

《医疗保障基金使用信用管理暂行办法（征求意见稿）》起草说明

一、起草背景

医疗保障基金使用信用管理是基金监管长效机制建设的重要组成部分。2020年6月，国务院办公厅印发《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），对医保基金使用信用管理进行了制度化安排，提出“要建立医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度和积分管理制度，将信用评价结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联”“形成以法治为保障，信用管理为基础，多形式检查、大数据监管为依托，党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局”。2019年国家医疗保障局在全国范围内开展包括医保基金监管信用管理试点在内的试点示范工作，我省广安市在两年的试点工作中取得了较好成效，建立了基金监管信用管理制度并实际开展信用评价及结果运用。2021年7月，广安顺利通过试点终期评估，获得优秀等次。2020年7月，为全面推进我省基金使用信用管理制度建设，我局充分利用广安国家试点经验效应，选定绵阳、内江、乐山等六市开展为期一年的基金监管信用体系建设省级试点。2021年4月，在泸州组织召开了监管试点工作研讨会，促进各试点地区进一步开拓思路。当年9月，在绵阳召开了省级试点终期评估会，我省信用评价管理试点工作得到了国家级专家学者的高度肯定。

2021 年 12 月，在试点基本取得可借鉴经验、形成可复制模式的情况下，我局起草《医疗保障基金使用信用管理暂行办法》（以下简称《暂行办法》），并开始医保基金使用信用管理子系统的建设。

二、起草过程

一是充分调研。自 2019 年广安市承担国家局基金监管信用体系建设试点工作以来，为尽快形成可复制、可借鉴、可推广的先进经验，我局随时追踪、了解其他省份医保部门以及省内其他部门相关信用管理辦法的制定情况，多次组织相关市州对试点工作进行调研、讨论，为《暂行办法》的起草提供了总体思路。

二是拟定内容。今年 1 月，我局召集中诚信公司、卫宁公司及相关市州召开了集中调研会，听取各市（州）医保局的意见建议，初步梳理了《暂行办法》的主要内容和编制依据。2 月-3 月召开了 4 次集中调研协调会，并在处内多次讨论，反复修改完善后，形成了《暂行办法》初稿。

三是征求意见。今年 2 月，我局征求了省发改委、省市场监督管理局、各市（州）医保局意见，征求意见期间，我局均做好意见建议相关记录，对《暂行办法》进行反复修改完善，最终形成《暂行办法（征求意见稿）》。

三、主要内容

《暂行办法》涵盖信用管理事前事中事后全过程，涉及医疗保障基金使用过程中两定医药机构、相关工作人员、参保人等七大类主要信用主体。创新设置了信用档案、信用监控预警章节内

容，落地分级分类动态管理，符合最新出台的《关于推进社会信用体系建设高质量发展促进形成新发展格局的意见》政策规范。

《暂行办法》共十二章五十六条。主要包含以下内容：

（一）总则。主要明确了《暂行办法》出台的目的依据、适用范围、信用主体、省市两级医疗保障部门的权责界限。

（二）信用档案。主要明确了建立信用档案制度及信用档案的主要内容。

（三）信用承诺。主要明确了信用承诺的概念及信用承诺的应用。

（四）信用信息归集。主要明确了信用信息及信用信息归集的概念；信用信息归集的主要工作内容。

（五）信用评价。主要明确了信用评价的主体范围和周期；信用评价结果分级。

（六）信用监控与预警。主要明确了建立常态化信用监控制度及省级医疗保障信用评价管理平台信用监控的方式。

（七）信用信息披露与权益保障。主要明确了信用信息披露的相关权益保障；严禁对外进行信息披露的范围；信用评价结果的公示渠道。

（八）信用评价结果管理应用。主要明确不同信用主体不同信用评价结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理关联应用。

（九）异议处理。主要明确了提出异议处理的情形；异议处理按照“谁出具评价结果，谁处理异议”的原则，明确了省级、市（州）医疗保障部门异议处理的权责界限；异议处理程序。

（十）信用修复。主要明确了信用修复的概念、原则；失信信息范围；信用修复程序及信用修复提供的相关材料；信用修复过程中提供虚假证明材料的责任。

（十一）监督管理。主要明确了医疗保障部门、经办机构及其工作人员在基金使用信用管理过程中的责任义务。

（十二）附则。办法实施时间等其他事项。

附件包括信用评价指标体系及涉信用修复、异议处理相关文书样式。信用评价指标体系依照国家法律法规、部门规章制度、服务协议等多个层次，针对信用主体在基金使用各个环节中涉及的违规监管结果及违规处罚结果指向的信用风险点进行指标设计。指标及权重具有动态调整空间。相关文书样式为异议信息处理申请、信用修复处理结果反馈、信用修复申请、不予信用修复告知、信用修复确认等。

四、《暂行办法》特色亮点

（一）充分借鉴国家局课题研究。在国家局“基于协议结构化的定点医药机构信用评价指标体系优化课题”等课题成果的基础上，梳理管理办法各主要章节的相关内容，厘清整体思路，进一步完善管理办法。

（二）信用主体覆盖范围广。在国家局仅发布定点医疗机构评价指标的基础版上，我局建立覆盖基金使用的机构类（定点医疗机构、定点零售药店）及个人类（医师、护士、药师、医技人员、参保人）总计七大类信用主体的评价指标体系。一是在实际工作中，实施违法违规行为的往往是定点医疗机构中的医师、护

士、药师、医技等工作人员，二是随着国家《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》出台，参保人员与定点零售药店利用门诊共济政策实施套保的风险增大，因此，建立基金使用个人类信用主体评价指标体系，促进主体自我约束对信用体系建设至关重要。

（三）创新章节内容。一是参考国家医疗保障局信用档案课题成果，增加了信用档案章节。信用是一个长期的行为过程，而信用档案是信用的重要载体，开展信用档案工作符合《国家发展改革委办公厅 人民银行办公厅关于对失信主体加强信用监管的通知》要求，提高信用管理效率的同时加大了信用的应用。二是在试点经验基础上，增加了信用监控与预警章节，信用监控是及早发现防范苗头性问题和风险的重要手段，建立信用监控与预警，能够提升风险发现能力，提高信用管理的效率。

（四）强化信用结果管理应用。将信用评价结果与医保部门的预算管理、检查稽核、定点协议管理关联应用，增强应用的连贯性，并在措施的界定和表述上与《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《医疗保障基金使用监督管理条例》相统一。