# 海南省医疗保障基金监督管理办法

（征求意见稿）

目  录

第一章  总    则

第二章  基金筹集与使用

第三章  监督管理

第四章 法律责任

第五章  附　　则

**第一章　总 则**

第一条　为了加强医疗保障基金监督管理，保障基金安全，促进基金有效使用，维护公民医疗保障合法权益，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》《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》等法律法规，结合本省实际，制定本办法。

第二条　本办法适用于本省行政区域内基本医疗保险(含生育保险，下同)基金、医疗救助基金等医疗保障基金的筹集、使用及其监督管理。

第三条　医疗保障基金监督管理坚持以人民健康为中心，保障水平与经济社会发展水平相适应，遵循合法、安全、公开、便民的原则。

第四条　医疗保障基金实行政府监管、社会监督、行业自律和个人守信相结合。

第五条　县级以上人民政府应当加强对医疗保障基金监督管理工作的领导，督促有关部门依法依规履行医疗保障基金监督管理职责，建立健全医疗保障基金监督管理协调机制和执法体制，加强医疗保障基金监督管理能力建设，将医疗保障基金使用监督管理工作经费列入本级财政预算，协调解决医疗保障基金监督管理工作中的重大问题，为医疗保障基金监督管理工作提供保障。

第六条　 县级以上人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域内的医疗保障基金监督管理工作，规范医疗保障经办业务，监督管理纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用，依法查处违法违规使用医疗保障基金的行为。

省级财政部门牵头审核并汇总编制基本医疗保险基金预算、决算草案，县级以上人民政府财政部门负责基本医疗保险财政专户管理，依职责对医保基金使用情况监督管理，保障举报违法违规使用医疗保障基金行为的奖励资金。

各级税务部门应当依法按时足额征收基本医疗保险费，并及时准确向医疗保障行政部门、财政部门及经办机构反馈征收信息。

县级以上人民政府卫生健康主管部门负责医疗机构和医疗服务行业监督管理，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为。

县级以上人民政府市场监督管理部门负责医疗卫生行业价格监督检查。

县级以上人民政府公安机关负责依法受理骗取医疗保障基金案件和案件线索，依法查处和打击各类骗取医疗保障基金的犯罪行为。

县级以上人民政府医疗保障经办机构当运用数据比对、筛查等方式，及时准确核实参保人员医疗保障待遇资格等信息；编制全省基金预算方案，合理确定各市县医疗保障基金预算金额；对定点医药机构实施协议管理和绩效考核，加强对定点医疗机构基金申报的审核管理，按照国家和省规定，承担医疗保障经办服务工作，提供标准化、规范化的医疗保障经办服务。

县级以上人民政府审计、乡村振兴、退役军人事务、营商环境建设、中医药管理等有关部门按照各自职责，做好医疗保障基金监督管理相关工作。

第七条　医疗机构、药品经营单位(以下统称医药机构)等单位应当落实医疗保障基金使用主体责任，规范医药服务行为。

医疗机构、药品经营单位等单位和医药卫生行业协会应当加强行业自律，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。

**第二章　基金筹集与使用**

第八条 医疗保障基金实行省级统筹，统一基金收支管理，统一基金预决算管理，统一城镇从业人员、城乡居民医保待遇政策，统一基金收缴、核算、拨付等经办服务，统一责任分担机制，统一集中信息系统的“六统一”管理模式。

第九条 用人单位和城镇从业人员应当按照国家规定共同缴纳城镇从业人员基本医疗保险费。

城乡居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补贴相结合。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加城镇从业人员基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加城镇从业人员基本医疗保险。

未参加城镇从业人员基本医疗保险或者未按照规定享有其他医疗保障的人员参加城乡居民基本医疗保险。

医疗救助对象参加居民基本医疗保险的个人缴费部分，可以由城乡医疗救助基金给予补贴。

第十条  用人单位在参保缴费时，不得有下列行为：

（一）不按规定办理城镇从业人员基本医疗保险参保登记、缴费或者变更手续；

（二）财务会计报表不真实，瞒报、少报城镇从业人员工资总额或者参保人员信息；

（三）出具虚假劳动人事关系证明；

（四）截留或者挪用参保人员缴纳的城镇从业人员基本医疗保险费。

（五）法律、法规及规章规定的具体行为。

第十一条　参加城镇从业人员基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的人员（以下统称参保人员），不得以伪造户籍、学籍、劳动人事关系或者冒用他人资料等方式参加基本医疗保险，不得重复参加基本医疗保险。

第十二条 医疗保障基金实行财政专户管理，专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

第十三条 医疗保障基金使用应当符合基本医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用等国家和本省规定的支付范围。

第十四条 城镇从业人员基本医疗保险个人账户按照国家和省规定，可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用，以及配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

第十五条   下列医疗费用不予纳入医疗保障基金支付的范围：

（一）应当从工伤保险基金中支付的；

（二）应当由第三人负担的；

（三）应当由公共卫生负担的；

（四）在境外就医的；

（五）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，医疗保障经办机构有权通过司法或其他合规途径向第三人追偿。

第十六条　县级以上人民政府应当按照国家有关要求，加强医疗保障经办管理体系建设，推进医疗保障服务下沉，提供标准化、规范化的医疗保障经办服务，实现省、市（县）、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。

第十七条　医疗保障行政部门推进医疗保障经办业务进入本省政务服务平台，设立统一的医疗保障服务热线，通过“国家医保服务平台”“海易办”等平台实现医疗保障经办服务事项网上办理。

第十八条　医疗保障经办机构应当规范经办服务流程，完善异地就医直接结算服务，推进基本医疗保险、补充医疗保险、医疗救助等费用的联网结算，推行当场办结、限时办结、网上办理等制度，将经办服务项目、流程、时限等向社会公布。

第十九条　医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，加强内控管理，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。

第二十条　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，明确双方权利义务以及违约行为、违约责任。符合国家规定条件的互联网医院，可以依托其实体医疗机构申请签订补充服务协议。

医疗保障经办机构应当于服务协议签订后1个月内，通过官方网站、政务新媒体等向社会公布签订服务协议的定点医药机构的名称、地址等信息。

第二十一条　医疗保障经办机构应当加强对定点医药机构工作人员的医疗保障政策、管理制度、操作流程的宣传培训，通过服务热线、官方网站等提供医疗保障咨询、查询服务。

医疗保障行政部门应当加强对服务协议订立、履行等情况的监督。

定点医药机构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。

第二十二条　定点医药机构应当建立医疗保障基金使用内部管理制度，指定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。

定点医药机构应当重视从事医疗保障基金使用管理人员的医保基金制度、政策及职业操守等方面的培训工作，建立医疗保障基金使用自查制度，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

县级以上地方政府医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当定期对定点医药机构从事医疗保障基金使用管理的人员进行业务指导或者培训。

第二十三条  定点医药机构及其工作人员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有关资料。定点医药机构及其工作人员在提供医药服务过程中，不得有下列行为：

（一）分解住院、挂床住院；

（二）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；

（三）重复收费、超标准收费、分解项目收费；

（四）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

（五）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；

（六）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；

（七）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，串通他人虚开费用单据；

（八）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；

（九）虚构医药服务项目；

（十）为其他非定点医药机构提供医疗保障基金结算；

（十一）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；

（十二）其他违反医疗保障基金使用管理法律法规规章的行为。

第二十四条  参保人员按照规定参加医疗保险，并根据相应的缴费标准缴纳基本医疗保险费用后享受相应的医疗保障待遇。

参保人员有权要求定点医药机构如实出具费用单据和相关资料，有权要求医疗保障经办机构提供医疗保障咨询服务，对医疗保障基金的使用提出改进建议。

参保人员应当妥善保管本人医疗保障凭证（含电子医疗保障凭证），防止他人冒名使用。因特殊原因需要委托他人代为购药的，应当提供委托人和受托人的身份证明。

参保人员不得有下列行为：

（一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；

（二）使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药，但参保人员医疗保险个人账户按照规定实行家庭共济的除外；

（三）重复享受医疗保障待遇；

（四）利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获取其他非法利益；

（五）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）其他违反医疗保障基金使用管理法律法规规章的行为。

第二十五条  在医疗保障基金使用管理过程中，医疗保障行政部门、医疗保障经办机构及其工作人员不得有下列行为：

（一）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；

（二）虚构医药服务项目；

（三）侵占、挪用医疗保障基金；

（四）收受贿赂或者取得其他非法收入；

（五）泄露、篡改、毁损、非法向他人提供个人信息、商业秘密；

（六）其他滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的行为。

**第三章　监督管理**

第二十六条　县级以上人民政府应当加强医疗保障基金监督管理，健全医疗保障基金风险防控机制，充分发挥医疗保障、卫生健康、市场监管、财政、公安等部门监管和执法职责，分工协作、相互配合，建立沟通协调、信息共享、案件移送等机制，形成合力，确保医疗保障基金安全高效、合理使用。

第二十七条　县级以上人民政府医疗保障行政部门应当根据医疗保障基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素，采取日常巡查、专项检查、交叉互查、飞行检查等方式，组织开展监督检查。

第二十九条　县级以上人民政府医疗保障行政部门可以会同卫生健康、市场监管、财政、公安等部门开展联合检查，也可以通过政府购买服务方式，聘请符合条件的信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方机构和专业人员参与医疗保障监督检查。

第二十八条　医疗保障行政部门实施监督检查，可以采取下列措施：

（一）进入现场检查;

（二）询问有关人员;

（三）要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明;

（四）采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料;

（五）对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存;

（六）法律、法规规定的其他措施。

第二十九条　开展医疗保障基金使用监督检查，监督检查人员不得少于2人，并且应当出示执法证件。

在进行监督检查时，被检查对象应当予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。

第三十条　定点医药机构、参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出的，在调查期间，县级以上人民政府医疗保障行政部门可以采取增加监督检查频次、加强费用监控等措施，防止损失扩大。定点医药机构、参保人员拒不配合调查的，经医疗保障行政部门主要负责人批准，医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗保障基金结算。经调查，属于骗取医疗保障基金支出的，依照国家相关法律法规的规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算。

第三十一条　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。

第三十二条　医疗保障行政部门应当依托全国统一的医保信息平台，充分运用医保智能监管子系统，建立行政检查和执法全流程指挥调度平台，加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管全过程智能监控，推进智能监控常态化。

第三十三条医疗保障行政部门应当定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果，加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受社会监督。

落实好国家定点医药机构、人员等信用管理制度，建立信用分级分类监管制度，按照国家有关规定实施激励和惩戒。

第三十四条 医疗保障经办机构依据法律法规和有关规定，对定点医药机构履行医疗保障服务协议进行费用审核、稽查审核、绩效考核等。

医疗保障经办机构发现定点医药机构违反服务协议的，应当督促其履行服务协议，并按照服务协议约定采取下列措施：

（一）约谈医药机构法定代表人、主要负责人或者实际控制人；

（二）暂停或者不予拨付医疗保障基金费用；

（三）追回已支付的违规医疗保障基金费用；

（四）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；

（五）扣除服务质量保证金；

（六）中止或者解除医疗保障服务协议。

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同级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。

第三十五条　任何组织和个人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，按照有关规定给予举报人奖励。

**第四章　法律责任**

第三十六条　违反本办法规定的行为，法律法规已有行政处罚规定的，从其规定；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十七条　医疗保障等部门工作人员未依法履行医疗保障基金监督管理职责，或者有其他滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊行为的，由具有管理权限的机关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；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十八条 违反本办法规定，给有关单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任。

第三十九条 省人民政府医疗保障行政部门应当结合本省实际，依法制定完善医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准，明确处罚标准和适用条件，及时向社会公布。

**第五章　附 则**

第四十条　城镇从业人员大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金使用的监督管理，参照本办法执行。对居民大病保险资金、长期护理保险资金使用的监督管理，按依照本办法有关规定执行。

第四十一条　本办法自2024年 月 日起施行。