

2025年 医保管理规范-门诊篇



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO



目录

- 01 门诊监管与重点事项
- 02 医保最新文件与要求
- 03 违规行为及典型案例
- 04 违约行为及违约责任



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

01

门诊监管与重点事项



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

● 门诊监管与重点事项

01

日常监管

全覆盖检查；
重点监管，通过日常数据分析、挖掘，对高度疑似违规情形开展进一步核查、处理。

04

智能监管

在智能监管子系统，开展事前、事中、事后全流程监管。利用国家、省、市智能监控规则对结算数据进行全面筛查。

07

信用监管

两定机构信用评价体系、等级评定
参保人信用记录
支付资格管理

02

专项整治

线上线下相结合：根据国家、省、市相关监管重点开展专项整治；建立相关知识库、规则库，下发疑点线索，开展专项整治。

05

自查自纠

宽严相济。总结历年检查情况，形成违法违规问题清单，引导定点医疗机构主动对照自查，落实自我管理主体责任。

08

社会监督

投诉举报线索核查
社会监督员
信息披露制度

03

飞行检查

对经办机构、医疗机构、定点药房开展“靶向式”“穿透式”全面检查。

06

综合监管

部门联动监管、联合检查、行刑衔接、行纪衔接、医审联动……
引入第三方力量

09

公开曝光

在各类媒体主动曝光



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

● 门诊监管与重点事项

重点要求-门诊治疗台账

化验检查须有结果分析。住院病历医嘱、病程记录、检查结果、诊断、治疗单记录和票据、结算清单等相吻合，并与实际使用情况相符合。

(一) 口腔治疗、门诊手术、针灸、康复、推拿、理疗等建立治疗登记簿，治疗登记簿记录内容应包括参保患者姓名、卡号、年龄、性别、治疗时间、部位、项目、数量、施治人员等要素，并需患者或家属签字确认，治疗登记簿至少保存5年。

(二) 门诊特定项目、门诊大病、门诊慢性病、门诊精神病、门诊艾滋病、门诊血友病等处方至少保存5年。

2022年版

合。检验检查须有结果记录，并做好诊疗相关检验检查报告存档工作。

4. (一) 口腔治疗、门诊手术、针灸、康复、推拿、理疗等治疗性项目应建立治疗记录台账，治疗记录台账内容包括但不限于参保人员姓名、卡号、年龄、性别、项目、部位、数量、治疗开始时间、治疗结束时间、施治人员等要素，同一项目涉及不同部位或穴位的应分别完整记录，并需参保患者或近亲属签字确认，治疗记录台账至少保存5年。

5. (二) 门特、“双通道”药品等处方至少保存5年。

第二十条 乙方应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、检验检查报告、治疗记录、费用明细、药品和医

2025年版



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO



门诊监管与重点事项

新形势下定性定量的变化

飞检：

1

欺诈骗保



2

整份病案虚假



3

欺诈骗保



多收费的项目、未实施的项目、机器数量小于收费数量等

部分检验检查报告涉嫌虚假

无资质开展医疗服务



以往核查：

重复收费

4

项目虚假

5

未高度关注

6



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

一、实行门诊基金总额预算管理



控制范围

年度基金预算总额

南京市医疗保障局文件

宁医发〔2024〕41号

关于加强职工医保门诊费用支付管理的通知

局各处室、单位，各分局、江北新区教育和社会保障局，各区医保经办机构，各定点医药机构：

为贯彻落实《南京市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》（宁政规字〔2022〕5号）精神，更好维护参保人员医疗保障权益，切实保障基金安全，现就加强职工医保门诊费用支付管理事项通知如下：

一、实行门诊基金总额预算管理

在年度基金预算总额控制范围内，根据上一年度门诊医疗费用发生情况，综合考虑参保人数、物价指数、药品耗材集采降价幅度、老年参保人口、突发重大疫情、门诊人数增减等因素，核定当年门诊统筹（大病）基金专项预算总额。根据全市门诊基金专项预算执行情况，对门诊费用支出异常的医疗机构开展重点检查，视情调减门诊费用支付额。

二、开展门诊支付方式改革试点

- 1 -



重点检查

对门诊费用支出异常医疗机构展开重点检查，视情调减门诊支付额



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

● 二、开展门诊支付方式改革试点

原则



**总额包干
内部调剂
结余留用
超支分担**

试点



**医共体内定点医疗
机构门诊统筹结算
方式或区域内包干**



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

四、规范医保医师药师处方行为



行为
规范

事前提醒

做好**接口调试**，确保智能监管系统**事前提醒【3101】**、**事前预警【3102】**接口的有效接入

处理

对经**事前提醒**、**无正当理由仍违反规定的**医保医师启动事后监管机制，对违规行为**严肃处理**



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

五、建立参保人费用监管机制

除双通道药、抢救、重症监护、检验检查、手术等特殊情况下，**月度药品超过1500元**参保人员**消息提醒**，**超过3000元**参保人员**重点分析使用合理性**。

对参保人实行月度监测



对查实**超量开药、重复用药**的参保人，将违规费用予以追回，对涉嫌倒卖药品等**欺诈骗保行为**移交司法部门**追究刑事责任**。

追究责任



每日就诊医疗机构数**超3家**的参保人**暂停刷卡**，特殊情况可在就诊医院通过智能监管系统备案后恢复刷卡结算。

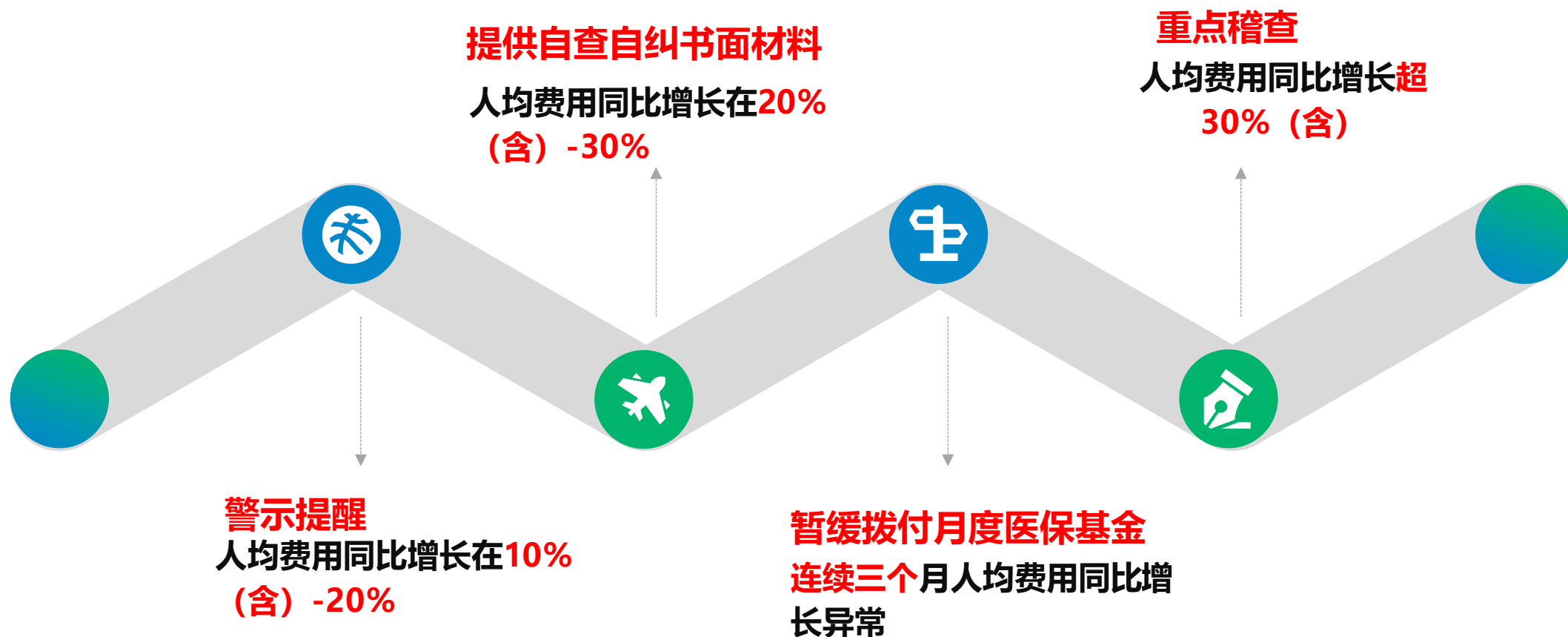
暂停刷卡



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

六、实施日常跟踪监测



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

七、加强风险预警处理

1

单张处方超2000元

不含抢救、重症监护、手术等特殊
情况及经专家论证的白名单项目

2

低值单据占比

低值单据占比异常等各种监测指标异
动数据生成工单，推送至医院进行自
查反馈

3

人次人头比

超全市同等级同类别医疗机构平均
水平

4

次均费用

超全市同等级同类别医疗机构平均水
平

02

03

01

04



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

● 八、构建立体式监管体系

定期核查处方开具情况、长期处方管理情况、代购药身份核验情况及重点监管药品使用情况。

全面分析医疗机构、医保医师及参保人费用情况。

对监测指标排名靠前的医疗机构、医生和费用异常的参保人，按分级管理规定分派各责任主体。

监管处方管理

全面分析

分派各责任主体

管理体系

现场核查

重点监测指标

处置、整改、跟踪

常态化开展门诊统筹监管风险点分析及现场核查。

人次人数比、范围内费用、次均费用、人均费用、异常低值单据占比、重点监管药品使用

现场核查，并对处置、整改情况进行全流程跟踪、问效。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO



门诊开药要求：

- 1、医保服务协议要求是急3门7，中药煎剂14天，慢性病用药可正常开立28天用量。**
- 2、长处方政策可以根据病情开2-3个月，但是要医生评估填写长处方申请表并建立长处方管理台账。**
- 3、出境带药规定，填写出境带药申请表，留存护照和机票，可以申请6-12个月带药，同时需要在两定平台“带药登记备案”模块备案**

02

医保最新文件与要求



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

医保最新文件与要求

南京市人民政府办公厅文件

宁政办发〔2025〕29号

市政府办公厅印发关于加强医疗保障基金使用常态化监管实施方案（试行）的通知

各区人民政府、江北新区管委会，市府各委办局、市各直属单位：

经市政府同意，现将《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施方案（试行）》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。



（此件公开发布）

（一）完善医保部门监督检查机制。建立由全市各级医保行政部门、医保经办机构组成的医保基金网格监管体系，充分发挥大病保险承办机构等第三方专业力量，分区包干、责任到人，落实定点医药机构监督检查全覆盖。每年至少组织1次“向式”“穿透式”市级专项检查和区级交叉检查，破解同级监管难题。完善倒查责任机制，对故意隐瞒、屡查屡犯、影响恶劣的，综合运用协议、行政、司法等手段分类施策，依法严肃处置。探索建立就医地和参保地医保基金监管联合检查机制，防范异地就医中的骗保风险。

（二）完善定点医药机构自查自纠机制。推动定点医药机构对照医保领域法律法规、政策制度和国家、省、市医保部门下发的问题清单，常态化开展自查自纠，及时退回违法违规使用的医保基金，规范医保基金使用行为。按照宽严相济原则，对主动自查、及时整改、积极退回医保基金的，依法从轻、减轻处理。按照“一院一档”“一查一档”原则，在“医保高铁”建立监管台账，对自查、处理情况进行公示，跟踪督办整改情况。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

医保最新文件与要求

南京市医疗保障局文件

宁医发〔2025〕30号

关于印发《南京市医保定点医疗机构基金监管 风险防控分级分类管理暂行办法》的通知

局各处室、单位，各医保分局、江北新区教育和社会保障局，
各区医保经办机构：

为进一步加强医疗保障基金常态化监管工作，经研究，现将《南京市医保定点医疗机构基金监管风险防控分级分类管理暂行办法》印发给你们，请遵照执行。



(一) 全市定点医疗机构实行医保基金监管风险防控分级分类管理，一类机构为二级及以下无住院服务的定点医疗机构；二类机构为二级及以下有住院服务的定点医疗机构；三类机构为三级定点医疗机构。基金监管风险等级分为三级，从大到小依次为一级风险、二级风险、三级风险。

(二) 定点医疗机构风险等级根据监测指标得分情况划定，共设置7项指标，每项指标分别赋分，总分100分：

- ①国家及省医保局移交线索，分值20分；
- ②查实举报线索，分值10分；
- ③查实违法违规金额，分值20分；
- ④医保支付资格相关人员记分，分值10分；
- ⑤门诊风险预警，分值20分；
- ⑥住院风险预警，分值10分；
- ⑦药品医用耗材网采率，分值10分。

其中：一类医疗机构适用指标①至⑤，总分80分；
二类、三类医疗机构适用指标①至⑦，
总分100分。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

医保最新文件与要求

南京市医疗保障局文件

宁医发〔2025〕30号

关于印发《南京市医保定点医疗机构基金监管 风险防控分级分类管理暂行办法》的通知

局各处室、单位，各医保分局、江北新区教育和社会保障局，
各区医保经办机构：

为进一步加强医疗保障基金常态化监管工作，经研究，现将《南京市医保定点医疗机构基金监管风险防控分级分类管理暂行办法》印发给你们，请遵照执行。



(三) 风险等级划定。根据各项风险评定指标分值累加:1.一类医疗机构得分在25分(含)以上的，划分为一级风险;得分在10分(含)-25分的，划分为二级风险;得分在10分以下的，划分为三级风险。2.二类、三类医疗机构得分在40分(含)以上的，划分为一级风险;得分在25分(含)-40分的，划分为二级风险;得分在25分以下的，划分为三级风险。

(四) 定点医疗机构风险等级评定工作原则上每年6月底前完成，每年7月1日起按定点医疗机构新评定的风险等级进行分级管理。当年新纳入定点的医疗机构，按三级风险管理。定点医疗机构的风险等级实行动态调整，定点医疗机构如在年度内发生重大风险事项，按规定及时调整为一级风险管理。一级风险机构如连续三个季度监督检查均无违规行为，可依申请并经医疗保障部门审核后，下调一个风险等级。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

医保最新文件与要求

南京市医疗保障局文件

宁医发〔2025〕30号

关于印发《南京市医保定点医疗机构基金监管 风险防控分级分类管理暂行办法》的通知

局各处室、单位，各医保分局、江北新区教育和社会保障局，
各区医保经办机构：

为进一步加强医疗保障基金常态化监管工作，经研究，现
将《南京市医保定点医疗机构基金监管风险防控分级分类管理
暂行办法》印发给你们，请遵照执行。



(五) 各级医疗保障部门根据风险评定结果全面加强对定点医疗机构的监督检查、培训指导、政策宣传、警示教育。对评为一级风险的定点医疗机构，医疗保障部门每季度至少开展一次监督检查(检查方法包括专项检查、现场检查、书面核查、智能监管等);对评为二级风险的定点医疗机构，医疗保障部门每半年至少开展一次监督检查;对评为三级风险的定点医疗机构，医疗保障部门每年至少开展一次监督检查。对一、二级风险定点医疗机构优先列入专项检查，每年至少开展一次现场检查。

(六) 各级各类定点医疗机构根据风险评定结果全面加强内部管理，严格落实定点医疗机构自我管理主体责任。医疗机构党政主要领导组织院内多部门协调会议，认真查摆存在的问题，开展自查自纠，制定具体整改方案，抓好整改落实，并加强院内培训、指导。评为一级风险的定点医疗机构，院内整改推进会每季度不少于一次;评为二级风险的定点医疗机构，院内整改推进会每半年不少于一次;评为三级风险的定点医疗机构，院内整改推进会每年不少于一次。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

医保最新文件与要求

南京市医疗保障局文件

宁医发〔2025〕30号

关于印发《南京市医保定点医疗机构基金监管 风险防控分级分类管理暂行办法》的通知

局各处室、单位，各医保分局、江北新区教育局和社会保障局，
各区医保经办机构：

为进一步加强医疗保障基金常态化监管工作，经研究，现
将《南京市医保定点医疗机构基金监管风险防控分级分类管理
暂行办法》印发给你们，请遵照执行。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

医保最新文件与要求

江苏省定点医药机构相关人员医保支付资格 管理实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为深化定点医药机构相关人员医保支付资格精细化管理工作，促进医疗保障基金合理使用，维护医疗保障基金安全，保障参保人合法权益，根据《中华人民共和国医师法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《江苏省医疗保障条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》（医保发〔2024〕23号）和《医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理经办规程（试行）》（医保办发〔2024〕34号）等法律法规规章、政策文件规定，结合我省实际，制定本实施细则。

第二条 坚持依法依规，确保客观公正、有序开展；坚持目标导向，确保责任到人、激励约束并重；坚持协同联动，加强部门合作、信息共享；坚持公开透明，接受各方监督。

第三条 本实施细则适用于本省行政区域内医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）对医疗保障定点医药机构相关

(一)定点医疗机构为参保人提供使用医保基金结算的医疗类、药学类、护理类、技术类等卫生专业技术人员，以及负责医疗费用和医保结算审核的相关工作人员。

(二)定点零售药店为参保人提供使用基金结算的医药服务的主要负责人(即药品经营许可证上的主要负责人)。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

医保最新文件与要求

江苏省定点医药机构相关人员医保支付资格 管理实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为深化定点医药机构相关人员医保支付资格精细化管理工作，促进医疗保障基金合理使用，维护医疗保障基金安全，保障参保人合法权益，根据《中华人民共和国医师法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《江苏省医疗保障条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》（医保发〔2024〕23号）和《医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理经办规程（试行）》（医保办发〔2024〕34号）等法律法规规章、政策文件规定，结合我省实际，制定本实施细则。

第二条 坚持依法依规，确保客观公正、有序开展；坚持目标导向，确保责任到人、激励约束并重；坚持协同联动，加强部门合作、信息共享；坚持公开透明，接受各方监督。

第三条 本实施细则适用于本省行政区域内医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）对医疗保障定点医药机构相关

（一）当年度记分累计达到3分（含一次性记分，下同）由定点医药机构进行谈话提醒，组织相关责任人员进行医保政策法规和业务知识学习培训，并记录；

（二）当年度记分累计达到4-8分，由医保经办机构进行谈话提醒，并组织医保政策法规和医保知识学习培训；

（三）当年度记分累计达到9分，暂停医保支付资格2个月；

（四）当年度记分累计达到10分，暂停医保支付资格3个月；

（五）当年度记分累计达到11分，暂停医保支付资格4个月；

（六）当年度记分累计达到12分，终止医保支付资格，终止之日起1年内不得再次登记备案；

（七）当年度单次记分为12分，终止医保支付资格，终止之日起3年内不得再次登记备案。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO



医保最新文件与要求

案例

各地医保部门落实定点医药机构相关人员 医保支付资格管理制度典型案例（第一批）

一、内蒙古自治区赤峰市巴林左旗济仁中医医院欺诈骗保案例

2025年3月，内蒙古自治区赤峰市医保局检查发现，该市巴林左旗济仁中医医院2023年1月至2025年3月违法违规使用医保基金204万元，其中6名医务人员参与伪造CT及DR检查报告单67份，虚假病历50份，欺诈骗保20.3万元；医务人员伪造在本院住院记录欺诈骗保9.03万元。有的医务人员模版式批量伪造图像相同、报告雷同、病历一样的医学文书，有的医务人员一边在本院虚假“挂床”住院、一边从事诊疗活动，有的医务人员因雷同病例问题被暂停医保支付资格，恢复资格后，仍顶风作案，继续参与更为严重的欺诈骗保活动。

该案件经行刑衔接已移交公安机关，公安机关已批捕3人，取保候审3人。当地医保部门依据相关法律法规和医保服务协议，已追回骗取的医保基金、处违约金，并解除该机构医保定点服务协议。依据《内蒙古自治区医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》，对该院耿某敏、杜某鑫、李某阳、张某艳、王某忠、特某根等6名医务人员各记12分，

— 3 —

终止医保支付资格3年，对李某梅、刘某茹等2名医务人员分别记10分，暂停医保支付资格4个月。

二、北京市多点执业医师陈某伙同北京东芳茗中医医院、北京昌平博华京康医院、北京昌平汇仁医院欺诈骗保案例

北京市医保局根据投诉举报和大数据筛查线索，对北京东芳茗中医医院、北京昌平博华京康医院、北京昌平汇仁医院开展行政执法检查，发现三家定点医疗机构部分诊疗项目收取治疗费用但实际未开展治疗，存在虚构医药服务骗取医保基金支出的行为。北京东芳茗中医医院骗取医保基金支出3746.95元，北京昌平博华京康医院骗取医保基金支出23967.17元，北京昌平汇仁医院骗取医保基金支出92291.44元。三家定点医疗机构的违法行为均由多点执业医师陈某主导实施，获利后与医院分成。

北京市医保局依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条，责令北京昌平汇仁医院退回骗取的医保基金92291.44元，因妨碍、阻挠或者抗拒执法人员依法调查处理其违法行为，处四倍罚款369165.76元；责令北京博华京康医院退回骗取的医保基金23967.17元，处二倍罚款47934.34元；责令北京东芳茗中医医院退回骗取的医保基金3746.95元，处二倍罚款7493.90元。依据《北京市定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》，对陈某在上述三家定点医疗机构多点执业实施的欺诈骗保行为，同时予以一次性记12分处理，终止医保支付资格3年。将线索移送公安机关，依法追究陈某团伙刑事责任。

— 4 —



医保最新文件与要求

案例

三、上海市宝山区保龙养老院医务室欺诈骗保和违法违规使用医保基金案例

2025年5月，上海市宝山区医保局根据全国医保基金管理突出问题专项整治工作部署，对宝山区保龙养老院医务室2024年1月至2025年4月医保结算数据开展现场抽查复查。发现该机构违反康复诊疗规范、虚构医药服务欺诈骗保4766元，同时存在超范围支付、过度诊疗、超量开药等违法行为，造成医保基金损失119219.06元。

宝山区医保局依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第四十条，对该机构作出处理处罚：一是责令改正；二是责令退回骗取的医保基金支出和造成的医保基金损失，合计123985.06元；三是处行政罚款195510元，其中对骗取的医保基金支出4766元处3.5倍罚款16681元，对造成的医保基金损失119219.06元处1.5倍罚款178829元；四是责令上海宝山区保龙养老院医务室暂停康复科医保结算6个月。依据《上海市定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》，对参与虚构医药服务骗取医保基金支出的吴某胜、吴某等人分别记11分，暂停医保支付资格6个月；对参与超医保范围支付等造成医保基金损失的王某佳、朱某月、王某雪、黄某亮、李某等人各记5分。

五、贵州省贵阳白云心血管病医院康复医学科违法违规使用医保基金案例

2025年5月，贵阳市白云区医保部门根据群众举报对贵阳白云心血管病医院康复医学科开展核查。经查，该医院存在重复收费、进销存不符等违法违规问题，造成医保基金损失37242.73元。该院康复医学科医师、科主任曾某祥未能正确履职，未对科室医保政策执行情况进行有效管理，医保病历、医嘱、收费项目审核等工作存在漏洞，医用耗材管理混乱。康复医学科护士长杜某敏，在医嘱执行与费用核对工作中履职不到位。以上二人对违法违规使用医保基金、造成医保基金损失分别负有主要责任、重要责任。

白云区医保部门依据服务协议，追回该医院违规使用医保基金37242.73元，处30%违约金11172.82元，并扣减医保年度考核

— 6 —

核分；对医院负责人进行约谈，并将线索移送至同级卫生健康部门。依据《贵州省定点医药机构相关人员医保支付资格管理记分规则》，对康复医学科科主任曾某祥记3分，对康复医学科护士长杜某敏记2分，并在该院公示《定点医药机构相关人员医保支付资格拟处理告知书》，开展警示教育。

医保最新文件与要求

南京市医疗保险管理中心

关于开展执业助理医师使用医保基金 自查自纠工作的通知

各定点医疗机构：

为深入贯彻《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》要求，强化定点医疗机构自我管理主体责任，规范执业助理医师执业行为，保障基金安全，现将有关要求通知如下：

依据《中华人民共和国医师法》第三十四条规定：“执业助理医师应当在执业医师的指导下，在医疗卫生机构中按照注册的执业类别、执业范围执业。在乡、民族乡、镇和村医疗卫生机构以及艰苦边远地区县级医疗卫生机构中执业的执业助理医师，可以根据医疗卫生服务情况和本人实践经验，独立从事一般的执业活动”。各定点医疗机构应根据机构类别，规范执业助理医师诊疗行为，不符合独立执业要求的执业助理医师需在执业医师指导下开展执业活动，不得单独上传医保费用。

请各级医疗机构认真开展自查，我中心将定期组织医保结算数据与卫健提供的执业助理医师注册名单数据比对工作，发现违规行为，一经查实，按《南京市定点医疗机构医疗保障服

务协议》第一百零九条第四项“使用无相应执业资质人员开展医疗服务并将相关费用纳入医保基金支付的”相关规定，解除医保协议并严肃处理。



“无执业医师或相关以及人员在场，由助理医师或无资质相关人员违规开展医疗行为，国家医保局视同为伪造医疗文书”



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

医保最新文件与要求

南京市医疗保险管理中心

关于上线运行违规住院监管反欺诈模型的通知

各定点医疗机构：

为有效遏制低标入院、分解住院等违规行为，市医保中心建立违规住院监管反欺诈模型，从事前、事后进行全流程智能监管。目前，该模型已上线运行。现将相关事项通知如下：

一、事前提醒

（一）入院登记弹窗提醒

重点针对国家违规住院线索涉及人员、一个年度内住院5次以上人员、违规住院监管反欺诈模型筛查出的疑似人员等，在办理住院时进行高风险弹窗提醒，提醒内容为：“此次住院需高度关注，请核实是否符合入院条件”。

（二）入院第二天模型提醒

“团入团出结果查询”提醒功能模块，每天零时对前一天入院人员进行违规筛查，主要筛查多名参保人在多家医疗机构之间共同转进转出等异常情况，并于当天通过医保智能监管子系统，将疑点人员名单及单据下发相关医疗机构。具体查询路径为“两定智能监管子系统-大数据反欺诈-团入团出结果查询”。

医疗机构需每日在“团入团出结果查询”模块中查询是否存

（一）入院登记弹窗提醒

重点针对国家违规住院线索涉及人员、一个年度内住院5次以上人员、违规住院监管反欺诈模型筛查出的疑似人员等，在办理住院时进行高风险弹窗提醒，提醒内容为：“此次住院需高度关注，请核实是否符合入院条件”

（二）入院第二天模型提醒

“团入团出结果查询”提醒功能模块，每天零时对前一天入院人员进行违规筛查，主要筛查多名参保人在多家医疗机构之间共同转进转出等异常情况，并于当天通过医保智能监管子系统，将疑点人员名单及单据下发相关医疗机构。具体查询路径为“两定智能监管子系统-大数据反欺诈-团入团出结果查询”



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

03

违规行为及典型案例



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违规行为及典型案例

伪造变造医学文书

我市在病案审核中发现的部分案例：

病 史 录	
主诉：腹泻一年	住址/电话 025.83213663 过敏史
现病史：大便溏稀，反复发作，时好时发近一年，曾在多家医院治疗，均效不佳，于今日来本院求治。	临床诊断 腹泻病
既往史：无特殊病史记载。	
检查：T 36.5℃ BP 140/85 mmHg P 76次/分 呼吸 14次/分 神清，检查合作。舌质淡，苔白滑腻，脉濡弱。	
初诊：肠炎 脾虚湿积	
处理：健脾利湿，腹部推拿，督脉灸灸，手持艾条灸足三里。	
腹部穴位按摩推拿，艾箱灸中脘，神阙，关元穴。	
医师 董惠 审核 金额 30	

病 史 录	
主诉：腰部乏力，寒湿，腰痛3天。	住址/电话 13951865105 过敏史
现病史：大便有潜滴3天时间，吃药效果不佳，于今日来院就诊。	临床诊断 腰腿痛
既往史、家族史：腰椎间盘突出	
检查：T 36.5℃ BP 145/85 mmHg P 76次/分 呼吸 14次/分。	
诊断：腰腿痛	
治疗计划：腰部推拿，督灸，手持艾条灸足三里，背脊穴灸。	
腰部穴位按摩推拿，艾箱灸中脘，神阙，关元穴。	
处置：	
医师签章：李青	
医师 董惠 审核 金额	

同一医生，病例书写笔迹、签名与处方笔迹完全不同



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违规行为及典型案例



伪造变造医学文书

我市某医院：

国家专项飞检在病案检查中发现：部分不同病人的病历中有指纹形态雷同，经查，治疗单中的记录应为患者签字或按手印，该院医生于某在这些治疗单中自己按手印，存在伪造病历的欺诈骗保行为。

以“**伪造病历**”定性，违规金额为相关病案的**全部**费用。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违规行为及典型案例

串换收费

串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施是指定点医药机构申报收费的药品、医用耗材或者诊疗项目和服务设施与实际提供不符的行为。

案例1

该院采用胶体金法测定丙肝抗体，但按照特异性更强、敏感度更高的化学发光法进行收费。



雷火灸：医院收费项目为雷火灸，实际治疗却为普通艾灸。

督灸：医院收费项目为督灸，但实际治疗却是普通艾灸条或是所谓的督灸贴。

注意各类中医康复项目：雷火灸、督灸、通脑活络针、关节黏连松解术.....



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违规行为及典型案例



《医疗保障基金使用监督管理条例》是我国医疗保障领域第一部行政法规，它的颁布是医疗保障领域立法工作的关键突破。

重复收费、超标准收费、
分解项目收费

违规高发项目：吸氧、
床位费、部分针灸项目、
中医定向透药、穴位贴敷、中频等



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违规行为及典型案例

医疗保障核查情况告知书

南京：

部：

我中心于2025年4月10日对你医保协议履行情况进行了核查。根据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》和《社会保险经办条例》等有关规定，以及双方协议约定，现将违规事实、依据及拟处理决定告知如下：

你门诊部存在通过伪造、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违规情形。涉及235条数据，违规金额27257.00元。

依据《南京市定点医疗机构医疗保障服务协议（2025版）》第一百零八条第四项，拟对违规费用27257.00元予以追回，处10%违约金2725.70元，合计应追回29982.70元；中止你门诊部医保协议6个月。依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条，将该线索移交属地行政部门。依据《南京市定点医疗机构医保医师记分管理办法》第八条第五项第4目，（ ）一次性记12分，暂停医保服务资格6个月。

如对以上内容有异议，请在5个工作日内（即2025年05月23日前）向我中心提出书面意见，规定期限内未提出书面意见视为无异议。

南京市医疗保障管理中心

2025年05月16日

(2)

（一式两联：第一联医保经办机构留存，第二联交核查对象）

- 1 -

南京市医疗保险稽核意见书

宁医稽 号

南京：

接南京市医疗保障局城区分局《南京市医疗保障领域违约违规行为处理审批转办表》，现将处理意见通知如下：

1、违（法）规事实：在国家医保局违规住院线索专项检查中，经核查，你院存在DRG高套、重复收费、串换收费、未按诊疗项目要求收费等违规行为，涉及违规费用1076264.72元。

2、处理依据：根据《南京市医疗保障定点医疗机构服务协议》第七十九条第一项第3、4目、第二项、第八十一条第二项第7目相关规定。

3、处理意见：一是解除医保服务协议；二是追回违规费用1076264.72元，并处违约金131194.07元，合计1207458.79元。你院应于2024年11月4日前将违规费用缴纳至以下账户：账户名：南京市医疗保险管理中心，账户号：4301015909001205409，开户行：工行玄武支行。

如不服本决定，可于收到本意见书之日起六十日内依法申请复议，或者六个月内向人民法院起诉，但不得停止执行本决定；逾期不申请复议、也不起诉，又不履行本决定的，我单位可以报请医疗保障行政部门依法申请人民法院强制执行。

南京市医疗保险管理中心

送达人：

接收人：

年 月 日

年 月 日

（本文书一式两份：一份由医疗保险经办机构留存，一份交稽核对象）



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违规行为及典型案例

检查违规问题确认单

第 1 页 (共 1 页)

检查事项	国移线索专项检查		
被检查单位	院		
稽核调查情况说明	<p>根据国移线索, 该机构涉及国家移交线索中的高风险, 涉及137份病案, 去重后, 涉及违规病案108份, 共1098256.98元。截止8月8日, 该机构主动退回违规金额108万元, 还剩余18256.98元未退回。近期对你院开展专项检查中, 发现存在以下违规情形 (数据已去重):</p> <ol style="list-style-type: none">1. DRG高套: 334479.74元。2. 重复收费。拔牙同时收取了创面搔刮术、根尖搔刮术、分根术、牙龈翻瓣术的费用, 医保上传数据共1063次, 涉及37459元。3. 现场检查无雷火灸条库存及购买记录, 雷火灸串换收费, 医保上传数据4397次, 共涉及290202元。4. 现场检查中医定向透药治疗有电极片的购买记录, 没有药液的购买记录, 医保上传数据10019次, 涉及370703元5. 2023年10月至今, 多收通脑活络针刺疗法项目, 医保上传数据466次, 涉及25164元。		
检查人员	1. , 2024年		
检查时间	2. 等人, 2024年		
被检查单位意见	(单位盖章)		
单位负责人 (签名)		日期	
备注			

医疗保障核查情况告知书

南京 护理院:

我中心于2025年1月17日对你院2024年1月至12月医保基金使用情况进行了现场核查, 发现你护理院存在违规情形。根据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》和《社会保险经办条例》等有关规定, 以及双方协议约定, 现将违规事实、依据及拟处理决定告知如下:

1. 过度诊疗。“低周波治疗”项目, 超量2342次, 涉及金额25762元; “中频脉冲电治疗”项目, 超量742次, 涉及金额5936元。根据《南京市医疗保障定点医疗机构服务协议》第七十九条第一项第2目, 拟对过度诊疗涉及的违规费用31698元予以追回, 并处以10%违约金3169.80元, 合计应追回34867.80元。根据《南京市定点医疗机构医保医师记分管理办法》第八条第二项第2目, 拟对过度诊疗的医师 一次性记2分。

2. 虚构医药服务项目。“特大换药”涉及19次, 金额570元。根据《南京市医疗保障定点医疗机构服务协议》第八十条第三项第3目, 拟对虚构医药服务项目涉及的违规费用570元予以追回, 并处以20%违约金114元, 合计应追回684元。根据《南京市医疗保障定点医疗机构服务协议》八十条, 暂停你机构涉及医疗保障基金使用的医药服务6个月, 并移交医疗保障行政部门进一步处理。根据《南京市定点医疗机构医保医师记分管理办法》第八条第五项第3目, 拟对虚构医药服务项目的医师 一次性记12分, 暂停医保医师服务资格6个月。

以上共需追回违规费用32268元, 违约金3283.80元, 合计35551.80元。

如对以上内容有异议, 请在5个工作日内 (即2025年3月20日前) 向我中心提出书面意见, 规定期限内未提出书面意见视为无异议。

南京市医疗保障管理中心
2025年3月13日

送达人: 接收人: 2025年3月13日

(一式两联: 第一联医保经办机构留存, 第二联交核查对象)



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违规行为及典型案例

医疗机构违规问题清单(国家局)				
单位:		时间: 2024年8月2日		
序号	问题类型	具体问题描述	现场检查参考	检查结果
1	虚假住院	检查发现病史前后矛盾(含内部职工)	现场随机抽取2022年或, 2022年1个月病案, 检查病情描述、诊断、各种功能评分等是否存在前后矛盾	抽查2022年10月共18份病案, 病程中有红外治疗, 但实际收费与医嘱无记录, 病案书写矛盾。
2	伪造医疗文书	无资质人员冒用医师姓名签字, 出具报告	1. 被检单位准备员工名册(含已离职)、资格证等; 2. 病案审查中查阅各类检查检验等报告出具人是否有相应资格证; 3. 查阅标本采集时间和报告出具时间是否矛盾; 4. 查阅报告出具时间与住院时间是否矛盾; 5. 查阅报告是否真实(如心电图、彩超报告雷同、后补等); 6. 查阅医保收费是否有相应报告项支撑; 7. 必要时, 可实地查看检查检验室历史记录, 是否与报告存在矛盾等	康复治疗记录单同一治疗师名字出现多种以上笔迹。其中治疗师王泓信笔迹约有5种以上, 2022年10月共计441次。
		无资质人员出具虚假报告		/
		人为修改检验报告		/
		彩超报告时间早于图像采集时间		抽查病例档案5份, 心电图报告, 无审核医师签名, 记录不规范。一份报告人名字与实际患者名字不一致, 实际患者名字为手写。患者徐桂英心电图报告时间(2023年6月29日)晚于病程记录时间(2023年6月27日)。
3	虚构医疗服务	模板化拷贝病案, 病人病史高度雷同	病案审查中重点关注, 必要时可增香年度内住院总费用完全致的病案	1
		虚增门诊患者药品用于其他患者	病案审查时, 重点关注精神类药物使用与医保收费是否一致	1
		没有对应检验设备、检查设备、治疗设备收取相关费用	核查医保收费是否有相应设备支撑	1

		模板病例瞒天过海(彩超报告大量雷同不同年龄性别无差异; 同位患者多次检查报告的时间内容、诊断完全一致)	病案审查, 参考2	/
		套餐检查假戏真做(开具很多与病情无关的检查)		/
7	其他骗保	其他骗保问题		中药熏蒸所用药品是参保人员医保卡刷卡在医院购药, 后护理院在未采购中药药材的情况下, 使用参保人员的中药, 再次收取费用, 存在重复收费。现场抽查2022年10月情况, 中药熏蒸治疗次数为496人次。

检查人: 曹西 李楠 潘红军 周超 唐

医疗机构负责人: 夏 雷



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO



违规行为及典型案例

专项检查反馈问题登记表（工作底稿）

被检机构	南京市
问题项目名称	一般物理降温、冷疗等串换为特殊物理降温收费
问题描述	存在将一般物理降温、冷疗等串换特殊物理降温为收费

专项检查反馈问题登记表（工作底稿）

被检机构	南京市
问题项目名称	直接开展“多排螺旋开展CT增强扫描”“磁共振增强扫描”，重复收取“多排螺旋CT平扫”“磁共振平扫”费用。
问题描述	在现场检查中发现该院存在：直接开展“多排螺旋开展CT增强扫描”“磁共振增强扫描”，重复收取“多排螺旋CT平扫”“磁共振平扫”费用。

专项检查反馈问题登记表（工作底稿）

被检机构	南京市
问题项目名称	镁测定、钙测定、无机磷测定（比色法）
问题描述	无指征开展了镁测定,钙测定,无机磷测定（前期医院已在自查中部分退回，后期重合部分做核减）

专项检查反馈问题登记表（工作底稿）

被检机构	南京市
问题项目名称	向无指征患者普遍开展血浆乳酸测定。
问题描述	在现场检查中发现该院存在无指征开展血浆乳酸测定。将血浆乳酸测定作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验；血浆乳酸测定可以反映人体组织氧供需平衡与代谢状态。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

04

违约行为及违约责任



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违约行为及违约责任

加强学习-分工合作



1. 物价收费违规风险：（厘清内涵和收费标准）

重复收费、超标准收费、分解收费等

串换收费：除前面的案例外，医疗新技术未审批立项前串换收费等

多收费：如计价单位是“次”的康复理疗项目按部位进行收费等

2. 临床科室违规风险（真正对病人、医保负责）

1. 未达住院指征病人收住院，如体检、单纯检查；

2. 不核实病人身份，人证不符、挂名住院；

3. 虚记或多记药品、诊疗项目、耗材费用；

4. 串换药品、器械、诊疗项目；

5. 高套诊断编码等；

6. 其他违约、违规、违法及欺诈骗保行为。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违约行为及违约责任

5.药学部违规风险：

药品目录是否及时更新

用药安全审核

中药饮片审核

月度处方点评包括医保处方

药品进销存管理，追溯码……

6.病案科、医务部违规风险：

是否存在病例编码低码高编的情况

医疗项目、医生资质问题不合理诊疗、不合理检查

是否存在伪造医疗文书情况……

7.护理部违规风险：

医疗记录与护理记录不一致的情况

护理记录与收费记录不一致的情况

8.临床试验违规风险

各种教学性、科研性和临床验证性的诊疗项目费用是否涉及医保基金支付……

南京市医疗保障局文件

宁医发〔2022〕91号

关于印发《南京市医疗保障定点医疗机构服务协议》 《南京市医疗保障定点零售药店服务协议》的通知

局机关各处室、单位，各医保分局、江北新区教育和社会保障局，各区医保中心，各有关单位：

为加强和规范我市定点医药机构服务行为，提高医保基金使用效率，保障参保人员合法权益，经研究，现制定《南京市医疗保障定点医疗机构服务协议》《南京市医疗保障定点零售药店服务协议》，请医保经办机构 and 定点医药机构做好服务协议签订及续签工作，续签协议有效期 2023 年 1 月 1 日起至 2024 年 12 月 31 日止。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违约行为及违约责任

3.设备科违规风险：（是否履行查验职责）

设备购置资金来源：是科研、教学、捐助

设备清单、结算清单与现场设备核对：数量？过期？

设备购置证、保养、有效期

设备使用的资质？操作人员？

设备使用范围与收费是否一致？套用收费项目？

4.信息中心违规风险：（是否对数据进行先行校验）

病案数据上传错误

结算数据上传错误

诊断上传错误……

南京市医疗保障局文件

宁医发〔2022〕91号

关于印发《南京市医疗保障定点医疗机构服务协议》 《南京市医疗保障定点零售药店服务协议》的通知

局机关各处室、单位，各医保分局、江北新区教育和社会保障局，各区医保中心，各有关单位：

为加强和规范我市定点医药机构服务行为，提高医保基金使用效率，保障参保人员合法权益，经研究，现制定《南京市医疗保障定点医疗机构服务协议》《南京市医疗保障定点零售药店服务协议》，请医保经办机构 and 定点医药机构做好服务协议签订及续签工作，续签协议有效期2023年1月1日起至2024年12月31日止。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违约行为及违约责任

第一百零五条 经查实，乙方有下列情形之一的，甲方**约谈乙方法定代表人、主要负责人或实际控制人，督促其限期整改**：

- (一)乙方或乙方工作人员发表关于医保支付、管理政策相关的**不当言论，造成恶劣影响**的；
- (二)**未按要求**向医保信息平台**传送全部就诊人员**相关信息的；
- (三)以医保支付、管理政策为由**推诿拒收**参保患者的，或要求未达到出院标准的参保人员**提前出院或自费住院**的；
- (四)以**转嫁住院费用为目的**，诱导参保人员在**住院期间到门诊就医、药店购药或另设账号交费**的；将应当由**医保基金支付**的医疗费用转嫁参保人员**自费结算**的；
- (五)未按规定向参保人员**如实出具费用单据和相关资料**的，**未履行知情同意手续**的；
- (六)**未执行处方外配**相关规定，**拒绝**为门诊就诊参保人员**开具处方**到定点零售药店购药的；
- (七)**无正当理由拒绝**为符合条件的参保人员**直接结算医保费用**的；
- (八)未开展药品、医用耗材**进销存管理**的，以及未留存进销存相关凭证和票据的；
- (九)**未如实**报送药品、医用耗材的采购价格和数量的；**未公示**医药价格与收费标准的；违反集中带量采购和使用相关规定的；**未向社会公开**医药费用、费用结构等信息的；
- (十)营利性非公立医疗机构开展自立项目的，**未在治疗和收费前告知参保患者，获得参保患者的知情同意的**；
- (十一)将甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，作为医保欠费处理的；
- (十二)**未公布**医保投诉举报渠道，或**未及时处理**投诉举报或社会监督反映的问题的；
- (十三)医疗费用**异常增长**过快的；
- (十四)**不按规定**落实国家、省、市组织药品和医用耗材集中采购和使用**中选品种**的；**不按规定**配备**国家药品目录内药品**(含国谈药)的；**未按分类**采购管理规定规范采购医用耗材的；**不按规定**执行药品和医用耗材网上集中采购、集中结算的；
- (十五)其他**未按医保协议约定落实管理措施，但未造成基金损失**的。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违约行为及违约责任

第一百零六条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第一百零五条情形造成社会影响较大的，**甲方暂停拨付医保费用，督促其限期整改，整改到位的，暂停拨付期间乙方发生的符合规定的医保费用甲方予以支付：**

- (一)未按照甲方提供的**医保信息平台接口**标准进行系统开发和改造的；未按规定使用**国家统一的医保信息业务编码的**；未做好国家医保信息业务**编码标准数据库**的应用和动态维护工作的；因医保信息业务编码**维护不及时、对应不正确**，影响参保人员**正常结算或造成结算错误的**；
- (二)对接医保信息平台的网络、设备**未与互联网物理隔离**，与其他外部网络联网时**未采用有效的安全及隔离措施的**；未遵守个人信息保护和数据安全有关制度，**导致参保人员个人信息或医保数据泄露的**；**将医保身份识别设备转借或赠予他人的**；
- (三)**未按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保审核结算所需信息、数据的**；**未按规定报送医疗保障基金结算清单的**。
- (四)**具备条件但拒不配合医保支付方式改革的**；
- (五)**未按规定在医疗保障行政部门规定的医药采购平台 上采购药品、医用耗材的**；
- (六)营利性非公立医疗机构**开展自立项目前一个月，未按隶属关系向同级医疗保障、卫生健康部门书面备案的**；
- (七)对参保人员**实行不公平、歧视性高价或其他违反价格法、价格政策的**；未履行本协议约定的其他价格相关事项的；
- (八)其他对**医保基金拨付造成影响**，乙方应予以整改的情形。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违约行为及违约责任

第一百零七条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第一百零五条、第一百零六条情形且造成医保基金较大损失，或社会影响较大的，**甲方不予支付或追回已支付的医保费用，处理期间或乙方不配合调查时，甲方可暂停拨付相关费用；乙方向甲方支付违约金，违约金原则上不得超过乙方违规医保费用 的30%：**

- (一)未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名就医的；
- (二)诱导入院、低标准入院等，未严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准，造成医保基金不合理支出的；
- (三)未按规定填报医疗保障基金结算清单，高套分组等，造成基金损失的；
- (四)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的；超出医保目录范围、药品法定适应症及物价规定的限制性要求并纳入医保统筹基金结算范围的；
- (五)未如实记录参保患者意外伤害原因或记录不明确，将应由第三方承担的医疗费用纳入医疗保障基金结算的；
- (六)分解住院、挂床住院的；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的；重复收费、超标准收费、分解项目收费的；串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的；**
- (七)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的；
- (八)未按照医疗保障部门规定的门特病病种认定标准进行认定，或未执行本市门特病医疗保障相关规定，造成医疗保障基金损失的；

违约行为及违约责任

- (九)提供的医保结算数据与实际情况不一致的；未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、检验检查报告、治疗记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，造成无法核实费用发生及结算真实情况的；
- (十)口腔治疗、门诊手术、针灸、康复、推拿、理疗等无治疗记录台账或治疗台账记录与上传费用不一致的；
- (十一)未告知参保人员本机构的医保服务范围，造成参保人员未享受相关医保待遇的；
- (十二)医保药品库、诊疗目录库对照管理混乱，未建立药品、医用材料进销存台账或台账不能做到账账相符、账实相符的；
- (十三)自行线下采购药品、医用耗材，或应急采购擅自超过规定比例等不按规定执行应急采购政策的；
- (十四)乙方提供的票据、费用清单与处方、医嘱、检查结果及病程记录等不吻合，或与实际使用情况不一致的；
- (十五)被认定为医疗事故或存在医疗损害，该次医疗事故及后遗症涉及基金支付的；
- (十六)其他违反医疗保险政策规定，违反《医疗机构管理条例》相关规定及违反行业主管部门政策规定涉及医保基金支付的。
- (十七)乙方向临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等提供第三方服务的医疗机构购买医疗服务的，未向甲方备案的；**
- (十八)其他造成医疗保障基金损失的情形。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违约行为及违约责任

第一百零八条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第一百零七条情形且**造成医保基金较大损失，或社会影响较大的**，或有第一百零七条情形**以骗取医疗保障基金支出为目的**，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，**给予乙方中止医保协议 3-12个月处理**，中止期间发生的医保费用不予结算(可视情况 执行到相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务),并向社会公布中止医保协议情况；乙方向甲方支付违约金，**违约金原则上不得超过乙方违规医保费用的30%**：

- (一)根据协议履行核查和医保绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；
- (二)**未按规定**向甲方及医疗保障行政部门**提供有关数据或者提供数据不真实的**；
- (三)**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的**；
- (四)**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**；
- (五)**门诊特病病种认定出具虚假认定资料的**；
- (六)为参保人员**套取个人账户资金**的；
- (七)**超出《医疗机构执业许可证》诊疗科目或执业地址开展医疗服务并纳入医保基金支付的**；
- (八)**通过出租、出借执业资质等方式，超出《医师执业证书》规定的执业范围和执业地点开展医疗服务并纳入医保基金支付的**；
- (九)**在医学文书、医学证明等资料中伪造、变造医师签名骗取医保基金的**；
- (十)**将科室承包、出租给个人或其他机构的**；
- (十一)法律法规规章规定的应当中止医保协议的其他情形。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违约行为及违约责任

第一百零九条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第一百零五条、第一百零六条、第一百零七条、第一百零八条情形且性质恶劣的，或造成医保基金重大损失的，或社会影响严重的，**甲方不予支付或追回已支付的医保费用，给予乙方解除医保协议处理**（可视情况执行到相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务），并**向社会公布解除医保协议情况**；乙方向甲方支付违约金，**违约金原则上不得超过乙方违规医保费用的30%**：

- (一)医保协议有效期内**累计2次及以上被中止医保协议**或中止医保协议期间**未按要求整改或整改不到位的**；
- (二)以**弄虚作假等不正当手段申请取得定点的**；
- (三)为**非定点医疗机构或处于中止医保协议期间**的医疗机构提供医保费用结算的；
- (四)使用**无相应执业资质人员**开展医疗服务并将相关费用纳入医保基金支付的；
- (五)**拒绝、阻挠或不配合**医疗保障部门开展智能审核、医保绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；
- (六)被发现**重大信息发生变更但未办理**重大信息变更的；
- (七)乙方**停业或歇业后未按规定向甲方报告**的；
- (八)医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现乙方存在**重大违法违规**行为且造成医疗保障基金重大损失的；
- (九)被**吊销**医疗机构执业许可证、诊所备案证或中医诊所备案证的；被行政部门**责令停业**，**限期整改期间仍提供医保服务的**；
- (十)法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有**违法失信**行为的；
- (十一)**未依法履行**医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；
- (十二)因**乙方原因**导致甲方**信息系统或其他医保协议机构信息系统被网络攻击**，发生网络安全事件的；
- (十三)**年度考核不合格**，或其他违反政策规定应当解除协议的；
- (十四)法律法规规章规定的应当解除的其他情形。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

违约行为及违约责任

第一百一十条 对违反医保协议的乙方相关责任人员，根据行为性质和负有责任程度等，按照医保支付资格管理要求进行记分，当记分达到一定分值，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

第一百一十一条 审计、公安、检察院、法院、纪检、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门发现乙方涉嫌存在重大违法违规行、影响医保基金安全等情形，向甲方通报后，甲方可对乙方采取暂停医保费用结算等措施。待有关部门调查完结后，查实乙方存在违反协议约定情形的，甲方依据医保协议作出协议处理。

第一百一十二条 乙方违反医保协议约定的行为，依据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关法律法规给予行政处罚的，甲方应移交同级医疗保障行政部门处理。乙方被追究行政、刑事责任的，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第一百一十三条 甲方或乙方及其工作人员违法泄露参保人员个人信息的，或甲方泄露乙方商业秘密的，按有关法律法规处理。

第一百一十四条 乙方在中止、终止、解除医保协议期间，应在其营业场所显著位置进行公告，并向参保人员解释说明。乙方未公告或解释说明，导致参保人员医疗费用不能纳入医保基金支付范围的，相关责任和后果由乙方承担。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

安全规范用基金 守好人民「看病钱」



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

医保基金
是老百姓的
救命钱

医保基金
是老百姓的
救命钱

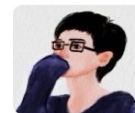


紫藤

江苏 南京



扫一扫上面的二维码图案，加我为朋友。



Miss 李



扫一扫上面的二维码图案，加我为朋友。



南京惠众医保

NAN JING HUI ZHONG YI BAO

谢谢观看

