附件1-6

医保医师、医保药师信用评价标准

医保医师、医保药师的信用评价实行年度积分管理，每个自然年度12分，一次检查中发现有多种扣分行为的，按最高分扣除，一次检查不予累计。一个自然年度内发生多次同一类扣分行为的，分别进行扣分，具体信用评价标准如下：

一、医保医师信用评价标准

**（一）医保医师有下列行为之一的，扣1分：**

1.未保证参保人的知情同意权，使用自费项目未向参保人或家属征询意见并经其签名同意的；

2.经查实将应该医保记账的项目让参保人自费的；

3.有以下情形之一且查实的记账金额为一千元以下的：在为按疾病诊断分组付费（DRG）、按病种分值付费的住院参保人服务时，经查实存在提供医疗服务不足的；将不应转诊的参保人转出；将未达到出院标准参保人催赶出院或改为自费住院的；病历中各类（含会诊开出的）检查、治疗项目，不能提供明细清单的；病历（含血透病历）中未保存参保人社会保障卡复印件或扫描件、未填写“人卡相符”的；参保人使用植入体内的医用材料或千元以上的一次性医用材料，病历中未粘贴其标签条形码的；给出院参保人带化验、检查、治疗等项目的；超医保药品目录以及超出医保政策规定范围用药记账的；超量用药、重复用药、分解处方、给出院参保人超范围、超剂量带药的；为生育保险参保人提供医疗服务时，将生育保险记账范围外的项目予以生育保险记账的；口腔治疗、门诊手术、针灸、康复、推拿、理疗等治疗项目的治疗记录单上无治疗部位、治疗医师、治疗时间、参保人签字等相关信息。

**（二）医保医师有下列行为之一的，扣2分：**

1.歪曲、曲解医保政策，造成参保人员待遇损失或造成不良影响的；误导宣传、错误解释、损害参保人权益等情况致使病人投诉、上访的，造成群访、缠访或严重影响的；

2.经查实以各种借口推诿参保人（尤其是急、危、重症者）的；

3.将应该转诊的参保人不予转诊的；

4.有以下情形之一且查实的记账金额为一千元至二千元以下的：在为按疾病诊断分组付费（DRG）、按病种分值付费的住院参保人服务时，经查实存在提供医疗服务不足的；将不应转诊的参保人转出；将未达到出院标准参保人催赶出院或改为自费住院的；病历中各类（含会诊开出的）检查、治疗项目，不能提供明细清单的；病历（含血透病历）中未保存参保人社会保障卡复印件或扫描件、未填写“人卡相符”的；参保人使用植入体内的医用材料或千元以上的一次性医用材料，病历中未粘贴其标签条形码的；给出院参保人带化验、检查、治疗等项目的；超医保药品目录以及超出医保政策规定范围用药记账的；超量用药、重复用药、分解处方、给出院参保人超范围、超剂量带药的；为生育保险参保人提供医疗服务时，将生育保险记账范围外的项目予以生育保险记账的；口腔治疗、门诊手术、针灸、康复、推拿、理疗等治疗项目的治疗记录单上无治疗部位、治疗医师、治疗时间、参保人签字等相关信息；

5.有以下情形之一且查实的记账金额为一千元以下的：非本人社会保障卡发生医保记账的；未对首次就诊的外伤参保人告知不予医保记账的情形、医保先行支付政策等相关事项，并签署告知承诺书，导致医保基金损失的；未核验参保人是否符合计划生育政策的，导致医保基金损失的；将不符合住院标准的参保人收入住院治疗的；将门诊费用记入住院收费的；将不符合急、危、重症参保人收住重症监护（ICU、CCU）病房的；将应该转科治疗的参保人办理出院，再办理住院治疗的；参保人一次住院的费用分两次或以上分解记账的；治疗单、报告单、实际用药情况与医嘱不相符的；病历记载不清、病历未记载却有收费、重复收费、分解收费的；未按照临床诊断和治疗指南使用诊疗、药品或辅助药品以及使用与疾病无关药品的；未执行《抗菌药物临床应用管理办法》有关规定的;发生过度诊疗行为的；处方书写、诊疗单据项目填写与电脑录入不相符的；违反《深圳市家庭病床管理办法（试行）》规定建床，造成医保基金损失的；将不可以记账的医保范围外项目进行医保记账（包括未经卫生健康行政部门认定的诊疗项目）的；将不符合医保偿付范围的疾病进行记账支付的；将低于最高支付标准的床位按最高支付床位标准记账的。

**（三）医保医师有下列行为之一的，扣3分：**

1.有以下情形之一且查实的记账金额为两千元至五千元以下的：在为按疾病诊断分组付费（DRG）、按病种分值付费的住院参保人服务时，经查实存在提供医疗服务不足的；将不应转诊的参保人转出；将未达到出院标准参保人催赶出院或改为自费住院的；病历中各类（含会诊开出的）检查、治疗项目，不能提供明细清单的；病历（含血透病历）中未保存参保人社会保障卡复印件或扫描件、未填写“人卡相符”的；参保人使用植入体内的医用材料或千元以上的一次性医用材料，病历中未粘贴其标签条形码的；给出院参保人带化验、检查、治疗等项目的；超医保药品目录以及超出医保政策规定范围用药记账的；超量用药、重复用药、分解处方、给出院参保人超范围、超剂量带药的；为生育保险参保人提供医疗服务时，将生育保险记账范围外的项目予以生育保险记账的；口腔治疗、门诊手术、针灸、康复、推拿、理疗等治疗项目的治疗记录单上无治疗部位、治疗医师、治疗时间、参保人签字等相关信息；

2.有以下情形之一且查实的记账金额为一千元至两千元以下的：非本人社会保障卡发生医保记账的；未对首次就诊的外伤参保人告知不予医保记账的情形、医保先行支付政策等相关事项，并签署告知承诺书，导致医保基金损失的；未核验参保人是否符合计划生育政策的，导致医保基金损失的；将不符合住院标准的参保人收入住院治疗的；将门诊费用记入住院收费的；将不符合急、危、重症参保人收住重症监护（ICU、CCU）病房的；将应该转科治疗的参保人办理出院，再办理住院治疗的；参保人一次住院的费用分两次或以上分解记账的；治疗单、报告单、实际用药情况与医嘱不相符的；病历记载不清、病历未记载却有收费、重复收费、分解收费的；未按照临床诊断和治疗指南使用诊疗、药品或辅助药品以及使用与疾病无关药品的；未执行《抗菌药物临床应用管理办法》有关规定的;发生过度诊疗行为的；处方书写、诊疗单据项目填写与电脑录入不相符的；违反《深圳市家庭病床管理办法（试行）》规定建床，造成医保基金损失的；将不可以记账的医保范围外项目进行医保记账（包括未经卫生健康行政部门认定的诊疗项目）的；将不符合医保偿付范围的疾病进行记账支付的；将低于最高支付标准的床位按最高支付床位标准记账的。

**（四）医保医师有下列行为之一的，扣5分：**

有以下情形之一且查实的记账金额为两千元至三千元以下的：非本人社会保障卡发生医保记账的；未对首次就诊的外伤参保人告知不予医保记账的情形、医保先行支付政策等相关事项，并签署告知承诺书，导致医保基金损失的；未核验参保人是否符合计划生育政策的，导致医保基金损失的；将不符合住院标准的参保人收入住院治疗的；将门诊费用记入住院收费的；将不符合急、危、重症参保人收住重症监护（ICU、CCU）病房的；将应该转科治疗的参保人办理出院，再办理住院治疗的；参保人一次住院的费用分两次或以上分解记账的；治疗单、报告单、实际用药情况与医嘱不相符的；病历记载不清、病历未记载却有收费、重复收费、分解收费的；未按照临床诊断和治疗指南使用诊疗、药品或辅助药品以及使用与疾病无关药品的；未执行《抗菌药物临床应用管理办法》有关规定的;发生过度诊疗行为的；处方书写、诊疗单据项目填写与电脑录入不相符的；违反《深圳市家庭病床管理办法（试行）》规定建床，造成医保基金损失的；将不可以记账的医保范围外项目进行医保记账（包括未经卫生健康行政部门认定的诊疗项目）的；将不符合医保偿付范围的疾病进行记账支付的；将低于最高支付标准的床位按最高支付床位标准记账的。

**（五）医保医师有下列行为之一的，扣6分：**

1.留置社会保障卡发生医保记账的；

2.非医保医师、冒用其他医保医师、被暂停或终止医保服务协议的医师开具医保处方的；

3.科室在协议周期内累计被查实挂床住院达5人次以上（含5人次）的；

4.经查实以体检名义诱导参保人进行诊疗并提供过度医疗服务的；

5.有以下情形之一且查实的记账金额为五千元至一万元以下的：在为按疾病诊断分组付费（DRG）、按病种分值付费的住院参保人服务时，经查实存在提供医疗服务不足的；将不应转诊的参保人转出；将未达到出院标准参保人催赶出院或改为自费住院的；病历中各类（含会诊开出的）检查、治疗项目，不能提供明细清单的；病历（含血透病历）中未保存参保人社会保障卡复印件或扫描件、未填写“人卡相符”的；参保人使用植入体内的医用材料或千元以上的一次性医用材料，病历中未粘贴其标签条形码的；给出院参保人带化验、检查、治疗等项目的；超医保药品目录以及超出医保政策规定范围用药记账的；超量用药、重复用药、分解处方、给出院参保人超范围、超剂量带药的；为生育保险参保人提供医疗服务时，将生育保险记账范围外的项目予以生育保险记账的；口腔治疗、门诊手术、针灸、康复、推拿、理疗等治疗项目的治疗记录单上无治疗部位、治疗医师、治疗时间、参保人签字等相关信息。

**（六）医保医师有下列行为之一的，扣8分：**

有以下情形之一且查实记账金额为三千元至一万元以下的：非本人社会保障卡发生医保记账的；未对首次就诊的外伤参保人告知不予医保记账的情形、医保先行支付政策等相关事项，并签署告知承诺书，导致医保基金损失的；未核验参保人是否符合计划生育政策的，导致医保基金损失的；将不符合住院标准的参保人收入住院治疗的；将门诊费用记入住院收费的；将不符合急、危、重症参保人收住重症监护（ICU、CCU）病房的；将应该转科治疗的参保人办理出院，再办理住院治疗的；参保人一次住院的费用分两次或以上分解记账的；治疗单、报告单、实际用药情况与医嘱不相符的；病历记载不清、病历未记载却有收费、重复收费、分解收费的；未按照临床诊断和治疗指南使用诊疗、药品或辅助药品以及使用与疾病无关药品的；未执行《抗菌药物临床应用管理办法》有关规定的;发生过度诊疗行为的；处方书写、诊疗单据项目填写与电脑录入不相符的；违反《深圳市家庭病床管理办法（试行）》规定建床，造成医保基金损失的；将不可以记账的医保范围外项目进行医保记账（包括未经卫生健康行政部门认定的诊疗项目）的；将不符合医保偿付范围的疾病进行记账支付的；将低于最高支付标准的床位按最高支付床位标准记账的。

**（七）医保医师有下列行为之一的，扣9分：**

有以下情形之一且查实的记账金额为一万千元至五万元以下的：在为按疾病诊断分组付费（DRG）、按病种分值付费的住院参保人服务时，经查实存在提供医疗服务不足的；将不应转诊的参保人转出；将未达到出院标准参保人催赶出院或改为自费住院的；病历中各类（含会诊开出的）检查、治疗项目，不能提供明细清单的；病历（含血透病历）中未保存参保人社会保障卡复印件或扫描件、未填写“人卡相符”的；参保人使用植入体内的医用材料或千元以上的一次性医用材料，病历中未粘贴其标签条形码的；给出院参保人带化验、检查、治疗等项目的；超医保药品目录以及超出医保政策规定范围用药记账的；超量用药、重复用药、分解处方、给出院参保人超范围、超剂量带药的；为生育保险参保人提供医疗服务时，将生育保险记账范围外的项目予以生育保险记账的；口腔治疗、门诊手术、针灸、康复、推拿、理疗等治疗项目的治疗记录单上无治疗部位、治疗医师、治疗时间、参保人签字等相关信息。

**（八）医保医师有下列行为之一的，扣10分：**

有以下情形之一且查实的记账金额为一万元至五万元以下的：非本人社会保障卡发生医保记账的；未对首次就诊的外伤参保人告知不予医保记账的情形、医保先行支付政策等相关事项，并签署告知承诺书，导致医保基金损失的；未核验参保人是否符合计划生育政策的，导致医保基金损失的；将不符合住院标准的参保人收入住院治疗的；将门诊费用记入住院收费的；将不符合急、危、重症参保人收住重症监护（ICU、CCU）病房的；将应该转科治疗的参保人办理出院，再办理住院治疗的；参保人一次住院的费用分两次或以上分解记账的；治疗单、报告单、实际用药情况与医嘱不相符的；病历记载不清、病历未记载却有收费、重复收费、分解收费的；未按照临床诊断和治疗指南使用诊疗、药品或辅助药品以及使用与疾病无关药品的；未执行《抗菌药物临床应用管理办法》有关规定的;发生过度诊疗行为的；处方书写、诊疗单据项目填写与电脑录入不相符的；违反《深圳市家庭病床管理办法（试行）》规定建床，造成医保基金损失的；将不可以记账的医保范围外项目进行医保记账（包括未经卫生健康行政部门认定的诊疗项目）的；将不符合医保偿付范围的疾病进行记账支付的；将低于最高支付标准的床位按最高支付床位标准记账的。

**（九）医保医师有下列行为之一的，扣12分：**

1.有以下情形之一且查实的记账金额为五万元以上的：在为按疾病诊断分组付费（DRG）、按病种分值付费的住院参保人服务时，经查实存在提供医疗服务不足的；将不应转诊的参保人转出；将未达到出院标准参保人催赶出院或改为自费住院的；病历中各类（含会诊开出的）检查、治疗项目，不能提供明细清单的；病历（含血透病历）中未保存参保人社会保障卡复印件或扫描件、未填写“人卡相符”的；参保人使用植入体内的医用材料或千元以上的一次性医用材料，病历中未粘贴其标签条形码的；给出院参保人带化验、检查、治疗等项目的；超医保药品目录以及超出医保政策规定范围用药记账的；超量用药、重复用药、分解处方、给出院参保人超范围、超剂量带药的；为生育保险参保人提供医疗服务时，将生育保险记账范围外的项目予以生育保险记账的；口腔治疗、门诊手术、针灸、康复、推拿、理疗等治疗项目的治疗记录单上无治疗部位、治疗医师、治疗时间、参保人签字等相关信息；非本人社会保障卡发生医保记账的；未对首次就诊的外伤参保人告知不予医保记账的情形、医保先行支付政策等相关事项，并签署告知承诺书，导致医保基金损失的；未核验参保人是否符合计划生育政策的，导致医保基金损失的；将不符合住院标准的参保人收入住院治疗的；将门诊费用记入住院收费的；将不符合急、危、重症参保人收住重症监护（ICU、CCU）病房的；将应该转科治疗的参保人办理出院，再办理住院治疗的；参保人一次住院的费用分两次或以上分解记账的；治疗单、报告单、实际用药情况与医嘱不相符的；病历记载不清、病历未记载却有收费、重复收费、分解收费的；未按照临床诊断和治疗指南使用诊疗、药品或辅助药品以及使用与疾病无关药品的；未执行《抗菌药物临床应用管理办法》有关规定的;发生过度诊疗行为的；处方书写、诊疗单据项目填写与电脑录入不相符的；违反《深圳市家庭病床管理办法（试行）》规定建床，造成医保基金损失的；将不可以记账的医保范围外项目进行医保记账（包括未经卫生健康行政部门认定的诊疗项目）的；将不符合医保偿付范围的疾病进行记账支付的；将低于最高支付标准的床位按最高支付床位标准记账的；

2.拒绝、阻挠或不配合医保经办机构开展必要监督检查的；

3.通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”骗取医保基金的；

4.病历造假，即在病历上编造参保人的基本情况和诊疗情况，使病历内容与真实情况不相符的；

5.采取其他违约手段增加医保基金不合理支出，情节特别严重的；

6.其他造成严重后果或重大影响的行为。

二、医保药师信用评价标准

## **（一）**医保药师有下列行为之一的，扣1分：

1.留置、押放参保人社会保障卡，未产生医保记账费用的；

2.其他违反医保规定或协议约定，但未造成医保基金损失的。

## **（二）**医保药师有下列行为之一的，扣2分：

1.超量、超限定支付范围或违反用药相关规定发生医保记账的；

2.为参保人提供医保处方和具有限定支付范围的非处方购药服务时，无医保药师进行审核，发生医保记账的；

3.参保人未提供医保定点医疗机构出具的疾病诊断书、病历或有明确诊断的医保处方等疾病证明资料（原件、复印件或影像资料），对具有限定支付范围非处方药进行医保记账的；

4.其他违反医保规定或协议约定，造成医保基金损失或参保人经济损失，情节较轻的。

## **（三）**医保药师有下列行为之一的，扣6分：

1.留置、押放参保人社会保障卡，经查实发生医保记账的；

2.未认真查验社会保障卡与购药人是否相符，导致医保基金损失的；

3.其他违反医保规定或协议约定，造成医保基金损失或参保人经济损失，情节严重的。

## **（四）**医保药师有下列行为之一的，扣12分：

1.经查实无正当理由拒绝为符合医保记账条件的参保人医保记账购药或让参保人自费购买医保药品的；

2.伪造虚假凭证或串通参保人兑换现金骗取基金的；以欺诈、虚记费用或者采取其他手段骗取医保基金的；

3.无外配处方或伪造处方进行处方药医保记账的；

4.存在售卖假药、假器械及其他严重违反法律法规、涉嫌犯罪的行为；

5.其他造成严重后果或重大影响的行为。