

# 济南市人民政府办公厅文件

济政办发〔2020〕18号

---

## 济南市人民政府办公厅 关于印发济南市医疗保障基金使用监督管理暂行办法的通知

各区县人民政府，市政府有关部门（单位）：

《济南市医疗保障基金使用监督管理暂行办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真抓好贯彻执行。

济南市人民政府办公厅

2020年8月5日

（此件公开发布）

# 济南市医疗保障基金使用监督管理暂行办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为加强医疗保障基金（以下简称医保基金）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》等有关法律法规规定，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于我市医保基金使用的监督管理。

本办法所称医保基金是指职工基本医疗保险（含生育保险）、居民基本医疗保险等基金。

医疗救助、职工和居民大病保险、职工长期护理保险、职工大额医疗救助、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。

**第三条** 医保基金监督管理工作遵循公开、公平、公正的原则，坚持预防与查处、激励与处罚相结合，引导社会参与，强化自我约束。

**第四条** 市政府有关部门（单位）、各区县政府应加强对医保基金监督管理工作的组织领导，抓好监管队伍建设，给予必要经费支持，维护医保基金安全。

## 第二章 监督管理职责

**第五条** 市医疗保障行政部门负责全市范围内的医保基金使用的监督管理工作，建立健全统筹联动、协调一致的工作机制。

区县医疗保障行政部门按照职责分工负责本行政区域内医保基金使用的监督管理工作。

**第六条** 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、专项检查；

（二）检查时应有 2 名（含）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）检查时应做笔录，笔录由检查人员、被检查人员签名或盖章。被检查人员拒不签名或盖章的，检查人员应注明原因；

（四）法律法规的其他规定。

**第七条** 在开展专项检查、重大案件检查等行动中，市医疗保障行政部门可采取指定检查、交叉检查等方式。

**第八条** 医疗保障行政部门可聘请第三方机构调查定点医药机构的医药服务行为。

**第九条** 医疗保障行政部门实施监督检查时，可采取下

列措施：

（一）进入被检查单位进行检查；

（二）对与调查事件有关的资料予以查阅、调取、记录、复制、录音、录像、照相；对可能造成转移、隐匿、销毁、丢失的资料或数据信息依法予以封存；

（三）调查、询问被检查单位或个人，要求其涉及医保基金的有关问题作出说明，提供有关证明材料；

（四）在检查期间，发现可能造成医保基金损失的违法违规违约线索，可由医疗保障经办机构暂停被检查对象的医保结算；

（五）法律法规的其他规定。

**第十条** 被监督检查单位和个人应当按要求提供真实完整资料，不得拒绝、阻碍调查，不得谎报、瞒报。

**第十一条** 医疗保障行政部门应建立健全案件集体审议机制，对重大行政决定、情况复杂以及可能造成重大社会影响的案件实行集体审议。

**第十二条** 医疗保障行政部门对骗取医保基金支出或待遇的，按照《中华人民共和国社会保险法》有关规定予以处理。

骗取医疗救助资金、物资或者服务的，按照《社会救助暂行办法》有关规定予以处理。

**第十三条** 公安部门应配合医疗保障行政部门开展医保

基金监管联合执法，对医疗保障行政部门移交的涉嫌犯罪案件线索依法进行审查，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。

财政部门应加强医保基金预算绩效管理，依法对医保基金的收支、拨付情况进行管理监督。

卫生健康部门应加强对医疗机构的监督检查，为医疗保障部门提供医疗机构及其从业人员的违法违规处理信息。规范医疗机构及其从业人员的诊疗行为。对欺诈骗保的医疗机构和医师依法予以处理。

市场监管部门应加强药品及医疗器械质量安全、市场秩序的监督管理，为医疗保障部门提供零售药店及其从业人员的违法违规处理信息。依法查处虚假宣传、乱收费、不正当竞争和价格违法等行为。

**第十四条** 医疗保障行政部门应加强医保信用信息公开和共享。发展改革、卫生健康、市场监管等部门对违法违规违约行为实施联合惩戒。

### 第三章 预算管理

**第十五条** 市医疗保障部门严格按照《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。

**第十六条** 市基本医疗保险基金预算经市财政部门审核后，编入全市社会保险基金预算收支草案，经市政府审定后，按程序报市人民代表大会审议批准。

**第十七条** 医保基金按照以收定支、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。

#### 第四章 服务与管理

**第十八条** 医疗保障经办机构应当遵守以下规定：

（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；

（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）法律法规的其他规定。

**第十九条** 定点医药机构及其工作人员应当遵守下列规定：

（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) 向参保人员出具医药费用详细单据，提供有关资料，并开具符合规定的发票；

(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) 对涉嫌欺诈骗保行为予以制止，并向医疗保障部门报告情况。

(六) 医疗保障管理的其他规定。

**第二十条** 参保人员就医、购药，应当遵守下列规定：

(一) 参保人员持本人医疗保障有效凭证就医、购药，并主动出示接受查验，不得将本人医疗保障有效凭证出租（借）给他人，或持他人医疗保障身份凭证冒名就医；

(二) 不得将应由个人或第三方承担的医药费用违规在医保基金中报销；

(三) 不得倒卖基本医疗保障支付范围内的药品、医疗器械、医疗服务，套取医疗保障金；

(四) 不得伪造、变造医疗服务票据；

(五) 医疗保障管理的其他规定。

**第二十一条** 定点医药机构有违反医保政策规定和定点服务协议行为的，医疗保障经办机构可根据违规违约行为的

性质和情节严重程度，分别或同时给予约谈、限期整改、暂停拨付、拒付违规费用、扣除履约保证金、核减总控指标额度、中止协议、解除协议等处理。

定点医药机构具有以下情形之一且情节严重的，医疗保障经办机构应当与其解除各类定点服务协议：

（一）定点服务协议履行期内累计3次被中止协议，或中止协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

（二）通过伪造医疗文书、财务票据、凭证等方式虚构医疗服务骗取医保基金的；

（三）为非定点医药机构或中止协议期间的医药机构提供医疗费用结算，数额较大的；

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

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门的检查，造成严重后果的；

（六）其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

对受到解除协议处理的定点医药机构，医疗保障经办机构3年内不受理其医保定点申请。

**第二十二条** 对违反定点服务协议约定或具有欺诈骗取医保基金违法违规行为的医保医师、药师，可根据违法违规行为的性质和情节严重程度分别给予约谈、通报批评、暂停服务资格、取消服务资格处理。



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，医保基金不予支付。

**第二十三条** 定点医药机构与医疗保障经办机构因履行定点服务协议发生纠纷的，可向医疗保障行政部门申诉，医疗保障行政部门应当依法依规调解、处理。

## 第五章 社会监督

**第二十四条** 医疗保障行政部门应当充分利用各种新闻媒体开展医疗保障法律、法规、政策宣传，对欺诈骗保等危害医保基金安全的行为予以公开曝光，发挥舆论监督作用。

**第二十五条** 医疗保障行政部门应当建立健全医疗保障社会监督机制，公开投诉举报电话，畅通社会监督渠道，设立社会监督员，听取社会各界对医保基金监督工作的意见建议。

**第二十六条** 对涉嫌欺诈骗取医保基金行为进行举报、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

**第二十七条** 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，参照本办法接受监管。

**第二十八条** 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，罚没收入按规定上缴国库。

**第二十九条** 本办法自公布之日起施行，有效期 2 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。

---

抄送：市委各部门，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市监委，济南警备区，市法院，市检察院。  
各民主党派市委，市工商联。

---

济南市人民政府办公厅

2020年8月5日印发

---