主体的信息与事实不符，存在记载错误或者遗漏的；

(二)对信用评价结果存在异议的；

(三)认为信用信息归集涉及国家秘密、与申请人相关的商业秘密、其个人隐私或存在依法不应进行归集的情形的；

(四)认为其不良行为信息被超期限使用的；

(五)违法失信行为已纠正，依法依规应当变更其信用信息的；

(六)其他法定应当变更信用信息情形的。

第二十五条【异议提出时限】区医疗保障行政部门将拟确定的信用评价结果告知信用主体，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个工作日内向区医疗保障局提出书面申请并提交相关材料。

第二十六条【异议处理时限】区医疗保障行政部门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。

第二十七条【结果公示】信用主体的医疗保障信用评价结果由区医疗保障行政部门统一发布。区医疗保障行政部门按照有关法律、法规、规章和协议规定使用信用信息，将信用评价信息按照国家及市、区有关规定与区社会信用信息平台共享。

第四章 信用评价结果应用

第二十八条【评价应用】区医疗保障行政部门负责组织制定各类信用主体的信用评价办法，明确信用评价标准、评价方式、信用等级、奖励及惩戒措施等内容，建立以信用为基础的新型监管机制，在“双随机、一公开”监管中引用信用评价结果，实施分级分类监管和激励惩戒。

第二十九条【激励措施】针对信用状况较好的主体给予相应激励。按规定在医疗保障行政管理部门门户网站或其他媒体进行宣传推介。对机构类主体可以在基金支付预算、医保费用核拨、监督检查频次、评优评先等方面给予激励措施。对个人类主体可以提供“绿色通道”、“容缺受理”等便利服务。

第三十条【惩戒措施】针对信用状况较差的主体给予相应惩戒。在基金支付预算、医保费用核拨、监督检查频次等方面加以惩戒。

第三十一条【联合奖惩】区医疗保障行政部门按照国家、市有关规定，与区发展改革委、区卫生健康委、区市场监管局等相关部门建立信用信息共建共享机制，探索在金融信贷、就医购药、就业等方面开展联合奖惩，推动医疗保障信用与其他社会信用联动管理。

第三十二条【信用监控】区医疗保障行政部门通过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。区医疗保障经办机构，根据风险预警情况实施重点或一般监控。由医疗保障信用评价管理平台预警信用风险。

第五章 信用修复

第三十三条【修复定义】信用主体主动纠正失信行为、消除不良影响的，符合规定条件，可向作出信用评价或归集信用信息的医疗保障行政部门申请信用修复，由医疗保障行政部门按照有关程序规定办理。

第三十四条【修复后处理】医疗保障行政部门在一个评价周期内完成主体信用修复后，应及时调整该主体信用档案记录，但不调整该周期内信用评价结果，在下一个评价周期按照修复后的信用档案记录进行评价。

第三十五条【修复的原则】按照“谁归集、谁修复，谁认定、谁修复”的原则实施信用修复。区医疗保障行政部门负责制定信用修复程序，明确信用修复的条件、方式和期限。

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，由医疗保障行政部门记入信用记录，并依法承担相应法律责任，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 附则

第三十六条 职工大额医疗费用补助、居民大病保险资金、公务员医疗补助等医疗保障资金使用的信用管理，参照本办法执行。

第三十七条 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。

第三十八条 本办法所称的服务协议为医疗机构、零售药店与重庆市南川区医疗保障局签订的《重庆市医疗保障定点医药机构医疗服务协议书》。

第三十九条 相关法律、法规、规章对信用评价另有规定的，从其规定。

第四十条 自印发之日起试行，本办法未尽事宜或与上级有关政策或法律、法规、法规相抵触的，按照上级相关规定执行。