

漳州市医保中心
收字第 679 号
2020 年 7 月 13 日

漳州市医疗保障局文件

漳医保〔2020〕53号

关于转发《福建省医疗保障局关于印发 <福建省医疗保障领域信用管理暂行 办法>的通知》的通知

各县（市、区）医保局，市医保中心：

为推进我市医疗保障领域信用体系建设，保障医疗保障基金安全，营造诚实守信公平竞争的市场环境，健全守信激励与失信惩戒机制，规范医疗保障信用管理工作，现将《福建省医疗保障局关于印发<福建省医疗保障领域信用管理暂行办法>的通知》转发给你们，请按通知要求认真贯彻执行。

漳州市医疗保障局

2020年7月7日





信息公开类型：主动公开

漳州市医疗保障局办公室

2020年7月7日印发

福建省医疗保障局文件

闽医保〔2020〕50号

福建省医疗保障局关于印发《福建省医疗保障领域信用管理暂行办法》的通知

各设区市医疗保障局、平潭综合实验区社会事业局，省医疗保障基金中心、省药械联合采购中心、省医疗保障监测和电子结算中心：

为推进我省医疗保障领域信用体系建设，保障医疗保障基金安全，营造诚实守信公平竞争的市场环境，健全守信激励与失信惩戒机制，规范医疗保障信用管理工作，根据《国务院办公厅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》（国办发〔2019〕35号）《福建省医疗保障局关于印发〈福建省医保基金监管方式创新试点实施方案〉的通知》（闽医保〔2019〕76号）

等有关规定，结合我省实际，制定了《福建省医疗保障领域信用管理暂行办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



福建省医疗保障领域信用管理暂行办法

第一章 总则

第一条 为推进我省医疗保障领域信用体系建设，保障医疗保障基金安全，营造诚实守信公平竞争的市场环境，健全守信激励与失信惩戒机制，规范医疗保障信用管理工作，根据《国务院办公厅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》（国办发〔2019〕35号）《福建省医疗保障局关于印发〈福建省医保基金监管方式创新试点实施方案〉的通知》（闽医保〔2019〕76号）等有关规定，结合我省实际，制定本暂行办法。

第二条 本省行政区域内医疗保障领域信用主体的信用归集、评价、奖惩、共享、修复和监督管理适用本办法。

第三条 本办法所称医疗保障基金，是指职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、长期护理保险、医疗救助等专项基金。

第四条 本办法所称医疗保障信用主体（简称信用主体）主要分为机构类和人员类。

（一）机构类指基本医疗保险定点医疗机构、定点零售药店和参与我省药品、医疗器械（医用耗材）集中采购的生产经营配送企业（简称药械生产配送企业）；

(二) 人员类指享受我省医疗保障待遇人员(以下简称参保人员)和医保服务人员(指在福建省行政区域内基本医疗保险定点医疗机构中提供医保服务,并纳入医疗保障部门医保服务人员库的医师、执业助理医师、检验医师、技师、药师、执业护士和相关医务人员以及提供医保结算的收费人员等);

(三) 其他参与医疗保障活动的单位和个人。

第五条 信用主体应当自觉遵守国家有关法律、法规、规章、规范性文件等政策规定和协议,加强管理,诚信经营,履行社会责任,为社会提供安全、优质的医疗保障服务。

第六条 省医疗保障局负责统筹全省医疗保障信用管理工作,设区市医疗保障局配合省医疗保障局和组织本行政区域的医疗保障信用管理工作。省医疗保障局可授权设区市医疗保障局或者省级医保经办机构承担医疗保障信用管理具体工作,也可委托经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开展机构类信用主体的信用评价工作。

第七条 医疗保障信用管理工作遵循依法归集、客观公正、公开透明、动态管理、共建共享的原则,维护信用主体的合法权益,不得损害国家和社会公共利益。

第八条 省医疗保障局负责建设全省医疗保障信用信息管理平台,实现全流程信用化管理。各设区市按照省医疗保障局要求,组织本辖区内平台管理和数据上传、维护。

第九条 从事信用管理的工作人员应当依法履职，对徇私舞弊、玩忽职守、篡改信息的，将通报有关部门，依法追究相关责任。

第二章 信息归集原则

第十条 应当归集的信用主体信用信息包括：

（一）机构类信用主体信用的法定名称和统一社会信用代码等基本信息。人员类信用主体的姓名和居民身份证号码、社会保障卡等基本信息；

（二）信用主体遵守国家 and 地方医疗保障相关法律、法规、规章、政策规定和协议履约的相关信息；

（三）信用主体在医疗保障领域违反有关法律、法规、规章或服务协议等，受到县级及以上医疗保障部门及其授权委托的机构处理的失信信息，以及经相关部门认定的其他失信信息。

第十一条 省、市医疗保障部门对各类信用主体的信用信息进行认定、采集、审核、更新。各类信用主体配合提供评价指标要求的基础信息。

第十二条 各级医疗保障行政部门及其授权机构及时归集信用主体涉及医疗保障活动的司法裁判、行政处罚、行政强制、服务协议履行等相关信息。

第十三条 医疗保障信用信息管理平台以数据和应用标准化为原则，围绕信用评价、管理的全流程，整合医疗保障领域各种信用信息资源，建立健全医疗保障信用信息数据库，设立医疗保障信用领域所有信用主体的信用记录、管理模块，实现信用信息的电子化采集、记录、存储、生成和应用。

第十四条 医疗保障部门对机构类信用主体进行动态评价、扣分管理。机构类信用主体以一个自然年度为一个信用周期，基准分统一为 100 分，周期内扣分累加计算，一个周期后恢复为基准分。具体评价指标、扣分标准等按照各类信用主体的评价标准执行。

第十五条 医疗保障部门对人员类信用主体按照违规行为程度进行相应管理。

第十六条 机构类信用主体在一个扣分周期内根据扣分情况，确定信用等级，扣分越多信用越低，依次为 A、B、C、D、E 级，分别代表信用好、一般、较差、差和严重失信。没有扣分的表示信用好为 A 级；扣分 10（含）以内表示信用一般为 B 级；扣分 10 至 30（含）的表示信用较差为 C 级；扣分 30 至 50（不含）的表示信用很差为 D 级；扣分超过 50 分的表示严重失信为 E 级。信用主体信用评价结果在监管系统平台自动生成，同时推送至相关信用主体。

第十七条 信用主体对信用评价或处理结果有异议的，自收

到医保行政部门信用评价结果告知5个工作日内，以书面方式向评价机构提出申诉，说明理由并提供相关证明材料，否则视为无异议。评价机构自收到书面申诉及相关证明材料之日15个工作日内完成复核，并反馈意见。

第十八条 医疗保障行政部门应当将信用评价结果形成信用报告并记入信用档案，按照规则向社会公布，接受社会监督。

第十九条 医疗保障部门应当根据信用主体的要求，为其提供信用信息的查询服务。

第三章 信用奖惩原则

第二十条 建立守信激励、失信惩戒机制，针对不同信用主体采取不同激励、惩戒措施。

第二十一条 加强信用共享。医保行政部门应当加强与发改、公安、财政、人社、卫健、市场监管、药监等部门联系和协作，加快推进信用信息系统的互联互通，建立信用信息共享机制。

第二十二条 树立“公示也是惩戒”的观念，及时将医疗保障领域的行政处罚信息推送至省公共信用信息平台，依法依规在“信用中国（福建）”网站向社会公开。

第二十三条 运用信息披露等手段强化社会监督。医疗保障部门及时发布医保领域风险提示信息，充分利用网络、报刊、广播、电视等媒体曝光失信典型案例，依法依规公开相关主体的医

保信用评价等信用信息，积极营造“守信光荣，失信可耻”的舆论氛围，加大失信成本。

第二十四条 建立失信行为举报奖励制度。鼓励社会各方参与监督，鼓励举报医疗保障信用主体的违法违规和失信行为，按照相关规定对举报人予以奖励。保护举报人的合法权益。

第二十五条 建立信用修复制度。因信用降级惩戒期限到期后按照规定修复信用。

第四章 医疗保障定点医疗机构信用评价

第二十六条 定点医疗机构具体评价方式见《福建省定点医疗机构信用评分标准》。各级医疗保障行政部门根据本信用周期或上一信用周期信用等级情况对定点医疗机构进行管理。服务量低于同类定点医疗机构 60%的信用主体原则上不评定为 A 级。

第二十七条 定点医疗机构周期信用扣分包含：

（一）周期内医保经办机构每月对医疗费用支出稽核扣分除以 12 累加计算；

（二）医疗保障行政部门日常检查、专项检查、飞行检查发现问题扣分。

第二十八条 对信用 A 级的定点医疗机构按下列规定进行管理：

（一）实行医保基金年度总控的定点医疗机构年度总控指标

在预算基础上再增加 0.5%；实行按人头付费、次均费用控制等管理的，在原标准基础上再增加 0.5%；

（二）以线上日常监管为主，除举报、国家医保局飞行检查等原则上不开展现场检查；

（三）通过各级医疗保障官方网站及其他媒体向社会宣传守信定点医疗机构。

第二十九条 对信用 B 级的定点医疗机构按下列规定进行管理：

（一）年度总控指标按照正常预算执行；实行按人头付费、次均费用控制等管理的，按照原标准执行；

（二）降低日常现场检查频次，以专项检查为主开展监督检查。

第三十条 对信用 C 级的定点医疗机构按下列规定进行管理：

（一）实行医保基金年度总控的定点医疗机构年度总控指标在预算基础上下浮 0.5%；实行按人头付费、次均费用控制等管理的，在原标准基础上下浮 0.5%；

（二）列为一般监控和监督检查对象，采取日常检查、定期检查、飞行检查和专项检查相结合的方式开展监督检查，加强医保服务协议管理；

（三）约谈、提醒定点医疗机构，限期整改有关失信行为。

第三十一条 对信用 D 级的定点医疗机构按下列规定进行管

理：

（一）实行医保基金年度总控的定点医疗机构年度总控指标在预算基础上下浮 1%；实行按人头付费、次均费用控制等管理的，在原标准基础上下浮 1%；下浮的医保基金由定点医疗机构所在的统筹区管理的医保部门扣除；

（二）年度结算超出总控部分不予补偿；实行按人头付费、次均费用控制等管理的超出部分不予补偿；

（三）列入重点监控和监督检查对象，增加监管频次，强化定点医疗机构服务人员身份核验管理；

（四）在医疗保障官网公开通报。

第三十二条 对信用 E 级的定点医疗机构，医疗保障部门终止医保服务协议，禁止其法定代表人、主要负责人、实际控制人、直接责任人 3 年内从事涉及医保基金的相关活动。

第三十三条 定点医疗机构有下列情形的，直接评为 E 级：

（一）虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，为参保人员提供虚假发票，为非定点医药机构提供刷卡结算服务，造成医保基金损失 1000 元（含）以上；

（二）骗取医保基金被司法判决的；

（三）造成医保基金重大损失，违规违约涉案基金金额达信用周期内统筹基金发生额 20%以上；

（四）拒不退还违法违规违约费用的。

第五章 医疗保障定点零售药店信用评价

第三十四条 定点零售药店具体评价方式见《福建省定点零售药店信用评分标准》。连锁定点零售药店以各签约主体为信用评价单位。

第三十五条 按照定点零售药店不同信用等级实行信用管理：

（一）信用 A 级的定点零售药店，减少日常检查频次，同等条件下优先开展医保新政策试点；

（二）信用 B 级的定点零售药店，按照正常规定开展检查；

（三）信用 C 级的定点零售药店，暂停医保结算 3 个月，重点监控其医保服务行为，适当增加现场检查频次，媒体公开通报；

（四）信用 D 级的定点零售药店，暂停医保结算 6 个月，重点监控其医保服务行为，增加现场检查频次，媒体公开通报；

（五）信用 E 级的定点零售药店，终止医保服务协议，3 年内不再签署协议。单体药店其法定代表人、主要负责人、直接责任人（连锁药店禁止其违法违规签约主体药店主要负责人、直接责任人）5 年内不得从事医保相关活动。

第三十六条 定点零售药店有下列情形的直接评为 E 级：

（一）盗刷医疗保障身份凭证，为参保人员套取现金超 100 元（含）的，为非定点医药机构提供刷卡记账服务超 1000 元（含）的，为参保人员虚开发票、提供虚假发票超过 1000 元（含）的；

- (二) 因犯罪或违反其他法律法规被追究刑事责任的;
- (三) 以欺诈、伪造证明材料等手段骗取医保基金的;
- (四) 被吊销《药品经营许可证》或《营业执照》的。

第六章 药品（医用耗材）生产配送企业信用评价

第三十七条 药品（医用耗材）生产配送企业具体评价方式见《药品（医用耗材）生产配送企业信用评分标准》。药品（医用耗材）生产配送企业周期扣分以每个月供应履约管理扣分除以12累加计算。

第三十八条 医疗保障行政部门根据药品（医用耗材）生产企业扣分情况，按下列规定进行处置：

- (一) 信用A级的企业实行线上监管；
- (二) 信用B级的企业予以约谈，责令限期整改；
- (三) 信用C级的企业予以约谈，责令限期整改，企业和涉及的品种列入重点监控；
- (四) 信用D级的予以约谈，企业涉及的产品暂停挂网6个月，并予以媒体公开通报；
- (五) 信用E级的企业所有的品种取消挂网，2年内不接受挂网申请，媒体公开通报。涉及临床必需的独家品种除外。

第三十九条 对违法违规的药品（医用耗材）配送企业，各级医疗保障行政部门根据药品（医用耗材）配送企业扣分情况，

按下列规定进行处置：

- （一）信用 A 级的企业实行线上监管；
- （二）信用 B 级的企业予以约谈，责令限期整改；
- （三）信用 C 级的企业予以约谈，责令限期整改，企业和涉及的品种列入重点监控，并延期 1 个月付款；
- （四）信用 D 级的企业予以约谈，责令限期整改，企业和涉及的品种列入重点监控，并延期 2 个月付款；
- （五）信用 E 级的取消 2 年配送资格，2 年内不接受挂网申请。

第四十条 除监管部门责令停止生产和销售，灾情、疫情、突发性事件和政府有关部门应急要求调拨等不可抗拒因素外，无法正常生产供货的，生产企业需要提前 30 天书面通知配送企业，并向省药品（医用耗材）联合采购中心书面报告。如已书面报告并积极配合做好相关工作的可不予扣分。

第七章 人员类信用主体管理

第四十一条 医疗保障部门对医疗保障服务人员违规行为按照下列规定处理：

- （一）伪造、变造医疗文书、医疗费票据等资料骗取医保基金的，采取虚开、虚记药品、检查、治疗等项目非法牟利的，提供虚假证明材料骗取医保待遇资格的，使用无生产批号的自制药

品、制剂、医用材料或假劣药品的，隐瞒事实或合谋导致冒名就诊或住院的，隐瞒事实或合谋将应由工伤保险基金支付或第三人负担的医疗费用转由医疗保险基金支付的，以上行为取消医保服务人员医保服务资格，5年内不得从事医保服务行为，媒体公开通报，同时移送卫健部门，建议按照相关规定处理；

（二）因涉嫌医保违规拒不配合医保部门调查的，超范围执业导致医保基金损失的，将不应由医保基金支付的医疗费用纳入医保基金支付造成医保基金损失超过3000元（含）的，住院医嘱、治疗单、检查报告单和病程记录不一致造成医保基金损失超过6000元（含）的，以上行为暂停医保服务人员医保服务6个月，媒体公开通报，移送卫健部门处理；

（三）未达到相关资质、冒签他人姓名造成医保基金损失的，无正当理由推诿、拒收参保人员就医的，住院医嘱、治疗单、检查报告单和病程记录不一致造成医保基金损失3000元（含）至6000元的，未认真核验导致冒名就医造成医保基金损失超过1000元（含）的，诱导参保人员低标准住院、挂床住院造成医保基金损失超过1000元（含）的，以上行为暂停医保服务人员医保服务3个月；

（四）住院医嘱、治疗单、检查报告单和病程记录不一致造成医保基金损失低于3000元的，未认真核验导致冒名就医或诱导参保人员低标准住院、挂床住院造成医保基金损失低于1000元

的，医疗保障部门约谈医保服务人员，并对其医保服务行为实施重点监控。

第四十二条 医疗保障部门对参保人员违规行为按照下列规定处理：

（一）出租转借本人医保凭证或持他人医保凭证冒名就医的，伪造提供虚假医疗文书、医疗费票据、证明材料等骗取医保待遇的，已由工伤保险或第三方支付医疗费用后同时隐瞒事实骗取医保基金的，利用医保凭证或医保待遇倒买倒卖药品耗材的，以上行为骗取医保基金超过 3000 元（含）的，改变参保人员医保结算方式、限制医保就医范围 2 年；以上行为骗取医保基金 3000 元至 2000 元（含）的，改变参保人员医保结算方式、限制医保就医范围 12 个月；以上行为骗取医保基金 2000 元至 1000 元（含）的，改变医保结算方式 6 个月；以上行为骗取医保基金低于 1000 元的，医疗保障部门予以约谈，并对其就医购药行为实施重点监控；

（二）违规行为经约谈、警告仍拒不改正的，或违规行为造成医保基金损失未按要求退回的，改变参保人员医保结算方式、限制医保就医范围 2 年；

（三）应由参保人员个人负担的医疗费用纳入医保基金结算的，应由工伤保险基金支付或第三人负担的医疗费用转由医保基金支付的，违规重复、超量开药的，以上行为造成医保基金损失

超过 3000 元（含）的，改变参保人员医保结算方式 6 个月；以上行为造成医保基金损失低于 3000 元（含）的，医疗保障部门约谈参保人员，并对其就医购药行为实施重点监控；

（四）参保人员不遵守医疗保障相关规定住院期间擅自离开医疗机构的，或不配合医疗机构办理医保结算的，或无正当理由不配合医保管理部门工作的，医疗保障部门约谈参保人员，并对其就医购药行为实施重点监控。。

第四十三条 暂停医保服务人员医保服务，是指暂停医保医师、执业助理医师开具医保处方权和药师审核、调配、核对医保处方，暂停执业护士和相关医务人员医保诊疗服务，暂停提供医保结算收费人员的医保结算收费服务。

第四十四条 改变医保结算方式，是指参保人员在定点医疗机构就医发生的医疗费用，由原来的刷卡结算方式改为先由个人现金垫付，再根据统筹地区相关规定到医疗保险经办机构申请报销。

第四十五条 限制医保就医范围，是指参保人只可在参保地医保经办部门指定的定点医疗机构就医，在指定定点医疗机构之外发生的医药费用（急诊抢救、因病情需要转诊的除外），医疗保险基金不予支付；在定点零售药店不得使用社会保障卡购药。

第四十六条 医保服务人员、参保人员违规事项涉嫌犯罪的，由医疗保障等相关行政部门将案件移送司法机关，依法追究刑事

责任。对因欺诈、骗取医保基金被司法判决的医保服务人员，永久取消医保服务资格。

第八章 附 则

第四十七条 本办法由省医疗保障局负责解释。

第四十八条 本办法自 2020 年 6 月 1 日起施行。

附件：定点医疗机构、药店、药械生产流通企业信用评价标准

福建省定点零售药店信用评价标准

序号	信用指标	指标释义	指标分值	评分内容	评分标准
1	经营场所规范有序	医保专区标识清楚，药品标价规范清楚；店内管理制度、医保政策宣传上墙。	2	经营场所等区域区分明确，明码标价收费合理；店内管理制度、医保政策宣传。	缺一项扣1分。
2	诚信服务	工作人员自觉执行各项医保政策，规范售药行为。	3	违规解答医疗保险政策或误导参保人员正当配药被投诉。	发生有效投诉，一次扣1分。
3		销售处方药要有药师审核。	3	为参保人员提供处方药购药服务，没有提供服务被投诉。	发生有效投诉，一次扣1分。
4	变更备案	法人代表、名称、地址等发生变更，未及时向医疗保障部门提供相关材料备案、申请变更，仍进行医保费用结算。	4	经相关部门批准后，及时向医疗保障部门申请变更。	发生变更未及时办理相关手续，仍使用医保卡刷卡结算的扣4分。
5	医保网络安全	按标准将医疗保障部门需要和要求的数据库信息传输至医保信息系统。	4	医保网络的正常运行，医保数据的准确传递，职工社会保障卡正常使用。	医保网络安全不规范，导致不及时传送数据或社保卡不能正常使用发现一次扣2分
6	购销存管理	严格执行财务、药品购销存等管理制度。	4	按要求建立购销存管理台账，药品、医用耗材等出入库记录真实、完整、准确、账实相符。	根据医保部门、药监和市场监管部门处罚情况，一项不规范扣2分。
7		为参保人员套取现金，或非定点医药机构提供刷卡结算服务，或为参保人员虚开发票、提供虚假发票。	30	造成医疗保障基金损失。	为参保人员套取现金低于100元（不含）扣30分，为非定点医药机构提供刷卡结算服务，或为参保人员虚开发票、提供虚假发票造成医保基金损失低于1000元（不含）扣30分。
8	稽核稽查	购买保健品、化妆品、生活用品等非医疗物品。	10	导致医疗保障基金不合理支出。	低于100元（含）扣5分，超过100元扣10分。
9		为参保人员串换药品、耗材、物品等。	10	导致医疗保障基金不合理支出。	低于100元（含）扣5分，超过100元扣10分。

序号	信用指标	指标释义	指标分值	评分内容	评分标准
10	其他部门处罚	出售假药、劣药或进药渠道不合法等违法违规行为被市场监督管理等行政部门处罚。	10	以市场监督管理行政部门等行政处罚为标 准。	被处罚一次扣10分。
11	中止协议	根据医疗保险有关政策规定和服务协议。	20	协议期内被暂停协议或暂停协议期间未按 时限要求整改或整改不到位的。	被中止协议一次（含）以上的扣20分，整 改不到位的扣10分。

备注：1. 每项指标扣分以该项指标设定分值为限，扣完为止；2. 在同一次检查中，按行为类别扣分；3. 评分内容来源包括但不限于日常检查、专项检查、举报投诉、线上采集、智能监控系统、部门提供、司法判决等。

福建省定点医疗机构信用评分标准

序号	一级指标	二级指标	指标释义	分值	评分内容	评分标准
1	协议履行 (40分)	变更备案	医疗机构名称、执业地址等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，申请变更。	1	经卫健部门批准后，15个工作日内向医疗保障部门申请变更。	发生变更未按规定办理相关手续的，发现一次扣1分。
2		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。	2	按要求提供医保监管信息资料，配合监督检查，提供真实材料。	不按要求及时提供信息材料一次扣1分。
3		医保服务人员管理	及时申报（新增、变更、注销）医保医师、护士信息；按要求开展医保医护人员管理。	2	15个工作日内上传医保医护人员变更信息，实施医保医护人员管理。	发现变更未上传的，一次扣1分。
4		编码标准	及时有效上传真实有效数据，不得串换项目。	1	按要求对应、执行医疗业务编码和医疗保障信息业务编码标准。	未按要求设置编码，发现一次扣1分。
5		购销存管理	对药品、医用耗材的购入、使用、结算的数量进行管理，保障账账、账实相符。	2	按要求建立购销存管理系统，药品、医用耗材和医疗器械出入库记录真实、完整、准确、账账、账实相符。	未建立购销存管理系统，扣1分。系统记录有差错，发现1条扣1分。
6		身份识别	核验参保人员医疗保障有效凭证，做到人证相符。	2	认真核验参保人员身份，核查是否存在有无冒名就医。	未按规定核验，发现冒名就医，发现一例扣1分。
7		出入院管理	按出、入院收治标准开展住院治疗、办理出入院手续。	2	制定并执行出院、入院管理制度；核查有无挂床住院、未按文件规定违规收治住院。	发现挂床住院或未按文件规定违规收治入院的，发现1例扣1分。
8		购销有“三证”	医疗机构购置医疗设备、器材、耗材、一次性用品须有验证有效的“三证”。	2	药监和市场监管部门有行政处罚的。	有行政处罚一次扣2分。
9		合理治疗	根据患者病情需要，选择合理的治疗方式。	6	是否存在与患者疾病诊断无关的诊疗及过度治疗。	查明1例扣1分。
10		合理检查	根据患者病情需要，选择合理的检查项目。	6	是否存在与患者疾病诊断无关的检查、重复检查或过度检查。	查明1例扣1分。
11		合理用药	根据患者病情需要，依据药理，把握用药指征，选择合理药物进行治疗。	6	是否存在与患者疾病诊断无关的用药或过度用药。	查明1例扣1分。

序号	一级指标	二级指标	指标释义	分值	评分内容	评分标准
12	协议履行 (40分)	合理收费	严格按照医保政策及协议, 进行合理收费。	6	是否有重复收费、分解收费、超标准收费等现象。	违规收费金额占医保费用发生额比例低于0.5% (含) 扣1分, 0.5%到1% (含) 扣3分, 超过1%扣5分。
13		超执业范围经营	严格按照卫生行政部门颁发的《医疗机构执业许可证》核准诊疗范围开展诊疗活动。	2	查看《医疗机构执业许可证》《医疗机构执业注册证》《法人登记证》以及医院科室设置、医院疾病分类报表、住院病人收治情况等, 看医院是否有超范围行医。	发现有超范围的扣2分。
14	基金监管 (52分)	医疗服务行为	虚构医药服务, 伪造医疗文书和票据。	6	造成医疗保障基金损失。	造成医保基金损失低于1000元 (不含) 扣6分。
15			为参保人员提供虚假发票。	6	造成医疗保障基金损失。	造成医保基金损失低于1000元 (不含) 扣6分。
16			为非定点医药机构提供刷卡结算服务。	6	导致医疗保障金不合理支出的。	造成医保基金损失低于1000元 (不含) 扣6分。
17			确定行为扣1分。一级定点医疗机构造成医保基金损失1万元扣1分; 二级定点医疗机构造成医保基金损失3万元扣1分; 三级定点医疗机构造成医保基金损失5万元扣1分, 金额不足基数不予计算, 扣分累加计算。	6	造成医保基金不合理支出的。	确定行为扣1分。一级定点医疗机构造成医保基金损失1万元扣1分; 二级定点医疗机构造成医保基金损失3万元扣1分; 三级定点医疗机构造成医保基金损失5万元扣1分, 金额不足基数不予计算, 扣分累加计算。
18			将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围。	6	造成医疗保障基金损失。	确定行为扣1分。一级定点医疗机构造成医保基金损失1万元扣1分; 二级定点医疗机构造成医保基金损失3万元扣1分; 三级定点医疗机构造成医保基金损失5万元扣1分, 金额不足基数不予计算, 扣分累加计算。

序号	一级指标	二级指标	指标释义	分值	评分内容	评分标准
19			违反医疗保障实名制管理要求，为冒名就医或住院提供服务。	6	造成医疗保障基金损失。	确定为扣1分。一级定点医疗机构造成医保基金损失1万元扣1分；二级定点医疗机构造成医保基金损失3万元扣1分；三级定点医疗机构造成医保基金损失5万元扣1分，金额不足基数不予计算，扣分累加计算。
20	基金监管 (52分)	医疗服务行为	串换药品、耗材、物品、诊疗项目等。	6	造成医疗保障基金损失。	确定为扣1分。一级定点医疗机构造成医保基金损失1万元扣1分；二级定点医疗机构造成医保基金损失3万元扣1分；三级定点医疗机构造成医保基金损失5万元扣1分，金额不足基数不予计算，扣分累加计算。
21		协议中止	对定点医疗机构医疗保障违规行为为的处理方式。	6	按被医疗保障部门中止协议的月数扣分。	被中止协议3个月（含）以下扣2分，3个月到6个月（含）扣4分，6个月以上扣6分。
22		医保服务人员处理	医保服务人员违法违规原因被医疗保障、卫健、司法等部门处理。	2	按被处理人数计算。	处理1人扣1分。
23		科室处理	科室因违法违规原因被医保部门中止结算。	2	按被医疗保障部门中止科室医保结算的次数扣分。	被中止协议1个科室扣2分。
24		药品平台采购率	采购平台上的药品必须通过采购平台采购。	2	药品平台采购率达100%。	低1个点扣1分。
25	药品耗材采购、货款结算 (8分)	高值耗材及带量采购耗材采购率	必须通过采购平台采购高值耗材和带量采购耗材。	2	平台采购率达100%。	低1个点扣1分。
26		结算率	药品货款结算率。	2	药品货款结算率=当月药品货款结算金额/当月药品货款入库金额。	每自然月没有达到98%以上扣0.2分，扣完为止。

序号	一级指标	二级指标	指标释义	分值	评分内容	评分标准
27	药品耗材采购、货款结算 (8分)	及时率	药品入库五日内数据提交率。	2	药品入库的5个工作日内审核确认结算数据。提交率=当月药品入库五日内提交的金额/当月药品货款金额。	每自然月没有达到98%以上扣0.2分。

备注：1. 定点医疗机构不涉及的考核指标不予考核；2. 每项指标扣分以该项指标设定分值为限，扣完为止；3. 在同一次检查中，按行为类别扣分；4. 评分内容来源包括医疗机构、日常检查、专项检查、专项投诉、举报投诉、线上采集、智能监控系统、部门提供、司法判决等。

药品流通企业信用评分标准

序号	信用指标	分值	评分内容	评分标准
1	平台登录及公告阅读	5	每日登陆平台。 24小时内阅读通知公告。	每日（按工作日计，以系统登录记录为准）未登录平台，一次扣5分。 24小时（按工作日计）未阅读通知公告，一次扣5分。
2	订单接收及时性	5	48小时内未响应的订单。	48小时（按自然日计）内未响应的订单，每个产品每次扣5分。
3	发货及时性	20	2个工作日未做发货操作（含缺货登记），若不能发货，需填写缺货并标注缺货的产品情况及明确责任方。 每月挂网产品发货率不低于90%。 发现填报虚假发货信息。	未发货且没有进行标注的，每条采购记录扣1分。7天（按自然日计）内若无操作发货，订单作废，每条采购记录扣2分。 每月（按自然月计）每降一个百分点扣2分。 每条采购记录扣10分。
4	库存信息申报及信息确认	10	每月填写每个挂网产品的库存信息。 每月确认联系人信息。	每月（按自然月计）每个产品按照产品库存填报率进行扣分，即该项得分=产品库存填报率*5。（产品库存填报率=已填写库存的挂网产品数/挂网产品数*100%） 每月（按自然月计）不确认的，一次扣5分。
5	票据上传及时性	10	发货操作后，30天内必须上传两票等相关票据信息。若没有上传齐全的，需对未上传的原因进行说明并选择责任方。 每月票据上传率不低于90%。	30天（按自然日计）内不上传票据且不说明原因的，每张票据扣1分。 每月（按自然月计）票据上传率每降一个百分点扣2分。
6	药品配送储运环境质量	10	因药品配送储运环节质量问题被药监部门处罚而影响医疗机构临床用药的。	每个产品每次扣10分。

序号	信用指标	分值	评分内容	评分标准
7	申报规范性	10	存在谎报、伪造或提供不实信息、恶意申（投）诉等的行为，影响药品联合阳光采购工作的。 对医疗机构、配送企业反映的产品问题未做及时响应和有效处置的。	每次扣10分。 每个产品每次扣1分。
8	问题处置有效性	10	因医疗机构或生产企业原因造成不配送、不足额配送或不及时配送的，应及时向所在的医保局和省药械联合采购中心报告并积极配合做好配送变更等工作，确保临床供应。	未按规定报告的，每次扣5分。造成医疗机构缺货，按每个产品扣10分。
9	医疗机构满意率	10	由医疗机构在药采平台满意率调查系统内进行评定。	得分为医疗机构评定平均分。
10	药品货款数据提交一次通过率	10	规范上传第一票和第二票；上传的第二票与系统中的品种、数量、单价要相符。通过率=当月一次通过的药品货款金额/当月药品货款金额。	每自然月低于98%少1个点扣1分。

备注：1. 每项考评指标扣分以该项指标设定分值为限，扣完为止；2. 评分方式来源包括但不限于线上采集、举报投诉、医疗机构、部门提供、司法判决等。

医用耗材流通企业信用评分标准

序号	信用指标	分值	评分内容	评分方式
1	平台登录及公告阅读	5	每日登陆平台。 24小时内阅读通知公告。	每日（按工作日计，以系统登录记录为准）未登录平台，一次扣5分。
2	订单接收及时性	5	48小时内未响应的订单。	24小时（按工作日计）未阅读通知公告，一次扣5分。 48小时（按自然日计）内未响应的订单，每个产品每次扣5分。
3	发货及时性	20	对于事前订单，2个工作日未做发货操作（含缺货登记），若不能发货，需填写缺货并标注缺货的产品情况及明确责任方。 对于事前订单，每月挂网产品发货率不低于90%。 对于补录订单，2个工作日内进行确认。 发现填报虚假发货信息。	未发货且没有进行标注的，每条采购记录扣1分。7天（按自然日计）内若无操作发货，订单作废，每条采购记录扣2分。 每月（按自然月计）每降一个百分点扣2分。 未按时确认，每条采购记录扣1分。
4	库存信息申报及信息确认	10	每月填写每个挂网产品的库存信息。 每月确认联系人信息。	每条采购记录扣10分。 每月（按自然月计）每个产品按照产品库存填报率进行扣分，即该项得分=产品库存填报率*5。（产品库存填报率=已填写库存的挂网产品数/挂网产品数*100%） 每月（按自然月计）不确认的，一次扣5分。
5	票据上传及时性	10	对于事前订单，发货操作后，30天内必须上传两票等相关票据信息。若没有上传齐全的，需对未上传的原因进行说明并选择责任方。 对于补录订单，确认操作后，30天内必须上传两票等相关票据信息。若没有上传齐全的，需对未上传的原因进行说明并选择责任方。	30天（按自然日计）内不上传票据且不说明原因的，每张票据扣1分。 30天（按自然日计）内不上传票据且不说明原因的，每张票据扣1分。
			每月票据上传率不低于90%。（含补录）	每月（按自然月计）票据上传率每降一个百分点扣2分。

序号	信用指标	分值	评分内容	评分方式
6	医用耗材配送储运环境质量	10	因医用耗材配送储运环节质量问题被药监部门处罚而影响医疗机构临床用药的。	每个产品每次扣10分。
7	申报规范性	10	存在谎报、伪造或提供不实信息、恶意申（投）诉等的行为，影响医用耗材联合阳光采购工作的。	每次扣10分。
			对医疗机构、生产企业反映的产品问题未做及时响应和有效处置的。	每个产品每次扣1分。
8	问题处置有效性	10	因医疗机构或生产企业原因造成不配送、不足额配送或不及时配送的，应及时向所在的医保局和省药械联合采购中心报告并积极配合做好配送变更等工作，确保临床供应。	未按规定报告的，每次扣5分。造成医疗机构缺货，按每个产品扣10分。
9	医疗机构满意率	10	由医疗机构在药采平台满意率调查系统内进行评定。	得分为医疗机构评定平均分。
10	医用耗材货款数据提交一次通过率	10	规范上传第一票和第二票；上传的第二票与系统中的品种、数量、单价要相符。通过率=当月一次通过的药品货款金额/当月药品货款金额。	每自然月低于98%少1个点扣1分。

备注：1. 每项考评指标扣分以该项指标设定分值为限，扣完为止；2. 评分方式来源包括但不限于线上采集、举报投诉、医疗机构、部门提供、司法判决等。

药品生产企业信用评分标准

序号	信用指标	分值	评分内容	评分标准
1	平台登录及公告阅读	5	每周登陆平台。 每周及时阅读通知公告。	每周（按自然周计，以系统登录记录为准）未登录平台，一次扣5分。 每周（按工作日计）未及时阅读通知公告，一次扣5分。 每个产品一次扣1分。
2	供货及时性	25	无正当理由在规定时间内不按挂网信息和订单数量供货的。 未按时供货且未按规定报告原因的。 伪造发货记录或虚报发货数量的。	每个产品一次扣5分。 每个产品一次扣10分。
3	库存、缺货信息	20	每月核对配送企业填报的库存信息。 每周对配送企业标注缺货的产品情况进行核对，并且对缺货的原因进行说明，同时明确责任方。	每月（按自然月计）未阅读一次扣5分。 每周（按工作日计）未完成以上操作，每个产品每次扣1分。
4	票据上传	10	每周对配送企业标注无法上传发票的产品进行阅读，并且对无法上传发票原因进行说明并明确责任方。	每周（按工作日计）未完成以上操作，每个产品扣1分。
5	质量保障性	10	因药品生产环节质量问题被药监部门处罚导致取消挂网的。	每个产品每次扣10分。
6	申报规范性	10	存在谎报、伪造或提供不实信息、恶意申（投）诉等的行为，影响药品联合阳光采购工作的。 及时响应医疗机构、配送企业反映的产品问题，并采取有效措施。	每次扣10分。 未及时响应或不采取有效措施的，每个产品每次扣1分。
7	问题处置有效性	10	因医疗机构或配送企业原因造成不配送、不足额配送或不及时配送的，应及时向所在的医保局和省药械联合采购中心报告并积极配合做好配送变更等工作，确保临床用药。	未按规定报告的，每次扣5分。造成医疗机构缺货，按每个产品扣10分。
8	医疗机构满意率	10	由医疗机构在药采平台满意率调查系统内进行评定。	得分为医疗机构评定平均分。

备注：1. 每项考评指标扣分以该项指标设定分值为限，扣完为止；2. 评分方式来源于线上采集、举报投诉、医疗机构、部门提供、司法判决等。

医用耗材生产企业信用评分标准

序号	信用指标	分值	评分内容	评分标准
1	平台登录及公告阅读	5	每周登陆平台。 每周及时阅读通知公告。 无正当理由在规定时间内不按挂网信息和订单数量供货的。 未按时供货且不按规定报告原因的。 伪造发货记录或虚报发货数量的。	每周（按自然周计，以系统登录记录为准）未登录平台，一次扣5分。 每周（按工作日计）未及时阅读通知公告，一次扣5分。 每个产品一次扣1分。 每个产品一次扣5分。 每个产品一次扣10分。
2	供应及时性	25	每月核对配送企业填报的库存信息。 每周对配送企业标注缺货的产品情况进行核对，并且对缺货的原因进行说明，同时明确责任方。	每月（按自然月计）未阅读一次扣5分。 每周（按工作日计）未完成以上操作，每个产品每次扣1分。
3	库存、缺货信息	20	每周对配送企业标注无法上传发票的产品进行阅读，并且对无法上传发票原因进行说明并明确责任方。	每周（按工作日计）未完成以上操作，每个产品扣1分。
4	票据上传	10	因医用耗材生产环节质量问题被药监部门处罚导致取消挂网的。	每个产品每次扣10分。
5	质量保障性	10	存在谎报、伪造或提供不实信息、恶意申（投）诉等的行为，影响医疗器械联合阳光采购工作的。	每次扣10分。
6	申报规范性	10	及时响应医疗机构、配送企业反映的产品问题，并采取有效措施。	未及时响应或不采取有效措施的，每个产品每次扣1分。
7	问题处置有效性	10	因医疗机构或配送企业原因造成不配送、不足额配送或未及时配送的，应及时向所在的医保局和省药械联合采购中心报告并积极配合做好配送变更等工作，确保临床用药。	未按规定报告的，每次扣5分。造成医疗机构缺货，按每个产品扣10分。
8	医疗机构满意率	10	由医疗机构在药采平台满意率调查系统内进行评定。	得分为医疗机构评定平均分。

备注：1. 每项考评指标扣分以该项指标设定分值为限，扣完为止；2. 评分方式来源于线上采集、举报投诉、医疗机构、部门提
供、司法判决等。

信息公开类型：主动公开

福建省医疗保障局办公室

2020年5月21日印发
