

威海市文登区医疗保障局文件

威文医保发〔2020〕12号

威海市文登区医疗保障局 关于印发《威海市文登区医疗保险信用评价 管理试行办法》的通知

各定点医药机构：

现将《威海市文登区医疗保险信用评价管理试行办法》印发给你们，请结合实际认真抓好贯彻落实。

威海市文登区医疗保障局

2020年8月17日

威海市文登区医疗保险信用评价 管理试行办法

第一章 总则

第一条 为建立医疗保险管理信用体系，规范定点医疗机构、定点零售药店医疗服务，定点医疗机构执业医师（以下简称医保医师）诊疗行为以及参保人员就医行为，保障基本医疗保险基金安全，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》、《全区社会信用体系建设推进方案》等有关规定，制定本办法。

第二条 本办法所称医疗管理信用，是指定点医疗机构、定点零售药店医疗服务应按照协议约定履行权利和义务，诚信经营，医保医师、参保人员应遵守基本医疗保险制度规定，诚信诊疗就医，杜绝威胁医保基金安全的行为。

第三条 本办法适用于定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、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 威海市文登区医疗保障局根据定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、参保人员具体行为，依照相关法律、法规，进行医疗管理信用分级评价工作。医疗管理信用分级评价，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 评价的对象主要包括定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、参保人员。

第二章 评定内容

第六条 医疗管理信用分级评价内容：

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

（二）医保医师诊疗行为是否符合医保政策规定，认真核实就诊人员身份，杜绝“乱收费、乱检查、乱用药、乱结算”。

（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，不骗取医保基金及医疗救助基金。

（四）定点医疗机构是否做好药品、医疗服务价格的公示制度。

（五）定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、参保人员的其他医保诚信行为。

第三章 评定方法和程序

第七条 医疗管理信用分级评价所需的信息主要来源于定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、参保人员的相关医保信息、刷卡就医信息，医保行政部门的稽核信息以及市公共信用平台的其他相关信息等。建立定点医疗机构、定点零售药店、医保医师以及参保人员等方面诚信基本档案，形成覆盖定点医疗机构、定

点零售药店、医保医师以及参保人员行为等方面的医疗管理信用数据库。

第八条 评定方法采用百分制，根据《威海市文登区医疗管理信用分级评价管理办法评分标准》（详见附件），结合系统数据、稽核情况，对定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、参保人员，进行综合评定。共分为六个等级，评定结果分为守信机构（人群）评分达到 A 级、基本守信机构（人群）评分达到 A-级、一般失信机构（人群）评分达到 B 级、失信较重机构（人群）评分达到 B-级、严重失信机构（人群）评分达到 C 级和列入“黑名单”机构（人群）评分达到 C-级，评分封顶 100 分。守信机构（人群）评分为 95 分以上，基本守信机构（人群）为 90-95 分，一般失信机构（人群）为 80-90 分，失信较重机构（人群）为 70-80，严重失信机构（人群）为 60-70 分，列入“黑名单”机构（人群）为 60 分以下。医联体牵头单位的评级要通盘考虑整个医联体成员的总体情况，成员单位评级不达标，牵头机构级别自动下降。医药连锁机构下属药店 3 家以上评分低于 60 分，本年度暂停受理新增连锁药店的医保开通业务。

第九条 每年年初对上一年度定点医疗机构、定点零售药店、医保医师以及参保人员医保信用情况进行评定分类，每月月初，召开局信用诚信体系建设考核工作例会，各科室负责人汇报上月考核扣分情况，经研究同意后，印发《全区医保信用诚信体系建设月考核情况通报》，并做为下年度评级依据。定点医疗机构、

定点零售药店、医保医师实行红黑名单制，参保人员只设黑名单，不列红名单。当年评分达到 A 级可视情况列入“红名单”，对连续两年列入严重失信机构（人群）的和当年评分在 60 分以下的或具有以下特定情形的，威海市文登区医疗保障局结合实际工作，评估失信危害程度，确定“黑名单”：

1.医疗机构。存在分解收费、超标准收费、重复收费、重复检查、套用项目收费、不合理诊疗等行为，存在虚假住院、挂床住院、分解住院和无指征住院,串换药品、耗材和诊疗项目，虚记或多记医疗服务费用、诱导参保人员住院,虚构医疗服务、伪造医疗文书票据、盗刷社保卡等行为。

2.定点诊所和零售药店。存在聚敛盗刷社保卡、诱导参保人员购买化妆品、生活用品等行为。

3.参保人员。存在伪造虚假票据报销、冒名就医使用社保卡套现或套取药品、耗材倒买倒卖等行为。

第四章 名单公示

第十条 红黑名单上报发布前，按规定在相关信用平台及威海市文登区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，以书面和短信告知当事人。

对拟被列入“红名单”的被监管主体，应当在名单公示前，与市、区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，可以向威海市文登区医疗保障局提交异议申请。威海市文登区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区公共信用信息平台，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 医疗保障局将对获得不同等级的定点医药机构实行守信激励和失信惩戒机制，同时市区两级将根据分级情况进行评先选优，评先选优结果将与基金分配挂钩。

第十六条 对 A 级定点医药机构可以享受下列激励措施：

（一）以定点医药机构自我管理为主，区医保经办机构采取不定期抽查的方式进行监督管理，减少日常检查频次；

（二）周转金预付资金提高 3-5%；

（三）向我局申请办理业务，将开辟“绿色通道”，给予优先办理；

（四）区医保局予以表彰。

第十七条 对 A-级定点医药机构可以享受下列激励措施：

（一）适用第十六条中的第（一）、（三）、（四）项规定；

（二）周转金预付资金提高 1-3%；

第十八条 对 B 级定点医药机构可以享受下列管理措施：

(一)区医保经办机构采取对其进行正常的抽查和日常检查等方式进行监督管理;

(二)周转金预付资金不变;

第十九条对 B-级定点医药机构可以享受下列管理措施:

(一)区医保经办机构采取对其增加抽查和日常检查频次的方式加强监督管理;

(二)周转金预付资金减少 1-2%;

第二十条对 C 级定点医药机构可以享受下列管理措施:

(一)区医保经办机构采取对其增加抽查和日常检查频次的方式加强监督管理;

(二)周转金预付资金减少 2-3%;

第二十一条对列入“黑名单”的信用主体,实施以下失信惩戒措施:

(一)对定点医疗机构、定点零售药店及医保医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。对参保人员出现社会危害大的失信行为,依法变更其基本医疗保险费用结算方式。并将失信主体作为日常监管重点,提高监督检查频次,在行政管理事项中与市有关部门实施联合限制;

(二)周转金预付资金减少 3-5%;

(三)对连续三年列入“黑名单”,或危害人身安全、造成重大经济损失,且情节特别严重、社会影响特别恶劣的违法失信

行为，依法取消定点医疗机构、定点零售药店定点资格，停止医保医师医保处方结算，三年内不予受理定点服务申请。

（四）对触犯刑律的，移交司法机关追究刑事责任。

第二十二条 将医疗机构药款结算情况纳入医疗保险协议管理，对不按时结算药款的医疗机构，采取减扣医保支付总额等措施予以处理。

第六章 附 则

第二十三条 本办法由威海市文登区医疗保障局负责解释。

第二十四条 本办法自 2020 年 9 月 1 日起施行

附件:

威海市文登区医疗管理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	日常管理	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。	10	每出现一次工作不到位扣2分,扣完为止。
	基金管理	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、违法被医保等行政部门处罚并建议取消定点; 4、因出售假药、劣药或进药渠道不合法等违规、违法被市场监督管理等行政部门处罚或吊销证照; 5、空开处方或窜换医保项目套取医保基金; 6、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; 7、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; 8、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; 9、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; 10、使用假药、劣药的; 11、违反国家、省市收费规定收取费用; 12、医疗费用清单与医嘱、处方、治疗单或实际诊疗项目不符; 13、滥开大处方、滥用大型检查; 14、故意遮挡或损坏医保视频管理系统; 15、上传数据不完整、质量差。 16、在注册地址之外私自连接医保系统进行医保刷卡结算 17、存在违规行为,经约谈,拒不整改。 18、未按要求做好药品、医疗服务价格公示。 19、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医。	55	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14-18项的,一次性扣20分。 有违反19项的,一次性扣10分

	药款清欠和药械采购	1. 采购药品不确认到货 2. 不能按时支付药款 3. 不能按月完成代量采购进度 4. 采购药品一刀切，不能满足患者合理用药需求 5. 不能按时报送相关报表	15	每出现一次扣 1 分，扣完为止，如造成不良社会影响的每次扣 5 分
	投诉举报	被投诉举报到医保局或 12345 政务热线的	20	每出现一次扣 2 分，扣完为止，到市局和省局或上级其他部门投诉的双倍扣分。
	加分情况	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、	日常管理	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。	10	每出现一次工作不到位扣 2 分，扣完为止。

诊所、卫生室	基金管理	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、因出售假药、劣药或进药渠道不合法等违规、违法被市场监督管理等行政部门处罚或吊销证照。 4、将日用品、化妆品、食品等套用其他项目刷卡结算的； 5、出售假药、劣药以及销售禁售药品并被药监局认定有责的； 6、进药渠道不合法的。 7、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； 8、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； 9、故意遮挡或损坏医保视频管理系统的； 10、“进、销、存”台账不全，票、账、货不相符的； 11、药品零售价格违反省、市有关部门相关规定的； 12、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，药工、电脑收费操作员培训证书）。	70	1-3项每违反其中一项的，一次性扣30分。 4-6项每违反其中一项的，一次性扣20分。 7-9项每违反其中一项的，一次性扣15分。 10-12项每违反其中一项的，一次性扣10分。 违反其中一项的，一次性扣40分。 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。
	投诉举报	被投诉举报到医保局或12345政务热线的	20	每出现一次扣2分，扣完为止，到市局和省局或上级其他部门的双倍扣分。
医保医师	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。
	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	20	1、造成医保基金流失1000

		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		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的材料； 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。
	2	1、将本人社会保障卡出（转）借他人使用； 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； 3、伪造、变造档案等证明材料，逃避基本医疗保险缴费义务；	20	违反其中一项的，一次性扣 20 分。
	3	1、多家医疗机构重复诊疗或超量开药的； 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； 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。	30	有违反的，每项扣 10 分。
	4	1、一天内无特殊疾病需要在 3 家以上医疗机构就诊的； 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。	10	有违反的，每项扣 5 分。

本局：各科室存档，医保中心存档。

威海市文登区医疗保障局办公室

2020年8月17日 印发
