

《医疗保障基金使用监督管理条例》5月1日起实施

依法管理医保基金 为民筑牢健康屏障



区县(市)交叉检查



定点医疗机构日常检查



定点零售药店日常检查

政策解答

通讯员 郭芸俐

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，基金的使用安全涉及群众切身利益，关系医疗保障制度的健康持续发展。因医疗保障基金使用主体多、链条长、风险点多、监管难度大，以致欺诈骗保问题持续高发频发，监管形势一直较为严峻。

近日，国务院发布《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》)，自2021年5月1日起正式施行。《条例》明确，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。

医疗保障基金专款专用

《条例》分为总则、基金使用、监督管理、法律责任、附则5大类，共50条。《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。

在基金使用方面，《条例》提出，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。

定点医药机构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医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

《条例》还提出，参保人员不得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。定点医药机构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。

此外，医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及其工作人员和参保人员等，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，或者以虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金。

《条例》强调，医疗保障基金专款专用，任何组织

和个人不得侵占或者挪用。

对涉嫌骗保的可暂停结算

在监督管理方面，《条例》明确，医疗保障行政部门实施监督检查，可以采取七项措施：进入现场检查；询问有关人员；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；采取记录、录音、录像、照相或复制等方式收集有关情况和资料；对可能被转移、隐匿或灭失的资料等予以封存；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；法律、法规规定的其他措施。

《条例》提出，定点医药机构涉嫌骗取医疗保障基金支出的，在调查期间，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。定点医药机构拒不配合调查的，医疗保障行政部门可要求医疗保障经办机构暂停医疗保障基金结算。

参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的，医疗保障行政部门可要求医疗保障经办机构暂停医疗费用联网结算。暂停联网结算期间发生的医疗费用，由参保人员全额垫付。

骗保将处2倍以上5倍以下罚款

在法律责任方面，《条例》明确，医疗保障经办机构通过伪造、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。

定点医药机构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。

参保人员涉嫌违规的，暂停其医疗费用联网结算3至12个月，若造成医疗保障基金损失的，包括使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的，或者通过伪造、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虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的，除依照前款规定处理外，还应当由医疗保障行政部门处骗取金额2倍以上5倍以下罚款。



视频监控数据分析



机构申请定点专家评估会



新申请定点机构现场验收

关于《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》答记者问

通讯员 郭芸俐
 记者 杨长乐

随着医药卫生体制不断深化，我国城乡基本医疗保险制度不断整合，医疗卫生服务体系发展迅速，医疗机构数量明显增加，特别是医养结合、“互联网+医疗”等新医疗服务需求的涌现，定点医疗机构和定点零售药店的管理工作面临着新形势新环境。根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》的有关要求，国家医保局研究制定了新的《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(以下统称“两定办法”)。区医疗保障局负责人就有关问题回答记者提问。

问：“两定办法”对加强定点医疗机构、定点零售药店管理有何重要意义？

答：“两定办法”充分体现了“放管服”精神，符合条件的医疗机构和零售药店可以通过申请签订医保协议纳入医保定点管理，并明确协议签订的基本条件和流

程。医保行政部门、医保经办机构与定点医疗机构、定点零售药店之间的权责关系更加清晰。医保经办机构与医疗机构、零售药店是协议的主体，医保行政部门监督定点申请、专业评估、协议订立、协议履行和解除等流程。

“两定办法”还详细规定协议主体的权利、义务和责任，明确定点医疗机构、定点零售药店按照协议约定提供服务，落实医保有关政策规定，按要求向医保经办机构报送信息，为参保人提供服务，配合医保经办机构开展医保费用审核、绩效考核等。医保经办机构按照协议约定提供经办服务，开展费用审核、绩效考核等。同时，明确协议主体的违约责任，提出协议中止和解除的具体情形，相当于列出一张“负面清单”，既有利于促进规范医疗服务行为，保证医保资金安全，也有利于促进医疗机构和零售药店定点管理的规范化、法治化。

问：医疗机构和零售药店申请纳入医保定点的条件有哪些？

答：医疗机构和零售药店申

请纳入医保定点需要满足几个基本条件，包括机构运行时间不得少于3个月，具备一定经营许可资质和提供服务的人员。《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》还明确可以纳入医保定点的机构范围，从而使定点申请更加具体。在申请条件上，为加强医保管理，重点提出涉及医保工作的几方面要求：一是医保管理制度要求，包括配备相应医保管理人员等；二是医保有关财务制度要求，真实记录医保目录的药品、耗材的“进销存”情况；三是完善统计信息管理，按要求报送医保结算有关信息及数据等；四是与医保信息系统有效对接，为参保人提供直接联网结算，设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码；五是严格执行医保药品、耗材、医疗服务项目等目录，控制患者自费比例，提高医保基金使用效率等。

问：“两定办法”对扩大医保定点覆盖面，方便群众就医购药

有何积极影响？

答：“两定办法”制定的出发点是满足人民群众的健康需求，目的是加强和规范医疗机构、零售药店医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好保障广大参保人员权益。为落实“放管服”要求，医疗机构、零售药店正式运营3个月后即可申请定点，医保经办机构的评估完成时限不得超过3个月。统筹地区医保经办机构与评估合格的医疗机构、零售药店协商谈判，达成一致，双方自愿签订服务协议。通过简化申请条件、优化评估流程、完善协商谈判机制，有助于扩大医疗资源供给，为群众提供更加适宜优质的医疗和药品服务。

问：哪些情形下，医保经办机构有权中止或解除医保协议？

答：“两定办法”明确了定点医疗机构实行属地管理。医保经办机构或其委托的第三方机构对定点医疗机构开展绩效考核，加强对定点医疗机构、定点零售药店的事中事后监管。办法还对协议中止和解除情形给出明确界定。定点医保协议中止是指医保经办机构与定点医疗

机构、定点零售药店暂停履行协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过协议有效期的，协议可继续履行；超过协议有效期的，协议终止。协议中止主要包括4种情况：一是根据日常检查和绩效考核，发现医保基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；二是未按规定向医保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；三是根据协议约定应当中止协议的；四是法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

定点医保协议解除是指医保经办机构与定点医疗机构、定点零售药店之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医保基金不再结算。其中，主要围绕医保协议履行、加强医保管理、保障医保资金安全、依法执业和规范医疗服务行为等方面，《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》提出了14种解除协议的情形，《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》提出了17种解除协议的情形。