

关于印发《克拉玛依市医疗保障定点医药机构信用评价实施细则（试行）》《克拉玛依市医疗保障相关从业人员信用评价实施细则（试行）》《克拉玛依市医疗保障参保人员信用评价实施细则（试行）》的通知

克医保规〔2026〕5号

各区医保局，各定点医药机构：

为推进克拉玛依市医疗保障信用体系建设，规范医疗保障信用管理工作，构建良好的诚信环境，根据《新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团医疗保障信用管理办法》（新医保规〔2025〕3号）精神，现将《克拉玛依市医疗保障定点医药机构信用评价实施细则（试行）》《克拉玛依市医疗保障相关从业人员信用评价实施细则（试行）》《克拉玛依市医疗保障参保人员信用评价实施细则（试行）》印发你们，请认真贯彻落实。

克拉玛依市医疗保障局

2026年8月6日

克拉玛依市医疗保障定点医药机构信用评价 实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步强化定点医药机构信用管理，规范医疗保障基金使用，构建“信用信息归集－信用评价－结果应用－异议处理与信用修复”全流程闭环信用管理体系，根据《新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团医疗保障信用管理办法》（新医保规〔2025〕3号）（以下简称《办法》），结合我市医疗保障信用管理工作实际，制定本实施细则。

第二条 本细则所称医疗保障定点医药机构是指在所属行政区域内与医疗保障经办机构签订医疗保障服务协议，为参保人员提供医疗保障服务的医药机构。

第三条 坚持“属地管理、动态评价、分级分类、联合奖惩”原则，建立“克拉玛依市主导+各区监管+定点医药机构落实”三级联动机制。

第二章 职责分工

第四条 依据《办法》现将具体工作职责分工如下：

克拉玛依市医疗保障行政部门负责制定行政区域内定点医药机构医疗保障信用评价实施细则及指标，指导本市定点医药机

构医疗保障信用评价组织管理工作。

各级医疗保障经办机构依托自治区医疗保障信息平台信用评价管理子系统，组织开展医疗保障信用评价信息数据采集、上传、记录、存储和应用工作；建立属地定点医药机构的信用档案，并根据信用评价结果采取奖惩措施。信用档案的内容包括定点医药机构基础信息、信用承诺信息、违法违规信息、信用评价信息、信用申诉信息、信用修复信息及其他需要纳入的信息。

第五条 定点医药机构在签署医疗保障服务协议时，应按规定格式作出书面信用承诺。承诺内容应包括依法依规使用医疗保障基金、自律管理、诚信服务、违背承诺自愿接受惩戒等。

第三章 信息采集

第六条 医疗保障经办机构应依法依规采集、共享和管理定点医药机构医疗保障信用信息，积极推进跨部门、跨行业、跨区域信用信息的互联互通。

第七条 定点医药机构医疗保障信用信息主要来源于：

- （一）定点医药机构按要求主动提供；
- （二）从医疗保障经办、医疗保障智能审核与监控等业务信息系统中提取；
- （三）从日常监管和协议管理工作中获取；
- （四）其他符合规定的采集途径。

第八条 建立健全定点医药机构医疗保障信用信息数据库，及时、准确记录定点医药机构的信用行为并实现动态更新，做到

可查可核可溯。

第九条 医疗保障信用评价信息范围应包括基础信息、失信信息、加分项和其他信息。

（一）基础信息：包括定点医药机构登记名称和统一社会信用代码等注册信息，医疗保障定点服务协议服务信息，法律法规、政策规定应当作为基础信息予以采集的其他信息；

（二）失信信息：定点医药机构因违反医疗保障法律法规、政策规定或服务协议约定，受到医疗保障行政部门或经办机构处理的相关信息；

（三）加分项：政府部门或媒体等对定点医药机构的表彰、奖励、通报表扬等；

（四）其他信息：包括舆情信息、异议处理、信用修复等。

第四章 数据安全与隐私保护

第十条 医疗保障经办机构及其委托的第三方信用服务机构在采集、存储、使用定点医药机构信用信息的过程中，应当严格遵守《中华人民共和国数据安全法》等法律法规的规定，建立健全数据安全管理制度，落实数据安全保护责任。涉及商业秘密的信息应当依法予以保密，不得非法向他人提供。公示定点医药机构失信信息时，涉及商业秘密和个人隐私的内容应当进行脱敏或排除处理。

第十一条 从事医疗保障信用管理的单位及工作人员，应当依法履职，确保信息安全，按照信用管理工作流程开展信用承诺、

信用信息归集、信用评价、异议申诉、信用修复等工作。对徇私舞弊、玩忽职守、篡改信用主体信息、违规发布或者泄露信用信息、以不正当手段归集信用信息、虚构、篡改或者违规删除信用信息，损害信用主体合法权益的，依法追究相关单位和人员责任。违反其他法律、行政法规的，由相关部门依法处理。

第十二条 医疗保障经办机构委托第三方信用服务机构参与信用管理工作的，应当通过合同明确约定受托方的数据安全保护义务和保密责任，并对其个人信息处理活动进行监督。受托方违反约定造成信息泄露或不当使用的，依法承担相应法律责任。

第五章 信用评价

第十三条 定点医药机构医疗保障信用评级的主要内容主要包括，是否按照有关法律法规、政策规定和服务协议约定，履行自身权利及义务，按规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金等。医疗保障经办机构或委托的第三方信用服务机构从协议履行、基金使用、医药服务、行业规范等方面对定点医药机构开展信用评级。

第十四条 信用评价结果周期按自然年度评价，评价结果不进行修改，次年4月底前发布上一年度信用评价结果。2025年信用评价结果参照2025年定点医药机构质量保证金考核指标。

定点医药机构医疗保障信用评级实行分级分类管理划分为以下区间：

（一）信用优秀（A级 ≥ 90 分）；

(二) 信用良好 (75 分 $\leq$ B 级 $<$ 90 分) ;

(三) 信用一般 (60 分 $\leq$ C 级 $<$ 75 分) ;

(四) 信用较差 (D 级 $<$ 60 分) 。

第十五条 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。评价指标实行动态管理, 根据工作安排或政策调整等, 医疗保障行政部门可对下一评价周期的评价指标予以调整。

第十六条 定点医药机构医疗保障信用等级以自然年度为评定周期, 每年的信用评级根据上一年度信用评级结果结合当年守信情况, 通过自治区医疗保障信息平台信用评价管理子系统进行动态调整。定点医药机构医疗保障信用评价信息涉及的情形未消除的, 在下一周期继续作为评分依据。

签署医疗保障定点协议不满一年的定点医药机构不参与信用评价。

第十七条 同一案件或同一次检查中, 定点医药机构有多次同一评价指标扣分情形的, 按一次(例)行为予以扣分, 有两种以上扣分情形的, 扣分分值累计计算。定点医药机构自查自纠并将违规费用全额退还医疗保障基金的, 相关失信行为不纳入信用评价。

第六章 结果应用

第十八条 对信用等级评定为信用优秀(A 级) 定点医药机构, 坚持守信激励原则, 在信用等级有效期内, 医疗保障行政部门及经办机构可采取以下措施:

（一）续签医疗保障定点协议考核、享受容缺受理“绿色通道”等便捷医疗保障业务经办服务等措施；

（二）除投诉举报、大数据筛查、全覆盖检查部署等常态化监督检查外，不再进行单独检查；

（三）当医疗保障部门推出新的服务模式试点、医疗保障支付方式改革试点等创新项目时，A级定点医药机构具有优先参与权；

（四）减少质量保证金预留比例；

（五）在符合结算条件的基础上可优先通过医疗保障费用结算申请；

（六）允许制作信用A类定点医药机构标牌；

（七）在市医疗保障局公众号或各区官方网站进行公示；

（八）其他鼓励性措施。

第十九条 对信用等级评定为信用良好（B级）的定点医药机构，坚持以自律为主、监管为辅的原则，在信用等级有效期内，医疗保障行政部门及经办机构可采取以下措施：

（一）采取日常检查和专项检查相结合的方式开展监督检查；

（二）要求其负责人参加关于医疗保障政策、医疗保障基金监管的宣传和培训活动等，增强其履约意识。

第二十条 对信用等级评定为信用一般（C级）的定点医药机构，坚持强化监管原则，在信用等级有效期内，医疗保障行政

部门及经办机构可采取以下措施：

（一）督促其停止失信行为并立即整改，必要时采取信用提醒和诚信约谈等方式予以惩戒；

（二）加大日常监督检查力度；

（三）要求其主要负责人参加关于医疗保障政策、医疗保障基金监管的宣传和培训活动等，增强其履约意识。

第二十一条 对信用等级评定为信用较差（D级）的定点医药机构，坚持重点监管原则，在信用等级有效期内，医疗保障行政部门及经办机构可采取以下措施：

（一）督促其停止失信行为并立即整改，必要时采取信用提醒和诚信约谈等方式予以惩戒；

（二）增加质量保证金预留比例；

（三）作为日常监督检查或抽查的重点对象；

（四）在市医疗保障局公众号或各区医疗保障局官方网站向社会公示失信信息；

（五）将其信用等级与违法违规行为推送至有关部门，视情况开展联合惩戒；

（六）纳入多部门联合惩戒清单，在一定期限内依法依规禁止从事涉及医疗保障基金使用的医药服务或从事定点医药机构管理活动；

（七）法律法规、政策规定和医疗保障服务协议约定的其他惩戒措施。

第二十二条 定点医药机构收到医疗保障行政部门依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条第（七）项、第四十条作出行政处罚，负有责任的，在该评定年度内直接评定为 D 级。

第七章 异议处理及信用修复

第二十三条 定点医药机构对信用评价信息、信用评分和信用等级有异议的，可以按照《办法》第二十八条规定，向所属医疗保障经办机构提出异议申诉申请。

定点医药机构主动纠正失信行为，消除不良社会影响，符合《办法》修复条件的，按照规定程序向作出失信认定的医疗保障经办机构提出修复申请。信用失信修复完成后将终止失信惩戒措施。

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，并承诺不再发生同类失信行为。法律法规、规章另有规定的从其规定。

失信的定点医药机构有下列情形之一的，不予以信用修复：

- （一）被认定为信用失信行为之日起，公示期限未届满；
- （二）信用评价结果公示限期内，发生同类信用失信行为的；
- （三）依法依规暂不适宜实施信用修复的其他信用失信行为。

涉及异议处理的定点医药机构向所属医疗保障经办机构提出申请，具体流程如下：

- （一）提交信用评价结果异议申请表，须加盖公章；

(二) 提交异议事项的详细说明及佐证材料;

(三) 资格证明。须提供有效证明原件及复印件。

第二十四条 医疗保障行政部门建立信用修复制度。信用修复仅适用于定点医药机构被认定且记入医疗保障信用信息数据库的失信信息。

第二十五条 失信定点医药机构向所属医疗保障经办机构提出信用修复申请, 具体流程如下:

(一) 提交信用修复申请表和信用承诺书, 须法定代表人签字并加盖公章;

(二) 提交违法违规行为纠正、整改情况的相关证明材料; 参与医疗保障公益事业或志愿服务等活动提升自身信用水平的, 可作为信用修复的佐证材料;

(三) 资格证明。须提供载有统一社会信用代码的证件(营业执照副本、药品经营许可证、执业许可证副本、事业单位法人证、民办非企业登记证)的原件及复印件;

(四) 委托代理人申请修复处理的, 应提交授权委托书和代理人有效身份证明原件及复印件。

第二十六条 医疗保障经办机构按照《办法》第二十九、第三十条规定对定点医药机构信用修复申请进行受理、审核。

第二十七条 信用异议申诉应在公示之日起 15 个工作日内提出, 逾期视为认同告知结果。

第二十八条 医疗保障经办机构收到异议处理、信用修复申

请后，属于本单位处理范围的，应当自收到申请之日起 7 个工作日内进行审核并处理；需要其他单位协助核查信息的，应当自收到申请之日起 30 个工作日内进行核查并处理。

第八章 附 则

第二十九条 定点医药机构信用评价结果自公布之日起至下一评价结果公布之日内有效。

第三十条 本细则由克拉玛依市医疗保障局负责解释，自 2026 年 9 月 7 日起施行，有效期 2 年。国家、自治区有规定的从其规定。

- 附件：1. 克拉玛依市定点医疗机构医疗保障信用评价指标（试行）
2. 克拉玛依市定点零售药店医疗保障信用评价指标（试行）
3. 信用 A 类定点医药机构标牌（模板）

附件 1

克拉玛依市定点医疗机构医疗保障信用评价指标（试行）

一级指标 (4)	权重 (100%)	二级指标 (13)	三级指标 (44)	分值 (100 分) 不 含加分项	指标释义	评分规则	指标 类型	评分 方式	采集 周期	数据获 取方式	指标依据
协议履行	58%	基础管理	机构设置	1	设立专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作。	基础分 1 分，达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十四条
			制度完备	1	医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心等的完备性。	基础分 1 分，达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第六条
			变更备案	2	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。	基础分 2 分，发生变更未按规定办理相关手续的，扣 2 分。	失信 指标	扣分	年	医疗机 构填报	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十条
			标识标牌	1	在显要位置悬挂“基本医疗保险定点医疗机构”和“医疗保障监督举报电话”的标识标牌。	基础分 1 分，未按规定悬挂标识标牌扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	医疗机 构填报	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第二十条 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十五条
			医保编码	2	①及时做好定点医疗机构、医师、护士等医保编码工作，及时入库，动态调整，国家赋码后同步更新；②配合做好三目录、费用结算清单等国家统一编码落地实施工作。	基础分 2 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	医疗机 构填 报、日 常检查	《国家医疗保障局办公室关于贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准的通知》（医保办发〔2020〕51 号）

			宣传培训	3	①开展医疗保障政策、就医和结算流程等宣传，并提供相关咨询服务，并及时更新宣传内容；②组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训；③参加由医疗保障行政部门或经办机构、稽核机构组织的宣传和培训。	基础分 3 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第七条
			报送制度	3	①按照规定及时准确报送各类统计报表；②按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；③按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息。	基础分 3 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十六条
			投诉举报	1	畅通投诉举报渠道，及时处理参保人员举报投诉。	基础分 1 分，收到投诉未及时处理的扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医疗机构填报、日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十五条
		信息管理	信息安全	2	制定信息系统安全保障制度，并遵守数据安全有关制度，确保参保人员信息安全。	基础分 2 分，造成参保人信息泄露的扣 2 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第二十四条
			智能监控系统接入	2	对接自治区医疗保障信息平台智能监管子系统，主动接入事前提醒功能。	基础分 2 分，达不到要求扣 2 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《国家医疗保障局关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》（医保发〔2023〕25 号）
			药品追溯码上传	2	①开展医保结算药品/耗材追溯码信息采集工作；②追溯码上传率达到同级别机构平均结算率以上（无追溯码的除外）。	基础分 2 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医保信息系统	《关于加强药品追溯码在医疗保障和工伤保险领域采集应用的通知》（医保发〔2025〕7 号）
			医保码全流程监管	1	落实医保码就医购药全流程应用。	基础分 1 分，达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医保信息系统	《国家医疗保障局办公室关于实施医保服务十六项便民措施的通知》（医保办发〔2023〕16 号）

			就医核验	1	对就诊的参保人进行身份识别，查验参保人身份证、医保凭证等，确保人证一致。	基础分 1 分，达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十五条
			知情同意	2	①因住院病情需要使用医保目录外药品或诊疗项目的，应书面告知参保人，严格执行额外自费项目知情同意签字制度；②能够向参保人员提供门诊、住院费用结算清单和住院日费用清单。（无住院部的除外）	基础分 2 分；每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十五条、第二十三条
		行为规范	处方流转	2	严格执行门诊处方外配制度，参保人员要求到定点零售药店购药时，除（麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、儿科处方）外，不得以任何理由拒绝，并及时为患者办理必要的门诊处方外配手续。	基础分 2 分，达不到要求扣 2 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《关于做好医保药品外配电子处方流转服务管理工作的通知》 《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第 53 号）第四十二条
			异地就医	1	严格执行异地就医相关法规政策，做好异地就医直接结算服务与政策解释，无正当理由不得拒绝为异地参保人员即时结算费用。	基础分 1 分，达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《关于进一步做好跨省异地就医直接结算工作的通知》医保发〔2022〕22 号
			目录维护	1	因目录维护导致医保基金损失。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	关于印发《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2024 年）》的通知 医保发〔2024〕33 号
			付费方式	2	①按规定落实执行医保支付改革；②落实协议总额预算控制指标，结合本院实际制定费用控制办法，不能将指标简单分解到科室。	基础分 2 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18 号）

			药品管理	2	①优先配备使用医保目录药品，不得以医保总额预算、医疗机构用药限制等为由，减少《药品目录》内药品的合理配备、使用；②建立健全药品“进、销、存”全流程记录和管理制度、药品供应制度。	基础分 2 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《基本医疗保险用药管理暂行办法》第二十二条、第二十八条 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十四条
			药械采集	4	①定点医疗机构严格执行集采政策，参加集采工作并按要求报量；②畅通中选药品和医用耗材入院渠道，并按时完成约定采购量；③严格执行网上采购政策，不得违规网下采购。④集采药品耗材全部纳入医保基金与医药企业直接结算，严格按政策规定审核确认应付款项。	基础分 4 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《关于完善医药集中带量采购和执行工作机制的通知》（医保发〔2024〕31 号） 《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》国办发〔2021〕2 号 《关于加强区域协同做好 2024 年医药集中采购提质扩面的通知》（医保办发〔2024〕8 号） 《“十四五”全民医疗保障规划》国办发〔2021〕36 号
			医用耗材管理	3	①取消公立医疗机构医用耗材加成，所有允许单独向患者收费的医用耗材，以实际购进价格“零差率”销售；公立医疗机构不得在实际购进价格之外接受经营者给予的价格折扣或其他形式的折扣。②以成本形式打包计入医疗服务价格的医用耗材，不得另行收费；③严格执行医用耗材临床使用的事前评估、事中跟踪和事后评价制度；建立高值医用耗材使用分析评价，严格控制高值医用耗材使用比例。	基础分 3 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《治理高值医用耗材改革方案》国办发〔2019〕37 号 《新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团医疗服务价格项目目录（2024 版）》 《医疗机构医用耗材管理办法（试行）》国卫医发〔2019〕43 号第四十四条、第四十八条

			收费管理	3	①医疗服务项目价格严格按照协议条款执行；②执行价格有 关法律规定，在收费场所显著 位置价格公示；③市场调节价 和自主定价项目应做好知情告 知。	基础分 3 分，每项达 不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《医疗机构内部价格行为管理规定》 第十五条 《推进医疗服务价格改革意见》
			结算管理	4	①按规定的程序和时限，通过 日对账正确上传数据，及时向 医保经办机构申报医疗费用； ②协助医保经办机构对参保人 员所发生的有疑义的医疗费用 进行复核，并按规定时间进行 疑点反馈；③优化医保结算流 程，为参保人员提供便捷的医 疗服务，按规定进行医保费用 直接结算，提供费用结算单据 和相关资料；④严格规范医疗 保障基金支付行为，确保费用 支出严格遵循政策规定的报销 范围。	基础分 4 分，每项达 不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《基本医保基金即时结算经办规程 （试行）》 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办 法》第二十三条 《医疗保障基金使用监督管理条例》 第八条、第二十二条
			医保医 护人员 管理	1	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。	基础分 1 分，达不到 要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	医疗机 构填报	《医疗保障定点医药机构相关人员医 保支付资格管理实施细则（试行）》 第十九条、第二十条
			自查自 纠	3	定期检查本单位医疗保障基金 使用情况，及时纠正医疗保障 基金使用不规范的行为。	基础分 3 分，达不到 要求扣 3 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《医疗保障基金使用监督管理条例》 第十四条
			工作配 合	3	配合医疗保障部门开展智能监 控审核稽核、履约考核、监督 检查等。	基础分 3 分，不配合 医保部门工作的，扣 3 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《医疗保障基金使用监督管理条例》 第二十九条 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办 法》第二十二条

		服务质量	病历、病案规范	2	①病历各项内容填写清楚、准确，病历真实可靠，提高病案首页质量，按照国家统一规定规范填写病案首页，加强临床数据标准化、规范化管理；②接诊意外伤害的参保人时，须如实及时完整记录致伤原因和意外受伤的情形。	基础分 2 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》第三条 《病历书写基本规范》第三条、第六条
			数据质量	2	①确保向医保经办机构传输的参保人就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，真实、准确并实时传输，不得人为篡改作假；②严格执行信息网络管理有关规定，做好数据备份。	基础分 2 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《中华人民共和国网络安全法》第二十一条《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第六条、第二十一条、第二十四条
			满意度评价	1	拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行社会监督，及时发现问题并进行处理。	基础分 1 分，调查问卷满意度>90%的，不扣分；满意度≤90%的，扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查、问卷调查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十八条
基金监管	27%	一般处理	通报	1	被医保部门通报批评的。	基础分 1 分，被医保部门通报批评的扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》新政办发〔2021〕1 号
			约谈	1	被医疗保障部门约谈的。	基础分 1 分，被医疗保障部门约谈的扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条

			整改	1	被医疗保障部门责令整改的。	基础分 1 分，被医疗保障部门责令整改的扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第九条、第四十三条
		协议处理	拒付基金	1	对定点医疗机构报送的医疗费用中存在违规收费、超出支付范围、不符合诊疗规范等问题的部分，拒绝予以支付。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十三条
			追回基金	1	经医疗保障部门检查发现其存在违法违规或违反定点协议的约定使用医保基金的情形，依据相关规定及协议约定，对已拨付给医疗机构的医保基金进行追回。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十三条
			暂停拨付	2	按照服务协议约定，暂停定点医疗机构的医疗保障基金使用。	基础分 2 分，被医保部门暂停拨付一次扣 2 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十三条 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条
			中止协议	5	按照服务协议约定，中止相关定点医疗机构的医疗保障基金使用。	基础分 5 分，被医疗保障部门中止协议一次扣 5 分，两次及两次以上解除协议。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十三条
			解除协议	——	按照服务协议约定，因严重违规行为被解除医保协议。	查实后，该医疗机构信用等级直接评为“D”级。	失信指标	一票否决	年	日常检查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十三条
		行政处理	行政处罚	15	被医疗保障行政部门行政处罚的情况。	基础分 15 分，被医疗保障行政部门处罚的一次扣 5 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第三十九条、第四十条、第四十一条、第四十二条、第四十三条

		欺诈骗保	欺诈骗保	——	定点医疗机构及其工作人员因欺诈骗保被追究刑事责任。	查实后，该医疗机构信用等级直接评为“D”级。	失信指标	一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条
社会信用	15%	行政处理	行政处罚	15	被政府有关行政部门给予行政处罚情况（除医疗保障行政部门外）。	基础分 15 分，查实一例扣 5 分。	失信指标	扣分	年	日常检查、医疗机构填报	《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
		失信情况	失信被执行人	——	医疗机构或其法人被纳入公共信用系统失信“黑名单”/“严重失信主体名单”执行惩戒的情况。	查实后，该医疗机构信用等级直接评为“D”级。	失信指标	一票否决	年	公开信息	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十二条
加分项	——	举报欺诈骗保	举报欺诈骗保	5	积极举报欺诈骗保医疗保障基金行为，且查实为有效线索的。	基础分 5 分，积极举报欺诈骗保医疗保障基金行为，且查实为有效线索的，加 5 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十五条
		创新医保管理	创新医保管理	10	开展医疗保障管理创新性工作，并受到医疗保障部门通报表扬；在报刊杂志等媒体发表医疗保障管理工作相关论文。	基础分 10 分，受到医保部门或报刊杂志表扬的一次加 5 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	参考《国家指标体系操作手册（定点医疗机构 A 类）》5.4.1
		公益活动	公益活动	5	参加医保部门组织的义诊、公益宣传培训等情况。	基础分 5 分，经所在统筹地区医疗保障部门认定，一次活动加 1 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《新疆维吾尔自治区社会信用条例》第三十五条 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十九条

附件 2

克拉玛依市定点零售药店医疗保障信用评价指标（试行）

一级指标 (4)	权重 (100%)	二级指标 (14)	三级指标 (37)	分值 (100 分) 不含加分 项	指标释义	评分规则	指标 类型	评分 方式	采集 周期	数据 获取 方式	指标依据
协议履行	58%	基础管理	机构设置	1	建立健全医保管理服务部门，配备专（兼）职管理人员。	基础分 1 分，达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常 检查、 零售 药店 填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十四条
			规章制度	2	具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度。	基础分 2 分，达不到要求扣 2 分。	失信 指标	扣分	年	日常 检查、 零售 药店 填报	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第五条
			报送制度	2	①按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息。②按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息。	基础分 2 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	零售 药店 填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十六条
			变更备案	2	药店名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，申请变更。	基础分 2 分，发生变更未按规定办理相关手续的，扣 2 分。	失信 指标	扣分	年	零售 药店 填报	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第三十七条
			标识标牌	1	在显著位置悬挂“基本医疗保险定点零售药店”和“医疗保障监督举报电话”的标识标牌。	基础分 1 分，达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常 检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第十八条

			宣传培训	4	①张贴医保政策宣传海报、手册、电子滚动屏等,为参保人员提供服务指南;②开展医疗保险政策培训,积极参加医疗保险管理部门组织的专业培训;③做好药店从业人员培训、教育等日常管理工作;④进一步加强医疗保障惠民政策的宣传。慢性病药店、特药药店按要求开展“慢特病”“双通道”“门诊统筹”业务培训。	基础分4分,每项达不到要求扣1分。	失信指标	扣分	年	日常检查、零售药店填报	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第十七条
			人员管理	4	①执业药师等相关从业人员、经营证照等基本信息与国家医保标准编码维护平台维护的一致,并做到动态管理,及时更新;②营业时间内执业药师在岗。	基础分4分,每项达不到要求扣2分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理经办规程(试行)》第十三条 《关于对定点零售药店药师“挂证”等情况开展核查的公告》 《药品经营和使用质量监督管理办法》第四十二条
			举报投诉	1	畅通投诉举报渠道,及时处理参保人员举报投诉。	基础分1分,收到投诉未及处理的扣1分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第四十四条
		信息管理	信息安全	4	①指定专人负责医保信息系统管理,明确工作职责,合理设置管理权限;②具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准,实现与医保信息系统有效对接,为参保人员提供直接联网结算,建立医保药品等基础数据库,按规定使用国家统一医保编码;③应做好与医保有关的信息系统安全保障工作,遵守数据安全有关制度,保护参保人员隐私。定点零售药店重新安装信息系统时,应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接,并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据;④按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据。	基础分4分,每项达不到要求扣1分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第二十三条、第五条

			视频监控	4	①按照服务协议要求安装视频监控；②视频资料保存时效不少于3个月。	基础分4分，每项达不到要求扣2分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第二十九条
			药品追溯码上传	2	①开展医保结算药品/耗材追溯码信息采集工作；②追溯码上传率达定点零售药店平均上传率以上。（无追溯码的除外）	基础分2分，每项达不到要求扣1分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《关于加强药品追溯码在医疗保障和工伤保险领域采集应用的通知》（医保发〔2025〕7号）
			电子处方流转	2	完成电子处方流转对接，电子处方流转售药在正式库发生过结算。	基础分2分，达不到要求扣2分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第十六条
			医保码全流程应用	1	落实医保码全流程应用。	基础分1分，达不到要求扣1分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《国家医疗保障局办公室关于实施医保服务十六项便民措施的通知》（医保办发〔2023〕16号）
		药品管理	药品陈列	4	①药品按类别分区整齐摆放，并设立明确的医保用药标识；②经营冷藏药品有专用冷藏设备，且正常运行。	基础分4分，每项达不到要求扣2分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第五条 《药品经营质量管理规范》第一百四十五条
			收费规定	4	①为参保人员提供合理用药，合规收费； ②为参保人员提供医保药品费用直接结算单据和相关资料，参保人员或购药人应在购药清单上签字确认。	基础分4分，每项达不到要求扣2分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第二十一条
		行为规范	就医核验	2	①提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符凭，特殊情况下为他人代购药品的应出示本人和被代购人身份证；②外配处方购药的，应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。	基础分2分，每项达不到要求扣1分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第二十一条
			凭证管理	2	按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料。	基础分2分，达不到要求扣2分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十六条

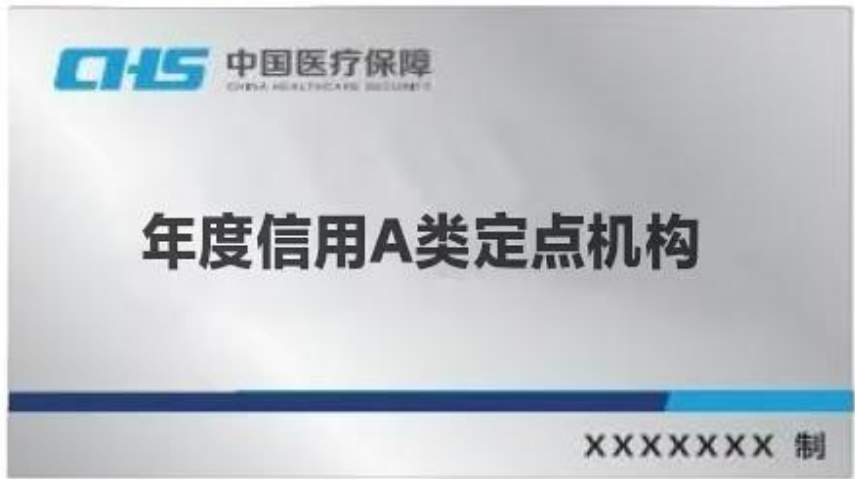
			处方管理	3	①应当凭处方销售医保目录内处方药，药师应当对方进行审核、签字后调剂配发药品； ②严格执行门诊处方外配制度，参保人员要求到定点零售药店购药时，除（麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、儿科处方）外，不得以任何理由拒绝，并及时为患者办理必要的门诊处方外配手续； ③应当将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存 2 年，以备医疗保障部门核查。	基础分 3 分，每项达不到要求扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第十六条 《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第二十二条
			自查自纠	3	定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	基础分 3 分，达不到要求扣 3 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十四条
			工作配合	3	配合医疗保障部门开展智能监控审核稽核、履约考核、监督检查等。	基础分 3 分，不配合医保部门工作的，扣 3 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第二十条
		服务质量	数据质量	6	①确保向医疗保障经办机构传输的参保人员就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，真实、准确并实时传输；②严格执行信息网络管理有关规定，做好数据备份；③传输数据不得人为篡改作假。	基础分 6 分，每项达不到要求扣 2 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第十九条、第二十三条
			满意度评价	1	年度内是否存在因定点零售药店自身原因导致的投诉举报，并经医保部门核实属实	存在且核实为药店原因的，扣 1 分；无投诉举报或核实非药店原因的不扣分。	失信指标	扣分	年	投诉举报记录及核实结果	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第四十四条
基金监管	27%	一般处理	通报	1	被医保部门通报批评的。	基础分 1 分，被医保部门通报批评的扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》新政办发〔2021〕1 号

			约谈	1	被医疗保障部门约谈的。	基础分 1 分,被医疗保障部门约谈的扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第三十五条
			整改	1	被医疗保障部门责令整改的。	基础分 1 分,被医疗保障部门责令整改的扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第四十条
		协议处理	拒付基金	1	对定点医疗机构报送的医疗费用中存在违规收费、超出支付范围、不符合诊疗规范等问题的部分,拒绝予以支付。	基础分 1 分,查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十三条
			追回基金	1	经医疗保障部门检查发现其存在违法违规或违反定点协议的约定使用医保基金的情形,依据相关规定及协议约定,对已拨付给医疗机构的医保基金进行追回。	基础分 1 分,查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十三条
			暂停拨付	2	按照服务协议约定,暂停定点医疗机构的医疗保障基金使用。	基础分 2 分,被医保部门暂停拨付一次扣 2 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十三条
			中止协议	5	按照服务协议约定,中止相关定点医疗机构的医疗保障基金使用。	基础分 5 分,被医疗保障部门中止协议一次扣 5 分,两次及两次以上解除协议。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十三条
			解除协议	——	按照服务协议约定,因严重违规行为被解除医保协议。	因严重违规行为被解除医保协议,查实后,该零售药店信用等级直接评为“D”级。	失信指标	一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十三条
		行政处理	行政处罚	15	被医疗保障行政部门行政处罚的情况。	基础分 15 分,被医疗保障行政部门罚款一次扣 5 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第三十九条、第四十条、第四十一条、第四十二条、第四十三条

		欺诈骗保	欺诈骗保	——	定点零售药店法定代表人及其工作人员因欺诈骗保被追究刑事责任。	定点零售药店及其工作人员因欺诈骗保移送公安部门追究刑事责任,自移送起暂停该零售药店信用评价工作。法院作出有罪判决后,执行“一票否决”,列入严重失信主体名单,该零售药店信用等级直接评为“D”级。	失信指标	一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条
社会信用	15%	行政处理	行政处罚	15	被政府有关行政部门给予行政处罚情况(除医疗保障行政部门外)。	基础分 15 分,查实一次扣 5 分,扣完为止。	失信指标	扣分	年	日常检查、零售药店填报	《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
		失信情况	失信被执行人	——	医疗机构或其法人被纳入公共信用系统失信“黑名单”“严重失信主体名单”执行惩戒的情况。	查实后,该定点零售药店信用等级直接评为“D”级。	失信指标	一票否决	年	公开信息	《新疆维吾尔自治区社会信用条例》第三十九条
加分项	——	举报欺诈骗保	举报欺诈骗保	5	积极举报欺诈骗保医疗保障基金行为,且查实为有效线索的。	基础分 5 分,积极举报欺诈骗保医疗保障基金行为,且查实为有效线索的,加 5 分。	附加分指标	加分	年	零售药店填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十五条
		创新医保管理	创新医保管理	10	开展医保管理创新性工作。支持医疗保障事业发展,积极参与医保制度改革,主动承担医保部门改革试点工作	基础分 10 分,受到医保部门表扬一次加 5 分。	附加分指标	加分	年	零售药店填报	《关于开展医保基金监管“两试点一示范”工作的通知》医保办发〔2019〕17 号
		表彰	社会公益活动	5	参与各区及以上人民政府及其部门、法律法规授权组织开展的与医疗卫生相关的义诊、乡村振兴、抢险救灾、卫生应急,以及志愿服务和慈善捐赠等社会公益活动的。	基础分 5 分,经所在统筹地区医疗保障部门认定,一次活动加 1 分。	附加分指标	加分	年	零售药店填报	《新疆维吾尔自治区社会信用条例》第三十五条

附件 3

信用 A 类定点医药机构标牌（模板）



A05

标志颜色（RGB及CMYK）

RGB用途为页面颜色；
CMYK用途为印刷颜色。

标准色

R40 G157 B218 C73 M21	R89 G87 B87 K90
--------------------------	--------------------

辅助色

R19 G53 B112 C100 M91 Y34 K1	R233 G148 B19 C6 M51 Y93
---------------------------------	-----------------------------

渐变色

R19 G53 B112 C100 M91 Y34 K1	R40 G157 B218 C73 M21
R40 G157 B218 C73 M21	R169 G206 B237 C37 M10
R233 G148 B19 C6 M51 Y93	R245 G203 B145 C3 M25 Y46



标牌规格为 600mm（长）*400mm（宽），表面为弧形，中间厚 40mm，两边厚 20mm，材质为白钢拉丝。

克拉玛依市医疗保障相关从业人员 信用评价实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步强化医疗保障相关从业人员信用管理，积极引导医疗保障医、药、护士（师）恪守诚信、自我约束，规范医疗行为，维护参保人员合法权益，切实保障医疗保障基金安全，根据《医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》《新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团医疗保障信用管理办法》（新医保规〔2025〕3号）（以下简称《办法》），结合我市医疗保障工作实际，制定本实施细则。

第二条 本细则所称医疗保障相关从业人员是指在所属行政区域内相关从业人员中提供医疗保障服务，并经国家医保信息业务编码标准数据库备案的执业医、药、护士（师）（以下简称“相关从业人员”）。定点医药机构应当按照本细则及有关规定，向医疗保障经办机构及其委托的第三方信用服务机构提供相关从业人员的数据和资料，配合开展信用管理工作。

第三条 医疗保障相关从业人员信用管理应当遵循合法公正、公开透明、分级分类、动态调整、共建共享的原则，维护医疗保障相关从业人员的合法权益，不得损害国家和社会公共利

益，不得涉及国家秘密、商业秘密和个人隐私。

第二章 职责分工

第四条 克拉玛依市医疗保障行政部门负责制定行政区域内相关从业人员医疗保障实施细则及指标，指导本市相关从业人员医疗保障信用评价组织管理工作。

各级医疗保障经办机构负责建立行政区域内医疗保障相关从业人员的信用档案，管理相关信息的采集、录入、审核、修订等，并根据信用评价结果采取奖惩措施。

医疗保障经办机构依据医疗保障相关从业人员信用评价指标于每月 10 日之前将上月医疗保障相关从业人员违法违规情况上传至自治区医疗保障信息平台信用评价管理子系统。医疗保障经办机构或与委托的第三方信用服务机构，于自然年度结束后次年 4 月底前通过自治区医疗保障信息平台信用评价管理子系统完成信用评级。

第五条 医疗保障相关从业人员应强化自律，自觉规范诊疗行为：

（一）签订信用承诺书。医疗保障相关从业人员应知晓医疗保障相关法律法规、服务协议等相关规定，以规范形式向社会做出公开承诺，自我约束、诚实守信，违规失信后自愿接受约束和惩戒。

（二）积极参加医疗保障培训。医疗保障相关从业人员应积极参加医疗保障政策培训，达到自我规范、自我提高的目的。

（三）加强自我监督约束。医疗保障相关从业人员应树立自律意识，主动进行自我管理，不断规范医疗保障基金使用行为。

第三章 信息采集

第六条 医疗保障相关从业人员信用档案以身份证号码或医保编码作为标识。医疗保障相关从业人员信用档案包括医疗保障相关从业人员的基础信息、守信信息、失信信息、信用异议和修复信息。

第七条 医疗保障相关从业人员基础信息包括：姓名、性别、年龄、身份证号码、民族、政治面貌、医保编码、学历、毕业院校及专业、工作简历、执业情况（资格、类别、职称及相应获得职称时间、职务、所在科室）、多点执业情况、管理岗位任职情况、社会兼职情况及其他基本信息。

第八条 守信信息主要包括：完善医疗服务行为、规范执业的，认真履行医疗保障服务协议守信承诺信息的，自觉遵守行业自律准则获得各级政府、相关部门（单位）等表扬的，法律法规、政策规定等应当记入信用档案的。

第九条 失信信息主要包括：提供虚假材料或者隐瞒事实的，违反信用承诺的，受到医疗保障部门行政处理的，纳入医疗保障支付资格管理的相关人员存在违法、违规责任认定的。

第十条 医疗保障相关从业人员发生人员异动（包括新增、转出、退休、吊销执业证书等）或执业地点、执业范围发生变更，应及时向定点医药机构申请办理异动或变更手续，医疗保障相关

从业人员应在 5 个工作日内向医疗保障经办机构申请变更登记。

第十一条 信用信息采集采取线上与线下相结合的方式。医疗保障相关从业人员应当积极配合向医疗保障经办机构提供相关的信用信息，医疗保障相关从业人员对其提供信息的真实性、完整性、准确性负责，不得隐匿、虚构、篡改。

第十二条 医疗保障经办机构应对医疗保障相关从业人员的信用信息进行采集、审核、认定、更新等。

医疗保障相关人员的信用信息主要来源于：

- （一）医疗保障相关从业人员按照要求主动提供；
- （二）医疗保障部门从医疗保障信息系统中获取；
- （三）医疗保障部门监管人员从日常监管中获取；
- （四）医疗保障部门从克拉玛依市公共信用信息平台、国家企业信用信息公示系统等平台数据共享中获取；
- （五）其他符合规定的采集途径。

第四章 数据安全与隐私保护

第十三条 医疗保障经办机构及其委托的第三方信用服务机构在采集、存储、使用、加工、传输、提供、公开、删除医疗保障相关从业人员信用信息的过程中，应当严格遵守《中华人民共和国个人信息保护法》《中华人民共和国数据安全法》等法律法规的规定，建立健全数据安全管理制度，落实数据安全保护责任。

第十四条 医疗保障经办机构及其委托的第三方信用服务机构对在信用管理工作中知悉的个人信息应当依法予以保密，不得泄露、篡改、毁损，不得非法向他人提供，不得用于医疗保障信用评价以外的其他目的。

第十五条 通过公众号、网站等渠道向社会公示失信信息的，应当对涉及个人隐私的信息（如身份证号码、家庭住址、联系方式等）进行脱敏处理。公示内容应当限于失信行为的基本事实、处理结果及信用等级，不得公开与失信行为无关的个人信息。

第十六条 医疗保障经办机构委托第三方信用服务机构参与信用管理工作的，应当经过严格的批准程序，并签订保密协议，明确受托方的数据安全保护义务和保密责任。受托方不得擅自留存、使用、泄露或者向他人提供相关数据。

第十七条 从事医疗保障信用管理的单位及工作人员，应当依法履职，确保信息安全，按照信用管理 workflow 开展信用承诺、信用信息归集、信用评价、异议申诉、信用修复等工作。对徇私舞弊、玩忽职守、篡改信用主体信息、违规发布或者泄露信用信息、以不正当手段归集信用信息、虚构、篡改或者违规删除信用信息，损害信用主体合法权益的，依法追究相关单位和人员责任。违反其他法律、行政法规的，由相关部门依法处理。

第十八条 医疗保障经办机构委托第三方信用服务机构参与信用管理工作的，应当通过合同明确约定受托方的数据安全保

护义务和保密责任，并对其个人信息处理活动进行监督。受托方违反约定造成信息泄露或不当使用的，依法承担相应法律责任。

第五章 信用评价

第十九条 医疗保障相关从业人员的信用评价周期为一个自然年度，实行“减分制”，减分上限为 12 分，分值在一个自然年度内累积计算，下一个自然年度自动清零。减分以行政处罚、协议处理作出时为记分时间节点。医疗保障行政部门及经办机构对相关从业人员作出减分处理时，应核对当年累计减分情况并载入相关从业人员信用档案。

记分档次分为：

- （一）信用优秀（A 级），评分在 9－12 分；
- （二）信用良好（B 级），评分在 6－8 分；
- （三）信用一般（C 级），评分在 3－5 分；
- （四）信用较差（D 级），评分在 0－2 分。

在同一次监督检查中，发现涉及医疗保障基金使用的医疗保障相关从业人员有不同类型违法违规行为的，应分别减分，累积分值。同一违法违规行为涉及不同负面影响的，按最高分值减分。

依据《指标》中，扣分累积计算最终得分，根据最终得分划分信用等级，关联奖惩措施。

《指标》中的加分项可作为记分抵扣，一年内最多可减免 6 分，一次性减满 12 分的失信医疗保障相关从业人员不予减免。

最终信用分=基准分（12 分）- 累计扣分+ 累计加分

第六章 结果应用

第二十条 医疗保障经办机构应根据信用等级结果，按照守信激励、失信惩戒的原则，对医疗保障相关从业人员进行分级分类管理。可采取以下措施：

（一）一个自然年度内不存在减分且有加分情况的医疗保障相关从业人员，市医疗保障局公众号或各区医疗保障局官方网站进行公示，授予年度“诚信医疗保障相关从业人员”称号，并优先享受所有守信激励措施。

（二）对信用等级评定为信用优秀（A级）相关从业人员，在信用等级有效期内，医疗保障行政部门及经办机构可采取以下措施：

1. 优先参加医疗保障政策培训及宣讲工作；

2. 要求相关从业人员内部绩效考核中给予重点加分奖励，优先推荐纳入当年评先评优候选人员名单。

（三）对信用等级评定为信用良好（B级）相关从业人员，在信用等级有效期内，医疗保障行政部门及经办机构可采取以下措施：

1. 进行书面提醒，要求提交自查整改报告；

2. 限制参与医疗保障相关评优活动。

（四）对信用等级评定为信用一般（C级）相关从业人员，在信用等级有效期内，医疗保障行政部门及经办机构可采取以下措施：

- 1.将登记备案状态变更为暂停，期限为 2 个月；
- 2.约谈医疗保障相关从业人员，限期整改；
- 3.暂停医疗保障处方权 1 个月，整改验收合格后恢复；
- 4.纳入信用预警名单，向社会公示违规行为。

（五）对信用等级评定为信用较差（D 级）相关从业人员，在信用等级有效期内，医疗保障行政部门及经办机构可采取以下措施：

1.根据减分情况暂停备案状态 2－6 个月，暂停期间不得提供医疗保障服务；

2.信用评价结果共享至卫生健康行政部门，建议取消年度考核评优资格；

3.列入医疗保障“黑名单”，向社会公示；

4.累计减满 12 分的失信医疗保障相关从业人员，取消其 1 年内医疗保障服务资格；

5.一次性减满 12 分的失信医疗保障相关从业人员，终止医疗保障服务资格，终止之日起 3 年内不得再次登记备案；

6.涉及违法犯罪的，移交司法机关处理。

第二十一条 在一家定点医药机构登记备案状态为暂停或终止的多点执业医师，在其他定点医药机构的登记备案状态也同时为暂停或终止。

第二十二条 医疗保障相关从业人员信用评价工作应严格按照医疗保障相关从业人员信用评价指标执行，全面依托自治区

医疗保障信息平台信用评价管理子系统进行综合评价，生成信用评价报告，并开展结果应用。

第七章 异议处理及信用修复

第二十三条 医疗保障相关从业人员对信用评价信息、信用评分和信用等级有异议的，可以按照《办法》第二十八条规定，向所属医疗保障经办机构提出异议申诉申请。

失信的医疗保障相关从业人员符合《办法》第二十九条修复条件的，可以向所属医疗保障经办机构提出信用修复申请。

涉及异议处理的医疗保障相关从业人员向当地医疗保障经办机构提出申请，具体流程如下：

- （一）提交信用评价结果异议申请表，须本人签字加盖公章；
- （二）提交异议事项的详细说明及佐证材料；
- （三）资格证明。须提供有效证明原件及复印件。

第二十四条 医疗保障行政部门建立信用修复制度。信用修复仅适用于医疗保障相关从业人员被认定且记入医疗保障信用信息数据库的失信信息。

第二十五条 失信的医疗保障相关从业人员向所属医疗保障经办机构提出信用修复申请，具体流程如下：

（一）提交信用修复申请表和信用承诺书，须法定代表人签字并加盖公章；

（二）提交违法违规行为纠正、整改情况的相关证明材料；参与医疗保障公益事业或志愿服务等活动提升自身信用水平的，

可作为信用修复的佐证材料；

（三）资格证明。须提供载有统一社会信用代码的证件（营业执照副本、药品经营许可证、执业许可证副本、事业单位法人证、民办非企业登记证）的原件及复印件；

（四）委托代理人申请修复处理的，应提交授权委托书和代理人有效身份证明原件及复印件。

第二十六条 医疗保障经办机构按照《办法》第二十九、第三十条规定对医疗保障相关从业人员信用修复申请进行受理、审核。

第二十七条 信用异议申诉应在公示之日起 15 个工作日内提出，逾期视为认同告知结果。

第二十八条 医疗保障经办机构收到异议处理、信用修复申请后，属于本单位处理范围的，应当自收到申请之日起 7 个工作日内进行审核并处理；需要其他单位协助核查信息的，应当自收到申请之日起 30 个工作日内进行核查并处理。

第八章 附 则

第二十九条 医疗保障相关从业人员信用评价结果自公布之日起至下一评价结果公布之日内有效。

第三十条 本细则由克拉玛依市医疗保障局负责解释，自 2026 年 9 月 7 日起施行，有效期 2 年。国家、自治区有规定的从其规定。

- 附件：1. 克拉玛依市医疗保障医师信用评价指标（试行）
2. 克拉玛依市医疗保障药师信用评价指标（试行）
3. 克拉玛依市医疗保障护士（师）信用评价指标（试行）

附件 1

克拉玛依市医疗保障医师信用评价指标（试行）

一级指标 (4)	权重 (100%)	二级指标 (10)	三级指标 (18)	分值 (12 分) 不 含加分项	指标释义	评分规则	指标 类型	评分 方式	采集 周期	数据获 取方式	指标依据
基础管理	42%	医师管理	病历病案 书写	1	①病历各项内容填写清楚、准确， 病历真实可靠，提高病案首页质量， 按照国家统一规定规范填写病案首 页；②接诊意外伤害的参保人时， 须如实及时完整记录致伤原因和意 外受伤的情形。	基础分 1 分，每 项达不到要求扣 0.5 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查、医疗 机构填 报	《住院病案首页数据填写质量规 范（暂行）》第三条 《病历书写基本规范》第三条、 第六条
			医保管理 配合	1	医保医师不主动配合医保部门管 理；或拒绝、阻挠医保部门开展必 要监督检查的行为。	基础分 1 分，查 实一次扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《医疗保障基金使用监督管理条 例》第二十九条
		就医管理	就医核验	1	认真核对参保人员社会保障卡等有 效证件，做到电子病历、医嘱、处 方上传信息与医院存档病历资料信 息一致。	基础分 1 分，达 不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查、医疗 机构填 报	《医疗保障基金使用监督管理条 例》第十五条
			知情同意	1	医师开展药物、医疗器械临床试验 和其他医学临床研究应当符合国家 有关规定，遵守医学伦理规范，依 法通过伦理审查，取得书面知情同 意。	基础分 1 分，达 不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查、医疗 机构填 报	《中华人民共和国医师法》第二 十六条
			费用结算	1	医保医师违反相关规定，将不属于 医疗保障基金支付范围的医药费用 纳入医疗保障基金结算被医保部门 查实的情况。	基础分 1 分，查 实一次扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查、医疗 机构填 报	《医疗保障基金使用监督管理条 例》第十五条、第三十八条
		一般处理	约谈	0.5	被医疗保障部门约谈的。	基础分 0.5 分，被 医疗保障部门约 谈的扣 0.5 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《医疗保障基金使用监督管理条 例》第三十八条、第三十九条
基金监管	33%		整改	0.5	被医疗保障部门责令整改的。	基础分 0.5 分，被 医疗保障部门责 令整改的扣 0.5 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《医疗保障基金使用监督管理条 例》第三十八条、第三十九条

		违法违规处理	违规诊疗	1	医保医师违反相关规定，发生过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务的行为被医保部门查实的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条
			违规收费	1	医保医师违反相关规定，发生重复收费、超标准收费、分解项目收费的行为被医保部门查实的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条
			欺诈骗保	——	诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据，骗取医疗保障基金支出的行为。	基础分 12 分，查实一次扣 12 分，取消医保医师资格。	失信指标	一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条
					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，骗取医疗保障基金支出的行为。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十条、第三十七条
					虚构医药服务项目，骗取医疗保障基金支出的行为。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条
					以医谋私，获取非法利益，严重侵害参保人员权益的。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十二条
					违反医疗保险药品目录、诊疗项目和服务设施项目范围及医疗保险其他规定，将统筹范围外医疗费用列入医疗保险基金支付范围，造成基金严重损失的。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条
					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（除死亡人员）或执业证书。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理经办规程（试行）》第三十六条 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十三条
					其他造成严重后果或重大影响的违规行为。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条

			违规移交	——	医保医师因违法违规移交其他行政部门的。	基础分 12 分，查实一次减 12 分。	失信指标	一票否决	年	日常检查	《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》
			协议处理	1	医保医师所在定点医药机构或科室按照协议约定支付违约金；受到协议处理，该人员负有责任的。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条
社会信用	25%	纪律处罚	纪律处罚	1	医保医师被纪律监察部门处罚、处理的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医疗机构填报	《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理暂行办法》第三十条、第三十一条
		行政处罚	行政处罚	1	医保医师被卫生健康、市场监管等相关行政部门行政处罚的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医疗机构填报	《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》
		舆情评价	舆情评价	1	医保医师被媒体公开曝光负面新闻的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医疗机构填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第七条
加分项	——	政府表彰	政府表彰	2	参加援助医疗任务，并取得表彰的。	基础分 2 分，参加援助医疗任务，并取得表彰的一次加 1 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《中华人民共和国医师法》第四十八条
		医保表彰	医保表彰	2	医疗卫生服务工作中做出突出贡献被表扬的。	基础分 2 分，医疗卫生服务工作中做出突出贡献被表扬的一次加 1 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《中华人民共和国医师法》第五条
		主动举报	主动举报	2	主动举报欺诈骗保等行为并查实的。	基础分 2 分，查实一次加 2 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十五条

附件 2

克拉玛依市医疗保障药师信用评价指标（试行）

一级指标 (4)	权重 (100%)	二级指标 (9)	三级指标 (19)	分值 (12 分) 不 含加分项	指标释义	评分规则	指标 类型	评分 方式	采集 周期	数据获 取方式	指标依据
自律管理	58%	服务管理	药师在岗	0.5	营业时间内执业药师在岗。	基础分 0.5 分, 达不到要求扣 0.5 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《执业药师职业资格制度规定》第二十一条、第二十三条 《药品经营和使用质量监督管理办法》第四十二条
			举报投诉	0.5	畅通举报投诉渠道, 及时发现问题并进行处理。	基础分 0.5 分, 收到投诉未及时处理的扣 0.5 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第四十四条
			就医核验	1	认真核对参保人员社会保障卡等有效证件, 做到电子病历、医嘱、处方上传信息与医院存档病历资料信息一致。	基础分 1 分, 达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第二十一条
			违规定价	1	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。	基础分 1 分, 达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第十五条
			违规售药	1	未按规定审方、验方或无处方配售处方药的。	基础分 1 分, 查实一次扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第十六条
			串换药品	1	串换药品、以药易物, 为持卡人提供刷卡结算规定范围以外物品的。	基础分 1 分, 查实一次扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条
			违规服务	1	为非协议管理零售药店或其他单位提供医保刷卡结算服务的。	基础分 1 分, 查实一次扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检 查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第四十条

			医保管理配合	1	医保药师不主动配合医保部门管理；或拒绝、阻挠医保部门开展必要监督检查的行为。	基础分 1 分,查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第二十条
基金监管	17%	一般处理	约谈	0.5	被医疗保障部门约谈的。	基础分 0.5 分,被医疗保障部门约谈的扣 0.5 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第三十九条
			整改	0.5	被医疗保障部门责令整改的。	基础分 0.5 分,被医疗保障部门责令整改的扣 0.5 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第三十九条
		违法违规处理	欺诈骗保	——	诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据,骗取医疗保障基金支出的行为。	基础分 12 分,查实一次扣 12 分,取消医保药师资格。	失信指标	一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条
					伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、电子信息等有关资料,骗取医疗保障基金支出的行为。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十条、第三十七条
					虚构医药服务项目,骗取医疗保障基金支出的行为。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条
					以医谋私,获取非法利益,严重侵害参保人员权益的。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十二条
					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(除死亡人员)或执业证书。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理经办规程(试行)》第三十六条 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十三条
					其他造成严重后果或重大影响的违规行为。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条

			违规移交	——	医保药师因违法违规移交其他行政部门的。	基础分 12 分，查实一次扣 12 分。	失信指标	一票否决	年	日常检查	《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》
			协议处理	1	按照 2 号令第三十八条第（四）款“要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金”，该人员负有责任的。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条
社会信用	25%	纪律处罚	纪律处罚	1	医保药师被纪律监察部门处罚、处理的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医疗机构填报	《处方管理办法》第五十八条
		行政处罚	行政处罚	1	医保药师被卫生健康、市场监管等相关行政部门行政处罚的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医疗机构填报	《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》
		舆情评价	舆情评价	1	医保药师被媒体公开曝光负面新闻的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医疗机构填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第七条
加分项	——	政府表彰	政府表彰	2	参加援助医疗任务，并取得表彰的。	基础分 2 分，参加援助医疗任务，并取得表彰的一次加 1 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第十三条
		医保表彰	医保表彰	2	医疗卫生服务工作中做出突出贡献被表扬的。	基础分 2 分，医疗卫生服务工作中做出突出贡献被表扬的一次加 1 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《执业药师职业资格制度规定》第二十四条、第二十五条
		主动举报	主动举报	2	主动举报欺诈骗保等行为并查实的。	基础分 2 分，查实一次加 2 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十五条

附件 3

克拉玛依市医疗保障护士（师）信用评价指标（试行）

一级指标 (4)	权重 (100%)	二级指标 (9)	三级指标 (18)	分值 (12分)不含加分项	指标释义	评分规则	指标 类型	评分 方式	采集 周期	数据获取 方式	指标依据
自律管理	54%	服务管理	执业资格	1	具备有效执业资格，注册信息与医保系统一致。	基础分 1 分，达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检查、医疗机构填报	《护士条例》第七条
			培训参与	1	定期参加医保政策、护理技能培训的学时和考核结果。	基础分 1 分，达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检查、医疗机构填报	《护士条例》第二十四条
			医保资质	1	完成医保政策培训，具备医保服务资格。	基础分 1 分，达不到要求扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检查、医疗机构填报	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十九条
			举报投诉	1	畅通举报投诉途径，及时处理举报投诉。	基础分 1 分，收到投诉未及时处理的扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检查、医疗机构填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十五条
			医 保 管 理 配合	1	医保护士（师）不主动配合医保部门管理；或拒绝、阻挠医保部门开展必要监督检查的行为。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检查、医疗机构填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十九条
基金监管	21%	一般处理	约谈	0.5	被医疗保障部门约谈的。	基础分 0.5 分，被医疗保障部门约谈的扣 0.5 分。	失信 指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第三十九条
			整改	0.5	被医疗保障部门责令整改的。	基础分 0.5 分，被医疗保障部门责令整改的扣 0.5 分。	失信 指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、三十九条
		违法违规 处理	违规诊疗	1	医保护士（师）违反相关规定，发生过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务的行为被医保部门查实的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信 指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条、第三十八条

			违规收费	1	医保护士（师）违反相关规定，发生重复收费、超标准收费、分解项目收费的行为被医保部门查实的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条
			欺诈骗保	——	诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据，骗取医疗保障基金支出的行为。	基础分 12 分，查实一次扣 12 分，取消医保护士（师）资格。	失信指标	一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条
					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，骗取医疗保障基金支出的行为。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十条、第三十七条
					虚构医药服务项目，骗取医疗保障基金支出的行为。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条
					以医谋私，获取非法利益，严重侵害参保人员权益的。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十二条
					违反医疗保险药品目录、诊疗项目和服务设施项目范围及医疗保险其他规定，将统筹范围外医疗费用列入医疗保险基金支付范围，造成基金严重损失的。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理经办规程(试行)》第三十六条 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第四十三条
					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（除死亡人员）或执业证书。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条
					其他造成严重后果或重大影响的违规行为。			一票否决	年	日常检查	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条
			违规移交	——	医保护士（师）因违法违规移交其他行政部门的。	基础分 12 分，查实一次扣 12 分。	失信指标	一票否决	年	日常检查	《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》

			协议处理	1	医保护士（师）所在定点医药机构或科室按照协议约定支付违约金；受到协议处理，该人员负有责任的。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	日常检查	《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条
社会信用	25%	纪律处罚	纪律处罚	1	医保护士（师）被纪律监察部门处罚、处理的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医疗机构填报	《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理暂行办法》第三十条、第三十一条
		行政处罚	行政处罚	1	医保护士（师）被卫生健康、市场监管等相关行政部门行政处罚的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医疗机构填报	《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》
		舆情评价	舆情评价	1	医保护士（师）被媒体公开曝光负面新闻的情况。	基础分 1 分，查实一次扣 1 分。	失信指标	扣分	年	医疗机构填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第七条
加分项	——	政府表彰	政府表彰	2	参加援助医疗任务，并取得表彰的。	基础分 2 分，参加援助医疗任务，并取得表彰的一次加 1 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《护士条例》第六条
		医保表彰	医保表彰	2	医疗卫生服务工作中做出突出贡献被表扬的。	基础分 2 分，医疗卫生服务工作中做出突出贡献被表扬的一次加 1 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《护士条例》第六条
		主动举报	主动举报	2	主动举报欺诈骗保等行为并查实的。	基础分 2 分，查实一次加 2 分。	附加分指标	加分	年	医疗机构填报	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十五条

克拉玛依市医疗保障参保人员信用评价 实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为建立健全我市基本医疗保险信用管理体系，规范参保人员就医购药行为，保障医保基金安全，根据《中华人民共和国社会保险法》《新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团医疗保障信用管理办法》（新医保规〔2025〕3号）等有关规定，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 参加克拉玛依市职工基本医疗保险（含生育保险）和居民基本医疗保险人员（以下简称参保人员）涉及医疗保障基金使用相关行为的信用管理工作，适用本细则。

第三条 本细则所指的参保人员医疗保障信用管理，包括信用承诺、信用信息归集、信息评价、结果应用、异议处理、信用修复等。

第四条 克拉玛依市医疗保障行政部门结合实际，推进医疗保障信用体系建设工作，规范工作流程，对指标及权重动态调整，并做好政策解读和宣传；负责指导医疗保障经办机构具体实施医疗保障信用评价工作。

各级医疗保障经办机构负责信用信息的管理（归集、审核、修正等）、评价、应用（根据评价结果采取奖惩措施）、异议处理、修复等日常工作，也可根据需要通过政府购买第三方服务等

形式开展信用管理相关工作。

第五条 医疗保障经办机构依托新疆维吾尔自治区医疗保障信用评价信息管理平台，组织开展医疗保障信用评价信息数据采集、上传、记录、存储和应用工作。

第二章 信用信息归集

第六条 参保人员医疗保障信用信息主要来源于医保基金行政执法、稽核检查、信用主体上报、政务大数据平台、公共信用信息平台、公共媒体公开披露的舆情信息等。

第七条 医疗保障信用档案的信息应包括基础信息、守信信息、失信信息和其他信息。

（一）基础信息包括：姓名、身份证号码、户籍地址、参保信息及其他基础信息；

（二）守信信息包括：主动举报违法违规使用医保基金行为受到医保部门认可的；

（三）失信信息包括：日常管理、投诉举报、医保监管中的违规数据等；

（四）其他信息包括：评价信息、舆情信息、异议处理、信用修复等。

第三章 数据安全和隐私保护

第八条 医疗保障经办机构及其委托的第三方信用服务机构在采集、存储、使用参保人员信用信息的过程中，应当严格遵守《中华人民共和国个人信息保护法》《中华人民共和国数据安全

全法》等法律法规的规定。参保人员信用信息的采集应当限于实现信用评价目的的最小范围。公示参保人员信用信息时，应当对涉及个人隐私的信息进行脱敏处理，不得公开与信用评价无关的个人信息。

第九条 从事医疗保障信用管理的单位及工作人员，应当依法履职，确保信息安全，按照信用管理工作流程开展信用承诺、信用信息归集、信用评价、异议申诉、信用修复等工作。对徇私舞弊、玩忽职守、篡改信用主体信息、违规发布或者泄露信用信息、以不正当手段归集信用信息、虚构、篡改或者违规删除信用信息，损害信用主体合法权益的，依法追究相关单位和人员责任。违反其他法律、行政法规的，由相关部门依法处理。

第十条 医疗保障经办机构委托第三方信用服务机构参与信用管理工作的，应当通过合同明确约定受托方的数据安全保护义务和保密责任，并对其个人信息处理活动进行监督。受托方违反约定造成信息泄露或不当使用的，依法承担相应法律责任。

第四章 信用评价

第十一条 信用评价结果以自然年度为周期，评价周期内结果不进行修改，由医疗保障行政部门审核公示信用评价结果。

第十二条 参保人员的信用评价以引导自律为主，参保人员应遵守医保相关规定，诚信参保、合理就医和使用医保权益。参保人员信用评价以12分为基准，对于违法违规使用医保基金的行为按照基金损失额度、情节等进行评价。

医疗保障信用评价结果从高到低分为：A、B、C、D四个等

级。

- （一）信用优秀（A级），评分在12分及以上；
- （二）信用良好（B级），评分在10—11分；
- （三）信用一般（C级），评分在7—9分；
- （四）信用较差（D级），评分在6分及以下。

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。参保人员信用评价指标实行动态管理，根据工作安排或政策调整等，医疗保障行政部门可对下一评价周期的评价指标予以调整。

第十三条 参保人员同一事项涉及多项扣分的，以最高分值为准，不叠加扣分。

第十四条 参保人员认为信用评价初评结果依据信息有误或对初评的分类结果有异议的，应在收到告知之日起15个工作日内向经办机构提出书面申请并提交相关材料，逾期视为认同告知结果。

第十五条 信用评价结果异议申诉需提供以下材料：

- （一）信用评价结果异议申请表；
- （二）异议事项的详细说明及佐证材料；
- （三）须提供有效身份证明原件及复印件。

第十六条 医疗保障经办机构收到信用异议申诉后调查核实，在7个工作日内将信用评价异议处理结果告知异议申请人；情况复杂的可适当延长，最长不超过30个工作日。作出不予更正决定的，应当说明理由。

第十七条 医疗保障信用评价结果由医疗保障经办机构记

入参保人员的信用档案。

第五章 信用评价结果应用

第十八条 根据信用等级结果,对参保人员进行分级分类管理,在信用等级有效期内开展奖惩。

第十九条 评定为信用优秀(A级)参保人员,享受医疗保障经办容缺受理等激励措施。

第二十条 评定为信用良好(B级)参保人员可采取以下措施:开展医疗保障法治教育,明确告知其违法情形和后果。

第二十一条 评定为信用一般(C级)参保人员可采取以下惩戒措施:

- 1.开展医疗保障法治教育,明确告知其违法情形和后果;
- 2.要求参保人员做出书面承诺,承诺遵守医保基金使用的规定(对不能撰写承诺书的参保人员,可打印承诺书,向参保人员宣读,由参保人员按手印);
- 3.对参保人员近1年来的医保报销结算单据进行复核;
- 4.对于慢特病参保人员,重新审核、复核其慢特病资格。

第二十二条 评定为信用较差(D级)参保人员可以采取以下惩戒措施:

- 1.开展医疗保障法治教育,明确告知其违法情形和后果;
- 2.要求参保人员做出书面承诺,承诺遵守医保基金使用的规定(对不能撰写承诺书的参保人员,可打印承诺书,向参保人员宣读,由参保人员按手印);
- 3.对参保人员近2年来的医保报销结算单据进行复核;

- 4.对于慢特病参保人员，重新审核、复核其慢特病资格；
- 5.在法律允许的范围内，在一定范围内公开参保人员违法行为信息；
- 6.对欺诈骗保的职工参保人员，通报其参保单位。

第六章 异议处理与信用修复

第二十三条 参保人员可对以下评价结果提出异议：

- （一）认为信用评价结果不符的；
- （二）认为公示的信用结果涉及国家秘密、商业秘密、参保人员隐私的。

第二十四条 医疗保障基金使用失信行为的参保人员，应主动改正失信行为、消除不良社会影响。

第二十五条 医疗保障部门鼓励参保人员主动进行信用修复。信用修复遵循“谁认定、谁受理，谁修复、谁报送”的原则，按照规定程序向作出失信认定的医疗保障经办机构提出修复申请。应当同时满足以下条件：

- （一）失信行为已纠正；
- （二）失信行为的不良社会影响已消除；
- （三）自失信行为被认定之日起已满规定的公示期限。

第二十六条 失信参保人员可向医疗保障经办机构提出信用修复申请，材料如下：

- （一）信用修复申请表和信用承诺书；
- （二）信用修复的佐证材料（包括违法违规行为纠正、整改情况的相关证明材料）；

（三）委托代理人申请修复处理的，应提交授权委托书和代理人有效身份证明原件及复印件；

（四）举报他人或两定机构违规被医保部门查实的，可作为信用修复的加分佐证材料。

第二十七条 医疗保障经办机构收到异议处理、信用修复申请后，应当自收到申请之日起7个工作日内进行审核并处理；需要其他单位协助核查信息的，应当自收到申请之日起30个工作日内进行核查并处理。处理结果应当书面告知申请人。

第七章 附 则

第二十八条 参保人员信用评价结果自公布之日起至下一评价结果公布之日内有效。

第二十九条 本细则由克拉玛依市医疗保障局负责解释，自2026年9月7日起施行，有效期2年。国家、自治区有规定的从其规定。

附件：1. 克拉玛依市医疗保障参保人员信用评价指标
（试行）

附件 1

克拉玛依市医疗保障参保人员信用评价指标（试行）

一级指标	二级指标	三级指标	分值 (12 分) 不含加分项	评价内容	评分标准
一、 一般违规	(一) 违规使用医保凭证	转借医保凭证		不以骗取医保基金为目的，将本人医保凭证交由他人使用	1. 初次违规、后果轻微并及时改正的，扣 1 分； 2. 再次违规的，扣 2 分； 3. 造成医保基金损失的，扣 3 分。
	(二) 重复享受医疗保障待遇	重复享受医疗保障待遇		重复享受医疗保障待遇造成医疗保障基金损失被医保行政部门查实的情况。	1. 初次违规、后果轻微并及时改正的，扣 1 分； 2. 再次违规的，扣 2 分； 3. 造成医保基金损失的，扣 3 分。
	(三) 转卖套现	转卖套现		不以骗取医保基金为目的，利用待遇转卖药品。	1. 初次违规、后果轻微并及时改正的，扣 1 分； 2. 再次违规的，扣 2 分； 3. 造成医保基金损失的，扣 3 分。
二、 欺诈骗保行为	(一) 冒名就医	冒名就医、购药		使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的被医保行政部门查实的。	1.骗取医保基金不予行政处罚的扣 5 分； 2.骗取医保基金被行政处罚的扣 6 分； 3.达到诈骗罪立案标准的扣 10 分。
	(二) 伪造凭证	伪造凭证		通过伪造、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骗取医疗保障基金支出被医保行政部门查实的。	1.骗取医保基金不予行政处罚的扣 5 分； 2.骗取医保基金被行政处罚的扣 6 分； 3.达到诈骗罪立案标准的扣 10 分。
	(三) 其他欺诈骗保行为	其他欺诈骗保行为		以骗取医疗保障基金为目的其他行为被医保行政部门查实的情况。	1.骗取医保基金不予行政处罚的扣 5 分； 2.骗取医保基金被行政处罚的扣 6 分； 3.达到诈骗罪立案标准的扣 10 分。
三、 加分项	(一) 主动举报	主动举报	3	主动举报欺诈骗保等行为并查实的。	举报违规行为查实并受奖励一次加 3 分。
	(二) 积极建言	积极建言	3	建言献策，被医保部门采纳的。	建言献策，被医保部门采纳一次加 3 分。