

# 邵阳市医疗保障局文件

邵医保发〔2022〕61号

---

## 邵阳市医疗保险参保人员信用管理服务 实施细则（试行）

### 第一章 总则

第一条 为规范参保人员医保信用管理服务，提高参保人员诚信意识和信用水平，保障医保基金安全，促进医保基金高效使用，维护参保人员医疗保障合法权益，根据《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》《湖南省医疗保障信用管理暂行办法》（湘医保发〔2021〕65号）等文件规定，结合我市医疗保障工作实际，制定本实施细则。

第二条 本市行政区域内参保人员信用承诺、信用信息归集、信用评价与应用、信用信息披露、信用异议与修复等适用本

细则。

第三条 坚持目标导向原则。贯彻落实健康中国战略，引导参保人员强身健体与养生防病，从源头上促进基金高效使用，促进人民健康满意。

第四条 坚持奖惩结合原则。建立健全守信激励和失信惩戒机制，多措并举让信用法治理念深入人心、根植人心，大力营造“知信、用信、守信”的良好氛围。

第五条 坚持客观公正原则。通过医疗保障信息平台对参保人员信用信息数据进行比较与计算，自动生成每一位参保人员的信用评价结果，避免人为因素干扰，力争信用管理客观公正。

第六条 坚持分步实施原则。以唯物辩证法的发展理念为指导，试点范围从小到大，从易到难稳步推进。

第七条 坚持简约实用原则。按照“简则易从”原理，遴选简单实用易记的评价指标，引导参保人员诚信就医，依法享受医疗保障待遇。

第八条 各县区医疗保障部门负责本辖区内参保人员信用信息的征集、提供、信用初评、信用异议与修复的初审、诚信文化宣传教育等基础工作以及根据市级医疗保障部门的有关要求对信用评价结果进行依法依规应用，市级医疗保障部门负责全市参保人员信用评价的复审、披露、应用以及信用异议与修复的审定等工作。

第九条 参保人员信用基础信息包括：姓名、性别、年龄、身份证号码、医保账号、参保缴费信息、享受医疗保障待遇信息及

其他基础信息。

## 第二章 信用指标与评价

第十条 参保人员总分 100 分，基础分值 60 分，奖励分值 40 分，扣分值不限。

评分细则：

1. 身心健康（30 分）：

1.1 健康保障：

1.1.1 健康值(15 分)：健康值=1-（年度内医保报销金额+个人医保账户支出）/年医保缴费金额。

评分标准：健康值乘以 15 分，最低加零分，最高加 15 分，满分 15 分。（信息系统自动采集）

1.1.2 积极参保(10 分)：参保人员连续多年积极缴纳医疗保险的行为。（信息来源：信息系统自动采集）。

评分标准：缴纳当年医疗保险加 1 分，连续 2 年缴纳医疗保险加 2 分，连续三年缴纳医疗保险加 3 分，以此类推，不能重复加分，满分 10 分。（信息系统自动采集）

1.1.3 医保账户(5 分)：参保人员连续缴纳医疗保险 3 年以上并且医保账户余额多少的情况。

评分标准：符合以上情况且医保账户余额从多到少排名在前 10%的加 5 分/人，排名在前 10%-20%之间的加 4.5 分/人，排名在前 20%-30%之间的加 4 分/人，以此类推。不能重复加分，最高 5 分。（信息系统自动采集）

2. 优秀品德（10 分）：

## 2.1 争先创优：

### 2.1.1 政府嘉奖(5分)：本年度受到政府嘉奖情况。

评分标准：受到县级政府嘉奖的加2分/次，受到地市级政府嘉奖的加3分/次，受到省级政府嘉奖的加4分/次，受到国家级嘉奖的加5分/次；不同奖励项目可累计加分，同一奖励项目不同级别奖励不可累计加分，最高5分。（信息来源：系统自动采集或参保人员主动申请）。

## 2.2 社会监督（5分）：

2.2.1 举报建言(5分)：任何组织或个人有权对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉，或者有权对医疗保障基金的监督管理提出改进建议。（信息来源：医保基金监管科、稽核中心和医疗保障其他部门）。

评分标准：举报、投诉内容查实并获得奖励的加2.5分/次，提出改进建议被采纳的加2.5分/次，满分5分。

## 3. 失信违规（扣分项目）

### 3.1 一般违规

3.1.1 冒名使用医保卡：参保人员将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用的，或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的，造成医疗保障基金损失的行为（信息来源：监管科和稽核中心）。

评分标准：

（1）初次违法造成医疗保障基金损失在5000元以下，但未及时改正的；再次违法且造成医疗保障基金损失在5000元以下

的。扣 10 分/次。一般失信

(2) 骗取医疗保障基金支出，涉案基金金额在 5000 元以上 5 万元以下的。扣 20 分/次。一般失信

(3) 骗取医疗保障基金支出，涉案基金金额在 5 万元以上 50 万元以下的。扣 30 分/次。严重失信

(4) 骗取医疗保障基金支出，涉案基金金额在 50 万元以上的。扣 50 分/次。严重失信

3.1.2 转卖药品：参保人员利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，获得返还现金、实物或者获得其他非法利益的行为（信息来源：监管科和稽核中心）

评分标准：

(1) 初次违法造成医疗保障基金损失在 5000 元以下，但未及时改正的；再次违法且造成医疗保障基金损失在 5000 元以下的。扣 10 分/次。一般失信

(2) 骗取医疗保障基金支出，涉案基金金额在 5000 元以上 5 万元以下的。扣 20 分/次。一般失信

(3) 骗取医疗保障基金支出，涉案基金金额在 5 万元以上 50 万元以下的。扣 30 分/次。严重失信

(4) 骗取医疗保障基金支出，涉案基金金额在 50 万元以上的。扣 50 分/次。严重失信

3.1.3 重复享受医疗保障待遇：个人以骗取医疗保障基金为目的，重复享受医疗保障待遇，造成医疗保障基金损失的行为（信息来源：监管科和稽核中心）。

评分标准：

(1) 初次违法造成医疗保障基金损失在 5000 元以下，但未及时改正的；再次违法且造成医疗保障基金损失在 5000 元以下的。扣 10 分/次。一般失信

(2) 骗取医疗保障基金支出，涉案基金金额在 5000 元以上 5 万元以下的。扣 20 分/次。一般失信

(3) 骗取医疗保障基金支出，涉案基金金额在 5 万元以上 50 万元以下的。扣 30 分/次。严重失信

(4) 骗取医疗保障基金支出，涉案基金金额在 50 万元以上的。扣 50 分/次。严重失信

3.2 扰乱就医环境：

3.2.1 拒缴或拖欠医疗费用：医疗保险参保人员拒绝缴纳或者拖欠定点医疗机构医疗费用超过 3 个月的违约行为。（信息来源：定点医疗机构医保结算部门）。

评分标准：

(1) 拒缴或拖欠金额在 5000 元以下的。扣 10 分/次。一般失信

(2) 拒缴或拖欠金额在 5000 元以上 5 万元以下的。扣 20 分/次。一般失信

(3) 拒缴或拖欠金额在 5 万元以上 50 万元以下的。扣 30 分/次。严重失信

(4) 拒缴或拖欠金额在 50 万元以上的。扣 50 分/次。严重失信

3.2.2 打骂医务工作者：医疗保险参保人员对医务工作人员进行辱骂、殴打影响就医秩序、环境和安全等违反治安管理的行为。（医疗机构、公安等执法部门）

评分标准：扣30分/次，严重失信。

3.2.3 恶意举报：任何对医疗机构、医疗组织或者医务工作者进行恶意的、虚假的举报和投诉行为。（信息来源：监管科和稽核中心）。

评分标准：查实扣30分/次。严重失信

### 3.3 欺诈骗保

3.3.1 抗拒执法：参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的（信息来源：监管科和稽核中心）。

评分标准：扣30分/次，严重失信。

3.3.2 恶意骗保：个人以骗取医疗保障基金为目的，通过伪造、变造、隐匿、恶意涂改、擅自销毁医疗文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的行为（信息来源：监管科和稽核中心）。

评分标准：扣30分/次，严重失信。

3.3.3 其他骗保：实施恶意骗取医疗保障基金的其他欺诈骗保行为（信息来源：监管科和稽核中心）。

评分标准：扣30分/次，严重失信。

第十一条 参保人员信用评价实行功过不相抵的等级评分制，分别为信用优秀、信用良好、守信、一般失信、严重失信五个级别。

(一) 评分为 90 分及以上且没有失信行为的参保人员信用等级为信用优秀;

(二) 评分 80 分至 89 分且没有失信行为的参保人员信用等级为信用良好;

(三) 评分 60 分至 79 分且没有失信行为的参保人员信用等级为守信;

(四) 评分 30 分以上 60 分以下, 或者有一般失信行为的参保人员信用等级为一般失信;

(五) 30 分以下或者有严重失信行为的参保人员等级为严重失信。

第十二条 评价体系以一个年度为一个周期。每个年度按季度对信用主体进行信用评价调整, 评价结果自公布之日起至下一次评价结果前有效, 原评价分值作为历史数据保存为信用主体信用档案。期末分数归零后进入下一周期重新计算。

第十三条 每个季度第一周, 在市医保局门户网站上对参保人员的信用评价结果进行公示征询异议。公示期为 5 个工作日。

### 第三章 信用评价结果应用

第十四条 医疗保障部门、定点医疗机构等单位应广泛运用参保人员信用等级评价结果, 完善守信激励与失信惩戒联合机制, 不断提高参保人员诚信意识和信用水平。

第十五条 参保人员被评为信用优秀的可申请享受“信易健”服务: 在医保部门享受容缺办理异地就医、转诊转院和医疗费用报销等便利措施、在定点医疗机构享受免费导诊服务、轮椅、

平车免押金借用、门诊先诊疗后付费、优先就医、住院免交住院押金、容缺办理出院手续等便利措施。

第十六条 失信认定应坚持实事求是、依法依规按以下程序对失信主体名单作出认定：1. 调查取证；2. 对照失信认定标准、认定失信事实召开专题会；3. 制作事先告知书告知当事人事由、依据、失信惩戒措施提示、移出条件和程序以及救济措施等；4. 异议核实与处理；5. 作出失信认定决定书；6. 依法送达。

第十七条 失信惩戒应确保失信过惩相当，应根据失信行为的性质和严重程度对失信主体采取轻重适度的惩戒措施，防止小过重惩，防止信用泛化滥用。

参保人员被认定为一般失信的，由医疗保障部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算，属于骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障部门依法依规依程序暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月。

参保人员被认定为严重失信的，将由医疗保障行政部门按照有关规定通过市社会信用信息共享平台向社会公布，并依法依规实施联合惩戒，构成违反治安管理行为的，依法予以治安管理处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十八条 医疗保障部门设立医保参保人员信用评价正负面清单（红黑名单）制度。评价周期内信用等级为信用优秀的参保人员进入正面清单（红名单）；信用等级连续两个以上考核周期信用等级均为一般失信的医保参保人员进入负面清单（黑名

单);信用等级为严重失信的医保参保人员直接进入负面清单(黑名单)。

第十九条 红黑名单的相关信息由邵阳市医疗保障部门通过邵阳市社会信用信息共享平台、“信易健”平台、医保部门官网等向社会公开披露。任何单位和个人均可按照信用信息查询的有关规定,通过上述门户网站查询相关信用信息。

第二十条 红黑名单披露期限为3年,披露期限届满,从网站上撤除。

#### 第四章 信用主体权益保护

第二十一条 参保人员对其个人基础信息、信用评分、信用等级等持有异议的,可向医疗保障部门递交书面申请,并附有关证明材料。经核查,异议信息属信用评价管理平台信息处理过程中造成的,应当立即更正;属信用信息提供人造成的,应当立即通知信用信息提供人核查并作出解释。

第二十二条 医疗保障部门应当自收到异议申请之日起3个工作日内进行审核处理:

(一)异议信息经核实有误的,应当及时予以更正,并在原披露的范围内予以公告并更正;

(二)异议信息经核实无误的,应及时通知参保人员;

第二十三条 有失信行为的参保人员主动纠正失信行为、消除不良影响、履行处理决定及根据需要提供社会公益服务、积极配合政府重大工作部署的,可向医疗保障部门提出信用修复申请。

第二十四条 参保人员信用修复申请通过后,将从失信人员

名单中予以撤除，但不撤销失信记录。

## 第五章 附则

第二十五条 参保人员信用管理有关人员有下列情形之一的，造成不良后果的，责令限期改正；逾期不改正的，对直接负责人员和其他直接责任人员给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

- （一）篡改、虚构、违规删除参保人员信用信息的；
- （二）泄露国家秘密、商业秘密或个人隐私的；
- （三）非法获取、出售信用信息的；
- （四）对信用主体进行恶意评级的；
- （五）其他违反法律、法规情形的。

第二十六条 本实施细则自颁布之日起试行。



