



来源：山东省人民政府网站

【字体：大 中 小】打印

山东省医疗保障基金监督管理办法

(2022年3月3日山东省人民政府令第345号公布 自2022年5月1日起施行)

第一章 总 则

第一条 为了加强医疗保障基金监督管理，保障基金安全，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》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律、法规，结合本省实际，制定本办法。

第二条 本省行政区域内医疗保障基金的筹集与使用、经办与服务、监督检查等，适用本办法。

本办法所称医疗保障基金，包括基本医疗保险（含生育保险）基金、医疗救助基金等。

第三条 医疗保障基金监督管理应当坚持依法监管、协同高效、公开便民、保障安全的原则。

第四条 县级以上人民政府应当加强对医疗保障基金监督管理工作的领导，相关工作经费纳入本级财政预算；建立健全医疗保障基金监督管理机制和执法体制，加强医疗保障基金监督管理能力建设。

第五条 县级以上人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域医疗保障基金监督管理工作，其他有关部门按照职责做好相关工作。

第六条 任何组织和个人有权对侵害医疗保障基金的违法行为进行举报、投诉，有关部门、单位应当依法及时处理。

第二章 筹集与使用

第七条 基本医疗保险基金实行市级统筹，逐步实现省级统筹；医疗救助基金由政府预算统筹安排，统筹层级与基本医疗保险基金统筹层级相协调。

医疗保障基金纳入财政专户管理，专款专用，实施预算绩效管理。

第八条 职工、城乡居民依法参加基本医疗保险，缴纳基本医疗保险费，不得重复参保。

医疗救助对象参加居民基本医疗保险的个人缴费部分，可以由医疗救助基金给予补贴。

第九条 税务部门应当依法按时足额征收基本医疗保险费，并通过信息共享平台及时准确向医疗保障经办机构反馈征收等信息。

第十条 县级以上人民政府医疗保障行政部门应当执行医疗保障待遇清单制度，并对医疗保障药品、诊疗项目、医疗服务设施实行目录管理。

参保人员按照规定享受医疗保障待遇，不得重复享受。

第十一条 签订服务协议的医疗机构和药品经营单位（以下统称定点医药机构），应当履行服务协议，依法使用医疗保障基金。

第十二条 建立长期护理资金多渠道筹集机制。长期护理资金可以按照一定比例或者额度从基本医疗保险基金中筹集。

对提出长期护理需求申请的参保人员，经评估认定符合条件的，可以由签订服务协议的护理机构按照服务协议提供护理服务。

第十三条 定点医药机构应当落实医疗保障基金使用主体责任，完善内部管理制度，加强医疗保障信息化建设，推行电子病历、医疗保障电子凭证等应用，提供优质便捷服务。

第十四条 定点医药机构应当健全医疗保障基金使用考核评价体系，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正违反规定使用医疗保障基金的行为。

第十五条 定点医药机构应当按照国家和省有关药品、医用耗材集中采购的规定，规范药品、医用耗材采购行为，及时结算支付货款，并完成集中带量采购中选产品约定采购量。

第十六条 职工基本医疗保险个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医药机构就医产生的由个人负担的医疗费用，以及购买药品、医疗器械、医用耗材产生的由个人负担的费用。

职工基本医疗保险个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身和养生保健消费等不属于医疗保障基金支付范围的支出。

第三章 经办与服务

第十七条 县级以上人民政府医疗保障行政部门应当加强对所属的医疗保障经办机构和基金稽核机构的领导，指导、监督其依法履行职责。

第十八条 医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、信息、安全和风险管理制度，履行协议管理、基金拨付、待遇审核及支付等职责，完善医疗保障服务定点申请、专业评估、协议签订、协议履行、协议变更、协议处理等工作流程，推行网上办理。

第十九条 医疗保障经办机构应当规范经办流程，完善异地就医直接结算机制，推进基本医疗保险、大病保险、医疗救助等费用的联网结算，提供标准化、规范化的医疗保障经办服务。

第二十条 医疗保障经办机构应当运用数据比对、筛查等方式，及时准确核实参保人员缴费、医疗保障待遇资格等信息。

第二十一条 医疗保障经办机构应当通过协商谈判，与定点医药机构签订服务协议，约定服务内容、支付方式、支付标准、年度费用总额及激励约束措施等内容。

第二十二条 定点医药机构为参保人员提供医疗服务，应当核验医疗保障凭证并向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得将应当由医疗保障基金支付的费用转由参保人员承担。

第二十三条 定点医药机构开展互联网医疗服务所产生的相关费用，符合医疗保障基金支付范围的，由医疗保障经办机构按照规定进行结算支付。

第二十四条 定点医药机构为参保人员提供医疗服务，应当执行国家、省和统筹地区有关药品、医用耗材、医疗服务项目的价格和医疗保障支付标准等规定。

非公立医疗机构与医疗保障经办机构签订服务协议的，其医疗保障支付标准参照同级同类公立医疗机构医疗保障支付标准执行。

第四章 监督检查

第二十五条 县级以上人民政府医疗保障行政部门应当通过日常抽查、现场核查、专家审查等方式，对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用进行监督，依法查处医疗保障经办机构、定点医药机构、参保人员违法使用医疗保障基金的行为。

第二十六条 医疗保障经办机构按照服务协议约定，对违反服务协议的定点医药机构可以暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、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，直至解除服务协议；定点医药机构及其相关责任人员有权进行陈述、申辩。

第二十七条 定点医药机构认为医疗保障经办机构违反服务协议的，可以要求医疗保障经办机构纠正，或者提请医疗保障行政部门督促整改。

第二十八条 县级以上人民政府医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作，并对受委托组织进行指导和监督。

第二十九条 省、设区的市人民政府医疗保障行政部门应当建立医疗保障基金违法行为举报奖励制度，对实名举报并查证属实的，按照规定给予奖励。

第三十条 县级以上人民政府医疗保障行政部门可以会同公安、卫生健康、市场监督管理等部门建立联合检查、案件移送等工作机制，依法查处医疗保障基金违法行为。

第三十一条 县级以上人民政府医疗保障行政部门可以聘请人大代表、政协委员、参保人员和新闻媒体代表等担任社会监督员，参与医疗保障基金监督活动。

鼓励、支持新闻媒体对医疗保障基金筹集、使用、管理等活动进行监督。

第五章 法律责任

第三十二条 违反本办法规定的行为，法律、法规已规定法律责任的，适用其规定。

第三十三条 违反本办法规定，定点医药机构未核验参保人员医疗保障凭证且未如实出具费用单据和相关资料，或者将应当由医疗保障基金支付的费用转由参保人员承担的，由医疗保障行政部门责令改正；违反其他法律、法规的，由有关主管部门依法处理。

第三十四条 医疗保障经办机构有下列行为之一的，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）对医疗保障基金违法行为隐瞒不报、谎报或者拖延不报，造成严重后果的；

（二）违反业务操作规程、信息管理规定，造成医疗保障基金损失和严重不良社会影响的；

（三）泄露举报、投诉信息或者打击报复举报人、投诉人的；

（四）未依法履行职责造成医疗保障基金损失的其他行为。

第三十五条 医疗保障、卫生健康、税务等部门未依法履行医疗保障基金监督管理职责，或者有其他滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊行为的，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。

第六章 附 则

第三十六条 职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金的监督管理，参照本办法执行。

长期护理资金的管理按照国家有关规定执行，医疗保障行政部门应当加强监督。

第三十七条 本办法自 2022 年 5 月 1 日起施行。

