

甘肃省深化医药卫生体制改革领导小组办公室
甘肃省卫生和计划生育委员会
甘肃省人力资源和社会保障厅
甘肃省发展和改革委员会
甘肃省财政厅

文件

甘医改办发〔2017〕4号

**关于印发《甘肃省城乡居民
基本医疗保险定点医疗机构违约行为基金
扣减办法》的通知**

各市州医改办、卫生计生委、人社局、发改委、财政局：

现将《甘肃省城乡居民基本医疗保险定点医疗机构违约行

为基金扣减办法》印发你们，请认真贯彻执行。



2017年4月6日

甘肃省城乡居民基本医疗保险 定点医疗机构违约行为基金扣减办法

第一章 总 则

第一条 为深入贯彻落实省委、省政府关于实施精准扶贫的战略决策，加强城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）定点医疗机构服务行为管理，保障城乡居民医保基金安全、合规使用，提高基金使用效率，减轻参保群众医疗费用负担，使参保群众享有规范的医疗服务，按照《甘肃省人民政府关于印发甘肃省整合城乡居民基本医疗保险制度实施意见的通知》（甘政发〔2016〕92号，以下简称《92号文件》）和《人力资源社会保障部关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》（人社部发〔2015〕98号，以下简称《98号文件》），特制定本办法。

第二条 加强定点医疗机构医保基金结算管理，利用医保支付手段促进全省城乡居民医保定点医疗机构规范诊疗服务和医疗收费行为，使参保群众得到公平、合理、及时的医疗服务和费用补偿，保障城乡居民医保基金安全、合规、有效使用。

第三条 本办法所称城乡居民医保管理机构，如无特殊说明均指《甘肃省整合城乡居民医保实施意见》中规定的承担城

乡居民医保政策制定、定点医疗机构管理、基金管理、经办管理等任务的主责部门，包括各级医改办、卫生计生部门、人社部门。

第四条 本办法所称城乡居民医保定点医疗机构，如无特殊说明均指按照《92号文件》和《98号文件》要求，与城乡居民医保管理机构签订服务协议，按照城乡居民医保管理有关规定，为参加城乡居民医保的群众提供医疗卫生服务的医疗、保健、康复机构。本办法适用于全省所有城乡居民医保定点医疗机构。

第五条 本办法所称违约行为指城乡居民定点医疗机构违反与城乡居民医保管理机构签订的服务协议的行为，包括违规收费行为和开大处方、乱检查、分解住院、提高自费药品比例、串换药品、串换病种等各种医疗违规行为。

第六条 违规收费行为按三类予以界定和区分：恶意违规收费行为、成本性违规收费行为、项目性违规收费行为。

（一）恶意违规收费行为，指医疗机构、科室，在相关收费标准明确的前提下，对患者实施的违规收费行为。主要表现为重复收费、超标准收费、部分自立项目收费等。

（二）成本性违规收费行为，指同一地区或同等级的医疗机构，因某项医疗服务的实际成本已大于收费标准上限，但未经价格主管部门批准而普遍实施的违规收费行为。主要表现为分解收费、打包收费、高于现有收费标准收费等。

（三）项目性违规收费行为，指某些已申请且事实开展，但一直未予审批通过，且患者、科室、医疗机构三方均有受益的新项目、新技术、新业务，同时其收费标准参照且不高于外省市或同类项目收费标准。主要表现为部分挂靠收费和自立项目收费。

第二章 定点医疗机构管理

第七条 各级城乡居民医保管理机构应当按照《92号文件》中划定的职责和全省统一的城乡居民医保定点医疗机构协议管理办法，按照自愿申请、多方评估、协商签约等规范程序，强化对定点医疗机构诊疗行为的监管，督促定点医疗机构严格履行服务协议，探索实行动态协议管理制度。

第八条 各级卫生计生部门会同人社部门制定定点医疗机构服务协议，服务协议除应包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、违约处理等基本内容外，还要将签约病种、临床诊疗路径、支付方式和结算标准、费用管控、目录外用药控制、即时结报、就诊信息与健康档案对接、违约责任等各项内容纳入协议范围，适应预算管理、付费方式改革、医药价格改革、医保医疗行为监管、异地就医结算等政策和管理要求，并根据医保政策和管理的需要及时补充完善。

第九条 定点医疗机构必须严格执行城乡居民医保各项法

律、法规、政策，主动与同级城乡居民医保管理机构签订服务协议，接受城乡居民医保管理机构监管。服务协议甲方为各级卫生计生部门和人社部门，乙方为定点医疗机构。

第十条 定点医疗机构必须落实患者医疗费用一日清单、目录外药品（诊疗项目）使用知情同意等管理制度，将住院率、转诊率、次均费用及其增长幅度、次均自付费用、自负比率、平均住院日、目录内项目药品使用比例、住院人次数占总诊疗人次比例、住院实际补偿比、大型设备检查阳性率等指标纳入重点评估内容并加强分析监测和预警管理。

第十一条 定点医疗机构应按照诊疗规范和临床路径管理制度的要求，积极为患者提供诊疗服务，严把住院指征关，不得随意放宽入院标准。对同一病种患者出院后两周内再次住院的列为重点可疑病案，由城乡居民医保经办机构组织专家对是否属于分解住院、重复住院等进行严格审核。

第十二条 定点医疗机构应认真落实双向转诊制度。基层医疗机构对于分级诊疗病种以外且无能力救治的病人应及时向上级医疗机构转诊；上级医疗机构对于一般疾病或康复期病人应及时向下一级医疗机构转诊。各级城乡居民医保管理机构对合理的转诊病人应及时办理转诊手续。

第十三条 定点医疗机构必须按照《处方管理办法》（卫生部令第53号）、《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第84号）要求，合理、规范使用药品，遵循诊疗规范及技

术操作规程，做好处方点评工作，坚决杜绝不合理用药、开大处方、搭车开药、串换药品、病历造假等行为，保障医疗质量和医疗安全。按照原卫生部《医院处方点评管理规范》认真开展处方（含住院医嘱）点评活动。病房医嘱单的抽样率（按出院病历数计）不少于 1%，且每月点评出院病历绝对数不应少于 30 份。

第十四条 各级城乡居民医保定点医疗机构要严格执行分级分工制度，按照分级诊疗制度相关要求，努力提高服务能力和水平，满足广大人民群众的就医需求。不得推诿病人和随意转诊，更不得要求未治愈的病人出院。

第十五条 各级城乡居民医保定点医疗机构应以新农合“一卡通”、居民健康卡、社会保障卡作为参保身份的识别载体并全面使用，不得以任何借口扣留，更不得私自刷卡套取城乡居民医保基金。

第十六条 各级城乡居民医保定点医疗机构在为患者提供医疗服务的过程中，应在保证医疗质量和安全的前提下主动控制费用，严禁过度医疗，防止医疗费用不合理增长。不得因控费而减少必要的检查和用药，也不得进行非诊疗需要的重复检查、大型医疗设备检查等过度医疗。

第十七条 省、市（州）级城乡居民医保定点医疗机构应以治疗重大疾病和疑难危重病人为主，一般病种应积极转诊至患者居住地医疗机构治疗，并做好分级诊疗病种报销政策宣传，

原则上不得接诊县、乡两级分级诊疗病种患者。

第三章 保障措施

第十八条 城乡居民医保定点医疗机构监管分为日常监管、抽查和稽查等形式。

日常监管由经办机构根据城乡居民医保网上监管系统监测情况、日常病例审核情况等开展。

抽查由各级医改办会同有关部门组织开展。原则上，县级医改办应组织卫生计生部门、人社部门，每季度对定点医疗机构抽查一次；市级医改办应组织卫生计生部门、人社部门，每半年对定点医疗机构抽查一次；省医改办应组织卫生计生部门、人社部门，每年对定点医疗机构抽查一次。

稽查主要由城乡居民医保管理机构针对重点问题不定期组织核查。

第十九条 对违反城乡居民医保政策规定、侵害参保群众利益及侵占城乡居民医保基金的行为，任何单位或个人均可向各级医改办、卫生计生部门、人社部门、卫生计生综合监督机构进行举报。经查实的举报，对举报人按相关规定给予 100-500 元不等的经济奖励，所需经费由同级财政核拨。受理部门要对举报人的姓名、住址、电话等个人信息严格保密，切实维护举报人的合法权益。

第二十条 有奖举报的范围包括：未参保人员冒用他人参

保身份就诊，骗取城乡居民医保基金的；参保群众出借就诊卡，给他人骗取城乡居民医保基金提供便利的；参保群众涂改或伪造发票、病历等补偿材料骗取城乡居民医保基金的；定点医疗机构及其工作人员伪造补偿材料、虚增费用，向患者提供虚假证明或套取城乡居民医保基金的；定点医疗机构及其工作人员不验证、不核对病人身份，或为冒名就诊提供方便的；定点医疗机构不按病情需要收治住院病人，有意过度使用城乡居民医保基金的；城乡居民医保经办机构工作人员滥用职权、徇私舞弊造成城乡居民医保基金损失的；其他违反城乡居民医保政策的行为。

第四章 违约行为处理

第二十一条 各级城乡居民医保管理机构应参考本办法附件中所定义的违约行为及相应扣减措施，结合当地实际制定适应本地区实际情况的具体违约行为及扣减实施细则，并纳入与定点医疗机构签订的服务协议中。

第二十二条 对在日常监管、抽查和稽查中发现的违约行为，按照“谁发现、谁报告”的原则，由各级卫生计生部门和人社部门根据检查结果分别向同级医改办出具扣减建议，经医改办审核后通知同级城乡居民医保经办机构进行扣减。城乡居民医保经办机构应向定点医疗机构出具书面扣减通知，内容包括扣减机构名称、扣减事由、扣减金额、退款单位名称及账号、

退款期限等。对省、市级定点医疗机构扣减的经费根据住院患者来源按结构比例分解到相关市、县予以扣减。扣减基金应统一归入城乡居民医保基金专户，集中管理，专款专用。患者因定点医疗机构违约行为而多支出的费用，扣除城乡居民医保已报销部分费用，剩余部分费用由当地城乡居民医保管理机构核实后予以退还。

第五章 附 则

第二十三条 本办法自 2017 年 5 月 1 日起执行，有效期两年。原《甘肃省新农合定点医疗机构违约行为基金扣减办法》同时作废。

第二十四条 本办法由省医改办、省卫生计生委、省人社厅、省发改委、省财政厅负责解释。

附件

甘肃省城乡居民医保定点医疗机构 违约行为及扣减措施

一、定点医疗机构要严格执行城乡居民医保支付方式改革制度，包括门诊特殊疾病、住院单病种、重大疾病、分级诊疗等制度实行的分病种确定额度、按比例补偿、年度累计封顶、总额预付等支付方式，超过规定限额标准的费用由收治医疗机构承担，并在城乡居民医保基金报销额中扣减超额部分费用3%-5%。

二、对正文第六五条中规定的一类违规行为，扣减违规行为总费用的5倍；对二、三类违规行为，应根据情况扣减违规行为总费用的2-5倍。

三、严格控制住院患者自付费用比例，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）自费药品费用比例控制在5%以内，市、县级定点医疗机构控制在10%以内，省级定点医疗机构控制在15%以内。使用目录外药品在控制比例范围以内但没有落实患者知情同意制度的，目录外药品费用由医疗机构承担。使用目录外药品在控制比例范围以外的，除目录外药品费用由医疗机构承担外，扣减目录外药品费用的5倍。

四、大型检查项目阳性符合率低于同级协议医疗机构平均值的，扣费金额等于检查项目费用乘以上次检查之日至此次检

查日之间出院总人数再乘以降低的百分点数。

五、年平均住院天数控制不合格的，每超过一天，以该院本年度城乡居民医保补偿款为基数，折算出城乡居民医保患者平均每一住院天数基金补偿额，据实扣减，以此类推。

六、定点医疗机构突破单病种和重大疾病费用限额的，超出部分费用由医疗机构承担，不得向患者收取超出部分的费用，如另外收取，扣除超出部分 2 倍-5 倍的费用。

七、村卫生室违规输液的、开具大处方的（突击取药）或已收取一般诊疗费后另收注射针管等费用的，按违规行为总费用的 5 倍予以扣减。定点药店使用社保卡刷取生活用品等非城乡居民医保支付项目的，或销售和使用假药、劣药和过期药品的，或采取虚报、伪造、串换、盗用等各种违规形式套取城乡居民医保基金的，按违规行为总费用的 5 倍予以扣减。

八、对定点医疗机构和相关人员通过虚增住院天数、虚报门诊或住院人次、挂床住院、分解住院、巧立名目收费、重复收费、乱检查、过度医疗、伪造医疗文书及报销凭证套取城乡居民医保基金的，按违规行为总费用的 5 倍予以扣减。

九、对未严格执行分级诊疗制度，查实有推诿或违规转诊分级诊疗病种患者的，乡镇卫生院每例扣减 300 元，县级医院每例扣减 1000 元。

十、对未落实分级分工制度的，查实接诊属于下级医疗机构诊治的病种，且未落实审查转诊手续和告知义务的，省级定

点医疗机构每例扣减 3000 元，市级定点医疗机构每例扣减 2000 元，县级定点医疗机构每例扣减 1000 元。自费患者（包括未参加城乡居民医保的患者和参加城乡居民医保但自愿放弃医保报销的患者）不受以上规定限制，定点医疗机构在接诊自费患者时须向患者告知医保不予报销政策，签订自费协议并留底备查。

县、乡级定点医疗机构（或统筹地区城乡居民医保管理机构认定可以收治分级诊疗病种患者的医疗机构）可以接诊不在本地参合但长期在本地居住、在本地务工和急诊入院的分级诊疗病种患者，可接诊病种范围以患者参合地城乡居民医保管理机构制定的同级别医疗机构分级诊疗病种为准，不视为违约。

十一、定点医疗机构对未治愈的患者要求其出院的病例，城乡居民医保经办机构可组织专家调阅病历，认真进行核查，如发现有乱收费、乱检查、开大处方等违规行为的，应按照该病例治疗总费用的 5 倍予以扣减。

十二、城乡居民医保管理机构发现定点医疗机构存在违约行为，并出具书面通知后，定点医疗机构应按照通知要求的时限退回应扣减的违约金（退款期限原则上在 30 日内）。未按期退回的，城乡居民医保管理机构及经办机构可从该医疗机构总额预付费用或患者报销回款中给予 2 倍扣减。

十三、对发现以上违约行为的定点医疗机构，一经发现要严肃查处，按照《甘肃省医疗机构不良执业行为积分管理办法》记不良执业行为记分，通报相关违规行为，情节严重的除扣减

相应的费用外，还要暂停或取消定点协议。对发现以上违约行为的医务人员，按照《甘肃省医务人员不良执业行为积分管理办法》记不良执业行为记分，通报相关违规行为，情节严重的依法吊销执业资格。构成犯罪的医务人员及医疗机构负责人，应移交司法部门依法处理。

十四、发现定点医疗机构有其他违规行为的，各级城乡居民医保管理机构可根据情况，采取约谈医疗机构负责人，适当扣减城乡居民医保违约经费，直至暂停或取消城乡居民医保医疗机构定点协议等措施。

