医疗保障基金使用监督管理条例

2021年1月15日，国务院总理李克强签署第735号国务院令，

公布《医疗保障基金使用监督管理条例》自2021年5月1日起施行

•前言　必要性

医疗保障基金是政府、单位、个人等多方面筹措的专门支付人民群众看病就医的专项基金，是确保人民群众看得起病、看得好病的物质基础。 是人民群众的“看病钱”“救命钱”，其使用安全涉及广大群众的切身利益，关系医疗保障制度健康持续发展。

医疗保障基金使用主体多、链条长、风险点多、监管难度大，监管形势较为严峻党中央、国务院制定完善医保基金监管相关法律法规，规范监管权限、程序、处罚标准。制定专门行政法规，以法治手段解决医疗保障基金使用监督管理中的突出问题《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》要求，强化医保基金监管法治及规范保障，是十分必要的。

《条例》构建了医疗保障基金使用的全方位监管体系，强化了对医疗保障基金的监管，为加强医疗保障基金监管提供了有力的法律保障。

有利于遏制医疗资源浪费，减少不合理的医疗保障基金支出，确保将有限的医疗资源用到刀刃上，实现医疗保障基金收支平衡；有利于完善医疗保障基金监管体系，打击欺诈骗保行为；有利于维护参保人合法权益，防止医疗保障基金“跑冒滴漏”。

适用范围：

第二条规定“本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。”

第四十九条规定“职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金使用的监督管理，参照本条例执行。居民大病保险资金的使用按照国家有关规定执行，医疗保障行政部门应当加强监督。”

据此，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适用本《条例》；职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助参照本《条例》；居民大病保险资金按照国家有关规定执行。

明确了基金使用相关主体的职责

在医疗保障基金使用过程，医疗保障行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员需要对相关机构与人员进行综合监管；不得收受贿赂或者其他非法收入。
一是医疗保障行政部门应当依法组织制定医疗保障基金支付范围。
二是医疗保障经办机构建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，规范服务协议管理。
三是定点医药机构加强内部管理，提供合理、必要的医药服务，保管有关资料、传送数据和报告监管信息。
四是参保人员持本人医疗保障凭证就医、购药，按照规定享受医疗保障待遇。

五是禁止医疗保障经办机构、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。

基金监管方面

一是构建政府和医疗保障等行政部门的行政监管、新闻媒体舆论监督、社会监督、行业自律相结合的监督体制，畅通社会监督渠道，织密扎牢医疗保障基金使用监督管理的制度笼子。

二是建立医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门的沟通协调、案件移送等监管合作机制。

三是要求国务院医疗保障行政部门制定服务协议管理办法，规范、简化、优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，制作并定期修订服务协议范本，医疗保障行政部门加强对服务负责组织制定医疗保障基金支付范围协议订立、履行等情况进行监督

四是规定大数据智能监控、专项检查、联合检查、信用管理等监管形式。

五是规范医疗保障行政部门监督检查的措施及程序

不同违法主体、违法行为的法律责任

一是对医疗保障经办机构违法的，责令改正、责令退回、罚款、给予处分。二是对定点医药机构一般违法行为，责令改正、约谈负责人、责令退回、罚款、责令定点医药机构暂停相关责任部门一定期限的医药服务;

对定点医药机构违反管理制度的，责令改正、约谈负责人、罚款；对定点医药机构骗保的，责令退回、罚款、责令定点医药机构暂停相关责任部门一定期限的医药服务、解除服务协议、吊销执业资格;

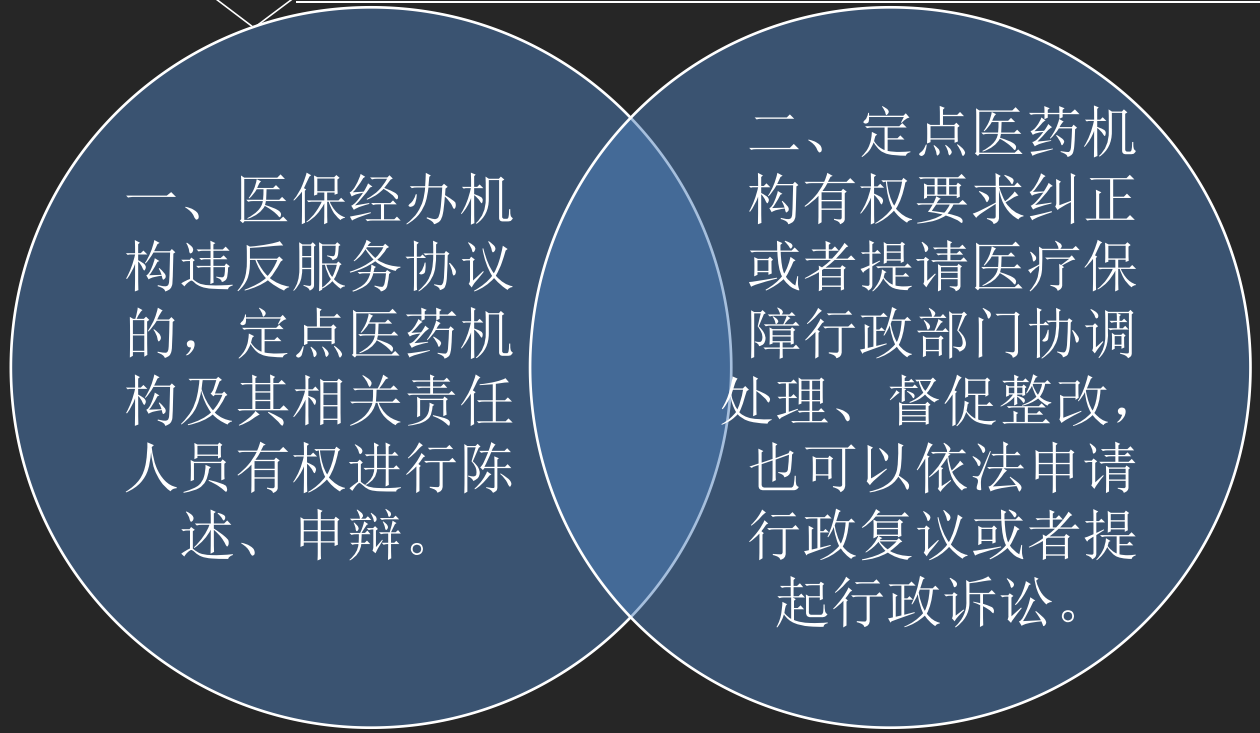
造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的，对其法定代表人或者主要负责人给予限制从业、处分。

三是个人违法的，责令改正、责令退回、暂停其一定期限的医疗费用联网结算、罚款

四是侵占、挪用医疗保障基金的，责令追回、没收违法所得、给予处分。

五是医疗保障等行政部门工作人员滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，给予处分。

医疗保障经办机构


一、医保经办机构违反服务协议的，定点医药机构及其相关责任人员有权进行陈述、申辩。
二、定点医药机构有权要求纠正或者提请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。

定点医药机构

应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

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。

医疗保障经办机构法律责任

第三十六条有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，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：

（一）未建立健全业务、财务、安全和风险管理制度；

（二）未履行服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等职责；

（三）未定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况。

第三十七条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。

定点医药机构法律责任

一、第三十八条

有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，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；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

（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）造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

常见违规行为

类别	违规行为	基本概念	举例及审核中常见的问题
一、不合理收费问题	1．重复收费	重复收取某一项目费用。	“关节持续被动活动训练”诊疗项目应当按照“次”计价收费，但医院按照治疗部位收费； 套餐式检查部分项目重复，两个套餐检查内容重复，心肌损伤三项等。 收取特级护理同时收取新生儿护理、优质护理同时收取基础护理费用等
	2．超标准收费	超过规定的价格标准、数量标准进行收费，且超出部分纳入医保结算。	1.二级医院按三级医院标准收费；收费级别与结算级别不一致。 2.实际检验方法与收费方法不对应，医保已经调整价格，定点不及时调整价格（如其他方法检验，对照为化学发光法等，简单就高不就低） 3.按日收费的项目，实际累积收费（护理、诊查、床位费）次数，超出住院天数较多等，超出费用且均纳入医保结算。吸氧费用每天超过24小时等
	3．不实收费	纳入医保结算的收费项目与实际内容（或相关操作）不符。	对不能与其他手术另行收费的探查术，在相关手术时同时收费； 腹部手术时无相关适应症收取肠粘连松解术，如阑尾手术、剖宫产术同时收取肠粘连松解 产科新生儿收取“住院诊察费”等。

七颜影视

常见违规行为

4．超医保支付政策范围	临床药品、诊疗项目与服务设施使用，超出医保目录限制性支付范围并纳入医保结算。	例：“参附”医保结算范围限定为“限二级及以上医疗机构有阳气虚脱的急重症患者”，限定疾病、限定医院级别、限定支付时间、限工伤、生育等等，均要一起注意。 这和合理用药不矛盾，是医保是否支付的问题。 目录中没有的诊疗项目和服务设施使用费用，不能串换成医保目录内项目。
5．分解住院	将患者住院治疗分解为二次及以上住院。	例：较短时间内同一病人在同一科室因同一种疾病再次入院（排除急诊）。 DRG和单病种结算的，15日内再次入院，要向医保中心报备。
6．高套病种（病组）、规避结算办法	高套单病种（病组）诊断骗取基金； 恶意规避单病种疾病入院。	实施按病种付费（分值、分组）的医院，将费用较低的急性单纯性阑尾炎高套为费用高的急性坏疽性阑尾炎骗取医保基金； 实施按病种付费（分值、分组）的医院，把符合的入组条件的病例改为其他非按病种诊断或加上并发症诊断，以达到规避入组的目的。 将住院期间检查费用到门诊缴费，规避次均住院费用和包干病种结算费用。 单病种结算的问题，诊断不规范、不严格，高套病种结算（高血压三级、慢性阻塞性肺病等） 将未经治疗的诊断，作为并发症、合并症，结算时加10%等。

七颜影视

常见违规行为

二、串换项目（药品）问题	串换收费	不执行原药品、诊疗项目、医用耗材、器械或医疗服务设施的支付名称及价格标准或无收费标准的项目，但将其串换为医保目录内名称和价格标准结算。	将医保目录外或医保丙类的项目，串换为医保甲、乙类项目结算； 套用高标准收费。如：“留置针封管费”串换为“动静脉置管护理”； ，“小换药”串换成“大换药”；中药封包、涂擦、换药分大中小，定点均按大的收费； 部分手术、检查、新设备项目未获有关部门审批且无收费标准，但串换为医保项目收费。 未开展的检查项目（或检验方法）串换为医保目录中的检查项目。 心电图检查串换为床旁心电图检查。 就高收取检验检查费用，也应使用串换项目收费。

七颜影视

常见违规行为

三、不规范诊疗问题	1．分解收费	将诊疗服务项目实施过程分解成多个环节逐个收费或将诊疗项目内涵中已包含的内容，单独计费。	将15通道导联分解成12通道和3通道导联收费； 全麻分解收取气管插管费用； 全身CT分解成按部位收费等。
	2．无指征治疗	与疾病无关，或无治疗依据反复多次治疗。	无明确感染类型、无药敏实验证据的情况下，使用多种抗生素药物； 几种相同功能药物同时使用的行为等。
	3．无指征住院	不符合住院指征收入院。	病情明显轻微不需住院治疗，慢性疾病病情平稳无住院治疗指征而收治住院，体检式住院等）。 医疗总费用中检查、化验费占80%以上，治疗与药品费用占比偏低。
	4．挂床住院	住院期间长时间不在床。	虚构诊疗文书或病人长期不在床，但发生医疗费用并纳入医保结算。
	5．无指征检查、化验、过度检查治疗	无疾病指征的情况下，向患者提供了不必要的检查、化验等服务。	将“乙肝五项”、“肿瘤标志物”检查作为常规化验和检查项目； 对入院病人常规血源性感染疾病 检查特异梅毒螺旋体提议性抗体测定同时检查不加热血清反应素实验

七颜影视

常见违规行为

四、虚构服务问题	1．虚构医疗服务	伪造、变造医疗文书、财务票据凭证或结算数据等行为。	编造医疗文书，虚构医疗行为，篡改诊断骗取医保基金；收取“遥测心电监护”项目费用，但相关科室并无遥测心电监护仪器；申报的医保结算的实际处置内容与医院病历记录的处理内容不符。
	2．冒名就医	刷卡结算数据所对应的待遇享受人非持卡人。	患者住院时，院方未认真核验病人社会保障卡，造成冒名住院行为发生； 男性患者开取限女性诊疗的项目、用药等。
	3伪造医疗文书票据	提供虚假的就医凭证等。	提供虚假的就医发票、病历资料、诊断证明书等虚假的就医凭证。
	4．转嫁费用	定点医疗机构要求患者在住院期间自费缴纳医疗费用，并不计入住院费用总额的行为。	在住院期间，医疗机构要求患者去门诊或向第三方支付医疗费用。

七颜影视

常见违规行为

五、其他违法违规问题	1．私自联网	未经批准接入或转接医保结算网络。	取得定点协议资格的医药机构，私自将医保网络转接给未取得资格的医药机构； 或直接为未签订医保协议的医疗机构提供结算服务等。
	2．违反管控指标	未执行医保协议规定或结算办法考核指标	医保病人的自费率超出医保协议规定等（我院为2%）。
	3．违规采购	违反相关制度规定采购药品及耗材等。	违反药品与耗材采购规定，私自采购； 低价采购、以网采备案价格纳入医保结算，价格调整不及时
	4．资质不符	违反卫健、市场监督等部门相关法规，且违规费用纳入医保结算。	超执业地点、执业范围、执业类别、诊疗科目等开展诊疗服务并纳入医保结算行为；辅助功能科室较突出，操作技师操作同时出具报告（无相应执业资质），多点执业注册、变更不及时等。 无精神卫生资质，开展精神专科治疗且费用纳入医保结算等
	5．诱导住院	未经批准减免医保费用、虚假宣传等方式吸引病人。	减免伙食费、空调费及其他个人自付费用等，吸引未达到住院指征的病人入院等。

七颜影视

定点医药机构法律责任

二、第三十九条

有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；拒不改正的，处1万元以上5万元以下的罚款；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

（一）未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作；

（二）未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料；

（三）未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据；

（四）未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息

（五）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；

（六）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；

（七）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

定点医药机构法律责任

三、第四十条

通过下列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；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：

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

（二）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；

（三）虚构医药服务项目；

（四）其他骗取医疗保障基金支出的行为。

定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的，实施了本条例第三十八条规定行为之一，造成医疗保障基金损失的，按照本条规定处理。

参保人法律责任

有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：

（一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；

（二）重复享受医疗保障待遇；

（三）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。

个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了前款规定行为之一，造成医疗保障基金损失的；或者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者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倍以下的罚款。

国家医保局2021年第一期曝光典型案件

辽宁省锦州市锦京医院欺诈骗保案

经锦州市医保局与公安局联合调查，发现锦京医院院长黄某某伙同医院内外多人通过借用职工、居民、学生医保卡在锦京医院医保系统刷卡办理虚假住院，骗取医保基金2906083.15元的违法事实，该案全部违法资金2906083.15元被追回并返还医保中心基金账户。

经当地法院审理判决如下：1.被告人黄某某，锦京医院院长，犯诈骗罪,判处有期徒刑8年8个月,并处罚金人民币50万元;2.被告人田某某，锦京医院法人，犯诈骗罪,判处有期徒刑9年,并处罚金人民币50万元;3.被告人徐某某，锦京医院医生，犯诈骗罪,判处有期徒刑7年3个月,并处罚金人民币30万元;4.被告人段某某，锦京医院财务人员，犯诈骗罪,判处有期徒刑5年6个月，并处罚金人民币25万元;5.被告人杨某某，锦州九泰药业有限责任公司职工，犯诈骗罪,判处有期徒刑4年,并处罚金人民币15万元;6.被告人韩某某, 辽宁石化职业技术学院教师,犯诈骗罪,判处有期徒刑三年,缓刑三年, 并处罚金人民币5万元。

湖南省长沙市望城坡春望医院欺诈骗保案

经长沙市公安局联合医保局调查，发现长沙市望城坡春望医院副院长李某某、院长兼法人刘某某等人存在在药品、化验检查、中药封包治疗等方面骗取医保基金共计人民币4253947.38元的事实。涉案人李某某、朱某某已分别向长沙市医疗保障事务中心退还违法所得人民币200万元、10万元，其余违法资金2153947.38元也已返还长沙市医疗保障事务中心。经法院审理判决如下：刘某某、李某某骗取国家医保基金，数额特别巨大，其行为均已构成诈骗罪，处刘某某有期徒刑10年，并处罚金人民币10万元;处李某某有期徒刑3年，缓刑5年，并处罚金人民币7万元。

新疆维吾尔自治区巴音郭楞蒙古自治州和硕县和硕丝路颐康中医院欺诈骗保案

巴音郭楞蒙古自治州和硕县医保局根据举报线索展开调查，发现和硕丝路颐康中医院法人杨某某存在伪造病历、降低标准住院、虚计费用、滥用抗生素等行为的违法事实，涉嫌违规使用医保金额10.44万元。案件移交公安后，该案涉案人员杨某某因涉嫌诈骗罪被公安刑事拘留，全部违法所得被追回并返还至医保中心基金账户。经当地法院审理判决如下：被告人和硕丝路颐康中医院法人杨某某犯诈骗罪，判处有期徒刑三年，缓刑五年，并处罚金人民币10万元。

湖北省黄冈市红安县七里坪镇中心卫生院国医堂曾某某欺诈骗保案

经红安县医保局与公安局联合调查，发现七里坪镇中心卫生院国医堂(康复治疗科)员工曾某某于2018年8月1日至2019年5月25日，通过伪造病历文书方式骗取医保基金的事实，该案违法所得资金被追回并返还医保中心基金账户。经法院审理判决：被告人曾某某犯诈骗罪，诈骗金额为264927.12元，判处有期徒刑三年六个月，并处罚金人民币10万元。

七颜影视

河北省唐山市丰润区刘家营乡卫生院原医保专管员兼药房收费员年某某贪污案

经唐山市丰润区医保局调查，刘家营乡卫生院医保专管员兼药房收费员年某某涉嫌在2018年期间通过虚报住院信息骗取医保基金。该案移交公安后，经公安部门进一步调查固定了有关证据，确定以上违法事实，追回违法所得资金44884.65元。经当地法院审理判决如下：被告人年某某因涉嫌贪污罪，判处有期徒刑七个月，缓刑一年，并处罚金人民币10万元。

七颜影视

内蒙古自治区赤峰市宁城县一肯中乡八肯中村村民李某某欺诈骗保案

经赤峰市宁城县医保局调查，参保人李某某存在通过故意隐瞒第三方责任，于2017年至2019年使用医保基金报销医疗费用38964.66元(该费用不应由医保基金支付)的违法事实，涉嫌欺诈骗保。2020年4月2日，经当地法院审理判决如下：被告人李某某犯诈骗罪，判处有期徒刑一年六个月，缓刑二年，追缴被告人李某某违法所得资金38964.66元返还医保中心基金账户，并处罚金人民币5千元。

七颜影视

江苏省连云港市朱某某欺诈骗保案

经连云港市医保局调查，参保人毕某某儿媳朱某某存在联合医生蒋某某故意隐瞒第三方责任并通过伪造《外伤审批表》内容等手段使用医保基金报销医疗费用22859.82元(该费用不应由医保基金支付)的违法事实，涉嫌欺诈骗保。案件移交连云港市海州公安分局后，查证以上情况属实。经当地法院审理判决如下：被告朱某某犯诈骗罪，判处有期徒刑六个月，缓刑一年，并处罚金人民币2万元，退还22859.82元至医保中心基金账户。

七颜影视

安徽省滁州市来安县参保人员杨某某欺诈骗保案

经滁州市来安县医保局调查，参保人杨某某存在通过故意伪造3张住院发票准备医保报销的事实，涉嫌骗取医疗费用15.5万元。案件移交公安后，查证以上情况属实。经当地法院审理判决如下：被告人杨某某犯诈骗罪(未遂)，判处有期徒刑三年，缓刑三年，并处罚金2万元。

七颜影视

结束语

如何确保“救命钱”安全运行，真正用于有需要的人，成为大家需要思考、解决的问题。

一、作为医保定点机构，用好医保基金，规范诊疗，提供合理必需的医疗服务，杜绝基金的过渡消耗和浪费；

二、作为医保部门来说，监督好资金使用、减少“跑冒滴漏”，使之高效服务群众；

三、作为执法部门来说，堵住最后一道为民争力的防线。

四、作为参保人来说，就要维护好应有的利益，积极参加社会监督