兰州市医疗保障基金监督管理办法

（草案征求意见稿）

第一章　总　　则

第一条【目的和依据】　为加强医疗保障基金监督管理，确保基金安全，提高基金使用效率，维护医疗保障相关主体的合法权益，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》等有关法律法规和规章，结合兰州市实际，制定本办法。

第二条【适用范围】　本办法适用于兰州市行政区域内医疗保障基金使用的监督管理，包括对医疗保障经办机构、定点医药机构、医保医师（药师）、参保人员等使用医疗保障基金主体的监督管理。

第三条【医障基金】　本办法所称的医疗保障基金，是指职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、医疗救助、生育保险等专项基金。

公务员医疗补助、大额医疗保险、城镇职工补充医疗保险、城乡居民大病医疗保险、意外伤害险、长期护理险以及按照国家和兰州市规定纳入医保制度体系的其他医保资金的监督管理，参照本办法执行。

第四条【管理原则】　医疗保障基金使用监督管理应当遵循客观、公正、合法、守信、高效的原则，实行政府监管、社会监督、行业自律和个人守信相结合，坚持法制化、规范化、科学化，引导各方自我约束、自我管理。

第五条【职责分工】　市医疗保障局负责全市范围内的医疗保障基金使用的监督管理，统筹制定基金监管年度工作方案，负责行政执法、行刑衔接的指导协调等工作。

各区县医疗保障行政部门、兰州新区民政司法和社会保障局（以下统称区县医疗保障行政部门）负责做好本辖区内的行政执法工作，并按照全市统一部署，协同配合做好飞行检查、交叉检查、专项检查、重点检查等其他相关行政执法工作。

市、区县医疗保障经办机构依据基金管理权限，按照定点医药机构管理办法及服务协议等，以“行政隶属+属地管理”为原则，分级承担定点医药机构医疗保障基金使用的日常稽核检查工作。

第二章　预防与内控

第六条【建立制度】　医疗保障行政部门应当建立健全医疗保障基金安全责任制、风险预警机制、应对预案及要情报告等制度。

第七条【防范风险】　市医疗保障局应当积极推进医疗保障待遇清单管理及医保支付制度改革，统筹推进个人账户管理，各项政策的出台要精准进行数据测算分析和风险评估，从制度层面优化基金监管，引导定点医药机构主动规范医疗保障服务行为，防范参保人员套取个人账户资金。

第八条【预算管理】　市医疗保障局严格按照《社会保险基金财务制度》规定及国家、省有关要求，编制全市基本医疗保险基金预算，提高基金预算的科学性和可执行性，强化基金预算的严肃性和硬约束。

医疗保障基金按照以收定支、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。

第九条【风险预警】　市医疗保障经办机构按照统筹地区基本医疗保险统筹基金当期收支情况和累计结余可支付月数设定风险预警级别，科学研判基金收支和保障能力趋势，制定化解预案和应对具体措施。

医疗保障经办机构对医疗费用偏离预算指标或者预付指标较大的定点医药机构应当及时提出应对具体措施。

第十条【收不抵支】　医疗保障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。

第十一条【评价考核】　市医疗保障局应当根据全省统一的协议管理规定，制定定点医药机构考核管理办法，将定点医药机构违规金额、违规次数、违规性质等项目纳入年度考核，建立科学评价考核标准，健全定点医药机构退出机制。

第十二条【内控管理】　医疗保障经办机构应加强内部控制管理，建立健全业务、财务、信息、安全和风险管理制度以及岗位责任制，完善医疗保障预决算、待遇审核、费用支付、财务管理等环节的操作规程，并向社会公开办理程序、办理时限等信息。

第十三条【对账制度】　医疗保障经办机构应建立定期对账制度，实现业务与财务，以及与财政、税务、银行、定点医药机构的定期对账，保证医疗保障基金相关各方数据一致。

第十四条【智能监控】　医疗保障经办机构应当提升智能监控信息系统的应用质量和效率，将定点医药机构及其工作人员的医疗服务信息、参保人员以及医疗救助对象的就医、购药信息纳入实时监控范围。不断根据违法违规以及欺诈骗保行为特点变化，完善监控规则、细化监控指标和智能监控知识库。探索推广“互联网+”视频监控，探索推进在部分定点医药机构主要入口、收费结算窗口等重点区域安装视频探头，实现诊疗数据和服务影像的实时对比、同步在线监控，更好收集和锁定违法违规证据，实现动态监管。

第三章　协议管理

第十五条【定点规模】　医疗保障行政部门应当加强医疗保障法律、法规、规章、医保协议及有关政策的宣传引导，督促定点医药机构及其工作人员依协议提供规范服务，确保参保人员享受合法待遇。

市医疗保障局根据公众健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划、参保人员用药需求等确定本统筹地区定点医药服务的资源配置。

第十六条【管理制度】　落实“放管服”改革要求，不断完善定点医药机构协议管理制度，强化分级分类管理，针对定点医药机构违法违规使用医保基金的特点，及时签订补充协议，提升协议管理的针对性和约束性。

深化智能监控制度，完善智能监控规则，提升智能监控能力。逐步开展药品、医用耗材进销存实时管理。逐步实现视频监控、生物特征识别等技术运用市域内全覆盖，推进监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗服务绩效双控制。

健全内控制度，遵循“服务便民、经办快捷、运行高效、风险可控”的原则，按照市级统筹经办体系改革总体要求，优化内部机构和操作流程，构建相互制约、相互监督的组织体系，建立风险管控制度、责任追究制度。

建立信用管理制度，创新定点医药机构综合绩效考评机制，加强信用评价结果、综合绩效考评结果的运用。根据定点医药机构医保信用评价结果等情况，对定点医药机构实行差异化的监督检查。建立参保人员医保信用记录，依法依规实施守信激励和失信惩戒。实行 “黑名单”制度，定期向媒体曝光违约典型案例和典型失信行为，

第十七条【签订协议】建立医药机构协议管理纳入评估机制。市医疗保障经办机构与与评估合格的医疗机构和零售药店协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议，明确双方权利、义务和责任，规范医药服务行为。医保服务协议应当明确下列内容：

（一）协议双方法人基本情况；

（二）定点医保服务机构和社会保险经办机构服务人群、服务范围、服务内容、服务质量；

（三）医疗费用审核与控制、医保基金结算方式和结算标准；

（四）协议双方不能履行服务协议和违反协议应当承担的责任；

（五）协议中止、解除、终止的条件；

（六）协议有效期限；

（七）应当约定的其他内容。

签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。

第十八条【审核机制】　医疗保障经办机构应当加强协议管理，严格医疗费用审核，规范初审、复审两级审核机制。

区县医疗保障经办机构通过智能监控实现医疗费用100%初审。

市医疗保障经办机构应当采取随机、重点抽查等方式复审，住院费用抽查复审比例不低于5%。复审结果应当作为线索进行稽核，并报市医疗保障局备案。

第十九条【协议处理】　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，按照服务协议约定，给予提醒、约谈、暂停结算、不予拨付费用、不予支付违规费用、追回违规费用、要求按照协议约定支付违约金、中止相关责任人员或者所在部门涉及使用的医药服务、中止服务协议、解除服务协议等处理。同时，也可以暂停医保医师服务资格。

对违反定点服务协议约定的医保医师、药师，可根据医保违法违规行为的性质和情节严重程度分别给予约谈、暂停服务资格、取消服务资格处理。

涉嫌医保违法行为，造成医疗保障基金损失的，经办机构应及时报请医疗保障行政部门依法进一步处理。

第二十条【中止协议】　根据医保协议约定应当中止医保协议的，经办机构视其情节可以对定点医药机构中止医保协议1-3个月；情节较重的，中止协议3-6个月。

定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理的，经办机构视可以对该人员或科室中止医保结算1-3个月；情节较重的，中止协议3-6个月。

医保违法违规调查过程中，依法依规暂停医疗保障基金结算，经确认无违法违规行为的，及时恢复结算。

第二十一条【解除协议】　定点医疗机构有以下情形之一的，经办机构应当解除医保协议：

（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）为非定点医药机构或处于中止医保协议期间的医药机构提供医保费用结算的；

（四）拒绝、阻挠或不配合医疗保障行政部门及医疗保障经办机构开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；

（五）被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

（六）定点医药机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

（七）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；

（八）被吊销、注销《营业执照》《民办非企业单位登记证书》《药品经营许可证》》《医疗机构执业许可证》或者《中医诊所备案证》的；

（九）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）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十一）定点医药机构有3次及以上不良记录或被提醒、约谈、不良记录之和大于等于5次者，或诚信等级评定为D级，纳入医保黑名单的；

（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。

被解除服务的定点医药机构，3年内医疗保障经办机构不得与其签订服务协议。

解除医保协议的，由市医疗保障经办机构向社会公布解除医保协议的医疗机构名单。

第二十二条【处理权限】　对不予支付或者追回违规费用5万元（含5万元）以上，或者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、中止服务协议等处理，应当由医疗保障经办机构负责人集体讨论作出决定，并形成讨论记录存入案卷。

解除服务协议等直接关系到当事人或第三人重大权益的，区县医疗保障经办机构应当及时报市医疗保障经办机构作出处理；市医疗保障经办机构负责人依法依约作出处理意见，经法制审核后，由市医疗保障局集体讨论同意后执行。

未经法制审核或者审核未通过的，不得作出处理决定。

第二十三条【处理告知】　医疗保障经办机构在作出违约处理前，应当告知当事人拟作出的处理内容及事实、理由、依据，并告知当事人有权进行陈述和申辩。

当事人提出陈述申辩的，医疗保障经办机构应进行复核，必要时组织合议。当事人口头进行陈述和申辩的，办案人员应当记入笔录，不得限制或者变相限制当事人享有的陈述权、申辩权。

当事人自告知书送达之日起五个工作日内，未行使陈述、申辩权的，视为放弃此权利。

第二十四条【基金追回】　定点医药机构及违反协议约定涉及医保费用，医疗保障经办机构应当不予拨付费用、不予支付费用，已支付的应当及时或者追回。暂停或取消医保医师、药师服务资格的，其开具处方（医嘱）所发生的费用，医疗保障基金不予支付。

市医疗保障经办机构应当定期与区县医疗保障经办机构、内部科室就不予支付医保费用、不予支付违规医保费用、追回的违规医保费用以及违约金进行系统内对账，防止医疗保障基金损失。

第二十五条【案件管理规范】　医疗保障经办机构按协议进行日常检查中发现定点医药机构存在重大违约行为或可能引起舆论关注的线索应当及时报同级医疗保障行政部门，并视情报上级医疗保障行政部门。

医疗保障经办机构在作出处理的3个工作日内，经同级医疗保障行政部门审核后，报市医疗保障局备案

第二十六条【争议处理】　定点医药机构与医疗保障经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第二十七条【行政调解】　定点医药机构请求同级医疗保障行政部门协调处理的，由医疗保障行政部门应当指定具有相关法律知识、专业知识和实际经验的工作人员主持行政调解。

医疗保障行政部门收到行政调解申请后，经审查符合条件的，应当及时告知被申请人。

行政调解工作人员应当在查明事实、分清是非的基础上，根据纠纷的特点、性质和难易程度，进行说服疏导，引导双方达成调解协议。调解达成协议的，应当制作调解协议书。调解协议书应当由纠纷双方和调解工作人员签名，并加盖行政机关印章。

第四章　行政监管

第二十八条【监管范围】　医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对医疗保障经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督，对受委托的基金监管执法机构执行医疗保障法律法规规章的情况实施监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医疗机构的协议履行情况、医疗保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

第二十九条【经办机构】　医疗保障行政部门对经办机构下列履行职责情况进行监管：

（一）根据国家有关基金预决算制度、财务会计制度建立健全业务、财务、安全和风险管理制度；

（二）按照平等自愿、协商一致的原则，与符合条件的医疗机构、零售药店依法签订并履行定点服务协议；

（三）完善定点服务协议考核指标和稽核工作程序，依照定点服务协议约定对定点医药机构的服务行为开展稽核情况；

（四）按照医疗保障有关规定和约定及时办理医疗保障待遇，按时支付合规的医疗保障金；

（五）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；

（六）法律法规规章规定的其他职责。

第三十条【定点医药机构】　医疗保障行政部门对定点医药机构及其工作人员遵守下列行为进行监管：

（一）严格履行医疗保障管理规定和定点服务协议约定，为参保人员提供及时、合理的医药服务；

（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，提供有关资料，并开具符合规定的票据；

（四）核验参保人员及医疗救助对象的医疗保障有效凭证,准确记录医疗文书，准确登记医疗服务、药品和医疗器械出入库信息、财务账目信息等，并妥善保存以备查验；

（五）对涉嫌医保违法违规以及欺诈骗保行为予以制止，并向医疗保障部门报告情况；

（六）法律法规规章规定应当遵守的其他行为。

第三十一条【个人】　医疗保障行政部门对个人遵守下列规定情况进行监管：

（一）持本人医疗保障有效凭证就医、购药，并主动出示接受查验；

（二）违规报销应由个人或者第三方承担的医药费用；

（三）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；

（四）重复享受医疗保障待遇；

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

（六）使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；

（七）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；

（八）个人应当遵守医疗保障管理的其他规定。

第三十二条【监管方式】　医疗保障行政部门按照“双随机、一公开”方式对定点医药机构进行日常执法检查。对群众举报投诉、上级部门交办、社会媒体曝光、其他部门移交以及医疗保障经办机构报告的线索，进行重点检查。对定点医药机构涉及医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，进行专家评审。

执法检查采取现场检查和非现场检查等方式进行。市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重点检查。

第三十三条【检查实施】　医疗保障行政部门实施监督检查时，应当按照下列要求实施：

（一）根据检查的内容、目的确定检查方式，可以开展日常检查、重点检查、专项检查；

（二）检查时应有两名以上检查人员共同参加，向被检查对象表明身份，并出示执行公务的有关证件；

（三）检查时应当依法制作笔录，笔录由检查人员、被检查对象签名或盖章。被检查对象拒不签名或盖章的，检查人员应注明原因；

（四）法律、法规、规章的其他规定。

第三十四条【委托执法】　医疗保障行政部门可以委托基金监管执法机构开展医疗保障行政执法工作。

第三十五条【规范执法】　执法人员应当严格按照法律、法规、规章规定的职权范围实施行政执法行为，不得滥用职权，不得超越职权，不得不履行或者拖延履行法定职责。

执法人员从事行政执法活动,应当遵守法定程序，严格按照法定的方式、步骤、顺序、期限等实施，应当向当事人出示行政执法证件。

执法人员应当文明执法，尊重和保护当事人合法权益。执法人员在行政执法中,不得使用粗俗、歧视、侮辱以及威胁性语言，不得刁难当事人或者做出有损行政执法人员形象的行为，不得限制或者变相限制当事人的合法权益。

执法人员与案件有直接利害关系或者有其他关系可能影响公正执法的，应当回避。

医疗保障行政部门应当依法以文字、音像等形式，对行政处罚的立案、调查取证、审核决定、送达执行等进行全部过程进行记录，归档保存。

第三十六条【执法措施】　医疗保障行政部门对医疗保障实施执法检查，有权采取下列措施：

（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）在证据可能灭失或者以后难以取得的情况下，可以依法先行登记保存；

（六）对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存；

（七）聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查；

（八）法律、法规规定的其他措施。

先行登记保存，应当经医疗保障行政部门负责人批准，在七日内及时作出处理决定。

实施封存等行政强制措施应当依照《中华人民共和国行政强制法》规定的程序进行，并当场交付实施行政强制措施决定书和清单。采取或者解除封存措施的，应当经医疗保障行政部门负责人批准，封存的期限一般不得超过三十日；情况复杂的，经医疗保障行政部门负责人批准，可以延长三十日。

第三十七条【证据收集】　医疗保障行政部门及其工作人员在调查或者进行检查时，必须全面、客观、公正地调查，收集以下证据：

（一）书证；

（二）物证；

（三）视听资料；

（四）电子数据；

（五）证人证言；

（六）当事人的陈述；

（七）鉴定意见；

（八）勘验笔录、现场笔录。

为查明案情，需要对案件相关医疗文书、医疗证明等内容进行评审的，医疗保障行政部门可以聘请第三方机构和组织有关专家进行评审，医学评审结论应当由其他证据印证。

证据必须经查证属实，方可作为认定案件事实的根据。

第三十八条【保密规定】　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疗保障基金监管以外的其他用途。

第三十九条【行政处理】　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、参保人员相关责任人违法违规行为以及骗取医疗保障支出的行为，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》《社会救助暂行办法》等法律法规规章给予行政处理、行政处罚。

医疗保障基金监管执法工作中发现中共党员涉嫌违犯党纪和监察对象涉嫌职务违法、职务犯罪的问题线索，医疗保障行政部门应当按规定向纪检监察机关移送。

医疗保障行政部门涉嫌犯罪案件应当依法向公安机关移送。

第四十条【处理决定】　依法需要法制审核的案件，在医疗保障行政部门负责人作出行政处罚的决定之前，应当由从事行政处罚决定法制审核的人员进行法制审核；未经法制审核或者审核未通过的，不得作出决定。

医疗保障行政部门对重大行政执法案件实行集体讨论制度，重点审查行政执法行为主体、事实及证据、法律适用、执法程序、处罚裁量等事项。

办案机构及办案人员应当按照医疗保障行政部门负责人或者医疗保障行政部门负责人集体讨论决定，制作行政处理、处罚决定书，按照规定期限和程序向当事人送达行政处理、处罚决定书，并履行其他法定程序。

第四十一条【两轻一免】　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，按照“两轻一免”清单，可以从轻、减轻或者免予处罚。

对于从轻、减轻或者免予处罚的，可以通过行政指导建议、提醒告诫、约谈等方式规范其行为。

第四十二条【从重处罚】　单位和个人有下列情形之一，应当从重处罚。

（一）违法情节恶劣，造成严重危害后果的;

（二）责令改正拒不改正，或者一年内实施两次以上同一性质违法行为的;

（三）妨碍、阻挠或者抗拒执法人员依法调查、处理其违法行为的;

（四）故意转移、隐匿、毁坏或伪造证据，或者对举报投诉人、证人打击报复的;

（五）法律、法规、规章规定应当从重处罚的其他情形。

第四十三条【移送跟踪】　对已移送的涉嫌中共党员涉嫌违犯党纪和监察对象涉嫌职务违法、职务犯罪的问题线索，以及涉嫌犯罪案件，医疗保障行政部门应当及时跟踪问题线索、案件办理进展情况。

第五章　社会监督

第四十四条【舆论监督】　医疗保障行政部门应当充分利用各种新闻媒体开展医保法律、法规、规章和政策宣传，对欺诈骗保等危害医疗保障基金安全的行为予以公开曝光，发挥舆论监督作用。

第四十五条【社会监督】　医疗保障行政部门应当建立健全医疗保障基金社会监督机制，公开投诉举报电话，畅通社会监督渠道，健全社会监督员、“吹哨人”、内部举报人制度，听取社会各界对医疗保障基金监督工作的意见建议。

第四十六条【举报奖励】　对涉嫌医保违规违法行为及欺诈骗取医疗保障基金行为进行举报、提供相关证据及线索的举报人，经查证属实的，按照有关规定给予奖励。

第六章　附　则

第四十七条【参照监管】　药品器械集中采购机构、承办补充医疗保险的商业保险公司等参与医疗保障服务的相关单位，以及协助医疗保障基金监管的第三方机构和专业人员，参照本办法进行监管。

第四十八条【资金处理】　追回退回的医疗保障基金，应根据《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》退回至原医疗保障基金财政专户，罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

第四十九条【责任追究】　医疗保障行政部门、医疗保障经办机构和受委托的基金监管执法机构及其工作人员违法违规、失职渎职的，应当追责问责；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五十条【实施日期】　本办法自公布之日起施行，有效期×年。本办法规定与之前我市有关文件规定不一致的，以本办法为准。