

泉州市基本医保参保人信用管理暂行规定

（征求意见稿）

第一条 为推进我市医疗保障基金监管信用体系建设，保障医保基金安全，促进参保人自觉规范使用医保基金行为，营造医保领域诚实守信的社会风气，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》《福建省医疗保障领域信用管理暂行办法》（闽医保〔2020〕50号）等规定，制定本暂行规定（以下简称“规定”）。

第二条 本规定所称基本医保参保人，是指参加本市职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险的人员。

第三条 本规定所称医保基金监管信用评级，是指医疗保障部门根据参保人涉及医保的违规失信行为信息，按照规定的标准，对参保人的信用状况进行评价，确定信用类别，记录信用档案。

第四条 市医疗保障局负责制定全市统一的参保人医保基金监管信用评级标准，并组织市县医疗保障部门实施参保人信用评级和管理工作。

第五条 参保人医保基金监管信用评级采用百分制，根据本规定附件《泉州市基本医保参保人信用评级指标体系及评分标准》进行评分。

第六条 参保人信用评级实行定期评价与动态跟踪。定期评价周期为一个自然年度，每个评价周期初始积分为100

分，信用评价周期内动态跟踪、及时调整参保人信用分值和信用类别。上一评价周期结束后，积分不累计至下一评价周期。

第七条 根据参保人信用分值，将参保人信用状况划分为四个类别：

（一）信用优秀（A级），指评分在100分的；

（二）信用一般（B级），指评分在80分及以上且不足100分的；

（三）信用关注（C级），指评分在60分及以上且不足80分的；

（四）信用异常（D级），指评分在60分以下的。

第八条 各医保分中心根据参保人信用类别开展分类管理。

（一）信用优秀（A级）的参保人：可正常享受医保经办服务告知承诺制、“绿色通道”等医保经办服务。

（二）信用一般（B级）的参保人：医保分中心引导其主动学习医保基金监管法规政策；对其在办理医保经办服务告知承诺制事项中做出的承诺进行核实。

（三）信用关注（C级）的参保人：医保分中心引导其主动学习医保基金监管法规政策；将其纳入重点关注名单，对其就医购药行为加强监控；限制其享受医保经办服务告知承诺制的事项，凡涉及医保资金报销的事项，参保人均须提

供完整材料才能办理。

（四）信用异常（D级）的参保人：医保分中心予以约谈；引导其主动学习医保基金监管法规政策；纳入重点关注意名单，对其就医购药行为实施重点监控；暂停其享受医保经办服务告知承诺制的资格。

第九条 参保人所属医保分中心将参保人B级及以下的信用评价结果及时以适当方式告知本人。

市医疗保障局加强与发改、人社等有关部门参保人信用信息共享互通，建立健全部门守信联合激励和失信联合惩戒机制。

参保人医保基金监管信用档案原则上不对社会公开，法律法规另有规定的，从其规定。

第十条 参保人对信用评价结果有异议的，可自收到告知之日起5个工作日内向所属医保分中心提出异议申诉，并提供相关资料或证据；逾期未反馈意见的，视为无异议。

第十一条 医保部门在收到异议申诉之日起20个工作日内完成初审、复核、认定和反馈异议人。初审、复核、认定需要现场核查或者鉴定的，所需时间不计入时限。

第十二条 有轻微违规失信行为（指扣分值为8分的行为）的参保人在积极纠正违规失信行为，退回违规使用的医保基金，并对今后依法依规使用医保基金主动作出承诺，在市医保局官方网站参加医保基金监管法规政策学习并考试

合格后，可以书面形式向所属医保分中心申请信用修复，每次仅能申请修复信用分值 8 分。

参保人向所属医保分中心申请信用修复时，所属医保分中心应在 5 个工作日内给予是否受理的答复。

第十三条 医保部门在受理参保人信用修复申请后的 20 个工作日内完成初审、复核、认定和反馈申请人。初核、复核、认定需要现场核查或者鉴定的，所需时间不计入时限。

第十四条 参保人申请信用修复应当秉持诚实守信原则，如有弄虚作假行为，取消其 3 年内申请信用修复的资格，法律法规另有规定的除外。

第十五条 本规定由泉州市医疗保障局负责解释。

第十六条 本规定自 年 月 日起施行，试行期限两年。

附件： 泉州市基本医保参保人信用评价指标体系及评分标准

泉州市基本医保参保人信用评价指标体系及评分标准

序号	分类	指标	释义	评分规则
1		转借医保卡骗保	以骗取医疗保障基金为目的, 将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用, 造成医疗保障基金损失。	1. 骗取医保基金低于1000元的, 扣25分; 2. 骗取医保基金1000(含)至5000元的, 扣50分; 3. 骗取医保基金超过5000元(含), 扣100分。
2		重复享受医疗保障待遇骗保	以骗取医疗保障基金为目的, 重复享受医疗保障待遇。	1. 骗取医保基金低于1000元的, 扣25分; 2. 骗取医保基金1000(含)至5000元的, 扣50分; 3. 骗取医保基金超过5000元(含), 扣100分。
3		转卖套现骗保	以骗取医疗保障基金为目的, 利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品。	1. 骗取医保基金低于1000元的, 扣25分; 2. 骗取医保基金1000(含)至5000元的, 扣50分; 3. 骗取医保基金超过5000元(含), 扣100分。
4		接受返现、实物骗保	以骗取医疗保障基金为目的, 利用享受医疗保障待遇的机会接受返还现金、实物或者其他非法利益。	1. 骗取医保基金低于1000元的, 扣25分; 2. 骗取医保基金1000(含)至5000元的, 扣50分; 3. 骗取医保基金超过5000元(含), 扣100分。
5		冒名就医保保	以骗取医疗保障基金为目的, 使用他人医疗保障凭证冒名就医。	1. 骗取医保基金低于1000元的, 扣25分; 2. 骗取医保基金1000(含)至5000元的, 扣50分; 3. 骗取医保基金超过5000元(含), 扣100分。

欺诈骗

6	冒名购药骗保	以骗取医疗保障基金为目的，使用他人医疗保障凭证冒名购药。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 骗取医保基金低于1000元的，扣25分； 2. 骗取医保基金1000（含）至5000元的，扣50分； 3. 骗取医保基金超过5000元（含），扣100分。
7	伪造凭证骗保	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。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 骗取医保基金低于1000元的，扣25分； 2. 骗取医保基金1000（含）至5000元的，扣50分； 3. 骗取医保基金超过5000元（含），扣100分。
8	虚构医药服务骗保	通过虚构医药服务项目骗取医疗保障基金支出。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 骗取医保基金低于1000元的，扣25分； 2. 骗取医保基金1000（含）至5000元的，扣50分； 3. 骗取医保基金超过5000元（含），扣100分。
9	隐瞒事实骗保	隐瞒事实，将应由工伤保险基金支付或第三人负担的医疗费用转由医保基金支付。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 骗取医保基金低于1000元的，扣25分； 2. 骗取医保基金1000（含）至5000元的，扣50分； 3. 骗取医保基金超过5000元（含），扣100分。
10	其他欺诈骗保行为	以骗取医疗保障基金为目的的其他行为	<ol style="list-style-type: none"> 1. 骗取医保基金低于1000元的，扣25分； 2. 骗取医保基金1000（含）至5000元的，扣50分； 3. 骗取医保基金超过5000元（含），扣100分。
11	转借医保卡	将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用造成医疗保障基金损失	<ol style="list-style-type: none"> 1. 造成医保基金损失低于1000元的，扣8分； 2. 造成医保基金损失1000元（含）至5000元的，扣20分； 3. 造成医保基金损失超过5000元（含），扣35分。

保

12	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	<ol style="list-style-type: none"> 1. 造成医保基金损失低于1000元的，扣8分； 2. 造成医保基金损失1000元（含）至5000元的，扣20分； 3. 造成医保基金损失超过5000元（含），扣35分。
13	转卖套现	利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品造成医保基金损失	<ol style="list-style-type: none"> 1. 造成医保基金损失低于1000元的，扣8分； 2. 造成医保基金损失1000元（含）至5000元的，扣20分； 3. 造成医保基金损失超过5000元（含），扣35分。
14	接受返现、实物	利用享受医疗保障待遇的机会接受返还现金、实物或者其他非法利益造成医保基金损失	<ol style="list-style-type: none"> 1. 造成医保基金损失低于1000元的，扣8分； 2. 造成医保基金损失1000元（含）至5000元的，扣20分； 3. 造成医保基金损失超过5000元（含），扣35分。
15	转由医保基金支付	将由工伤保险基金支付或第三人负担的医疗费用转由医保基金支付	<ol style="list-style-type: none"> 1. 造成医保基金损失低于1000元的，扣8分； 2. 造成医保基金损失1000元（含）至5000元的，扣20分； 3. 造成医保基金损失超过5000元（含），扣35分。
16	个人负担的医疗费用纳入医保基金结算	将由个人负担的医疗费用纳入医保基金结算	<ol style="list-style-type: none"> 1. 造成医保基金损失低于1000元的，扣8分； 2. 造成医保基金损失1000元（含）至5000元的，扣20分； 3. 造成医保基金损失超过5000元（含），扣35分。
17	其他造成基金损失的违规行为	其他造成基金损失行为	<ol style="list-style-type: none"> 1. 造成医保基金损失低于1000元的，扣8分； 2. 造成医保基金损失1000元（含）至5000元的，扣20分； 3. 造成医保基金损失超过5000元（含），扣35分。

造成基金损失

18	不配合检查	无正当理由不配合医保部门工作	查实一例扣8分
19	擅自离院	不遵守医疗保障相关规定，住院期间擅自离开医疗机构、经提醒教育仍不整改	查实一例扣8分
20	不配合医保结算	不配合医疗机构办理医保结算	查实一例扣8分，恶意逃费的查实一例扣30分。
21	拒不整改	经医保部门约谈、警告仍拒不改正违规行为	查实一例扣30分
22	作出不实承诺	在实行告知承诺制的医保经办服务事项中作出不实承诺	查实一例扣20分

备注：例为经医保部门查实的违法违规次数