

# 泉州市医保服务人员信用管理暂行规定

(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，促进医保服务人员自觉规范使用医保基金行为，营造医保领域诚实守信的行业风气，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** 本规定所称医保服务人员，是指在本市行政区域内基本医疗保障定点医药机构提供医保服务的医保医师、医保药师。

**第三条** 本规定所称医保基金监管信用评价，是指医疗保障部门根据医保服务人员涉及医保的违规失信行为信息，按照规定的标准，对医保服务人员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医保服务人员医保基金监管信用评价标准，并组织市县医疗保障部门实施医保服务人员信用评价和管理工作。

**第五条** 医保服务人员医保基金监管信用评价采用百分制，根据本规定附件《泉州市医保医师信用评价指标体系及评分标准》《泉州市医保药师信用评价指标体系及评分标准》

进行评分。

**第六条** 信用评价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** 根据医保服务人员信用分值，将医保服务人员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** 各医保分中心根据医保服务人员信用类别开展分类管理。

（一）信用优秀（A级）医保服务人员：

定点医院在分配医保部门拨付的药品集采结余留用资金、医共体打包支付结余资金时，应向信用优秀人员倾斜；建议所在单位评先评优时优先考虑信用优秀人员。

（二）信用一般（B级）医保服务人员：

所在单位及医保分中心要引导其学习掌握医保法规政策，促使其正确执行医保法规政策。

**（三）信用关注（C级）医保服务人员：**

列入医保部门重点关注名单；所在单位及医保分中心要引导其学习掌握医保法规政策，促使其正确执行医保法规政策；建议所在单位一般不将其纳入当年评先评优候选人名单。

**（四）信用异常（D级）医保服务人员：**

医保服务人员所属医保分中心约谈医保服务人员，并列入医保部门重点关注名单；所在单位及医保分中心要引导其学习掌握医保法规政策，促使其正确执行医保法规政策；建议所在单位不将其纳入当年评先评优候选人名单。

**第九条** 医保服务人员所属医保分中心将医保服务人员B级及以下的信用评价结果及时以适当方式告知本人及其所在定点医药机构。

市医疗保障局加强与发改、卫健、市场监管等有关部门的医保服务人员信用信息共享互通，建立健全部门守信联合激励和失信联合惩戒机制。

医保服务人员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** 医保服务人员对信用评价结果有异议的，可自收到告知之日起5个工作日内通过所在定点医药机构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）的医保服务人员在积极纠正违规失信行为，配合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。

医保服务人员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** 医保部门在受理医保服务人员信用修复申请后的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** 医保服务人员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：** 1. 泉州市医保医师信用评价指标体系及评分标准  
2. 泉州市医保药师信用评价指标体系及评分标准

# 泉州市医保医师信用评价指标体系及评分标准

序号	分类	指标	指标释义	评分规则
1	服务管理	推诿拒诊	发生推诿、拒诊参保人员的行为	查实一例扣8分。
2		身份识别	未按规定核验参保人员医疗保障凭证	查实一例扣8分。
3		超范围执业	超医师执业范围为患者开展诊疗服务	查实一例扣8分。
4		病程记录不一致	住院医嘱、治疗单、检查报告单和病程记录不一致	查实一例扣8分。
5		过度诊疗、过度检查	违背医学本质，违反医疗规范，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，造成医保基金损失。	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。
6		不合理收费	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，造成医保基金损失。	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。

7	申换项目	违反相关规定，申换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，造成医保基金损失。	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。
8	为参保人员非法谋利提供便利	违反相关规定，为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法定利益提供便利，造成医保基金损失。	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。
9	超范围结算	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，造成医保基金损失。	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。
10	知情同意	除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务。	1.未造成医保基金损失或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。
11	分解住院	发生分解住院的行为，造成医保基金损失。	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。
12	降低标准住院	诱导参保人员降低标准住院，造成医保基金损失。	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。

基金  
监管

13	挂床住院	<p>医保医师诱导、协助参保人员挂床住院的行为，造成医保基金损失。</p>	<p>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。</p>
14	<p>欺诈骗保</p>	<p>被医保部门查实以欺诈骗取医疗保障基金为目的，存在诱导、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；或伪造、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；或虚构医药服务项目，以及其他骗取医疗保障基金支出的行为。</p>	<p>1. 骗取医保基金低于1000元的，扣25分； 2. 骗取医保基金1000元（含）至5000元的，扣50分； 3. 骗取医保基金超过5000元（含），扣100分。</p>

备注：例如经医保部门查实的违法违规次数

# 泉州市医保药师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	服务管理	身份识别	未按规定核验参保人员医疗保障凭证	查实一例扣8分。
2		医保管理配合情况	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	查实一例扣8分，拒不整改的一例扣30分。
3	基金监管	超范围刷卡	违反相关规定，为参保人刷卡结算医保支付范围以外物品（如食品、日用品、化妆品等）	查实一例扣20分。
4		为参保人员非法谋利提供便利	违反相关规定，为参保人利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利	查实一例扣20分。
5		代刷医保卡	为非定点零售药店或其他单位提供医保刷卡结算服务	查实一例扣50分。
6		欺诈骗保	被医保行政部门查实存在诱导、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，骗取医保基金支出的行为；或伪造、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，骗取医保基金支出的行为；或虚构医药服务项目，以及其他骗取医保基金支出的行为。	1. 骗取医保基金低于1000元的，扣25分； 2. 骗取医保基金1000元（含）至5000元的，扣50分； 3. 骗取医保基金超过5000元（含），扣100分。

备注：例为经医保部门查实的违法违规次数