济南市医疗保障局文件

济医保字〔2023〕19号

济南市医疗保障局 关于印发济南市医疗保障信用评价 体系建设工作方案的通知

各区县（功能区）医疗保障部门，局机关各处室，局属各单位，
各定点医药机构：

为推进我市医疗保障领域信用建设，落实《山东省定点医药机构医保信用评价办法（试行）》有关要求，现将《济南市医疗保障信用评价体系建设工作方案》印发给你们，请认真抓好

贯彻落实。

济南市医疗保障局
2023年11月8日

(此件公开发布)

济南市医疗保障信用评价体系建设 工作方案

为推进我市医保信用评价体系建设，营造行业自律、个人守信的社会环境，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》《山东省定点医药机构医保信用评价办法（试行）》等规定，制定本工作方案。

一、总体原则

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真落实省医保局和市委、市政府部署要求，遵循依法依规、客观公正、公开透明、动态调整、共建共享、奖惩结合的要求，有重点、有步骤地推进我市医保信用评价体系建设。

二、工作目标

（一）构建信用评价管理机制。按照《济南市医疗保障事业发展十四五规划》要求，建立定点医药机构信用评价管理机制。2025年底前形成信用承诺、信用评价、信息共享、结果公开、结果应用、信用修复等全链条闭环式信用管理模式，推动实施分级分类监管，提高监管效能。

（二）引导医保医药行业自律。医保信用主体根据监管要求和出于主动表示诚实守信的意愿，对自身遵信守法行为、自愿接受监督以及违约责任等作出承诺，促进行业规范和自我约束。

（三）完善联合奖惩机制。打通信用信息壁垒，加强部门间横向联动、沟通协作，推动守信激励，不断增加失信行为的社会成本，依法实施联合惩戒。

三、重点任务及分工

1. 推进信用评价分级管理。按照“分级、属地”的原则，市、区（县）医保部门根据经办管理服务管辖范围，分别负责信用评价主体的信息采集、录入、审核、档案和修复，并根据评价结果采取激励惩戒、分类管理措施。（局基金监督管理处、市医保中心、市医保稽核中心、各区县医保部门分别负责）

2. 建立信息采集归档机制。信用信息主要包含信用承诺、基础信息、守信信息、失信信息、历史信用信息等。依据医保信用评价指标内容，以“线上+线下”方式采集相关信息进行录入、审核、上传和应用等日常工作。线上采集通过山东省信息平台、信用主体自主申报信用数据等方式对信用评价子系统进行客观数据获取和推送；线下采集通过线下文档模版采集主观数据指标，逐步健全完善归集路径，实现信用数据定期归集和信用档案持续更新。（局基金监督管理处、规划财务和法规处、市医保中心、市医保稽核中心、各区县医保部门分别负责）

3. 完善信用评定机制。参照省医保局定点医药机构信用评价指标体系，结合我市医保管理及医疗行业特点，探索具有本地特色的医保信用评价模型。设定评价周期，构建并完善定点医

药机构等信用主体的信用分级、评价指标及评分标准，并适时进行调整。在省局信用评价管理系统中适配相关信用指标，对各信用主体批量计算信用分值。（局基金监督管理处、市医保中心负责）

4.建立信用承诺机制。将信用承诺履约情况纳入信用档案进行归集，作为对承诺主体事中事后监管、实施行业信用分类监管的重要依据。将是否遵守信用承诺作为政策支持、表彰奖励、信用惩戒的重要参考。（局基金监督管理处、市医保中心负责）

5.建立信用修复机制。信用主体为积极改善自身信用状况，对信用评价处理存在争议的问题，可按照规定的标准和程序，向做出信用认定的医疗保障部门提出信用修复申请，保证信用评价的合法公正。不良行为信息有效期届满或公示期限届满后，原信用主体评价结果自动失效。（局基金监督管理处、市医保中心、市医保稽核中心、各区县医保部门分别负责）

6.适配外部相关数据平台。根据山东省医保信用体系建设要求，充分共享相关部门数据，为医保信用数据应用提供有力支撑。（局基金监督管理处、规划财务和法规处、市医保中心负责）

7.拓展信用评价应用。日常监督依据信用评定结果，开展分级分类监管；协议管理依照信用评价的考核结果与质保金返还、年终清算、优秀医保医师评选、协议续签或终止等挂钩，开展激励约束。评价结果适时对外公示，规范和引导医药机构的服

务行为，促进行业自律。（局基金监督管理处、市医保中心、市医保稽核中心、各区县医保局负责）

8. 开展业务培训和宣传引导。充分利用“线上+线下”多种途径和方式开展医保信用政策法规培训及医保诚信文化的宣传引导。围绕信用文化树立、评价标准解读和信用监管实操，切实运用信用管理手段提高医保基金监管的效能和能力水平。（局基金监督管理处、市医保中心、各区县医保局负责）

四、实施步骤

（一）启动阶段（2023年11月10日前）。

1. 开展调查研究。调研了解定点医药机构协议履行考核情况获取绩效考核标准以及定点医药机构协议管理情况。

2. 做好数据维护。通过省局信息管理平台维护定点医疗机构、定点零售药店两大主体的基础数据，归集汇总，形成信用基础信息。

3. 建立沟通机制。市医保局机关有关处室、局属单位和各区县医保部门分别确定1名联络员，负责信用评价相关工作的组织协调和任务落实。

（二）实施落地阶段（2023年11月11日至12月底）。

1. 梳理指标数据。依据山东省两定机构医保信用评价指标，结合我市实际，完善评价指标，梳理数据来源。

2. 制定评分方法。依据山东省定点医药机构医保信用评价办法，根据我市评价指标制定评分方法。

3. 信用数据归集。建立信用数据采集报送机制，开展数据采集和报送，进行各主体信用数据归集录入。

4. 信用系统适配。依托山东省信用评价管理子系统，适配我市两定机构信用评价指标，明确评分方式、采集周期。根据信用评价指标体系的评分逻辑，建立信用评价模型。

5. 开展试评价。以各主体信用采集数据为基础，通过各主体信用评价模型，进行权重及分值配置，最后形成相应主体信用评价结果和信用评价报告。

（三）结果分析应用（2024年1月至3月）。根据各主体信用分值以及信用等级，按不同区划、等级以及重点指标进行分析形成分析报告。对定点医疗机构分级分类进行评估，如有明显偏离，再进行指标修订，确保评价结果符合各方预期。

（四）后期规划（2025年年底前）。逐步覆盖各类信用主体的医保信用管理制度体系。进一步规范信用信息归集、信用评价、信用等级分类、结果应用各环节，推动医保信用管理主体覆盖实施。

五、组织保障

（一）加强组织领导。各有关处室单位要高度重视，提高政治站位，要充分认识到开展医保信用管理对维护基金安全和各方基本权益、提升医保管理质量的重要意义，把信用管理体系建设作为一件重要事项来抓，切实承担起推行实施的责任，把各项任务目标组织到位、落实到位、应用到位。

（二）抓好统筹落实。信用管理 workflows 长、内容多、任务繁杂，局基金监督管理处要发挥好牵头作用，抓好工作指导和推进。各有关处室单位要统筹工作安排，认真履行好各自职责，根据工作进度及时跟进落实。

（三）做好考核评价。创新考核方式，建立多方参与、高效协调、公平公正的信用考核评价体系。加强督导力度，对相关信用建设工作落实不到位的行为，将及时给予通报。