



扫码获取《医疗保障基金使用监督管理条例》全文



“码”上进入湘潭医保官网

**举报电话：**

湘潭市医疗保障局 55576618

湘潭县医疗保障局 57775272

湘乡市医疗保障局 52265818

韶山市医疗保障局 55689682

雨湖区医疗保障局 58205975 58205099

岳塘区医疗保障局 55568056



中国医疗保障

CHINA HEALTHCARE SECURITY

《医疗保障基金使用监督管理条例》

《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》

问答手册

湘潭市医疗保障局

# CONTENTS

## 目录

### 导语

2021年1月5日，国务院总理李克强签署第735号国务院令，公布《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》），《条例》自2021年5月1日起正式施行。

2020年12月30日，国家医疗保障局局长胡静林签署第2号令、3号令，公布《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》（以下分别简称《医疗机构定点办法》、《药店定点办法》），均自2021年2月1日起施行。

为了使相关机构更加明确各自权利、义务及法律责任，我们编写了本问答手册，确保各相关机构贯彻落实好各项医保政策、法规。

湘潭市医疗保障局

2022年3月

- 一、《条例》的适用范围有哪些？ 1
- 二、医疗保障经办机构有哪些权利？ 1
- 三、医疗保障经办机构有哪些义务？ 2
- 四、医疗保障经办机构违反《条例》规定的法律责任有哪些？ 2
- 五、定点医药机构有哪些权利？ 4
- 六、定点医药机构有哪些义务？ 6
- 七、定点医药机构违反《条例》规定，将受到哪些惩罚？ 7
- 八、定点医疗机构具有《医疗机构定点办法》规定的哪些情形时，经办机构应中止医保协议？ 13
- 九、定点医疗机构具有《医疗机构定点办法》规定的哪些情形时，经办机构应解除医保协议？ 13
- 十、定点零售药店具有《药店定点办法》规定的哪些情形时，经办机构应中止医保协议？ 14
- 十一、定点零售药店具有《药店定点办法》规定的哪些情形时，经办机构应解除医保协议？ 15

## 一、《条例》的适用范围有哪些？

答：《条例》适用于中华人民共和国境内基本医疗保险（含生育保险）基金、医疗救助基金等医疗保障基金使用及其监督管理。

此外，职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金使用的监督管理，参照本条例执行。居民大病保险资金的使用按照国家有关规定执行，医疗保障行政部门应当加强监督。

## 二、医疗保障经办机构有哪些权利？

答：医疗保障经办机构有如下权利：

（一）应当与定点医药机构建立集体谈判协商机制，合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限，并根据保障公众健康需求和管理服务的需要，与定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。

（二）可以督促违反协议的定点医药机构履行服务协议，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至解除服务协议。

（三）根据医疗保障行政部门的要求，暂停涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的定点医药机构的医疗保障基金结算，暂停违法违规使用医疗保障基金的参保人员一定期限的联网结算。

## 三、医疗保障经办机构有哪些义务？

答：医疗保障经办机构有如下义务：

（一）应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作，并定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

（二）应当及时向社会公布签订服务协议的定点医药机构名单。

（三）应当按照服务协议的约定，及时结算和拨付医疗保障基金。

（四）不得收受贿赂或者取得其他非法收入。

（五）不得通过伪造、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。

（六）不得侵占或者挪用医疗保障基金。

（七）不得将工作中获取、知悉的被调查对象资料或者相关信息用于医疗保障基金使用监督管理以外的其他目的，不得泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密。

## 四、医疗保障经办机构违反《条例》规定的法律责任有哪些？

答：医疗保障经办机构违反《条例》规定，将承担如下法律责任：

（一）有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

1. 未建立健全业务、财务、安全和风险管理制度；
2. 未履行服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等职责；
3. 未定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况。

(二)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，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

(三)收受贿赂或者取得其他非法收入的，没收违法所得，对有关责任人员依法给予处分；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

(四)违反本条例规定，侵占、挪用医疗保障基金的，由医疗保障等行政部门责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

(五)泄露、篡改、毁损、非法向他人提供个人信息、商业秘密的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

(六)违反本条例规定，构成违反治安管理行为的，依法给予治安管理处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

违反本条例规定，给有关单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任。



### 相关案例 1

### 经办人员伪造资料骗取医保基金

罗某 2020 年就职于 A 市社保局，利用职务之便制作出院证明、费用清单、发票等虚假凭证，并指使他人谎报医疗费用，骗取医保基金 80 余万元。当地医疗保障主管部门责令罗某退回骗取金额，并处相应罚款；撤销罗某职务，移交公安机关；对罗某的直接负责主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。



### 相关案例 2

### 经办人员受贿与不履职

张某在 B 市医保经办机构担任监管科科长职务时，利用职务之便收受辖区多家医疗机构贿赂，在日常抽查和集中检查的监管过程中，不严格按照相关规定进行管理，放任行贿的医疗机构骗取巨额医保基金。对张某给予相应行政处分，没收违法所得，移交司法机关，判处有期徒刑四年四个月，并处相应罚金。

## 五、定点医药机构有哪些权利？

答：定点医药机构有如下权利：

### (一)集体谈判协商并签订服务协议

医疗保障经办机构应当与定点医药机构建立集体谈判协商机制，合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限，并根据保障公众健康需求和管理服务的需要，与定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。

### (二)督促医保经办部门履约的权利

定点医药机构有权要求违反服务协议的医疗保障经办机构纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改。

### (三) 陈述、申辩权

1. 定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至解除服务协议；定点医药机构及其相关责任人员有权进行陈述、申辩。

2. 医疗保障行政部门对违反本条例的行为作出行政处罚或者行政处理决定前，应当听取当事人的陈述、申辩。

### (四) 申请行政复议或者提起行政诉讼的权利

1. 医疗保障经办机构违反服务协议的，定点医药机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

2. 医疗保障行政部门作出行政处罚或者行政处理决定，应当告知当事人依法享有申请行政复议或者提起行政诉讼的权利。

### (五) 信息被保护权利

医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、会计师事务所等机构及其工作人员，不得将工作中获取、知悉的被调查对象资料或者相关信息用于医疗保障基金使用监督管理以外的其他目的，不得泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密。

### (六) 举报、投诉的权利

有权对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉。医

疗保障行政部门应当畅通举报投诉渠道，依法及时处理有关举报投诉，并对举报人的信息保密。对查证属实的举报，按照国家有关规定给予举报人奖励。

## 六、定点医药机构有哪些义务？

答：定点医药机构有如下义务：

(一) 应当加强行业自律，规范医药服务行为，促进行业规范和自我约束，引导依法、合理使用医疗保障基金。

(二) 应当按照规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益。

(三) 应当建立医疗保障基金使用内部管理制度，由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作，建立健全考核评价体系。

(四) 应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

(五) 应当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，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得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，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

(六) 应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

(七)应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料,及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据,向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息,向社会公开医药费用、费用结构等信息,接受社会监督。

(八)不得收受贿赂或者取得其他非法收入。

(九)不得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。

(十)不得通过伪造、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。

(十一)不得侵占或者挪用医疗保障基金。

(十二)涉嫌骗取医疗保障基金支出的定点医药机构应当配合医疗保障行政部门调查。

## 七、定点医药机构违反《条例》规定,将受到哪些惩罚?

答:定点医药机构违反《条例》规定,将收到如下惩罚:

(一)国务院医疗保障行政部门应当建立定点医药机构、人员等信用管理制度,根据信用评价等级分级分类监督管理,将日常监督检查结果、行政处罚结果等情况纳入全国信用信息共享平台和其他相关信息公示系统,按照国家有关规定实施惩戒。

(二)定点医药机构违反服务协议的,医疗保障经办机构可以督

促其履行服务协议,按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务,直至解除服务协议。

(三)定点医药机构有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;造成医疗保障基金损失的,责令退回,处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款;拒不改正或者造成严重后果的,责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理:

1. 分解住院、挂床住院;
2. 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;
3. 重复收费、超标准收费、分解项目收费;
4. 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施;
5. 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;
6. 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;
7. 造成医疗保障基金损失的其他违法行为。



### 相关案例 3

### 分解住院

2020年,M市医保部门发现辖区X乡镇卫生院的病人住院情况异常。医保部门通过检查住院记录发现,11月,该卫生院有30

余名患者住院 70 余次；12 月该卫生院有 200 余名患者住院 400 余次。每名患者短期内均有多次住院记录，绝大多数患者两次住院记录相隔在一两天之内。医保部门认定 X 乡镇卫生院分解住院，责令其改正，退回相应医保资金，并处以相应罚款。



#### 相关案例 4 挂床住院

2019 年，N 市医保部门在检查辖区 Y 定点医院 1-9 月职工在本院办理住院记录以及考勤报表时表现，其中个别员工有住院记录，但是住院期间为全勤，其所在科室排班表均显示在岗。经核实，员工确实因生病住院治疗，但白天仍然正常上班，N 市医保部门认定该情况为挂床住院。N 市医疗保障行政部门责令改正，并约谈该院法定代表人；当地医疗保障行政部门责令退回造成医疗保障基金损失金额，并处相应罚款。



#### 相关案例 5 过度检查

国家医保局在 L 市开展飞行检查过程中病历核查时发现，B 医院检验科所有血细胞检验中均出现网织红细胞测定项目，存在过度检查的行为。当地医疗保障行政部门责令 B 医院退回损失金额，并处以相应罚款。



#### 相关案例 6 重复收费

I 市医保部门检查发现，E 医院医生在为病人诊疗过程中开具多个检查包，其中包含重复检查项目，造成重复收费。医保部门责令其退回重复收费金额，并处以相应罚款。



#### 相关案例 7 分解项目收费

J 市 P 医院眼科在进行“白内障超声乳化摘除术 + 人工晶体植入术”时，同时收取前房成形术的费用。根据相关文件要求，手术过程中按医疗路径必须的单个操作，术中不得分解计费。据此，J 市医保部门认定该情况下的前房成形术费用为分解收费。责令 P 医院退回损失金额，并处以相应罚款。

(四) 定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；拒不改正的，处 1 万元以上 5 万元以下的罚款；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

1. 未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作；
2. 未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料；
3. 未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据；
4. 未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；
5. 未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；
6. 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；
7. 拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

(五) 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的, 由医疗保障行政部门责令退回, 处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款; 责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务, 直至由医疗保障经办机构解除服务协议; 有执业资格的, 由有关主管部门依法吊销执业资格:

1. 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;
2. 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;
3. 虚构医药服务项目;
4. 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的, 实施了本问第(三)条行为之一, 造成医疗保障基金损失的, 按照本条规定处理。



### 相关案例 8

### 诱导住院

D 市 R 医院于 2020 年 1 月至 6 月, 采取免收病人自付费用、车辆接送、出院赠送棉被和药品等方式诱导病人住院, 通过多记、虚记费用的方式骗取医保基金 9.03 万元。医保部门追回起违法违规费用 9.03 万元, 并处 5 倍罚款 45.15 万元, 取消该院医保定点医疗机构资格。卫生健康部门吊销该院《医疗机构执业许可证》, 并处罚款 34.2 万元。公安部门依法逮捕 2 人, 取保候审 1 人。



### 相关案例 9

### 以骗保为目的串换诊疗项目违反本问第(三)条规定

X 市医保局接到举报, F 医院存在串换诊疗项目的行为。开展飞行检查时, 对该院收费项目进行分类汇总, 梳理出结算数量较大、结算费用较高的项目 B 型钠尿肽(BNP), 并对该院开展所使用的试剂类型以及进销存情况进行核查, 发现 BNP 相应试剂的入库出库数量均少于结算数量, 通过调取多份收取 BNP 费用的病史, 发现其中部分病史的检验报告结果为 N 端-B 型钠尿肽前体(NT-ProBNP)。通过现场走访科室调查了解, 该院为在开展 NT-ProBNP 项目时均串换为 BNP 项目, 以骗取医保基金。当地医疗保障行政部门责令该医院退回骗取的医保基金, 并处相应罚款, 暂停临床开单科室与检验科室 6 个月医保结算。

(六) 造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的, 其法定代表人或者主要负责人 5 年内禁止从事定点医药机构管理活动, 由有关部门依法给予处分。

(七) 构成违反治安管理行为的, 依法给予治安管理处罚; 构成犯罪的, 依法追究刑事责任。

(八) 给有关单位或者个人造成损失的, 依法承担赔偿责任。



## 八、定点医疗机构具有《医疗机构定点办法》规定的哪些情形时，经办机构应中止医保协议？

答：定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

- （一）根据日常检查和绩效考核，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）未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；
- （三）根据医保协议约定应当中止医保协议的；
- （四）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

## 九、定点医疗机构具有《医疗机构定点办法》规定的哪些情形时，经办机构应解除医保协议？

答：定点医疗机构有以下情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单：

- （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）经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；
- （四）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；
- （五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、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）定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；
- （八）医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；
- （九）被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；
- （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）定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的；
- （十三）根据医保协议约定应当解除医保协议的；
- （十四）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

## 十、定点零售药店具有《药店定点办法》规定的哪些情形时，经办机构应中止医保协议？

答：定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

- （一）根据日常检查和绩效考核，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）未按规定向医疗保障行政部门及经办机构提供有关数据或提供数据不真实的；
- （三）根据医保协议约定应当中止医保协议的；
- （四）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

## 十一、定点零售药店具有《药店定点办法》规定的哪些情形时，经办机构应解除医保协议？

答：定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的零售药店名单：

（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）发生重大药品质量安全事件的；

（三）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（四）以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保障基金的；

（五）将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；

（六）为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的；

（七）将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

（八）拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核等，情节恶劣的；

（九）被发现重大信息发生变更但未办理变更的；

（十）医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现定点零售药店存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

（十一）被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；

（十二）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十三）法定代表人、企业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；

（十四）因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协议；

（十五）定点零售药店主动提出解除医保协议且经经办机构同意的；

（十六）根据医保协议约定应当解除协议的；

（十七）法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。



### 相关案例10

### 提供数据不真实

X市医保部门开展“双随机 一公开”检查，发现某药店销售和上传医保信息系统的药品不一致，存在提供数据不真实的行为。当地医保部门予以中止医保协议2个月，责令该药店整改，退回相应医保资金。