

南通市医疗保障局文件

通医保发〔2022〕4号

南通市医疗保障局关于转发《江苏省医疗保障定点医药机构及参保人员失信行为惩戒办法》的通知

各县（市）、区医疗保障局，市医疗保险基金管理中心：

现将《江苏省医疗保障局关于印发〈江苏省医疗保障定点医药机构及参保人员失信行为惩戒办法〉的通知》（苏医保规〔2021〕1号，以下简称《惩戒办法》）转发给你们，并提出以下要求，请一并贯彻执行。

一、同步管理。各定点医药机构在医疗保障基金使用过程中被认定为失信行为的，同时根据医保定点医药机构诚信服务信用等级管理相关规定进行信用记分及升降级处理。照护保险定点机

构失信行为认定惩戒参照本办法执行。

二、规范程序。严格对应《惩戒办法》中规定的要求、时限对失信行为和程度进行认定，并根据规定进行公示和进一步处理，同时向行业主管部门及相关纪检监察部门进行通报。

三、建立机制。各地医保部门要高度重视此项工作，切实加强组织领导，指定专人负责，做好台账管理，严守工作纪律，建立责任追究机制。

附件：江苏省医疗保障局关于印发《江苏省医疗保障定点医药机构及参保人员失信行为惩戒办法》的通知



江苏省医疗保障局文件

苏医保规〔2021〕1号

江苏省医疗保障局关于印发《江苏省医疗保障 定点医药机构及参保人员失信行为 惩戒办法》的通知

各设区市医疗保障局：

为加强医疗保障基金监管，确保医疗保障基金依法、依规、安全使用，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《江苏省社会信用条例》《江苏省进一步完善失信约束制度构建诚信建设长效机制实施方案》等有关规定，我局制定了《江苏省医疗保障定点医药机构及参保人员失信行为惩戒办法》，现印发你们，请遵照执行。

附件：江苏省医疗保障定点医药机构及参保人员失信行为惩戒
办法



(此件公开发布)

附件

江苏省医疗保障定点医药机构 及参保人员失信行为惩戒办法

第一条 为加强医疗保障基金监管，确保医疗保障基金依法、依规、安全使用，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《江苏省社会信用条例》《江苏省进一步完善失信约束制度构建诚信建设长效机制实施方案》等有关规定，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本省行政区域内定点医药机构及参保人员在医疗保障基金使用过程中失信行为的认定、惩戒及其管理，适用本办法。

第三条 医疗保障基金使用过程中失信行为认定、惩戒及其管理，应当遵循“合法合规、公平公正、审慎认定、客观真实”的原则。

第四条 定点医药机构有下列行为之一的，认定为失信行为：

（一）定点医药机构发生以下医疗保障基金使用不规范行为，造成医疗保障基金损失的：

1. 分解住院、挂床住院；
2. 违反诊疗规范过度诊疗、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；
3. 重复收费、超标准收费、分解项目收费；

4. 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；
5. 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利益提供便利；
6. 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；
7. 造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

(二) 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；

(三) 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；

(四) 虚构医药服务项目；

(五) 其他骗取医疗保障基金支出的行为；

(六) 拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

第五条 参保人员有下列行为之一的，认定为失信行为：

(一) 参保人员以骗取医疗保障基金为目的，实施了下列行为之一，造成医疗保障基金损失的：

1. 将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；
2. 重复享受医疗保障待遇；
3. 利用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。

(二) 使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；

(三) 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或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的。

第六条 医疗保障基金使用失信程度分为一般失信和严重失信。

第七条 有下列情形之一的，且医疗保障行政部门给予行政处罚的，认定为一般失信：

(一) 定点医药机构有本办法第四条第(一)项所列情形的；

(二) 参保人员有本办法第五条所列情形的；

(三) 法律法规规定的其他一般失信行为。

第八条 有下列情形之一的，且医疗保障行政部门给予行政处罚的，认定为严重失信：

(一) 定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的，实施了本办法第四条第(一)项所列情形的；

(二) 定点医药机构通过本办法第四条第(二)项至第(五)项所列方式，骗取医疗保障基金支出的；

(三) 定点医药机构有本办法第四条第(六)项所列情形的；

(四) 参保人员有本办法第五条所列情形骗取医保基金，其违法情节恶劣，造成严重危害后果的；

(五) 法律法规规定的其他严重失信行为。

第九条 认定失信行为应当以各级医疗保障部门行政处罚决定书为依据。医疗保障行政部门应当在行政处罚决定书作出后7个工作日内完成失信程度认定工作，失信行为认定后应当予以记录，并推送至同级公共信用信息系统。

第十条 医疗保障行政部门应当采用书面方式履行告知义务，告知当事人作出失信认定决定的事由和依据、失信惩戒措施提示、当事人依法享有的权利。

第十一条 当事人对失信行为认定有异议的，可以在收到失信认定告知书15日内向医疗保障行政部门提交异议申请。医疗保障行政部门应当自收到异议申请之日起10个工作日内完成核查，并将核查结果反馈申请人。当事人对异议处理结果不服或有异议的，可以依法申请行政复议或者提起诉讼。

异议信息处理期间，应打上标识，但不影响其公示与应用。

第十二条 对一般失信行为，医疗保障部门应当采取下列方式予以惩戒：

（一）根据相关规定，在信用门户网站、医疗保障部门门户网站等向社会公开失信信息，公示期1年；

（二）对失信定点医药机构进行信用提醒、约谈，督促其停止失信行为并进行整改；

（三）将失信定点医药机构列为一般监控和监督检查对象，适当增加检查频率；

(四) 法律法规规定的其他惩戒方式。

第十三条 对严重失信行为，医疗保障部门应当采取下列方式予以惩戒：

(一) 根据相关规定，在信用门户网站、医疗保障部门门户网站等向社会公开失信信息，公示期3年；

(二) 未被解除协议的，将失信定点医药机构列为重点监控和监督检查对象，增加检查频率；

(三) 未被解除协议的，按照协议约定扣减失信定点医疗机构当年度医保结算总额，维持或降低失信定点医疗机构下一年度总额控制指标；

(四) 向行业主管部门及相关纪检监察部门，通报定点医药机构的失信行为；

(五) 法律法规规定的其他惩戒方式。

第十四条 失信定点医药机构及参保人员一般失信公示三个月以后，或者严重失信公示六个月以后，符合信用修复规定的，可以向医疗保障行政部门提出信用修复申请。医疗保障行政部门按照相关规定进行信用修复，信用修复结果共享至同级公共信用信息系统。

第十五条 各级医疗保障行政部门应当建立责任追究机制，其工作人员未按本办法规定履行相关职责，视情节轻重程度予以相应处理。

第十六条 本办法所称医疗保障基金，是基本医疗保险（含生育保险）基金、医疗救助基金等专项基金。大病保险、公务员医疗补助、企业补充医疗保险以及其他医疗保障资金的失信管理，参照本办法执行。

第十七条 本办法所称定点医药机构，是指与医疗保障经办机构签订服务协议的医疗机构、药店。

第十八条 失信信息有效期自失信行为认定之日起计算。

第十九条 本办法规定与上级规定不符的，依照上级相关规定执行。

第二十条 本办法由江苏省医疗保障局负责解释。

本办法自2022年3月1日起施行。《江苏省医疗保障定点医药机构失信行为惩戒暂行办法》（苏医保规〔2019〕2号）即行废止。

抄送：国家医保局办公室，省信用办，省卫健委

江苏省医疗保障局办公室

2021年12月27日印发
