

SDPR-2019-0430009

山东省医疗保障局文件

鲁医保发〔2019〕95号

关于印发《山东省医疗保障基金监督管理办法（试行）》的通知

各市医疗保障局：

《山东省医疗保障基金监督管理办法（试行）》已经省局办公会研究通过，现印发给你们，请结合当地实际，认真贯彻执行。



（此件主动公开）

山东省医疗保障基金监督管理办法（试行）

第一章 总则

第一条 为加强医疗保障基金监督管理，维护基金安全，提高基金使用效率，根据《中华人民共和国社会保险法》、《山东省人民政府办公厅关于打击欺诈骗保维护医疗保障基金安全的意见》等有关法律、法规、规定，结合本省实际，制定本办法。

第二条 医疗保障基金监管遵循公开、公平、公正原则，坚持预防与查处、激励与处罚相结合。

第三条 本办法适用于全省行政区域内医疗保障基金的管理、使用、监督。

本办法所称的医疗保障基金（以下简称医保基金）是指由医疗保障部门管理的职工基本医疗保险、居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助等基金。

职工和居民大病保险、长期护理保险、职工大额医疗补助、公务员医疗补助以及其他医疗保障资金的监督管理，参照本办法执行。

第四条 县级以上医疗保障行政部门负责本行政区域内的医保基金监管工作，健全医保基金监督管理制度，完善医保基金监

管信息系统，加强基金监管稽核执法能力建设，严厉打击欺诈骗取医保基金行为，切实保障医保基金安全。

第二章 监管内容

第五条 医疗保障行政部门行政监管与医疗保障经办机构稽查审核应在各自职责范围内做好医保基金监督管理工作。

第六条 医疗保障行政部门对医疗保障经办机构履行职责情况进行监督，主要包括：

（一）根据国家有关基金预决算制度、财务会计制度，建立健全医保基金内控考核、监督审计、智能审核等内部工作机制。完善基金收支管理核算，严格医保基金支出审核；

（二）建立与医药机构谈判协商机制，依法签订并全面履行医保定点服务协议；

（三）依照协议约定对定点医药机构的服务行为开展稽查审核；

（四）依照协议约定对定点医药机构违约行为进行处理，需要给予行政处罚的，报告同级医疗保障行政部门；

（五）不得通过伪造变造证明材料等方式骗取、侵占、挪用医保基金；

（六）法律法规和服务协议规定的其他事项。

第七条 医疗保障部门对协议定点医药机构（以下简称定点医药机构）及其工作人员提供医疗保障服务情况进行监管，主要内容包括：

（一）严格履行医疗保障管理规定和协议约定；

（二）按要求向医疗保障部门报送监管所需信息，并对信息的真实性和完整性负责；

（三）向参保人员及医疗救助对象出具医药费用详细单据及相关资料；

（四）核验参保人员及医疗救助对象的医疗保障有效凭证，做到人证相符；

（五）对涉嫌欺诈骗保的行为予以制止，并向医疗保障行政部门报告；

（六）不得伪造变造处方、病历、治疗检查记录、药品和医疗器械出入库记录、财务账目等材料骗取医保基金；

（七）医疗保障监管的其他事项。

第八条 医疗保障部门对参保人员及医疗救助对象使用医保基金就诊、购药情况进行监管，具体内容如下：

（一）持本人医疗保障有效凭证就诊、购药并主动出示，不得将本人医疗保障有效凭证出租（借）给他人；

（二）不得伪造变造证明材料等方式骗取医保基金；

（三）医疗保障监管的其他事项。

第三章 预算管理

第九条 医疗保障部门应建立健全医保基金安全责任制、风险预警机制、应对预案及要情报告等制度。

第十条 医保基金严格按照规定编制年度收支预算并执行。遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，实行收支两条线、纳入财政专户管理，分别建账、分别核算、分别计息、专款专用。

医疗救助资金应按照专款专用的原则进行管理和使用。

第十一条 医保基金当年收不抵支时，所需资金按以下渠道筹集：

（一）建立基金风险金的统筹地区，由统筹地区按程序调剂安排；

（二）历年滚存结余；

（三）申请同级财政给予补贴；

（四）其他资金来源。

第四章 协议管理

第十二条 按照合理布局、满足需求、有进有出、动态管理、总量控制、有所增长、强化监管的原则，依据区域内医药服务资

源、服务人口、基金支撑能力以及参保人员医疗需求等因素，科学制定定点医药机构区域布局规划，并统一向社会发布。

第十三条 建立医药机构协议管理纳入评估机制。根据对医药机构的类型、服务能力等评估情况，签订医保定点服务协议，并实行定点医药机构分类管理，明确双方的权利义务，规范医保医疗服务行为。

服务协议应包括服务范围、服务规模、服务质量、服务规范、费用结算、医保支付标准、医药服务价格、药品医用耗材招标采购使用及货款结算、医疗服务监管、数据信息对接、稽查审核、智能监控、违约处理、协议时限等内容。

第十四条 医疗保障经办机构根据定点医药机构违约行为的性质和情节严重程度，分别或同时给予警示约谈、限期整改、拒付费用、暂停结算、追回基金、暂停协议、解除协议等处理，可同时暂停医保医师服务资格、暂停科室结算等。

具有以下情形之一且情节严重的，可解除服务协议：

（一）以虚记费用、串换药品或诊疗项目等方式，故意骗取医保基金的；

（二）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；

（三）为非定点医疗机构、暂停协议医疗机构或其他机构提供医保基金费用结算的；

(四)协议履行期内累计3次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的;

(五)被吊销《医疗机构执业许可证》或者《事业单位法人证书》、《民办非企业单位登记证书》、《营业执照》的;

(六)拒绝、阻挠或不配合监督检查的;

(七)其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

对被解除协议的定点医药机构,3年内医疗保障经办机构不得与其签订服务协议。

第十五条 医疗保障经办机构要加强定点医药机构履行协议的日常管理,完善协议考核办法,及时处理协议违规情形,增强协议约束力。

第五章 稽查审核

第十六条 医疗保障经办机构根据医保政策规定和服务协议约定,开展医疗保障基金稽查审核(以下简称稽核)工作,采取现场稽核、非现场稽核等方式,对定点医药机构和参保人员发生的医疗费用以及相关医疗服务行为,进行日常稽核、专项稽核和重点稽核。

医疗保障经办机构应当制定稽查审核工作计划并实施日常稽核。根据群众投诉举报、智能监控数据筛查等,对特定对象和

内容进行专项稽核、重点稽核。

第十七条 医疗保障经办机构开展稽核工作，可以行使下列职责：

(一) 对被稽核单位的医疗文书、财务账簿、统计报表、数据信息等进行核查；

(二) 对与医保基金有关的问题和情况进行调查；

(三) 对与医疗保障有关的资料进行记录、录音、录像、照相和复制；

(四) 询问相关人员并制作询问笔录。

(五) 稽核期间，可暂停被稽核对象医保结算。

定点医药机构和参保人员在接受稽核时，应予以配合，按要求提供所需资料，不得拒绝检查、虚报、谎报、瞒报。

第十八条 医疗保障经办机构实施稽核时，应当按照下列程序进行：

(一) 根据稽核的内容、目的确定稽核方式，可以不事先通知被稽核对象；

(二) 稽查审核时应有两名或两名以上的稽核人员共同进行，出示稽核通知书及稽核人员身份证明；

(三) 对稽核情况制作笔录，笔录应当由稽核人员、被询问人和被稽核单位法定代表人（或法定代表人委托的代理人）签名或盖章，拒不签名或盖章的，应注明拒签原因；

(四)在稽核结束后,向被稽核对象反馈稽核结果,对发现存在违反协议行为的,提出处理意见,被稽核对象应当在限定期限内予以改正。

第十九条 医疗保障经办机构稽核人员与当事人有直接利害关系的,应当回避。

第二十条 医疗保障经办机构在稽核中发现的违规违约行为,应依据协议约定对协议定点医药机构进行处理;对涉嫌骗取医保基金违法行为,应及时报告同级医疗保障行政部门。

第二十一条 承担医疗保障征缴职责的医疗保障经办机构,负责对医保基金缴纳情况进行稽核。

第六章 行政监管

第二十二条 医疗保障行政部门按照“双随机、一公开”方式对医保基金进行日常执法检查。对群众举报投诉、上级部门交办、社交媒体曝光、医疗保障经办机构和其他部门移交的线索,进行重点检查。

执法检查采取日常检查和专项检查、现场检查和非现场检查等方式进行。省级医疗保障行政部门对重大违法线索,可组织开展行政区域内飞行检查。

第二十三条 医疗保障行政部门可以委托基金监管执法机构

开展日常执法检查。

医疗保障行政部门可以聘请第三方机构对医保基金收支管理情况进行调查。

第二十四条 医疗保障行政部门对医疗保障经办机构、受委托的检查机构遵守医疗保障法律法规的情况实施监督。

第二十五条 行政执法人员在执法检查时不得少于两人，并应当向当事人或者有关人员出示执法证件。

执法人员与当事人有直接利害关系的，应当回避。

第二十六条 医疗保障行政部门对医保基金实施执法检查，有权采取下列措施：

（一）查阅、记录、复制与医保基金收支、管理相关的资料；

（二）询问与调查事项有关的单位和个人，要求其对与调查事项有关的问题作出说明、提供有关证明材料，并制作询问或者检查笔录；

（三）对隐匿、转移、侵占、挪用医保基金行为及时予以制止并责令改正；

（四）对可能被转移、隐匿或者灭失的资料予以先行登记保存或封存。对先行登记保存的，在7日内作出处理；对封存的，在30日内作出处理。

第二十七条 医疗保障行政部门及其工作人员不得泄露当事人的个人隐私和商业秘密，不得将获得的资料或了解的情况用于

医保基金监管以外的其他用途。

第二十八条 医疗保障行政部门可对本行政区域内医保医疗保障经办机构、定点医药机构、参保个人等相关责任人，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保基金支出的行为，给予行政处罚。

第二十九条 医疗保障行政部门对重大行政执法案件实行集体审议会议制度，重点审议重大行政执法行为主体、事实及证据、法律适用、执法程序、处罚裁量等事项。案件承办机构及人员应当按照集体审议决定，履行法定程序，作出行政处理、处罚决定，并按照规定期限和程序向当事人送达行政处理、处罚决定书。

第三十条 医疗保障行政部门应责令骗取医保基金的单位和个人，退回骗取的医保基金。

第三十一条 医疗保障行政部门对骗取医保基金支出的单位和个人，原则上根据欺诈骗取金额，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款：

（一）金额在 5000 元以下的，处骗取数额 2 倍以上 3 倍以下罚款：

（二）金额在 5000 元（含）以上 10000 元以下的，处骗取数额 3 倍以上 4 倍以下罚款：

（三）金额在 10000 元（含）以上 20000 元以下的，处骗取数额 4 倍以上 5 倍以下罚款：

（四）金额在 20000 元（含）以上的，处骗取数额 5 倍罚款。

欺诈骗取医疗救助资金的，按照《社会救助暂行办法》（国务院令 第 649 号）规定，处以 1 倍以上 3 倍以下罚款。

第三十二条 医疗保障行政部门对存在主动退回、及时整改和社会危害程度较轻等情形的单位和个人，可以从轻、减轻或免于处罚。

第三十三条 单位和个人具有以下违法违规情形的，应当从重处罚。

（一）转移、隐匿、销毁相关证据资料，拒不接受执法检查的；

（二）欺诈骗取数额巨大，造成恶劣社会影响的；

（三）组织、诱导他人骗取医保基金的；

（四）其他严重危害医保基金安全的违法行为。

第三十四条 对骗取医保基金单位和个人涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。对于已移送司法机关的欺诈骗保案件线索，医疗保障行政部门应当及时跟踪案件线索办理进展情况。

第三十五条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构和受委托的检查机构及其工作人员违规违法、失职渎职的，移交有关部门追责问责；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章 社会监督

第三十六条 医疗保障部门建立健全定点医药机构、医保医

师、参保人的信用管理制度，规范医药机构、医务人员的医保服务行为，强化医保信用管理约束力。

第三十七条 医疗保障部门将违反医保规定和服务协议的定点医药机构、医保医师、参保人和其他相关责任人，纳入严重失信“黑名单”，及时向社会公布，并纳入公共信用信息平台，实现跨地区、跨行业、跨领域联合惩戒。

第三十八条 医疗保障部门应畅通社会监督渠道，及时受理、查处医保基金领域违法违规行为的投诉举报。建立欺诈骗保举报奖励制度，鼓励和支持自然人、法人和其他组织举报医保基金使用违法违规违约行为。

第三十九条 医疗机构、药品经营单位等医疗保障服务机构、行业协会应当加强行业自律，积极参与医保基金监督。

第四十条 医疗保障部门可设立社会监督员，广泛听取社会公众对医保基金监督工作意见和建议，发挥好社会监督作用。

第八章 附则

第四十一条 本办法所称定点医药机构，是指与医保医疗保障经办机构签订医保服务协议的定点医疗机构和定点零售药店。

本办法所称医保医师，包括定点医疗机构执业医师（含可单独执业的助理执业医师）、药师（士）、护师（士）和定点零售药店执业药师等。

本办法所称违法违规违约费用，是指单位或个人违反医疗保障法律、法规、政策规定及服务协议约定，导致医保基金不应当支出的费用。

第四十二条 追回退回的医保基金，应根据《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》退回至相应的医保基金专户，罚没收入应按规定上缴国库。

第四十三条 承办医疗保障服务的单位，以及参与医保基金管理的第三方机构，参照本办法监管。

本办法自 2020 年 1 月 4 日起施行，有效期至 2022 年 1 月 3 日。

山东省医疗保障局办公室

2019年12月4日印发
