

# 山西省医疗保障基金使用监督管理办法

(2021年8月25日省政府令第289号公布)

**第一条** 为了规范和加强医疗保障基金使用监督管理,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》和《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关法律法规,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)基金、医疗救助基金等医疗保障基金使用及其监督管理。

**第三条** 县级以上人民政府应当加强对医疗保障基金使用监督管理工作的领导,建立医疗保障基金监督管理工作联席会议制度,明确工作职责,协调解决医疗保障基金使用监督管理中的重大问题。

**第四条** 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使用监督管理工作,规范医疗保障经办业务,监督纳入医保支付范围的医疗服务行为和医药费用,依法查

处违法使用医疗保障基金的行为。

**第五条** 县级以上人民政府卫生健康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的医疗服务行为。诊疗行为规范由省人民政府卫生健康部门负责制定。

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。县级以上人民政府市场监督管理部门、药品监督管理部门按照职责规范药品经营行为。

县级以上人民政府财政部门负责规范医疗保障基金预决算、财政专户核算，依法查处单位、个人违反医疗保障基金财务会计的行为。

县级以上人民政府公安机关负责依法查处各类欺诈骗保等违法犯罪行为。

县级以上人民政府其他有关部门在各自职责范围内做好相关工作。

**第六条** 省、设区的市人民政府医疗保障行政部门应当落实职工基本医保门诊共济保障机制，允许家庭成员共济。

**第七条** 鼓励和支持公民、法人和非法人组织对医疗保障基金使用进行社会监督。

县级以上人民政府医疗保障行政部门负责建立医疗保障基金社会监督员制度，聘请人大代表、政协委员、参保人员代表和

新闻媒体从业人员等担任社会监督员。

县级以上人民政府医疗保障行政部门应当通过政府网站、新媒体向社会公布医疗保障基金使用违法违规问题举报投诉联系方式。

**第八条** 省人民政府医疗保障行政部门根据国家制定的支付范围，补充制定本省医疗保障基金支付的具体项目和标准，经省人民政府批准，报国务院医疗保障行政部门备案后实施。

**第九条** 医疗保障经办机构应当与定点医疗机构、药品经营单位（以下统称定点医药机构）建立集体谈判协商机制，依法签订服务协议，规范双方权利、义务，明确违反服务协议的行为及其责任。

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服务协议进行费用审核、稽核检查、绩效考核。

医疗保障经办机构应当通过政府网站、政务新媒体、办事大厅公示栏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。

**第十条** 医疗保障经办机构应当按照服务协议，在定点医药机构申报之日起 30 个工作日内结算，并拨付符合规定的医保费用。

**第十一条** 定点医疗机构应当遵守本省基本医疗保险药品

目录、诊疗项目、医疗服务设施标准、医用耗材目录及其支付标准和价格管理的规定。

定点医药机构应当在本单位显著位置或者网站等向社会公开医药价格、医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

**第十二条** 定点医药机构应当建立医疗保障基金使用内部管理制度，设立医疗保障管理机构或者配备专业医疗保障管理专员，根据基本医疗保障联网结算和智能监控的要求，配备联网设备实时上传医保相关信息，建立健全相关医疗保障管理和考评体系。

**第十三条** 公立医疗机构应当执行药品集中带量采购使用制度，通过集中采购平台采购并使用药品和医用耗材。鼓励其他定点医药机构通过集中采购平台采购并使用药品和医用耗材。

集中带量采购的药品、医用耗材生产企业应当按照规定报告其产能、库存和供应等情况，不得提供虚假材料。供应企业在申报的供应能力范围内，应当按照中选价格供应药品、医用耗材，不得拒绝定点医药机构在线采购。

**第十四条** 省人民政府医疗保障行政部门应当建立健全医疗保障信息系统，对定点医药机构的医保基金使用情况实行事前提醒、事中监控、事后审核的全程监督管理。

**第十五条** 县级以上人民政府医疗保障行政部门可以聘请

会计师事务所等非直接利益相关的第三方机构和专业人员协助检查，对基本医疗保险基金使用情况进行审计或者核查。

**第十六条** 县级以上人民政府医疗保障行政部门按照“双随机、一公开”制度对医保基金使用开展日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等，明确检查对象、检查重点和检查内容，规范启动条件、工作要求和工作流程，明确各方权利义务，确保公开、公平、公正。

县级以上人民政府医疗保障行政部门对医疗保障基金风险评估、群众举报投诉、医疗保障数据监控、上级部门交办、新闻媒体曝光、医疗保障经办机构和其他部门移交的线索，确定检查重点，组织开展专项检查。

省、设区的市人民政府医疗保障行政部门对重大违法线索，应当组织开展行政区域内的飞行检查。

**第十七条** 医疗保障经办机构、定点医药机构、药品集中采购机构、医药企业、参保人员以及其他单位和个人，有违反医疗保障基金使用管理制度行为的，医疗保障行政部门应当提醒告诫。提醒告诫包括以下内容：

- （一）医疗保障基金使用管理法律、法规规定；
- （二）医疗保障基金使用的权利和义务；
- （三）医疗保障基金使用行为不规范的具体表现；

(四) 医疗保障基金使用的要求、期限等;

(五) 违反法律、法规应当承担的责任。

**第十八条** 医疗保障、卫生健康、市场监督管理、财政等医疗保障基金监督管理部门在查处违法行为过程中,发现涉嫌构成犯罪的,按照有关规定向监察机关或者公安机关移送。

**第十九条** 定点医药机构及其工作人员不得有以下行为:

(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;

(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) 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药;

(六) 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医疗文书、医学证明、会计凭证、电子信息,虚构医药服务项目,提供虚假证明材料;

(七) 为非定点医药机构提供医保结算;

(八) 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;

(九) 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;

(十) 造成医疗保障基金损失的其他违法违规行为。

**第二十条** 医药企业违反本办法规定，提供虚假材料获取中选挂网资格，或者无正当理由拒绝定点医药机构在线采购的，由省人民政府医疗保障行政部门按照国家规定取消医药企业或者其产品在中选、挂网资格。

**第二十一条** 定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构依据定点服务协议可以采取以下处理方式：

（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保费用；

（三）追回已支付的违规医保费用；

（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）要求定点医药机构支付违约金；

（六）中止或者解除服务协议。

**第二十二条** 公职人员在从事医疗保障基金使用监督管理中玩忽职守、滥用职权、徇私舞弊的，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。

**第二十三条** 以基本医疗保险基金为筹资渠道的长期护理保险基金使用的监督管理活动，参照本办法执行。

第二十四条 本办法自 2021 年 10 月 1 日起施行。