

南通市医疗保障局

南通市社会信用体系建设领导小组办公室

通医保发〔2020〕23号

关于转发《江苏省医疗保障定点医药机构失信行为惩戒暂行办法》的通知

各县（市）、通州区医疗保障局，信用办，南通市公共信用信息中心，各有关单位：

现将《江苏省医疗保障局 江苏省社会信用体系建设领导小组办公室关于印发<江苏省医疗保障定点医药机构失信行为惩戒暂行办法>的通知》（苏医保规〔2019〕2号）转发给你们，并提出以下要求，请一并贯彻执行。

一、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。

二、未定级或无等级医疗机构失信行为认定处理按照一级医

疗机构规定执行。

三、照护保险定点机构失信行为认定惩戒参照本办法执行。

四、各级医疗保障部门应根据省市信用信息、行政许可和行政处罚双公示信息及《暂行办法》信息归集报送的要求，及时、规范报送至同级信用信息归集部门（见附件 2）。同级信用信息归集部门应做好及时整理、公示、共享和上报工作。各地各部门依法依规开展联合奖惩工作，形成惩戒案例后应及时报送至同级信用管理部门。

附件：1.江苏省医疗保障局 江苏省社会信用体系建设领导小组办公室关于印发《江苏省医疗保障定点医药机构失信行为惩戒暂行办法》的通知

2.南通市医保定点医药机构失信名单报送表

南通市医疗保障局



南通市社会信用体系建设

领导小组办公室

2020 年 2 月 19 日



南通市医疗保障局办公室

2020 年 2 月 19 日印发

附件 1

江苏省医疗保障局 文件

江苏省社会信用体系建设领导小组办公室

苏医保规〔2019〕2号

江苏省医疗保障局 江苏省社会信用体系建设 领导小组办公室关于印发《江苏省医疗保障 定点医药机构失信行为惩戒暂行办法》的通知

各设区市医疗保障局、信用办：

现将《江苏省医疗保障定点医药机构失信行为惩戒暂行办法》
印发你们，请认真贯彻执行。



江苏省医疗保障定点医药机构 失信行为惩戒暂行办法

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《中华人民共和国社会保险法》《江苏省社会保险基金监督条例》《国务院办公厅关于加快推进社会信用体系建设构建以信用为基础的新型监管机制的指导意见》（国办发〔2019〕35号）、《江苏省公共信用信息管理办法（试行）》（苏政发〔2018〕23号）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 定点医药机构失信行为认定、惩戒及其管理，应当遵循“谁认定、谁负责”以及“合法合规、公平公正、审慎认定、客观真实”的原则。

第四条 定点医疗机构有下列行为之一的，认定为失信行为：

（一）虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医疗保障基金的；

（二）为参保人员提供虚假发票，骗取医疗保障基金的；

（三）将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围，套取医疗保障基金的；

(四) 通过分解住院、挂床住院、降低入院标准等方式，造成医疗保障基金不合理支出的；

(五) 为非定点医药机构提供刷卡结算服务，导致医疗保障基金不合理支出的；

(六) 违反医疗保障身份凭证实名制管理要求，为冒名就医或住院提供服务，骗取医疗保障基金的；

(七) 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等，骗取医疗保障基金支出的；

(八) 定点医疗机构的其他失信行为。

第五条 定点零售药店有下列行为之一的，认定为失信行为：

(一) 盗刷医疗保障身份凭证，为参保人员套取现金或购买营养保健品、化妆品、生活用品等非医疗物品，骗取医疗保障基金的；

(二) 为参保人员串换药品、耗材、物品等，骗取医疗保障基金的；

(三) 为非定点医药机构提供刷卡结算服务，导致医疗保障基金不合理支出的；

(四) 为参保人员虚开发票、提供虚假发票，骗取医疗保障基金的；

(五) 定点零售药店的其他失信行为。

第六条 定点医药机构失信等级分为一般失信和严重失信。

第七条 有下列情形之一的，认定为一般失信：

(一) 定点医疗机构有本办法第四条所列情形，一级定点医疗机构造成医疗保障基金损失 10 万元（含）以下的，二级定点医疗机构造成医疗保障基金损失超过 10 万元至 50 万元（含）以下的，三级定点医疗机构造成医疗保障基金损失超过 50 万元至 100 万元（含）以下的；

(二) 定点零售药店有本办法第五条所列情形，造成医疗保障基金损失 1 万元（含）以下的；

(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，认定为严重失信：

(一) 定点医疗机构有本办法第四条所列情形，一级定点医疗机构造成医疗保障基金损失超过 10 万元的，二级定点医疗机构造成医疗保障基金损失超过 50 万元以上的，三级定点医疗机构造成医疗保障基金损失超过 100 万元以上的；

(二) 定点零售药店有本办法第五条所列情形，造成医疗保障基金损失 1 万元以上的；

(三) 定点医药机构有本办法第四条、第五条所列情形，造成医疗保障基金损失，虽未达到前款所列金额，但造成严重后果，影响较大的；

(四) 定点医药机构因本办法第四条、第五条所列情形被解除服务协议的；

(五) 定点医药机构 1 年内有 3 次一般失信的；

(六) 法律法规规定的其他严重失信行为。

第九条 各级医疗保障部门应当在行政处罚决定书或协议处理决定书作出后 7 个工作日内完成失信等级认定工作，并推送至同级公共信用信息系统。

第十条 医疗保障部门应当采用书面方式履行告知义务，同时应当对告知的对象、时间、决定、依据和救济渠道进行详细记载。

第十一条 定点医药机构对失信行为认定有异议的，可以向医疗保障部门提交异议申请。医疗保障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。定点医药机构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。

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）在政府信用网站、医疗保障部门网站等向社会公开失信定点医药机构失信信息，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）在政府信用网站、医疗保障部门网站等向社会公开失

信定点医药机构失信信息，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，维持或降低下一年度失信定点医疗机构总额控制指标；

（四）向行业主管部门及相关纪检监察、组织人事部门，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 定点医药机构有严重失信行为，造成严重后果，社会反响巨大的，由医疗保障部门根据相关管理办法，按规定程序列入信用“失信联合惩戒对象名单”，应当采取下列方式予以惩戒：

（一）未被解除服务协议的，解除服务协议；

（二）在政府信用网站、医疗保障部门网站等向社会公开失信联合惩戒对象名单，公示期 3 年；

（三）将失信联合惩戒对象名单推送至同级公共信用信息系统等实施联合惩戒；

（四）失信联合惩戒对象名单中的定点医药机构 3 年内不得申请医保定点资格，其法定代表人或主要负责人、实际控制人等 3 年内不得从事医保定点管理活动。

第十五条 失信定点医药机构一般失信公示三个月以后，或者严重失信、失信联合惩戒对象名单公示六个月以后，符合信用修

复规定的，可向医疗保障部门提出信用修复申请。医疗保障部门按相关规定进行信用修复并公示。

第十六条 各级医疗保障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。

第十七条 本办法所称医疗保障基金，是指职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、长期护理（照护）保险、医疗救助等专项基金。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。

第十八条 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、零售药店。

第十九条 失信信息有效期自失信行为认定之日起计算。

第二十条 本办法规定与上级规定不符的，依照上级相关规定执行。

第二十一条 本办法由江苏省医疗保障局负责解释。各设区市医疗保障行政部门可根据本办法制定具体实施细则。本办法自2020年3月1日起施行。

江苏省医疗保障局办公室

2019年12月17日印发

失信名单报送表

填報人：

[illegible]

