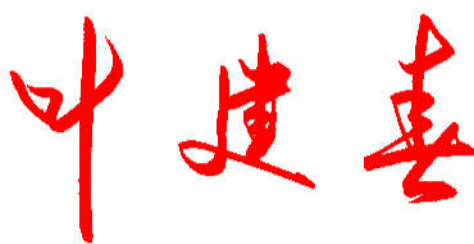


江西省人民政府令

第 256 号

《江西省医疗保障基金使用监督管理办法》已经 2022 年 7 月 7 日第 95 次省政府常务会议审议通过,现予公布,自 2022 年 10 月 1 日起施行。

省 长

A large, stylized red ink signature in cursive script, reading '叶建春' (Ye Jianchun), the name of the Governor of Jiangxi.

2022 年 7 月 13 日

(此件主动公开)

江西省医疗保障基金使用监督管理办法

目 录

- 第一章 总则
- 第二章 使用管理
- 第三章 监督检查
- 第四章 法律责任
- 第五章 附则

第一章 总 则

第一条 为了加强医疗保障基金使用监督管理,促进基金有效使用,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》、国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》等有关法律法规,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 医疗保障基金使用坚持以人民健康为中心,保障水平与经济社会发展水平相适应,遵循合法、安全、公开、便民的原则。

第四条 医疗保障基金使用监督管理实行政府监管、社会监

督、行业自律与个人守信相结合。

第五条 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,建立由医疗保障、卫生健康等部门参加的医疗保障基金使用监督管理协调机制,协调解决工作中的重大事项和问题,加强医疗保障基金使用监督管理能力建设,将医疗保障基金使用监督管理工作经费列入财政预算,为医疗保障基金使用监督管理工作提供保障。

第六条 县级以上人民政府医疗保障主管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,监督管理纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用,依法查处违法使用医疗保障基金的行为。

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,依法查处违反医疗保障基金财务会计制度的行为,对骗取医疗保障基金行为举报奖励资金予以安排并监督管理。

县级以上人民政府卫生健康主管部门负责加强对医疗机构和医疗服务的行业监督管理,督促医疗机构规范诊疗服务行为。

县级以上人民政府公安机关负责依法受理医疗保障主管部门移送的骗取医疗保障基金案件和案件线索,依法查处和打击各类骗取医疗保障基金的犯罪行为。

县级以上人民政府发展改革、审计、市场监督管理、中医药管理等有关部门在各自职责范围内负责医疗保障基金使用监督管理有关工作。

第七条 鼓励和支持新闻媒体开展医疗保障法律法规和医疗保障知识的公益宣传,对医疗保障基金使用行为进行舆论监督,加大对骗取医疗保障基金典型案例的新闻报道力度,宣传报道应当真实、公正。

第八条 县级以上人民政府及其医疗保障主管部门应当畅通社会监督渠道,鼓励和支持社会各方参与对医疗保障基金使用的监督。

县级以上人民政府医疗保障主管部门应当建立健全医疗保障基金使用社会监督员制度,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。

任何组织和个人有权对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉。接到举报、投诉的有关部门,应当及时予以处理,不属于本部门职责范围的事项,应当及时转交有权部门处理。

县级以上人民政府医疗保障、财政部门应当建立健全举报奖励制度,对查证属实的,应当按照国家规定给予举报人奖励,并对举报人身份等相关信息予以保密。

第九条 医药卫生行业协会应当加强行业自律,推进行业诚信建设,引导和促进医疗机构、药品经营单位(以下统称医药机构)以及个人依法、合理使用医疗保障基金。

第二章 使用管理

第十条 医疗保障基金实行财政专户管理,专款专用,任何组

织和个人不得侵占或者挪用。

第十一条 医疗保障基金支付的医药服务费用应当符合国家和省规定的基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施的目录和支付标准。医疗救助基金应当按照国家和省规定,用于帮助符合医疗救助条件的人员获得基本医疗服务和减轻其医疗费用负担。

省人民政府按照国家规定的权限和程序,补充制定本省医疗保障基金支付的具体项目和标准,报国务院医疗保障主管部门备案。

第十二条 职工基本医疗保险个人账户按照国家 and 省规定,可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用,在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用,以及配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

第十三条 下列医疗费用不予纳入医疗保障基金支付的范围:

- (一)应当从工伤保险基金中支付的;
- (二)应当由第三人负担的;
- (三)应当由公共卫生负担的;
- (四)在境外就医的;
- (五)按照国家规定其他不得纳入医疗保障基金支付范围的。

医疗费用依法应当由第三人负担,第三人不支付或者无法确

定第三人的,由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后,有权向第三人追偿。

国家临时调整医疗保障基金支付范围的,按照国家临时调整的支付范围执行。

第十四条 医疗保障经办机构按照国家 and 省规定,承担医疗保障基金使用的经办服务工作,提供标准化、规范化的医疗保障经办服务。

县级以上人民政府医疗保障主管部门应当推进医疗保障服务下沉,实现省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)全覆盖;推进便民服务,按照国家和省规定逐步实现医疗保障服务事项省内通办、跨省通办。

第十五条 医疗保障经办机构应当加强内部控制管理,建立健全业务、财务、安全和风险管理制度,完善医疗保障基金预决算、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。

医疗保障经办机构应当定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况,接受社会监督。

第十六条 医疗保障经办机构应当与定点医药机构建立集体谈判协商机制,签订医疗保障服务协议,规范医药服务行为,并按照医疗保障服务协议约定,及时向定点医药机构拨付医疗保障基金。

符合国家规定条件的互联网医院,可以依托其实体医疗机构

申请签订补充服务协议。

医疗保障经办机构应当于医疗保障服务协议签订后一个月内通过官方网站、微信公众号或者新闻媒体向社会公布签订医疗保障服务协议的定点医药机构名单。

第十七条 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医疗保障服务协议进行费用审核、稽查审核、绩效考核等。

医疗保障经办机构发现定点医药机构违反医疗保障服务协议的,应当督促定点医药机构履行服务协议,并可以按照医疗保障服务协议采取下列措施:

- (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疗保障基金费用;
- (三)追回已支付的违规医疗保障基金费用;
- (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)中止或者解除医疗保障服务协议。

对涉嫌骗取医疗保障基金等违法违规行为的,应当同时报告同级医疗保障主管部门。

医疗保障经办机构违反服务协议的,定点医药机构有权要求纠正或者提请医疗保障主管部门协调处理、督促整改,也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第十八条 定点医药机构应当遵守医疗保障服务协议、执行医疗保障支付政策、国家和省医疗保障主管部门制定的医药价格政策,确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围。

公立医疗机构应当按照国家和省相关规定执行集中采购政策,通过省级医药集中采购平台采购药品和医用耗材并规范使用。

定点医药机构应当按照国家规定保管财务账目、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,及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据,向医疗保障主管部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息,在本单位显著位置或者网站等向社会公开医药费用、费用结构等信息。

第十九条 定点医药机构应当建立医疗保障基金使用信息披露、风险控制、考核评价等内部管理制度,明确专门机构或者配备专(兼)职人员负责医疗保障基金使用管理工作。

定点医药机构应当组织开展医疗保障制度、政策培训,建立医疗保障基金使用定期自查制度,及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

医疗保障主管部门、医疗保障经办机构应当定期对定点医药机构从事医疗保障基金使用管理的专(兼)职人员进行业务指导或者培训。

第二十条 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有关资料。定点医药机构及其工作人员在提供医药服务过程中，不得有下列行为：

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

（八）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；

（九）虚构医药服务项目；

（十）为其他非定点医药机构提供医疗保障基金结算；

（十一）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；

（十二）其他违反医疗保障基金使用管理法律法规规章的行为。

第二十一条 参保人员按照规定参加医疗保险,并根据相应的缴费标准缴纳基本医疗保险费用后享受相应的医疗保障待遇。

参保人员有权要求定点医药机构如实出具费用单据和相关资料,有权要求医疗保障经办机构提供医疗保障咨询服务,对医疗保障基金的使用提出改进建议。

参保人员应当妥善保管本人医疗保障凭证(含电子医疗保障凭证),防止他人冒名使用。因特殊原因需要委托他人代为购药的,应当提供委托人和受托人的身份证明。

参保人员不得有下列行为:

- (一)将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;
- (二)使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药,但参保人员医疗保险个人账户按照规定实行家庭共济的除外;
- (三)重复享受医疗保障待遇;
- (四)利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者获取其他非法利益;
- (五)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;
- (六)其他违反医疗保障基金使用管理法律法规规章的行为。

第二十二条 在医疗保障基金使用管理过程中,医疗保障主管部门、医疗保障经办机构及其工作人员不得有下列行为:

- (一)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；

(二)虚构医药服务项目；

(三)侵占、挪用医疗保障基金；

(四)收受贿赂或者取得其他非法收入；

(五)泄露、篡改、毁损、非法向他人提供个人信息、商业秘密；

(六)其他滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的行为。

第二十三条 县级以上人民政府医疗保障主管部门按照国家 and 省规定,依托医疗保障信息系统,对医疗保障经办机构基金结算情况、定点医药机构提供医药服务行为和参保人员就医购药等情况实施大数据实时动态智能监控。医疗保障监测机构负责对全省定点医药机构及其从业人员提供医药服务行为、参保人员享受医疗保障待遇情况进行监测。

医疗保障监测机构应当完善监测规则、细化监测指标和智能监测知识库,提升智能监测功能,强化对定点医药机构使用医疗保障基金的在线监测,维护基金安全。

第三章 监督检查

第二十四条 县级以上人民政府医疗保障主管部门应当建立健全日常巡查、专项检查、重点检查、交叉检查等制度,依法对医疗保障经办机构、定点医药机构、参保人员和第三方机构等涉及医疗保障基金使用管理情况实施全过程、全方位监督检查。

县级以上人民政府医疗保障主管部门对群众举报投诉、上级

部门交办、社交媒体曝光、医疗保障经办机构和其他部门移交的线索应当进行重点检查,重点检查可以以飞行检查的方式进行。

省、设区的市人民政府医疗保障主管部门应当加强跨区域医疗保障基金监督管理协作,组织开展跨区域交叉检查。

第二十五条 县级以上人民政府医疗保障主管部门可以根据工作需要会同财政、卫生健康、公安、市场监督管理、中医药管理等有关部门开展联合检查,也可以采取购买服务方式,聘请符合条件的会计师事务所、信息技术服务机构、商业保险机构等第三方机构和专业人员协助开展检查。

医疗保障等有关部门、医疗保障经办机构、医疗保障监测机构、第三方机构及其工作人员,不得将依法获得的资料或者调查的情况用于医疗保障基金监督管理以外的任何其他目的,不得泄露当事人的个人隐私和商业秘密。

第二十六条 有下列情形之一的,省、设区的市人民政府医疗保障主管部门可以组织开展飞行检查:

(一)投诉举报线索反映或者财政、审计等部门反馈医疗保障基金可能存在重大安全风险的;

(二)医疗保障智能监控提示医疗保障基金可能存在重大安全风险的;

(三)上级医疗保障主管部门交办或者应下级医疗保障主管部门申请,对当地定点医药机构可能存在严重违法违规行为开展检查的;

(四)其他需要开展飞行检查的情形。

第二十七条 医疗保障监督检查人员在开展监督检查时不得少于二人,应当向当事人或者有关人员出示执法证件,告知权利和义务。

第二十八条 县级以上人民政府医疗保障主管部门实施监督检查,可以采取下列措施:

(一)进入被检查对象有关的场所进行检查,询问与检查事项有关的人员,要求其对有关问题作出解释说明、提供有关资料,并制作询问笔录和现场检查笔录;

(二)根据法律法规的规定从相关信息系统中调取数据,要求被检查对象对疑点数据作出解释说明;

(三)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;

(四)对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存;

(五)法律法规规定的其他措施。

县级以上人民政府医疗保障主管部门进行监督检查时,被检查对象应当予以配合,按照要求如实提供与医疗保障基金使用管理相关的资料和信息,不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。

对隐匿、转移、侵占、挪用医疗保障基金的行为,县级以上人民政府医疗保障主管部门应当予以制止并责令改正。

第二十九条 对涉嫌骗取医疗保障基金支出的定点医药机构,在调查期间,县级以上人民政府医疗保障主管部门可以采取增

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,经县级以上人民政府医疗保障主管部门主要负责人批准,医疗保障主管部门可以要求医疗保障经办机构暂停其医疗保障基金结算。

对涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的参保人员,县级以上人民政府医疗保障主管部门可以要求医疗保障经办机构暂停其医疗费用联网结算。

第三十条 县级以上人民政府医疗保障主管部门按照国家规定的定点医药机构、人员等信用管理制度,将日常监督检查结果、行政处罚结果等情况纳入国家企业信用信息公示系统(江西)、江西省公共信用信息平台,按照国家有关规定实施分级分类监督管理,根据定点医药机构、人员的信用等级高低采取差异化的监管措施。

县级以上人民政府医疗保障主管部门应当定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果,加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度。

第三十一条 县级以上人民政府医疗保障、卫生健康、市场监督管理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、违纪、职务违法的,应当按照法律法规规定向有权机关移送。

第三十二条 县级以上人民政府医疗保障主管部门可以依法委托符合法定条件的组织开展行政执法工作,并定期对行政执法

人员开展执法能力培训。

第四章 法律责任

第三十三条 违反本办法规定的行为,法律法规已有行政处罚规定的,从其规定;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

违反本办法规定,给有关单位或者个人造成损失的,依法承担赔偿责任。

第三十四条 医疗保障、财政、卫生健康、公安、市场监督管理等部门的国家工作人员在从事医疗保障基金使用监督管理中滥用职权、玩忽职守、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。

第三十五条 定点医药机构以骗取医疗保障基金支出为目的,为非定点医药机构、暂停(中止)医疗保障服务的定点医药机构或者其他机构代刷医疗保障凭证(含电子医疗保障凭证)的,依照国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条的规定予以处罚。

第三十六条 第三方机构和专业人员在协助开展检查工作过程中有弄虚作假或者工作不负责任造成重大失误情形的,责令改正,依照有关法律法规予以处罚,并将相应信息依法纳入江西省公共信用信息平台;造成经济损失的,依法承担赔偿责任;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第三十七条 省人民政府医疗保障主管部门应当结合本省实际,依法制定医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准,明确处罚标准和适用条件,及时向社会公布。

第五章 附 则

第三十八条 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,参照本办法执行。

居民大病保险资金的使用按照国家有关规定执行,县级以上人民政府医疗保障主管部门应当加强监督。

第三十九条 本办法自 2022 年 10 月 1 日起施行。

主送:各市、县(区)人民政府,省政府各部门。

抄送:省委,省纪委省监委,省人大常委会,省政协,省军区,省委各部门,省法院,省检察院,群众团体,新闻单位。

江西省人民政府办公厅秘书处

2022 年 7 月 15 日印发

