

威海市医疗保障局文件

威医保发〔2019〕60号

威海市医疗保障局 关于印发《威海市医疗保障信用评价管理 办法（试行）》的通知

各区市医疗保障局、国家级开发区人力资源和社会保障局、南海新区党群与人力资源部：

现将《威海市医疗保障信用评价管理办法（试行）》印发给你们，请结合工作实际，抓好贯彻落实。

（此件主动公开）



威海市医疗保障信用评价管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为建立医疗保障信用体系，规范定点医药机构医疗服务行为、医保医（药、护）师诊疗行为以及参保人员就医行为，保障医保基金安全，营造诚信守法光荣，失信违法可耻的社会氛围。根据《中华人民共和国社会保险法》、《威海市公共信用信息管理办法》（威政发〔2016〕27号）等有关规定，制定本办法。

第二条 本办法所称医疗保障信用，是指定点医药机构、医保医（药、护）师、参保人员应遵守医疗保险法律法规，诚信经营，诚信诊疗就医，杜绝违法违规行。

第三条 本办法适用于定点医药机构、医保医（药、护）师、参保人员医保信用信息采集发布、信用等级评定、信用分类监管以及信用档案管理等。

第四条 威海市医疗保障局根据定点医药机构、医保医（药、护）师、参保人员具体行为，依照相关法律法规，进行医疗保障信用分级评价工作。医疗保障信用分级评价，应当遵循依法归集、客观公正、公开透明、动态监测、鼓励修复的原则，按照统一的内容、标准、方法和程序进行。

第五条 评价的对象主要指定点医药机构、医保医（药、护）

师、参保人员。

第二章 评定内容

第六条 医疗保障信用分级评价内容:

(一) 定点医疗机构、定点零售药店是否按照有关法律法规和服务协议约定,履行自身权利及义务,诚信规范经营,维护医保基金安全。

(二) 医保医(药、护)师诊疗行为是否符合医保法律法规及政策规定,认真核实就诊人员身份,杜绝“过度检查、过度治疗、过度用药”。

(三) 参保人员是否遵守医保相关政策规定,依法享受医保待遇。

(四) 定点医药机构是否做好药品、医疗服务价格公示制度。

(五) 定点医药机构、医保医(药、护)师、参保人员其他医保诚信行为。

第三章 评定方法和程序

第七条 医疗保障信用分级评价所需的信息主要来源于定点医药机构、医保医(药、护)师、参保人员的相关医保信息、刷卡就医信息,医保行政部门的执法信息以及市公共信用平台的其他相关信息等。建立定点医药机构、医保医(药、护)师以及参保人员等方面诚信基本档案,形成覆盖定点医药机构、

医保医（药、护）师以及参保人员行为等方面的医疗保障信用数据库。

第八条 评定方法采用百分制，根据《威海市医疗保障信用分级评价评分标准》（详见附件1），结合系统数据、执法情况，对定点医药机构、医保医（药、护）师、参保人员，进行综合评定。评定结果分为守信机构（人群）、基本守信机构（人群）、一般失信机构（人群）和严重失信机构（人群），评分封顶100分。守信机构（人群）评分为90分以上，基本守信机构（人群）为80—90分，一般失信机构（人群）为60—80分，严重失信机构（人群）为60分以下。

第九条 每年年初对上一年度定点医药机构、医保医（药、护）师以及参保人员医保信用情况进行评定分类，定点医药机构、医保医（药、护）师实行红黑名单制，参保人员只设黑名单，不列红名单。90分以上列入“红名单”，对涉及医疗保险基金犯罪受到刑事处罚或连续两年得分不足60分的严重失信机构（人群），确定“黑名单”。

第四章 名单公示

第十条 红黑名单上报发布前，按规定在威海相关信用平台及威海市医保局网站上向社会公示，接受社会监督。公示期为20天，公示内容包括：机构名称（人员姓名）、统一社会信用代码（身份证号码）、法定代表人、信用评分。对列入“黑名单”

的，以书面告知当事人。

对拟被列入“红名单”的被监管主体，应当在名单公示前，与市信用平台中的各领域失信“黑名单”进行交叉比对，确保已被列入相关“黑名单”的被监管主体不被列入“红名单”。

对拟被列入“黑名单”的被监管主体，应当在名单公示前，向被监管主体发出书面告知书。被监管主体可在接到告知书之日起10个工作日内提出书面信用异议申请，并提交证据。被监管主体提出书面信用异议申请期间，不停止公示，逾期不提出书面信用异议申请的视为放弃。

各有关单位、科室应当在接到“红黑名单”异议反馈或申请之日起15个工作日内完成核查、处理，并告知申请人。情况复杂的可以延长10个工作日。

第十一条 发布“红黑名单”应当符合法律、法规、规章等有关政策规定，有下列情形之一的信息，不予发布：

（一）涉及国家秘密的信息；

（二）公开发布后损害依法受保护的商业秘密或个人隐私的信息；

（三）与行政执法、仲裁裁决、行政复议、司法审判有关，发布后可能影响检查、调查、裁决、审判等活动的信息；

（四）仅限于医疗保险经办机构内部使用的信息；

（五）法律、法规规定不予对外发布信息的其他情形。

第十二条 医疗保险经办机构负责汇总上报统筹单位和定

点单位遵守相关法律、法规、规章及政策规定情况。

第十三条 对“红黑名单”有异议的，可以向威海市医疗保障局提交异议申请。威海市医疗保障局收到书面申请后，在 20 个工作日内对其信用评定情况进行复核。对“红黑名单”无异议的，在公示期过后将名单推送至市公共信用信息平台，并实施失信惩戒措施。

第十四条 被列入“黑名单”的机构（人群）已纠正失信行为、消除不良影响，一年内不违规，经当事人申请，可进行信用修复，但不撤销失信记录。失信主体信用修复结果生效后，对该信用主体采取的失信惩戒措施予以解除。

第五章 监督管理

第十五条 实行守信激励和失信惩戒机制，对列入“红名单”的机构（人群），我局在为其办理相关业务时，将开辟“绿色通道”，给予优先办理。对列入“黑名单”的信用主体，实施以下失信惩戒措施：

（一）对非主观恶意，影响范围有限，且尚未对经济社会造成实质危害的轻微失信行为，要加强教育，促进整改。

（二）对多次发生同一类型轻微失信行为或屡教不改者，应视情节加大监管力度。

（三）对定点医药机构及医保医（药、护）师出现社会危害大的失信行为，依据相关法律法规，在原处分基础上加重处罚，

并将失信主体作为日常监管重点，提高监督检查频次。

（四）对连续三年列入“黑名单”的定点医药机构、医保医（药、护）师、参保人员，依据相关规定取消定点医疗机构、定点零售药店定点资格，停止医保医师医保处方结算，三年内不予受理相关资格申请。

（五）对触犯刑律的，移交司法机关追究刑事责任。

第六章 附 则

第十六条 本办法由威海市医疗保障局负责解释。

第十七条 本办法自 2019 年 12 月 1 日起施行

附件 1

威海市医疗保障信用分级评价评分标准

评价对象	序号	评价内容	分值	扣分标准
定点医疗机构	1	1.参加会议迟到早退、顶会替会、不参加会议、不遵守会场纪律； 2.不落实医保政策宣传要求； 3.不配合医保日常工作。	20	每出现一次工作不到位扣 1—5 分，扣完为止。
	2	1.空刷医保卡套取医保基金； 2.为其他非定点单位或被暂停医保结算单位代刷医保卡套取医保基金； 3.因违规、违法被医保行政部门处罚的； 4.空开处方或窜换医保项目套取医保基金； 5.违反基本医疗保险制度规定的支付比例进行基本医疗保险费用结算； 6.医疗机构医务人员有意让参保患者冒卡就诊、恶意滥开药的； 7.将挂床住院人员、非住院人员的医疗费用纳入住院基本医疗保险基金结算； 8.暂停服务协议期间，收集参保人员社会保障卡到其他定点服务单位进行医保刷卡结算； 9.未按要求做好药品、医疗服务价格公示； 10.违反相关规定收取费用并纳入医保结算的； 11.医疗费用清单与医嘱、处方、治疗单或实际诊疗项目不符； 12.滥开大处方、滥用大型检查； 13.故意遮挡或损坏医保视频管理系统； 14.上传数据不完整、质量差； 15.在注册地址之外私自连接医保系统进行医保刷卡结算； 16.未核验参保人员医疗保险就医凭证，造成被他人冒名顶替就； 17.存在违规行为，经约谈，拒不整改。	80	1—4 项每违反其中一项，一次性扣 50 分。 违反第 9 项的，一次性扣 30 分； 违反 5—8 项的： 1.造成医保基金流失 3000 元以下的，扣 15 分； 2.造成医保基金流失 3000 元至 5000 元的，扣 20 分； 3.造成医保基金流失 5000 元至 10000 元的，扣 25 分； 4.造成医保基金流失 10000 元以上的，扣 30 分。 违反 10—13 项，情节较轻的，扣 10 分，情节严重的，扣 20 分。 违反 14—17 项的，一次性扣 20 分。
	3	因医疗保险工作突出，受到县级以上政府或部门表彰的。	20	一次性加 20 分

定点零售药店、门诊定点医疗机构等	1	1.参加会议迟到早退、顶会替会、不参加会议、不遵守会场纪律; 2.不落实医保政策宣传要求; 3.不配合医保日常工作。	20	每出现一次工作不到位扣1—5分,扣完为止。
	2	1.将日用品、化妆品、食品等套用其他项目刷卡结算的; 2.聚敛盗刷社会保障卡。	40	1.造成医保基金流失1000元以下的,扣15分; 2.造成医保基金流失1000元至10000元的,扣25分; 3.造成医保基金流失10000元以上的,扣40分。
	3	1.为参保人员空刷社会保障卡套取医保基金; 2.为其他非定点单位或被暂停医保结算单位代刷社会保障卡; 3.有关从业人员无职业资格证书及健康证上岗(药师证、执业药师注册证书等) 4.“进、销、存”台账不全,票、账、货不相符的; 5.不配合医保中心检查,无正当理由拒绝签字确认检查结论的; 6.计算机未能专机专用,私自安装软件或上互联网的;上传数据不完整、质量差的; 7.故意遮挡或损坏医保视频管理系统的;	40	1—2项每违反其中一项的,一次性扣30分。 3—5项每违反其中一项的,一次性扣20分。 4—7项每违反其中一项的,一次性扣15分。
医保医(药、护)师	1	1.伪造、变造医疗文书或者提供虚假医疗费用结算凭证,骗取或者协助他人骗取基本医疗保险基金; 2.与参保(合)人员串通,串换医保项目、空刷社会保障卡。	40	违反其中一项的,一次性扣40分。

医保医 (药、护) 师	2	将不属于基本医疗保险基金支付范围的药品、诊疗项目、医疗器械、生活用品、保健品等费用,或者应由个人自付的医疗费用纳入基本医疗保险基金结算;	30	1.造成医保基金流失1000元以下的,扣15分; 2.造成医保基金流失1000元至5000元的,扣20分; 3.造成医保基金流失5000元至10000元的,扣25分; 4.造成医保基金流失10000元以上的,扣30分。
	3	1.采用为参保(合)人员重复挂号,重复或者无指征化验、检查、治疗,分解或者无指征住院等方式,提供不必要的医疗服务,并将费用纳入基本医疗保险费用结算; 2.未按照处方管理规定开具处方,并将诊治情况记载于病历的; 3.违反基本医疗保险用药范围或者用药品种规定,以超量用药、重复用药、违规使用无适应症的药品,或者以分解、更改处方等方式,为参保(合)人员配药,进行基本医疗保险费用结算	20	1.造成医保基金流失1000元以下的,扣10分; 2.造成医保基金流失1000元至5000元的,扣15分; 3.造成医保基金流失5000元以上的,扣20分。
	4	接诊时未校验就诊人员的社会保障卡,导致参保(合)人员冒卡就医造成基金损失的;	10	一次性扣10分
参保人员	1	1.伪造社会保障卡就医或持他人社会保障卡冒名就医; 2.与基本医疗保险定点服务机构串通,串换医保项目、空刷社会保障卡; 3.伪造、变造医疗文书、医疗费票据等与基本医疗保险有关材料; 4.采取隐瞒、欺诈等手段,骗取医疗救助基金;	40	违反其中一项的,一次性扣40分。

参保人员	2	<p>1.将本人社会保障卡出（转）借他人使用；</p> <p>2.变卖由基本医疗保险费用结算的药品、医疗器械、医用材料或者诊疗项目；</p> <p>3.伪造、变造档案等证明材料，逃避基本医疗保险费缴费义务；</p>	20	违反其中一项的，一次性扣 20 分。
	3	<p>1.多家医疗机构重复诊疗或超量开药的；</p> <p>2.多家医疗机构就医，开具相同药理作用药品超医嘱用量的；</p> <p>3.参保人员发生工伤、交通事故等应由第三方支付医疗费用的情形，在第三方支付医疗费用后的 60 日内未将基本医疗保险基金先行垫付的医疗费用返还的。</p>	30	有违反的，每项扣 10 分。
	4	<p>1.一天内无特殊疾病需要在 3 家以上医疗机构就诊的；</p> <p>2.享受医疗保险待遇的条件发生变更或丧失享受基本医疗保险待遇资格，未按规定到医疗保险经办机构办理相关的变更、注销手续。</p>	10	有违反的，每项扣 5 分。

