



重庆市南岸区医疗保障局 关于印发《重庆市南岸区医疗保险协议机构和 医保医师违规违约记分管理暂行办法》的通知

南岸医保发〔2020〕3号

全区协议医药机构：

按南岸区医疗卫生领域“以案四改”方案要求，经“以案四改”领导小组同意，现将《重庆市南岸区医疗保险协议机构和医保医师违规违约记分管理暂行办法》现印发给你们，请遵照执行。

重庆市南岸区医疗保障局

2020年2月19日



重庆市南岸区医疗保险协议机构和医保医师 违规违约记分管理暂行办法

第一章 总则

第一条 为加强对医疗保险协议医药机构和医保医师的管理，规范医保服务行为，促使协议机构及医保医师自我规范、自我约束，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国执业医师法》、《重庆市骗取社会保险基金处理办法》等有关法律法规及相关文件精神，结合我区实际情况，制定本办法。

第二条 本办法适用范围：南岸区管辖范围内取得重庆市医疗保险协议服务资格的医疗机构和零售药店；为参保人员提供医疗服务的医保医师。2020年1月1日后检查的违规案件按照本办法执行。

第三条 实施本办法的目的：规范协议医疗机构和医保医师的医疗行为，促进合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，切实维护参保人员的合法权益，建立和谐的医、保、患关系。

第四条 本办法针对的医疗保险违法违规行为，是指协议医药机构和医保医师在医疗保险服务中违反有关法律法规、医保政策、服务协议的行为。



第五条 医疗保障管理部门负责医保协议机构和医保医师违法违规记分工作。

医疗保障管理部门在管理过程中或委托（授权）相关单位、组织，通过日常审核、网络监控、专项检查、受理投诉举报等途径对医保协议机构和医保医师执行医保政策、履行医保服务协议以及医保服务质量等情况进行考核。

第六条 本办法作为医疗保障执法监督的重要依据和手段之一，同时也作为总额控制指标编制和年度清算时的参考。

第七条 不得以记分代替协议处理与行政处罚。

第二章 基本要求

第八条 医疗保险协议医药机构和医保医师的职责：

（一）熟悉医疗保险政策、业务，熟练掌握基本医疗保险药品、诊疗项目、服务设施范围规定，自觉履行协议医疗机构医疗服务协议；

（二）施诊时应核对参保人员的社会保障卡、身份证件，做到人、卡、证相符，如实书写门诊、住院病历、处方等医疗记录，确保医疗记录清晰、准确、完整；

（三）坚持因病施治、合理诊疗的原则，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，不诱导过度医疗；



（四）坚持首诊负责制和逐级转诊制，不得推诿拒收危、重病人；不得将达不到住院标准的参保人员诱导、变通住院；不得以任何借口让参保人员提前或延迟出院；

（五）按照卫生行政部门制定的《病历书写基本规范》建立门（急）诊、住院病历。病历记录及时、准确、清晰、完整，严格按照国际疾病分类的疾病名称填写疾病诊断；

（六）严格遵守医疗保险药品、诊疗项目和服务设施目录等政策规定，严格执行病人（或家属）告知制度、签字同意制度和门诊特病病种用药及住院病人出院带药等规定；

（七）各项检查、化验、治疗及用药等项目记录准确，病历中附有各项检查化验报告单，阳性结果应在病程记录中记载并分析；

（八）医保医师实施医疗、签署有关医学证明文件、必须亲自诊查、调查，不得隐匿、伪造或擅自修改、销毁医学文书及有关资料；

（九）严格遵守医疗保障的其他政策规定。

第九条 医疗保险协议医药机构基本要求参照《重庆市南岸区医疗保险定点医药机构协议管理暂行办法》。

医保医师基本要求：

（一）取得执业医师资格或执业助理医师资格，且在卫生健康行政部门注册；



(二) 在协议医疗机构执业，并具有医疗处方权；

(三) 自觉遵守医疗保障制度和政策规定，接受医保部门的监督检查；

(四) 近三年在为参保对象提供医疗服务时，没有违规现象；

(五) 医保部门的其他要求。

第十条 本办法实施后，由非医保医师提供医疗保险服务发生的医疗费用，医疗保障管理部门不予支付（急诊、急救除外）。

第三章 记分标准

第十一条 医疗保险协议机构和医保医师违反法律法规、医保政策和协议约定，除对违法违规行为进行行政处罚、追回违规违约费用、处以违约金、限期整改、暂停医保基金支付、暂停医保网络结算、暂停服务协议、解除服务协议外，根据违法违规行为的类别和情节轻重程度，实行记分管理。记分共分为 12 分、6 分、3 分三个档次。医疗保险协议机构和医保医师分别记分。

第十二条 出现下列情形，一次记 12 分：

(一) 医疗保险协议机构出现下列情形，一次记协议机构 12 分：

1. 通过伪造医疗文件、财务票据或凭证等方式，故意虚构医疗服务“假住院、假就诊”、故意冒名就诊或串通参保人员兑换现



金骗取医保基金的；

2.为非定点机构或其他机构提供医保费用结算的；

3.协议有效期内累计3次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

4.被吊销《医疗机构执业许可证》、《药品经营许可证》或《营业执照》的；

5.拒绝、阻挠或不配合医疗保障管理部门开展必要监督检查的；

6.将自身原因导致的医患矛盾纠纷推脱给医保部门或故意曲解医保政策和业务管理规定，经医疗保障管理部门认定为属于造成恶劣影响的；

7.经医疗保障管理部门认定为属于违法数额特别巨大、社会危害后果特别严重，并被追究刑事责任的；

8.医疗保障管理部门认定情节极其严重的行为。

（二）医保医师出现下列情形，一次记医保医师12分：

1.通过编造医疗文书、办理虚假住院或者采取其他手段获取非法利益、骗取医疗保险基金的；

2.为参保人员提供虚假证明材料，串通他人虚开医药费用票据，套取医疗保险基金的；

3.故意隐瞒或者与参保人员合谋，将在非协议机构发生的费用纳入医疗保险费用结算的；



- 4.通过医患勾结，发生患者冒名住院的；
- 5.医保医师被吊销医师执业证书的；
- 6.拒绝、阻挠或不配合执法监督机构开展必要监督检查的；
- 7.将自身原因导致的医患矛盾纠纷推脱给医保部门或故意曲解医保政策和业务管理规定，经医疗保障管理部门认定为属造成恶劣影响的；
- 8.经医疗保障管理部门认定为属违法数额特别巨大、社会危害后果特别严重，并被追究刑事责任的；
- 9.医疗保障管理部门认定情节极其严重的行为。

第十三条 出现下列情形，一次记6分：

（一）医疗保障协议机构出现下列情形，一次记协议机构6分：

- 1.除不可抗力因素外，无法提供住院医疗文书、处方等就医相关资料行为的；
- 2.上传医保结算的医保诊疗服务项目量大于病历资料记录量或实际实施量，或对参保人员收取医保诊疗服务费用却未实施相应等量诊疗服务，或因参保人员自身因素未实施治疗，不及时退费的；
- 3.涉及统筹基金的，因管理混乱不能提供真实、完整的进销存台账，或提供的进销存台账与医院管理系统数据及上传医保系统的数据不一致，无法证实诊疗真实性的；



4.有参保人员入院登记、医疗收费记录，而无真实病床或无病历及相关病程记录，患者根本不在医院治疗，以及住院参保人员已停止住院治疗，不及时给予办理出院手续，继续上传其住院医保费用等行为的；

5.通过虚设项目、虚增数量，套取参保人员个人账户基金的；

6.将非医保支付的其他物品（如生活用品）替换为医保用品上传医保网络进行结算的；

7.故意隐瞒或与参保患者合谋，将基本医保范围外病种，如将应由工伤保险基金支付、第三人负担、公共卫生负担和在境外就医的费用，未经批准纳入医保支付范围的；

8.未认真执行、解释和宣传医保政策，故意推诿矛盾、诱导参保患者对医保政策的不满、激化矛盾、上交矛盾，在参保人员中造成不良影响的；

9.违反相关法律法规，被卫生、市场监管、价格等有权部门查处后，未在该事项发生后5个工作日内通知医保部门，造成恶劣影响的；

10.医疗保障管理部门认定情节严重的行为。

（二）医保医师出现下列情形，一次记医保医师6分：

1.隐匿、恶意涂改医疗文书、受检资料的；

2.有参保人员入院登记、医疗收费记录，而无真实病床或无病历及相关病程记录，患者根本不在医院治疗，以及住院参保人



员已停止住院治疗，不及时给予办理出院手续，继续上传其住院医保费用等行为的；

3.通过虚设项目、虚增数量，套取参保人员个人账户基金的；

4.故意隐瞒或与参保患者合谋，将基本医保范围外病种，如将应由工伤保险基金支付、第三人负担、公共卫生负担和在境外就医的费用，未经批准纳入医保支付范围的；

5.未认真执行、解释和宣传医保政策，故意推诿矛盾、诱导参保患者对医保政策的不满、激化矛盾、上交矛盾，在参保人员中造成不良影响的；

6.违反相关法律法规，被卫生、市场监管、价格等有权部门查处后，未在该事项发生后5个工作日内通知医保部门，造成恶劣影响的；

7.医疗保障管理部门认定情节严重的行为。

第十四条 出现下列情形，一次记3分：

（一）医疗保险协议机构出现下列情形，一次记协议机构3分：

1.人为地将应一次连续住院治疗过程分解成两次或多次住院的；

2.将可在门诊或门诊观察治疗的参保人员收治住院的；

3.改变经营环境或相关条件，不能满足签订协议时准入标准的；



4.未建立和完善参保人员就医结算的相关账目，或未建立药品、消杀类产品、医疗器械等进、销、存台账，或未保留原始凭证以备查的；

5.将应由医保基金支付的费用转由参保人员自费的，或将医保患者住院期间发生的医疗费用，实行门诊自费等方式，未纳入住院结算的；

6.将本单位 PSAM 加密卡，借与其他单位使用的；

7.未按照金保网络规范点对点接入金保网，擅自改变组网模式，与其他单位的设备或网络汇聚后接入金保网的；

8.未申报接入金保网络终端数量和结算终端数量，自行扩展接入设备范围的。

（二）医保医师出现下列情形，一次记医保医师 3 分：

1.在医疗条件允许的情况下，拒绝或者推诿收治范围内参保病人的，或者人为地将应一次连续住院治疗过程分解成两次或多次住院的；

2.允许参保人员挂床住院或者将可在门诊或门诊观察治疗的参保人员收治住院的；

3.为非医保医师或者被取消、暂停资格的医保医师签名开具医保处方；或者允许非医保医师，被取消、暂停资格的医保医师使用本人医保医师名义诊治医保患者的；

4.将应由医保基金支付的费用转由参保人员自费的，或将医



保患者住院期间发生的医疗费用，实行门诊自费等方式，未纳入住院结算的。

第十五条 在一个记分周期内，三级医院每出现 12 人次医保医师被记分的，二级医院每出现 9 人次医保医师被记分的，一级医院每出现 6 人次医保医师被记分的，不设床位医疗机构每出现 1 人次医保医师被记分的，记医保医师所执业的医疗机构 3 分。

第四章 记分管理

第十六条 医疗保险协议机构和医保医师违法违规记分实行协议期累计积分管理。在日常审核和监督检查中，一次处罚有多项记分的，以最高项记分一次。多点执业医保医师在不同执业地点违规，记分分值累计计算。

第十七条 建立扣分管理台账。每一个年度为一个记分周期，每年度内进行累加计算，次年度予以清零，累积记分不设上限。

第十八条 医疗保险协议机构和医保医师在开展年度检查中未被记分的，纳入红名单；记分大于或等于 12 分的作为重点监督对象纳入黑名单 6 个月，向市医保局和区政府报告。再次发生违规情形的，自动续期 1 年。定期向社会公布红黑名单情况。

第十九条 医疗保险协议机构在一个记分周期内累积记分



达到 6 分不满 9 分的，应当对协议机构负责人进行警示教育，并对管理人员及相关医务人员进行政策培训。医疗保险协议机构在一个记分周期内累积记分达到 9 分不满 12 分的，应当暂停协议机构医疗保障基金支付 3-6 个月。累积积分达到 12 分及 12 分以上的，应当暂停服务协议（暂停网络结算），限期整改。若一次性记满 12 分的，对协议机构应当解除服务协议，三年内不得重新申请医保服务资格。

第二十条 医保医师在一个记分周期内累积记分达到 3 分不满 6 分的，对医师进行约谈和警示教育，医疗保障管理部门和协议机构应对其进行政策培训。累积记分达到 6 分不满 9 分的，应当暂停其医保医师处方权 3 个月，其处方不纳入报销范围，限期整改。累积记分达到 9 分不满 12 分的，应当暂停其医保医师处方权 6 个月，其处方不纳入报销范围，限期整改。若累积记分达到 12 分及 12 分以上的，对医保医师取消其医保处方权，三年内不得重新申请医保服务资格。

第二十一条 记分由医疗保障管理部门工作人员根据违约情况提出记分申请，科室讨论后报局办公会确定，并将相关情况向区卫健委、区市场监管局通报。

第二十二条 医疗保险协议机构和医保医师对医疗保障管理部门记分处理决定存在异议的，可在接到通知后 5 个工作日内，向医疗保障管理部门提出申辩。医保医师通过所在单位向医



疗保障管理部门进行陈述和申辩。医疗保障管理部门于收到陈述和申辩的 30 个工作日内予以审查，并对陈述和申辩是否成立予以书面答复，若成立的及时更正。审查过程中，必要时可通知陈述和申辩方提交证据或当面听取意见。

第五章 附则

第二十三条 本办法由重庆市南岸区医疗保障局负责解释。

第二十四条 本办法自颁布之日起施行。今后国家医保局、重庆市医保局有新规定的，从其规定。



抄送：区卫生健康委、区市场监管局

重庆市南岸区医疗保障局

2020年2月19日印发