附件：

苏州市医疗保障定点医疗机构医师

信用记分管理办法

（征求意见稿）

第一条　为加强医保基金监管，完善医保基金监管信用体系，维护参保人员合法权益，进一步规范医疗服务行为，提升医师医保服务水平，增强医师诚信服务意识，促进行业自律和诚信体系建设，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》《医疗保障基金使用监督管理条例》《国务院办公厅关于加强个人诚信体系建设的指导意见》《江苏省社会保险基金监督条例》《江苏省社会信用条例》《江苏省医疗保障定点医药机构失信行为惩戒暂行办法》有关规定，结合苏州市实际，制定本办法。

第二条　本办法所称医疗保障定点医疗机构医师（以下简称医保医师）是指在本市医疗保障定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）依法执业的医师。

第三条　医疗保障行政部门依法对医保医师开展的纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为进行监督。

医疗保障经办机构对医保医师开展的纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为进行稽查审核。

第四条　定点医疗机构应当按照国家规定的方式和渠道报送本机构的医保医师信息，取得医保医师编码。

医保医师信息发生变更的，定点医疗机构应当及时申报。

第五条 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，加强对医保医师的培训管理，定期检查医保医师涉及医疗保障基金使用的医疗服务行为，及时纠正不规范使用医疗保障基金的行为。涉及违法行为的，应当及时报告医疗保障行政部门。

第六条 医保医师应当遵守医疗保障法律法规和政策规定，按照诊疗规范为参保人员提供合理、必要的医药服务。

第七条　医疗保障行政部门对医保医师违反医疗保障法律法规和政策规定的行为，在依法处理后，进行信用记分。

医保医师信用记分以自然年度为周期，医保医师有违反医疗保障法律法规和政策规定的行为的，根据严重程度记相应分值，记分在一个自然年度内累计计算。

在一个记分年度内，医保医师在本市范围内变更服务单位或者同时开展多点执业的，所记分值累计计算。

第八条 医保医师有下列行为之一的，每次（例）记12分：

（一）骗取医疗保障基金支出；

（二）在定点医药机构骗取医疗保障基金支出案件中负直接责任；

（三）违反医疗保障法律法规、政策规定，造成严重后果或医保基金重大损失。

第九条　医保医师有下列行为之一的，每次（例）记6分：

（一）协助他人骗取医疗保障基金支出；

（二）在定点医疗机构骗取医疗保障基金支出案件中负次要责任；

（三）在医疗保障部门开展的监督检查中提供虚假情况或者拒绝、阻挠、不配合监督检查的。

第十条医保医师有下列行为之一的，每次（例）记3分：

（一）违反医疗保障法律法规、政策规定，造成医疗保障基金损失或参保人利益受损；

（二）未正确宣传医疗保障法律法规、政策规定，造成不良影响。

第十二条　医保医师发生下列行为情形之一的，每次（例）记1分：

（一）未执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证；

（二）未按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务；

（三）未向参保人员如实出具费用单据和相关资料；

（四）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；

（五）违反医疗保障法律法规、政策规定，被医疗保障部门约谈的。

第十三条 对医保医师记分，应当以生效的行政处罚、稽核调查、协议处理、约谈通知或司法文书为依据。

第十四条 在同一案件或一次检查中，医保医师有多次（例）同一记分情形的，按一次（例）行为记分，有两种及以上记分情形的，累计记分。

医保医师的同一行为符合两种或两种以上记分情形的，按分值较高的情形记录一次。

第十五条 医保医师记分情况按规定纳入公共信用信息系统，并将记录的情况通知医保医师本人及其所在的医疗机构。

第十六条 医保医师遵守医疗保障法律法规和政策文件的情况纳入所在医疗机构协议管理。医保医师在一个记分周期内记分达到相应分值的，按照医疗机构定点协议约定，医保经办机构中止其提供的医疗服务行为的医保结算。

医保经办机构根据协议约定中止医保医师医保结算的，应当事先告知医保医师及其所在的医疗机构中止的依据、事由，听取其陈述申辩。中止医保医师医保结算的，应当同时明确中止的期限。期限届满，仍然属于我市医保医师的，医保经办机构应当恢复其医保结算。

第十七条 本办法自2021年 月 日执行。