

重庆市医疗保障局文件

渝医保发〔2025〕32号

重庆市医疗保障局 关于印发《重庆市医疗保障基金监管信用 管理办法》的通知

各区县（自治县）医疗保障局，两江新区社会保障局、高新区政务服务和社会事务中心、万盛经开区人社保局：

《重庆市医疗保障基金监管信用管理办法》已经局 2025 年第 22 次党组会审议通过，现印发你们，请遵照执行。

（此件公开发布）



重庆市医疗保障基金监管信用管理办法

第一章 总 则

第一条 为推进医疗保障领域信用体系建设，构建以信用为基础的监管体制，保障群众利益和医疗保障基金安全，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）、《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）、《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）、《重庆市人民政府办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》（渝府办发〔2021〕31号）等有关法律法规和相关政策文件，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于重庆市医疗保障基金使用信用主体（以下简称信用主体）的信息采集、信用承诺、信用评价、信用奖惩、异议处理和信用修复等管理活动。

第三条 本办法所称医疗保障基金监管信用管理，是指医疗保障行政部门依法依规，按照相关指标、方法和程序，运用医疗保障基金监管领域信用信息、公共信用信息等，对信用主体进行动

态评价，并依据评价结果确定医疗保障基金监管信用等级（以下简称“信用等级”），对信用主体实施信用分级分类监管的全过程。

第四条 本办法所称信用主体，是指具有完全民事行为能力的自然人、法人和非法人组织，在医疗保障基金使用中履行法定职责、法定义务或者约定义务的状态，主要分为机构类和个人类。

机构类主要包括医疗保障定点医疗机构、医疗保障定点零售药店等；个人类主要包括参保人员和提供医疗保障服务的医师、护士（师）、药师、医技人员等其他涉及医保基金使用的相关人员。

第五条 医保基金监管信用管理应当遵循依法依规、公平公正、客观必要的原则，坚持政府主导、社会共治、自我约束，坚持激励与惩戒相结合，确保信息安全，不得侵犯国家秘密、商业秘密和个人隐私，维护信息主体合法权益。

第六条 市医疗保障行政部门负责统筹全市医保基金监管信用管理工作，建立健全医保基金监管信用管理制度，指导、监督各区县医疗保障部门开展医保基金监管信用管理工作。

各级医疗保障行政部门负责组织实施本行政区域内的医保信用管理工作，可以授权医疗保障经办机构承担医疗保障信用管理的具体工作，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信用主体的信用评价工作。

第七条 医疗保障部门及其相关工作人员，应当依法履职，确保信息安全，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程，对徇私舞弊、玩忽职守、篡改信息或以其他违法方式损害定点医药机构合法权益的相关责任人，按照有关规定给予党纪、政纪处分，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第二章 信用信息归集

第八条 医保信用信息包括信用主体的基本信息、守信信息、失信信息、信用评价结果、历史信用信息等。机构类信用主体的基本信息包括单位性质、名称、法定代表人、统一社会信用代码及其他有关信息。个人类信用主体的基本信息包括姓名、身份证号码、执业注册、职业资格信息及其他有关信息。

第九条 守信信息：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；举报他人涉嫌欺诈骗保行为，经医疗保障部门查实的；主动守信承诺信息；法律法规、规章等规定应当记入信用档案的其他守信信息。

第十条 失信信息：信用主体违反医疗保障法律法规、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；涉及医疗保障领域的纪检、公安、司法、市场监管等相关

部门处理的失信信息；经相关部门认定的其他相关失信信息。

第十一条 信用信息来源主要包括以下四个方面：

（一）信用主体主动提供；

（二）国家和市级统一信用信息平台、相关部门官方网站公布或移送的信息；

（三）医疗保障部门从日常监督检查、各类执法检查 and 督查活动、群众举报、书面及网上投诉等调查中获取；

（四）其他符合规定的采集途径。

第十二条 各级医疗保障部门应当建立相关主体信用档案，及时、准确、全面记录和归集医疗保障信用信息，维护信用主体信用记录。

第三章 信用承诺

第十三条 信用承诺是指涉及医疗保障基金使用的相关机构、人员以规范形式向社会作出的安全合理使用医保基金的书面承诺，包括严守诚信原则，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，不实施过度诊疗，接受医疗保障部门依法依规开展的行政检查、协议管理、信用评价等，主动接受社会监督等相关内容。

第十四条 机构类信用主体在签订医疗保障服务协议时,应按照规定格式作出书面信用承诺,并组织本机构涉及医保基金使用的相关人员签署承诺书,确保相关人员知晓并遵守信用承诺。

第十五条 信用主体对信用承诺内容的真实性负责,信用承诺履行情况和违反信用承诺信息纳入信用主体信用记录,将作为对承诺主体开展事中事后监管的重要依据。

第四章 信用评价与发布

第十六条 定点医药机构信用评价采取积分制计算得分,满分为100分,基准分为0分,计分周期为每年的1月1日起至12月31日。信用等级分为五级:A级分值为90分(含90分)以上,B级分值为80—90分(含80分),C级分值为70—80分(含70分),D级分值为60—70分(含60分),E级分值为60分以下。

第十七条 定点医药机构有以下情形的,直接列入E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)实施《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条所述行为之一的;
- (三)受到处理处罚后拒不改正、拒不执行处理处罚决定的;

- (四) 拒绝、阻挠或不配合监督检查的；
- (五) 在信用等级评价中弄虚作假的；
- (六) 被列入严重失信主体名单的；
- (七) 因欺诈骗保被追究刑事责任的。

第十八条 对医师、护士（师）、药师等医药机构相关人员的信用评价，参照《重庆市定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》（渝医保发〔2025〕7号）执行，根据记分情况分为五级：记分为0分的为A级，记分累计达到1—3分的为B级，记分累计达到4—6分的为C级，记分累计达7—8分的为D级，记分累计达9—12分的为E级。

第十九条 对参保人信用评价根据医疗保障行政部门查实的参保人员违法情形评定信用等级：

- (一) A级：未发生任何违法违规问题的；
- (二) B级：一年内初次实施将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用，重复享受医疗保障待遇，或利用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等《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款所述一般性违法行为之一，造成医疗保障基金损失的；
- (三) C级：一年内两次或两次以上实施《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款所述一般性违法行为之一，造成医疗保障基金损失的；

（四）D级：以骗取医疗保障基金为目的实施《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款所述一般性违法行为之一，造成医疗保障基金损失的；通过使用他人医疗保障凭证冒名就医购药，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或虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的。

第二十条 在一个信用评价周期内，信用主体有下列情形之一的，不参与当年度信用评价：

- （一）签订医保服务协议不满一个自然年度的；
- （二）已解除医保服务协议的；
- （三）评价周期内无医疗保障基金支出的；
- （四）暂停或吊销执业许可的；
- （五）法律法规规定的其他不应参加评定的情形。

第二十一条 在公布信用评价结果前，医疗保障行政部门应当将预评价结果告知信用主体，信用主体对预评价结果有异议的，应当在收到通知后15个工作日内书面提出申请，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。医疗保障行政部门应当在收到材料之日起15个工作日内完成申诉审核处理工作，将处理结果书面告知信用主体，并形成最终评价结果。

第二十二条 医疗保障行政部门应当通过官方网站或微信公

众号等方式为信用主体提供评价结果查询服务。

第五章 评价结果运用

第二十三条 医疗保障部门按照守信激励、失信惩戒的原则，根据信用等级评定结果，与发展改革、卫生健康、人力社保、市场监管、税务部门对信用主体实施联合激励或惩戒。

第二十四条 对评定为 A 级的定点医药机构采取以下激励措施：

（一）降低日常现场检查频次，除根据投诉举报、飞行检查、专项检查计划或上级要求等进行现场检查外，不另行对其开展现场检查；

（二）在医保部门官网、“信用中国（重庆）”等网站予以公示；

（三）同等条件下优先开展医疗保障新政策业务试点；

（四）法律法规、规章规定的其他激励措施。

第二十五条 对评定为 B 级的定点医药机构采取以下激励措施：

（一）可适当降低现场检查频次；

（二）在医保部门官网、“信用中国（重庆）”等网站予以公示；

(三) 法律法规、规章规定的其他激励措施。

第二十六条 对评定为 C 级的定点医药机构采取以下措施：

(一) 按常规开展日常监督检查；

(二) 在医保部门官网、“信用中国（重庆）”等网站予以公示。

第二十七条 对评定为 D 级的定点医药机构采取以下惩戒措施：

(一) 增加抽查频次、加大现场检查力度；

(二) 警示约谈有关负责人，要求限期整改；

(三) 在医保部门官网、“信用中国（重庆）”等网站予以公示；

(四) 法律法规、规章规定的其他惩戒措施。

第二十八条 对评定为 E 级的定点医药机构采取以下惩戒措施：

(一) 增加抽查频次，加大现场检查力度；

(二) 在飞行检查、专项检查时列为重点检查对象，优先列入待抽选机构名单；

(三) 警示约谈主要负责人，要求限期整改；

(四) 在医保部门官网、“信用中国（重庆）”等网站予以公示；

(五) 不予拨付预付金；

（六）法律法规、规章规定的其他惩戒措施。

第二十九条 对医师、护士（师）、药师等医药机构相关人员的信用评价结果应用，按照《重庆市定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》（渝医保发〔2025〕7号）执行。

第三十条 对评定为 B 级的失信参保人，采取以下惩戒措施：

（一）对其开展医保法治教育，要求其作出遵守医保基金使用规定的书面承诺；

（二）法律法规、规章规定的其他措施。

第三十一条 对评定为 C 级的失信参保人，采取以下惩戒措施：

（一）对其开展医保法治教育，要求其作出遵守医保基金使用规定的承诺；

（二）对其历史待遇享受情况、结算情况、待遇享受资格进行重新审核，发现问题依法依规一并处理；

（三）在法律允许的范围内公开违法、失信信息，将违法、失信情况通报参保单位，属于纪检监察对象的，移交纪检监察部门；

（四）法律法规、规章规定的其他惩戒措施。

第三十二条 对评定为 D 级的失信参保人，采取以下惩戒措施：

（一）对其开展医保法治教育，要求其作出遵守医保基金使用规定的承诺；

（二）对其历史待遇享受情况、结算情况、待遇享受资格进行重新审核，发现问题依法依规一并处理；

（三）在法律允许的范围内公开违法、失信信息，将违法、失信情况通报参保单位，属于纪检监察对象的，移交纪检监察部门；

（四）符合立案条件的，移交公安机关；

（五）法律法规、规章规定的其他惩戒措施。

第六章 信用修复

第三十三条 信用主体对失信行为已进行纠正，按照法律法规、规章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修复申请。失信的信用主体应提供完整、真实、合法的信用修复申请材料，并承诺不再发生失信行为。

第三十四条 失信的信用主体有下列情形之一的，不予信用修复：

（一）被认定为失信行为之日起未满 3 个月的；

（二）失信信用主体信用修复期限内，再次发生严重失信行

为的；

（三）依法依规暂不适宜实施信用修复的其他失信行为。

第三十五条 作出失信认定的医疗保障部门应当在受理信用修复申请后 15 个工作日内作出处理意见，对于符合信用修复条件的按程序修复，在官方网站进行公示，公示期限为 5 个工作日，公示期满无异议的，予以信用修复，并书面告知申请人。不符合信用修复条件的不予修复，并书面告知申请人。

第七章 附则

第三十六条 本办法由重庆市医疗保障局负责解释。

第三十七条 本办法自 2025 年 9 月 1 日起施行。

- 附件：1. 重庆市医疗保障定点医疗机构基金监管信用评价指标体系
2. 重庆市医疗保障定点零售药店基金监管信用评价指标体系
3. 重庆市医药机构相关人员信用评价标准
4. 重庆市参保人员失信等级评价标准
5. 重庆市医疗保障基金监管医药机构信用承诺书
6. 重庆市医疗保障基金监管医务人员信用承诺书

附件 1

重庆市医疗保障定点医疗机构基金监管信用评价指标体系

序号	一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标释义	评分规则
1	协议管理	基础管理	变更申请	2	医疗机构名称、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，及时向属地医保部门提供相关材料备案，申请变更。	1. 规定时间内完成变更备案或当年无变更信息，得满分； 2. 变更后未按照相关规定进行变更备案，发现一次扣 1 分，扣完为止。
2			配合监管	2	配合属地医保部门或委托第三方的监督检查，并准确、完整提供医疗服务有关的材料和数据。	1. 配合监督检查提供真实、完整、准确的资料，得满分； 2. 提供资料不及时、不完整、不准确或无法按照规定提供医保监管信息资料，发现一次扣 1 分，扣完为止。

3		系统管理	系统对接	4	医保相关信息按照标准全面、准确、及时、传输至医保信息系统，实现与医保结算系统、监管系统有效对接。	1. 按照规定与医保信息系统进行对接，全面、准确、及时、传输信息并应用，得满分； 2. 未按信息编码规则上传数据的，上传信息数据不全面、缺项的，上传信息数据不准确、不规范的，上传信息数据未按时限要求的，发现一次扣 1 分，扣完为止。
4		财务管理	财务账表	2	执行医疗机构财务制度和会计制度，设立完整财务账套，包括总账、现金账、银行账、明细账等；业务往来记录完整，真实反映财务状况。	1. 按照规定执行医疗机构财务制度和会计制度，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、盘点表等涉及基金使用的相关资料，得满分； 2. 已建立财务台账，但财务资料不完整的，发现一次扣 0.5 分，扣完为止； 3. 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、盘点表等涉及基金使用的相关资料，不得分。

5			进销存管理	2	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。	1. 按规定建立进销存台账或者使用相关信息系统对药品、耗材和医疗器械的进销存信息进行记录，得满分； 2. 建立进销存台账，但药品、耗材和医疗器械信息不完整、不准确，发现一次，扣0.5分，扣完为止； 3. 未按规定建立进销存台账对药品、耗材和医疗器械的进销存信息进行记录，不得分。
6			身份识别	2	核验参保人员医疗保障有效凭证，做到人证相符。	1. 全年未发生冒名就医问题的，得满分； 2. 发现冒名就医的，每发现一次扣1分，扣完为止。
7		医疗管理	收费标准	2	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。	1. 遵守物价政策及物价标准，并执行医疗物价公示制度的得满分； 2. 违反物价政策及物价标准，以及不按收费标准收费的，每发现一次扣1分，扣完为止。

8	医保监管	基金管理	费用 结算	2	进行医保费用直接结算，提供收费票据（票据需要注明医保基金支付金额）、费用明细和相关资料。	不规范开具医保专用票据的或未提供医疗费用查询服务和费用清单的，每发现一次扣 0.5 分，扣完为止。
9			追溯码	2	全流程记录药品、医用耗材的追溯码信息，并实现相关信息数据可追溯。	1. 按规定全流程记录追溯码信息的，得满分； 2. 未按规定记录追溯码信息的，每发现一次扣 1 分，扣完为止。
10			执行总额预算	6	年度总额控制预算执行情况。	当期总额控制支出发生额/当期总额控制支出预算额*100%（均为总额控制年终清算口径）。年度总额预算目标的 80%—105% 为标杆，不扣分。当执行总额目标大于 105% 时，每偏离 1% 扣 0.2 分。扣完为止。
11	基金绩效	费用控制	特病月人均费用增幅	6	衡量该院特病患者费用负担情况。	计算公式：（本年特病月人均费用—上年特病月人均费用）/上年特病月人均费用*100%； 低于等于 0 得满分，大于 0 小于等于 0.1 得 4 分，大于 0.1 小于等于 0.2 得 2 分，大于 0.2 不得分。无 2 年完整数据的按得分系数 0.5 计分。

12			住院率增幅	6	衡量该院为参保人员提供的住院医疗服务量，防止医疗机构门诊住院化。	本期住院率-上期住院率（住院率=住院出院人次/门急诊人次×100%） 在对比范围内，按实际值从小到大排列，本辖区内同级医院的中位数为标杆值，不扣分。 其他数值时，每偏离 0.1%扣 1 分。
13			住院次均费用增幅	6	衡量该住院患者费用负担情况。	计算公式：（本年次均住院费用—上年次均住院费用）/上年次均住院费用*100%； 低于等于 0 得满分，大于 0 小于等于 0.1 得 4 分，大于 0.1 小于等于 0.2 得 2 分，大于 0.2 不得分。 无 2 年完整数据的按得分系数 0.5 计分。
14			住院自费率增长	6	衡量该住院患者自费费用负担情况。	与前一年相比，每上升 0.1 个百分点（按四舍五入取整）扣 0.5 分。扣完为止。
15	自律管理	组织管理与制度建设	制度及培训	2	建立健全定点医疗机构医保管理、费用管控、风险防范、监督检查、考核奖惩等制度，同时组织开展医疗保障基金相关制度、政策和管理要求等业务培训。	1. 建立相关管理制度且每半年至少 1 次对本机构职工进行医保相关法律法规、政策培训，并有培训记录，得满分； 2. 未建立相关制度或不按时对本机构职工进行医保相关法律法规、政策培训的，每发现一次扣 1 分，扣完为止。

16		管理 行为	自查 自纠	3	定期检查定点医疗机构医保基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	1. 开展自查自纠，及时报告存在的问题，并主动全额退回违规医保基金的，得满分； 2. 自查自纠不彻底、不全面，未主动全额退回违规医保基金的，每发现一次扣 1 分，扣完为止。
17			自查自 纠费用 占比	5	评价定点医疗机构医保违规行为自查自纠是否彻底、全面。	计算公式：评价年度内自查自纠退回金额/查实的违规金额； 得分按照分值*自查自纠费用占比计分。
18			举报投 诉	5	网上、信函、电话等投诉查办情况。	涉及本机构的网上、信函、电话投诉等，经查证属实的，1 次扣 1 分，扣完为止。
19	违法违规 违约	一般 处理	约谈	3	因发生违规行为被医保部门进行约谈。	被医保部门约谈 1 次扣 1 分，扣完为止。
20			限期 整改	3	因发生违规行为被医保部门要求限期整改。	被责令限期整改 1 次，扣 1.5 分，扣完为止。
21			通报	3	因发生违规行为被医保部门进行通报。	每被医保部门通报 1 例扣 1 分，扣完为止。
22		协议 处理	协议 处理	6	被医保部门给予协议处理情况。	每被医保经办机构给予协议处理一次，扣 1 分。

23			中止协议	6	因发生违规行为被医保部门中止协议。	暂停医保服务协议月数累计≤3个月扣2分；>3个月且≤6个月扣4分；>6个月扣6分。
24		行政处罚	行政处罚	8	被医保部门给予行政处罚情况。	每被医保行政部门给予行政处罚一次，扣2分。
25		费用处理	追回、拒付费用占比	6	对定点医疗机构医保违规行为的处理方式，对已支付的本金追回，对未支付的本金不再支付。	计算公式：追回、拒付费用/医保总额费用； 低优指标，指标为0得满分，[0-2%]得5分，每增加1%扣1分，扣完为止。
26	奖励加分	-	-	-	对举报欺诈骗保有重大贡献的；开展或对医疗保障管理创新性工作的提出意见建议被医保部门采纳的；受到市级以上医保部门表扬嘉奖并取得一定成果的；其他情况经医保部门考察核实情况属实并经上会研究一致同意通过的。	本项目为附加项，每次加1-2分，累计不超过5分。

附件 2

重庆市医疗保障定点零售药店基金监管信用评价指标体系

序号	一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标释义	评分规则
1	协议管理	基础管理	变更申请	3	医疗机构名称、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,及时向属地医保部门提供相关材料备案, 申请变更。	1. 规定时间内完成变更备案或当年无变更信息, 得满分。 2. 变更后未按照相关规定进行变更备案, 发现一次扣 1 分, 扣完为止。
2			配合监管	3	配合属地医保部门或委托第三方的监督检查, 并准确、完整提供医疗服务有关的材料和数据。	1. 配合监督检查提供真实、完整、准确的资料, 得满分; 2. 提供资料不及时、不完整、不准确或无法按照规定提供医保监管信息资料, 发现一次扣 1 分, 扣完为止。

3		系统管理	系统对接	3	医保相关信息按照标准全面、准确、及时、传输至医保信息系统，实现与医保结算系统、监管系统有效对接。	1. 按照规定与医保信息系统进行对接，全面、准确、及时、传输信息并应用，得满分； 2. 未按信息编码规则上传数据的，上传信息数据不全面、缺项的，上传信息数据不准确、不规范的，上传信息数据未按时限要求的，发现一次扣 1 分，扣完为止。
4		财务管理	财务账表	3	执行定点零售药店财务制度和会计制度，设立完整财务账套，包括总账、现金账、银行账、明细账等；业务往来记录完整，真实反映财务状况。	1. 按照规定执行定点零售药店财务制度和会计制度，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、盘点表等涉及基金使用的相关资料，得满分； 2. 建立财务台账，但财务资料不完整的，发现一次，扣 0.5 分，扣完为止。 3. 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、盘点表等涉及基金使用的相关资料，不得分。
5			进销存管理	5	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。	1. 按规定建立进销存台账或者使用相关信息系统对药品、耗材和医疗器械的进销存信息进行记录，得满分； 2. 建立进销存台账，但药品、耗材和医疗器

						械信息不完整、不准确，发现一次，扣 0.5 分，扣完为止； 3. 未按规定建立进销存台账对药品、耗材和医疗器械的进销存信息进行记录，不得分。
6		服务 管理	身份 识别	4	核验参保人员医疗保障有效凭证，做到人证相符。	1. 全年未发生冒名就医问题的，得满分； 2. 发现冒名就医的，每发现一次扣 1 分，扣完为止。
7	药品 分类		3	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。	1. 按要求分类摆放且未摆放日常生活类物品，得满分； 2. 未按要求分类摆放，每发现一次扣 1 分，扣完为止。	
8	药品 价格		3	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。	1. 严格按照药品价格政策，对所有医保目录内药品明码标价，得满分； 2. 未按照规定开展明码标价，或线上线下药品价格不一致的，每发现一次扣 1 分，扣完为止。	

9			处方记录	6	购药清单等由定点零售药店保存 2 年，门诊特殊慢性病处方及购药结算单是否保存 2 年以上，特殊药品处方及购药结算单保存 5 年以上。	1. 各类处方按照规定年限进行分类保存，并且处方记录完整，得满分； 2. 未按照规定分类保存或处方剂量不完整或未按照规定进行处方签字、保存，每发现一次扣 1 分，扣完为止。
10			外配药品审核	4	向参保人员提供处方药外配服务时，核验处方使用人与参保人员身份是否一致；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。	医保药师及时准确审核得满分；无医保药师审核处方、外配处方未核验参保人身份的，每发现一次扣 1 分，扣完为止。
11	医保监管	基金管理	费用结算	3	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。	未提供医疗费用查询服务和费用明细的，每发现一次扣 0.5 分，扣完为止。
12			追溯码	4	全流程记录药品、医用耗材的追溯码信息，并实现相关信息数据可追溯。	1. 按规定全流程记录追溯码信息的，得满分； 2. 未按规定记录追溯码信息的，每发现一次扣 1 分，扣完为止。
13	自律管理	组织管理与制度建设	制度建设	3	建立健全定点零售药店医保管理、费用管控、风险防范、监督检查、考核奖惩等制度，同时组织开展医疗保障基金相关制度、政策和管理要求等业务培训。	1. 建立相关管理制度且每半年至少 1 次对本机构职工进行医保相关法律法规、政策培训，并有培训记录，得满分； 2. 未建立相关制度或不按时对本机构职工进行医保相关法律法规、政策培训的，每发现一次扣 1 分，扣完为止。

14		管理 行为	自查 自纠	4	定期检查定点零售药店医保基金使用情况,及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	1. 开展自查自纠,及时报告存在的问题,并主动全额退回违规医保基金的,得满分; 2. 自查自纠不彻底、不全面,未主动全额退回违规医保基金的,每发现一次扣1分,扣完为止。
15			自查自 纠费用 占比	3	评价定点零售药店医保违规行为 自查自纠是否彻底、全面。	计算公式:自查自纠费用/期内查实的违规使用医保基金费用; 得分按照分值*自查自纠费用占比计分。
16			举报 投诉	5	网上、信函、电话等投诉查办情况。	涉及本机构的网上、信函、电话投诉等,经 查证属实的,1次扣1分,扣完为止。
17			防范 欺诈	6	不得诱导、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。	发生1例欺诈,扣2分,扣完为止。
18	违法 违规 违约	一般 处理	约谈	3	因发生违规行为被医保部门进行 约谈。	被医保部门约谈1次扣1分,扣完为止。
19			限期 整改	3	因发生违规行为被医保部门要求 限期整改。	被责令限期整改1次,扣1.5分,扣完为止。
20			通报	3	因发生违规行为被医保部门进行 通报。	每被医保部门通报1例扣1分,扣完为止。
21		协议 处理	协议 处理	6	被医保部门给予协议处理情况。	每被医保经办机构给予协议处理一次,扣1 分。

22			中止协议	6	因发生违规行为被医保部门中止协议。	暂停医保服务协议月数累计≤3个月扣2分；>3个月且≤6个月扣4分；>6个月扣6分。
23		行政处罚	行政处罚	8	被医保部门给予行政处罚情况。	每被医保行政部门给予行政处罚一次，扣2分。
24	违法违规违约	费用处理	追回、拒付费用占比	6	对定点零售药店医保违规行为的处理方式，对已支付的本金追回，对未支付的本金不再支付。	计算公式：追回、拒付费用/医保总额费用； 低优指标，指标为0得满分，[0-2%]得3分， 每增加1%扣1分，扣完为止； 未采集到该项数据以及数据缺失的按得分系数0.5计分。
25	表彰奖励	-	-	-	对举报欺诈骗保有重大贡献的；开展或对医疗保障管理创新性工作的提出意见建议被医保部门采纳的；受到市级以上医保部门表扬嘉奖并取得一定成果的；其他情况经医保部门考察核实情况属实并经上会研究一致同意通过的。	本项目为附加项，累计不超过5分。

附件 3

重庆市医药机构相关人员信用评价标准

信用等级	记分情形	记分标准
A	无记分情形。	0 分
B	1.相关人员所在定点医药机构违反服务协议受到医保经办机构协议处理并支付违约金，该人员负有责任的； 2.执行药品耗材集中带量采购政策中，公立医疗机构相关人员无正当理由超过规定要求使用高价非中选产品，被医保部门通报的； 3.其他应记 1—3 分的情形。	根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度，每次记 1—3 分。
C	1.相关人员所在定点医药机构或科室涉及违反医疗保障相关法律法规，受到医疗保障行政部门依据《条例》第三十八条、第三十九条作出行政处罚，该人员负有责任的； 2.相关人员所在定点医药机构违反服务协议受到医保经办机构协议处理、支付违约金并中止医保协议处理的，该人员负有责任的； 3.其他应记 4—6 分的情形。	根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度，每次记 4—6 分。

D	1.为非登记备案相关人员，或登记备案状态为暂停、终止的相关责任人员冒名提供医保费用结算的； 2.其他应记 7—9 分的情形。	根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度，每次记 7—9 分。
E	1.相关人员所在定点医药机构或科室涉及违反医疗保障相关法律法规，受到医疗保障行政部门依据《条例》第四十条作出行政处罚，该人员负有责任的； 2.相关人员所在定点医药机构违反服务协议受到医保经办机构协议处理、支付违约金并解除医保协议处理的，该人员负有责任的； 3.被行业主管部门注销注册、吊销或撤销卫生专业技术资格证书或执业证书的； 4.其他应记 10—12 分的情形。	根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度，每次记 10—12 分。

附件 4

重庆市参保人员失信等级评价标准

失信等级	评定标准
A	未发生任何违法违规问题的。
B	一年内初次实施将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用，重复享受医疗保障待遇，或利用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等《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款所述一般性违法行为之一，造成医疗保障基金损失的。
C	一年内两次或两次以上实施《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款所述一般性违法行为之一，造成医疗保障基金损失的。
D	以骗取医疗保障基金为目的实施《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款所述一般性违法行为之一，造成医疗保障基金损失的；通过使用他人医疗保障凭证冒名就医购药，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或虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的。

附件 5

重庆市医疗保障基金监管医药机构 信用承诺书

单位（单位名称：

社会信用代码：

医保代码：

）郑重承诺：

1. 严格遵守《医疗保障基金使用监督管理条例》和《重庆市医疗保障定点医药机构医疗服务协议书》，规范医保基金使用行为。

2. 填报医疗保障基金监管信用评价指标信息必须真实，无虚报、瞒报、谎报现象，若在日常监管、专项检查等过程中发现信息不实自愿将信用等级降低到 E 级，接受医保部门给予的处罚，并在三年内接受信用评价考评结果不得评为 A 级。

单位名称（公章）

年 月 日

附件 6

重庆市医疗保障基金监管医务人员
信用承诺书

本人（姓名）_____作为（单位全称）
医务人员，有效身份证号码_____，郑重承诺：

在提供医疗服务、药品销售等过程中，严格遵守国家法律法规、规章和政策规定，合规使用医保基金、正确执行医保政策。自愿接受医保信用监管，不产生欺诈骗取医保基金行为，若违反承诺事项，本人自愿承担相应法律责任并接受信用联合约束和惩戒。惩戒措施包括但不限于：暂停医保支付资格；纳入医保失信黑名单，接受医保、卫生健康等部门给予的相关处罚。

承诺人姓名：

年 月 日

