

14.3cm



医疗保障基金使用监督管理条例
医疗保障基金使用监督管理条例实施细则

21.3cm

惠来县医疗保障局 翻印

2026 年 4 月

目 录

医疗保障基金使用监督管理条例

第一章 总 则.....	1
第二章 基金使用.....	3
第三章 监督管理.....	7
第四章 法律责任.....	10
第五章 附 则.....	15

医疗保障基金使用监督管理条例实施细则

第一章 总 则.....	17
第二章 基金使用.....	18
第三章 监督管理.....	21
第四章 法律责任.....	24
第五章 附 则.....	33

医疗保障基金使用监督管理条例

(2020年12月9日国务院第117次常务会议通过
2021年1月15日中华人民共和国国务院令 第735号公布
自2021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使用监督管理，保障基金安全，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》和其他有关法律规定，制定本条例。

第二条 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、行业自律和个人守信相结合。

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，建立健全医疗保障基金使用监督管理机制和基金监督管理执法体制，加强医

疗保障基金使用监督管理能力建设，为医疗保障基金使用监督管理工作提供保障。

第六条 国务院医疗保障行政部门主管全国的医疗保障基金使用监督管理工作。国务院其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

县级以上地方人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域的医疗保障基金使用监督管理工作。县级以上地方人民政府其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

第七条 国家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，并对医疗保障基金使用行为进行舆论监督。有关医疗保障的宣传报道应当真实、公正。

县级以上人民政府及其医疗保障等行政部门应当通过书面征求意见、召开座谈会等方式，听取人大代表、政协委员、参保人员代表等对医疗保障基金使用的意见，畅通社会监督渠道，鼓励和支持社会各方面参与对医疗保障基金使用的监督。

医疗机构、药品经营单位（以下统称医药机构）等单位和医药卫生行业协会应当加强行业自律，规范医药服务行为，促进行业规范和自我约束，引导依法、合理使用医疗保障基金。

第二章 基金使用

第八条 医疗保障基金使用应当符合国家规定的支付范围。

医疗保障基金支付范围由国务院医疗保障行政部门依法组织制定。省、自治区、直辖市人民政府按照国家规定的权限和程序，补充制定本行政区域内医疗保障基金支付的具体项目和标准，并报国务院医疗保障行政部门备案。

第九条 国家建立健全全国统一的医疗保障经办管理体系，提供标准化、规范化的医疗保障经办服务，实现省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。

第十条 医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作，并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。

第十一条 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，合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限，并根据保障公众健康需求和管理服务的需要，与定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。

医疗保障经办机构应当及时向社会公布签订服务

协议的定点医药机构名单。

医疗保障行政部门应当加强对服务协议订立、履行等情况的监督。

第十二条 医疗保障经办机构应当按照服务协议的约定，及时结算和拨付医疗保障基金。

定点医药机构应当按照规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益。

第十三条 定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议，按照服务协议约定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。

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。

第十四条 定点医药机构应当建立医疗保障基金使用内部管理制度，由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作，建立健全考核评价体系。

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。

第十五条 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的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十六条 定点医药机构应当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，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，向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

第十七条 参保人员应当持本人医疗保障凭证就医、购药，并主动出示接受查验。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。

参保人员应当妥善保管本人医疗保障凭证，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。

参保人员应当按照规定享受医疗保障待遇，不得重复享受。

参保人员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。

第十八条 在医疗保障基金使用过程中，医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员不得收受贿赂或者取得其他非法收入。

第十九条 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。

第二十条 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人员不得通过伪造、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，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金。

第二十一条 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。

第三章 监督管理

第二十二条 医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

医疗保障行政部门应当加强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的监督，规范医疗保障经办业务，依法查处违法使用医疗保障基金的行为。

第二十三条 国务院医疗保障行政部门负责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。

国务院医疗保障行政部门制定服务协议管理办法，应当听取有关部门、医药机构、行业协会、社会公众、专家等方面意见。

第二十四条 医疗保障行政部门应当加强与有关部门的信息交换和共享，创新监督管理方式，推广使用信息技术，建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，实施大数据实时动态智能监控，并加强共享数据使用全过程管理，确保共享数据安全。

第二十五条 医疗保障行政部门应当根据医疗保障基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等

因素，确定检查重点，组织开展专项检查。

第二十六条 医疗保障行政部门可以会同卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、公安等部门开展联合检查。对跨区域的医疗保障基金使用行为，由共同的上一级医疗保障行政部门指定的医疗保障行政部门检查。

第二十七条 医疗保障行政部门实施监督检查，可以采取下列措施：

（一）进入现场检查；

（二）询问有关人员；

（三）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；

（四）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；

（五）对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存；

（六）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；

（七）法律、法规规定的其他措施。

第二十八条 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。

第二十九条 开展医疗保障基金使用监督检查，监督检查人员不得少于2人，并且应当出示执法证件。医疗保障行政部门进行监督检查时，被检查对象应当予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍

检查或者谎报、瞒报。

第三十条 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，经医疗保障行政部门主要负责人批准，医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗保障基金结算。经调查，属于骗取医疗保障基金支出的，依照本条例第四十条的规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算。

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以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。经调查，属于骗取医疗保障基金支出的，依照本条例第四十一条的规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算。

第三十一条 医疗保障行政部门对违反本条例的行为作出行政处罚或者行政处理决定前，应当听取当事人的陈述、申辩；作出行政处罚或者行政处理决定，应当告知当事人依法享有申请行政复议或者提起行政诉讼的权利。

第三十二条 医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、会计师事务所等机构及其工作人员，不得将工

作中获取、知悉的被调查对象资料或者相关信息用于医疗保障基金使用监督管理以外的其他目的，不得泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密。

第三十三条 国务院医疗保障行政部门应当建立定点医药机构、人员等信用管理制度，根据信用等级分级分类监督管理，将日常监督检查结果、行政处罚结果等情况纳入全国信用信息共享平台和其他相关信息公示系统，按照国家有关规定实施惩戒。

第三十四条 医疗保障行政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，接受社会监督。

第三十五条 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。

医疗保障行政部门应当畅通举报投诉渠道，依法及时处理有关举报投诉，并对举报人的信息保密。对查证属实的举报，按照国家有关规定给予举报人奖励。

第四章 法律责任

第三十六条 医疗保障经办机构有下列情形之一的，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。

第三十八条 定点医药机构有下列情形之一的，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。

第三十九条 定点医药机构有下列情形之一的，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。

第四十条 定点医药机构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。

第四十一条 个人有下列情形之一的，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。

第四十二条 医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员收受贿赂或者取得其他非法收入的，没收违法所得，对有关责任人员依法给予处分；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

第四十三条 定点医药机构违反本条例规定，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，其法定代表人或者主要负责人5年内禁止从事定点医药机构管理活动，由有关部门依法给予处分。

第四十四条 违反本条例规定，侵占、挪用医疗保障基金的，由医疗保障等行政部门责令追回；有违法所得的，没收违法所得；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。

第四十五条 退回的基金退回原医疗保障基金财政专户；罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

第四十六条 医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、会计师事务所等机构及其工作人员，泄露、篡改、毁损、非法向他人提供个人信息、商业秘密的，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；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

第四十七条 医疗保障等行政部门工作人员在医疗保障基金使用监督管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第四十八条 违反本条例规定，构成违反治安管理行为的，依法给予治安管理处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

违反本条例规定，给有关单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任。

第五章 附 则

第四十九条 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。

第五十条 本条例自2021年5月1日起施行。

医疗保障基金使用监督管理条例实施细则

国家医疗保障局令
第7号

第一章 总 则

第一条 根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称条例）《社会保险经办条例》等有关法律、行政法规，制定本实施细则。

第二条 各级医疗保障行政部门应当加强对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为、医药费用的监督，组织开展医疗保障基金使用监督检查，依法查处医疗保障领域违法违规行为。

医疗保障行政部门应当规范医疗保障经办业务，加强对服务协议订立、履行等情况的监督。

医疗保障行政部门建立医疗保障基金智能监督管理制度，健全事前、事中、事后相结合，全流程、全领域、全链条的智能监管体系。

第三条 各级医疗保障行政部门应当建立政府监管、社会监督、行业自律和个人守信相结合的监督体系，加强对医疗保障基金使用的监督。

第二章 基金使用

第四条 医疗保障经办机构应当根据保障公众健康需求和管理服务的需要，与符合条件的医疗机构、药品经营单位（以下统称医药机构）协商签订服务协议并向同级医疗保障行政部门备案，做好服务协议管理，规范医药服务行为。

医疗保障经办机构负责审核定点医药机构申报的医药费用和参保人员医保报销费用、申领生育保险生育津贴等，按照服务协议约定等及时结算和拨付医疗保障基金。

医疗保障经办机构应当核查定点医药机构履行服务协议、执行医保费用结算项目和标准情况，核查参保人员参保登记、享受医疗保障待遇情况，以及核查法律、法规规定的其他事项，及时纠正不规范的基金使用行为。

医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度。县级以上医疗保障经办机构按年度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。

第五条 医疗保障经办机构应当履行协议管理职责，对定点医药机构申报的费用采取日常审核、智能审核、抽查审核、核查检查等医疗保障基金使用管理措施。

医疗保障经办机构对定点医药机构申报的医药费用，经审核应当由医疗保障基金支付的，医疗保障经

办机构应当按照规定与定点医药机构进行结算，不当由医疗保障基金支付的，应当按照政策规定和服务协议约定拒付费用。对定点医药机构违反服务协议约定使用医疗保障基金的行为，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议，按照服务协议约定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其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。

第六条 定点医药机构不履行服务协议，经医疗保障经办机构催告后仍不履行，医疗保障经办机构可以作出要求其履行协议的书面决定。定点医药机构收到书面决定后在法定期限内未申请行政复议或者提起行政诉讼，且仍不履行的，协议内容具有可执行性的，医疗保障经办机构可以向人民法院申请强制执行。

第七条 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。

定点医药机构认为医疗保障经办机构违反服务协议，要求医疗保障行政部门协调处理、督促整改的，应当在协议履行期内，以书面形式向与其签订服务协议的医疗保障经办机构同级的医疗保障行政部门提出申请，并说明医疗保障经办机构违反服务协议的具体情形和约定。医疗保障行政部门应当自收到书面申请

之日起60日内予以处理。

第八条 定点医药机构应当依照条例第十四条至第十六条的规定落实医疗保障监督管理要求，加强医药服务管理，依法合理使用医疗保障基金。

第九条 定点医药机构应当加强信息化建设，按照医疗保障信息化建设要求，积极应用医保码（医保电子凭证）、视频监控、医疗保障信息业务编码、药品耗材追溯码，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，向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息。

第十条 定点医药机构被责令暂停相关责任部门涉及医疗保障基金使用的医药服务、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的，应当在相关责任部门和定点医药机构醒目位置进行公示，并对参保人员做好解释。

第十一条 定点医药机构应当按照诊疗规范向参保人员提供合理、必要的医药服务，使用医疗保障基金应当符合国家规定的支付范围，执行国家、省级和本统筹地区有关药品、医用耗材、医疗服务的医疗保障基金支付具体项目、支付标准及价格政策。

第十二条 定点医药机构申请解除服务协议或者不再续签服务协议的，医疗保障经办机构可以视既往协议履行情况、提出解除协议的原因，或者根据医疗保障行政部门的要求，对医疗保障基金结算费用开展全

面核查。核查发现涉嫌违法或者违反服务协议使用医疗保障基金的，应当按照规定进行处理后，方可解除或者不再续签服务协议。

第十三条 参保人员依法享有医疗保障待遇，有权要求定点医药机构如实出具费用单据和相关资料，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。

参保人员应当配合医疗保障行政部门开展调查，依照条例第十七条、第十九条的规定配合规范使用医疗保障基金。

第三章 监督管理

第十四条 医疗保障行政部门应当同卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门分工协作、相互配合，建立沟通协调、信息共享、案件移送与反馈、联合惩戒等机制。医疗保障行政部门根据工作需要，可以会同有关部门开展联合检查，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

第十五条 医疗保障行政部门应当健全跨省异地就医基金使用监管机制，完善区域协作、联合检查等工作制度，落实就医地和参保地监管责任。

第十六条 定点医药机构有下列情形之一的，可以认定属于条例第三十条第一款所称“定点医药机构拒不配合调查”：

（一）拒绝、阻碍监督检查人员进入定点医药机构现场和关联场所检查；

（二）阻碍监督检查人员询问有关人员，授意有关人员不配合调查，或者组织有关人员串供；

（三）无正当理由拒不提供或者未在监督检查人员指定的合理期限内提供有关文件资料（含电子资料、视频监控等），或者提供虚假材料、虚假情况；

（四）拒绝、阻碍监督检查人员采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集证据，拒不配合监督检查人员提取电子信息数据；

（五）拒不回答监督检查人员对案件事实有关询问；

（六）转移、隐匿、毁损、伪造、篡改相关资料，或者故意清除法定或约定合理保管期限内的历史数据；

（七）辱骂、威胁监督检查人员或者对监督检查人员使用暴力；

（八）其他拒不配合调查的情形。

第十七条 医疗保障经办机构应医疗保障行政部门要求，对涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的定点医药机构暂停结算医疗保障基金且暂停拨付费用，直至定点医药机构配合调查时止。

暂停医疗保障基金结算期间，在被暂停的定点医药机构就医发生的医药费用，经调查属于骗取医疗保

障基金支出的，依照条例第四十条的规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，待解除暂停医疗保障基金结算后，按照规定结算。

第十八条 参保人员有下列行为之一的，可以认定为属于条例第三十条第二款所称“参保人员拒不配合调查”：

（一）拒绝到医疗保障行政部门和经办机构接受调查，且在特殊情况下也不提供本人住所、工作场所等其他可接受调查的场所接受调查；

（二）拒绝就本人待遇享受、就医购药、健康状况等相关情况作出说明，或者提供虚假说明；

（三）无正当理由拒不提供或者未在监督检查人员指定的合理期限内提供有关文件资料，或者提供虚假资料；

（四）拒不回答监督检查人员对案件事实有关询问；

（五）转移、隐匿、毁损、伪造、篡改相关资料；

（六）辱骂、威胁监督检查人员或者对监督检查人员使用暴力；

（七）其他拒不配合调查的情形。

第十九条 医疗保障经办机构应医疗保障行政部门要求，对涉嫌骗取医疗保障基金支出但是拒不配合调查的参保人员，暂停联网结算其医药费用中应当由医

疗保障基金支付的部分，直至参保人员配合调查时止。

暂停联网结算期间，参保人员发生的医药费用由本人全额垫付。暂停联网结算期间的医药费用依照《社会保险经办条例》第二十条第二款的规定予以报销。

第二十条 定点医药机构被暂停涉及医疗保障基金使用的医药服务、解除服务协议，定点医药机构相关责任人员或者所在部门被中止涉及医疗保障基金使用的医药服务的，决定作出前已在院住院参保人员本次住院发生的合规医药费用可在出院时直接结算，定点医药机构的结算依据调查结果按照相关规定办理。

第二十一条 医疗保障行政部门依据相关法律法规，可以对定点医药机构采取加强法治教育、列入重点监管对象、增加检查频次等信用管理措施。

第二十二条 医疗保障经办机构应当加强对定点医药机构相关人员医疗保障支付资格管理，根据违法行为、违反协议约定行为的性质及其负有责任程度等对相关责任人员设置相应管理措施。

第四章 法律责任

第二十三条 在按病种付费下，定点医药机构存在违法行为属于条例第三十八条第一项至第六项所列情形的，依照条例规定追究违法责任；采取高套或低编

病种（病组）编码等违反医保支付方式管理规定的，可以认定属于条例第三十八条第七项规定的情形。

第二十四条 违反本实施细则第九条的规定，定点医药机构未按照规定使用药品耗材追溯码的，可以依照条例第三十九条第三项的规定处罚。

第二十五条 定点医药机构及其工作人员通过说服、虚假宣传、减免费用、提供额外财物（服务）等方式诱导他人冒名或者虚假就医、购药的，可以认定属于条例第四十条第一款第一项所称“诱导他人冒名或者虚假就医、购药”的情形。

第二十六条 定点医药机构及其工作人员明知他人以骗取医疗保障基金为目的，冒名或者虚假就医、购药，仍然协助其就医、购药的，可以认定属于条例第四十条第一款第一项所称“协助他人冒名或者虚假就医、购药”的情形。

第二十七条 定点医药机构有下列情形之一的，可以依照条例第四十条第一款第四项的规定进行处罚：

（一）组织他人利用医保骗保购买药品、医用耗材后，非法收购、销售；

（二）将非医药费用纳入医疗保障基金结算；

（三）将非定点医药机构或者暂停（中止）医疗保障服务的定点医药机构的医药费用纳入医疗保障基金结算，急救、抢救等特殊情形除外；

（四）将已结算的医药费用再次纳入医疗保障基

金结算；

（五）其他以欺诈、伪造证明材料等手段骗取医疗保障基金支出的行为。

第二十八条 定点医药机构存在条例第三十八条规定的违法情形，且通过虚假宣传、违规减免费用、提供额外财物（服务）等方式组织参保人员就医、购药，应当认定定点医药机构存在条例第四十条第二款所称“以骗取医疗保障基金为目的”。

第二十九条 个人有下列情形之一的，应当认定属于条例第四十一条第一款第二项规定的情形：

（一）参保人员将本人同一笔医药费用向医疗保障经办机构申报两次以上，并享受医疗保障待遇；

（二）将已经由工伤保险基金支付或第三人负担的医药费用，申报医疗保障基金结算，并享受医疗保障待遇。

参保人员享受医疗保障待遇时相关医药费用尚未获得工伤保险基金支付或者尚未由第三人负担，在获得工伤保险基金支付或者由第三人负担后主动或者经催告退回医疗保障基金的除外。

第三十条 参保人员利用本人就医购药享受医疗保障待遇的机会，将医疗保障基金已支付的药品、医用耗材、医疗服务项目等进行转卖的，可以认定属于条例第四十一条第一款第三项所称“利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品”的情形。

医疗保障行政部门应当通过当场查获、应用药品追溯码、调阅视频监控记录等方式查明转卖药品的违法违规行为。

第三十一条 个人有下列行为情形之一的，可以认定存在以骗取医疗保障基金为目的：

（一）凭借其他参保人员从定点医药机构开具的医药服务单据、处方就医购药，实际享受医疗保障待遇的；

（二）故意隐瞒医药费用已由工伤保险基金支付或者第三方负担的事实，向医疗保障经办机构申请报销并获得支付，经催告后仍不返还的；

（三）在享受医疗保障待遇期间，超出治疗疾病所需的合理数量、范围，购买药品、医用耗材、医疗服务项目并转卖，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益的；

（四）长期或多次向不特定交易对象收购、销售基本医疗保险药品的；

（五）将本人医疗保障凭证长期交由他人使用，接受返还现金、实物或其他非法利益的；

（六）其他以骗取医疗保障基金为目的的情形。

第三十二条 个人有下列情形之一的，可以依照条例第四十一条第二款的规定进行处罚：

（一）提供虚假材料或者隐瞒相关事实，获得医疗救助待遇、门诊慢性疾病和特殊疾病待遇、异地长

期居住人员待遇、生育津贴等医疗保障待遇，骗取医疗保障基金支出的；

（二）明知他人实施骗取医疗保障基金支出的违法行为，参与其组织的涉及医疗保障基金使用的活动，接受赠予财物、减免费用或者提供额外服务的。

第三十三条 参保人员实施条例第四十一条第一款的行为造成医疗保障基金损失1000元以上的，暂停参保人员医疗费用联网结算3个月，每增加100元增加暂停联网结算1个月，直至1900元以上的，暂停医疗费用联网结算12个月。

参保人员实施条例第四十一条第二款的行为，故意骗取医疗保障基金的，暂停参保人员医疗费用联网结算12个月。

第三十四条 建立参保人员违法使用医疗保障基金分级分类信用管理机制。根据参保人员违法情形可以按照规定采取以下管理措施：

（一）开展医疗保障法治教育、要求其作出遵守医疗保障基金使用法律法规的承诺；

（二）加强审核、复核基本医保门诊慢性病和特殊疾病保障资格；

（三）限制接受服务的定点医药机构范围；

（四）加强异地就医备案审核；

（五）加强智能提醒；

（六）加强结算单据审核；

(七) 将相关违法违规信息公开；

(八) 其他管理措施。

第三十五条 医疗保障基金损失按项目认定。实施按病种付费的，医疗保障行政部门和经办机构按照按病种付费有关规则具体认定医疗保障基金损失。

医疗保障行政部门和经办机构综合案件事实和证据，对按病种付费下因病例入组错误，从而造成医疗保障基金损失的，可以采取下列方式计算：

(一) 应当编入与实际编入两个病种之间的医疗保障基金支付标准的差额；

(二) 应当编入病种与按项目付费计算的差额；

(三) 其他方式。

违法行为导致后续发生的符合规定的医药费用因起付线、分段报销比例等结算因素变化而增加的医疗保障基金支出，不计入医疗保障基金损失。

医疗保障基金损失总金额能够精确计算的，应当逐笔精确计算损失额后加总计算。经充分调查，基金损失仍然无法核定的，可以采取按比例综合核算等方式计算。具体计算办法由国务院医疗保障行政部门另行制定。

第三十六条 根据医疗保障基金结算的不同方式，造成医疗保障基金损失的时点按照以下方式确定：

(一) 定点医药机构将违法行为涉及的医药费用向医疗保障经办机构申报且对应的医疗保障基金拨付

到该医药机构时；

（二）个人通过定点医药机构联网结算医药费用的，医疗保障经办机构通过医疗保障信息平台向定点医药机构反馈医疗保障基金应当支付的金额，个人以此与定点医药机构完成结算时；

（三）个人通过手工报销方式结算医药费用的，医疗保障经办机构将医疗保障基金支付给个人时。

第三十七条 医疗保障经办机构发现定点医药机构涉嫌违法的，应当采取下列处理措施：

（一）违反条例第三十八条规定违法使用医疗保障基金，尚未造成医疗保障基金损失的，医疗保障经办机构应当按照服务协议约定作出处理；已造成医疗保障基金损失，在作出协议处理之后，还需行政处罚的，应当及时向医疗保障行政部门移送，医疗保障行政部门依法处理；

（二）违反条例第四十条规定骗取医疗保障基金支出的，医疗保障经办机构应当及时向医疗保障行政部门移送案件线索。收到移送的案件线索后，医疗保障行政部门应当组织核查，符合立案条件的及时立案，经查实的，应当依法作出行政处罚。医疗保障经办机构后续还应当按照服务协议约定作出处理。

第三十八条 医疗保障行政部门实施行政处罚应当与违法行为事实、性质、情节、危害后果以及主观过错程度相匹配。

对当事人的违法行为依法不予行政处罚的，医疗保障行政部门应当对当事人进行教育，医疗保障经办机构应当按照协议约定作出处理。

第三十九条 违法行为轻微并及时改正，没有造成危害后果的，不予行政处罚。

违法行为轻微是指违法行为没有造成医疗保障基金损失，或者造成医疗保障基金损失金额较小。

及时改正是指当事人主动或者在医疗保障行政部门规定期限内主动改正，退回违法行为造成的医疗保障基金损失。

没有造成危害后果是指违法行为未造成医疗保障基金损失；或者造成医疗保障基金损失的，及时主动退回且违法行为未造成不良社会影响及其他危害后果。

第四十条 初次违法且危害后果轻微并及时改正的，可以不予行政处罚。

初次违法是指定点医药机构在本统筹地区两年内第一次实施条例第三十八条规定的同一性质的违法行为；个人在本统筹地区两年内第一次实施条例第四十一条第一款规定的违法行为。涉及公民生命健康安全且有危害后果的，上述期限延长至五年，法律另有规定的除外。

危害后果轻微是指违法行为造成医疗保障基金损失较小且医疗保障基金已追回，违法行为未造成重大

不良社会影响以及其他危害后果。

第四十一条 医疗保障行政部门在基金监管工作中发现下列行为，涉嫌构成违反治安管理行为或者涉嫌犯罪的，应当及时移送公安机关：

（一）组织、参与或者协助定点医药机构拉拢、诱导参保人员虚假住院骗保的；

（二）组织倒卖、转卖医保药品的；

（三）组织或者参与空刷套刷医疗保障基金，或者骗取生育津贴、医疗救助基金等的；

（四）组织或者参与伪造处方、发票单据，伪造、篡改病理报告和基因检测报告等病历资料骗保的；

（五）与他人串通，为其骗取医疗保障基金支出的违法行为提供接洽组织参保人员、收集医疗保障凭证、代为收支财物、买卖药品、医用耗材等中间服务的；

（六）协助转移、隐匿、毁损、伪造、篡改相关资料、提供虚假证人证言等方式掩盖他人违法行为的；

（七）协助非参保人员骗取医疗保障待遇资格的；

（八）以暴力、威胁方法阻碍依法执行职务的；

（九）隐藏、转移、变卖或者毁损依法封存的财物的；

（十）伪造、隐匿、毁灭证据或者提供虚假证言、谎报案情，影响依法办案的；

（十一）明知是利用医保骗保购买的药品、医用耗材而窝藏、转移或者代为销售的；

（十二）其他应当依法给予治安管理处罚、依法追究刑事责任的行为。

第四十二条 医疗保障行政部门已查清违法行为事实的，应当及时作出行政处罚。涉嫌犯罪的，医疗保障行政部门应当及时将案件移送监察机关、司法机关，依法追究刑事责任。

对依法不需要追究刑事责任或者免于刑事处罚，司法机关将案件移送医疗保障行政部门的，医疗保障行政部门查实属于违反条例的，应当依法作出行政处理、行政处罚。

第五章 附 则

第四十三条 不予行政处罚、可以不予行政处罚的具体标准，行政处罚裁量基准、医疗保障基金损失金额计算公式等由国务院医疗保障行政部门和省级医疗保障行政部门另行规定。

第四十四条 长期护理保险基金使用监管参照适用条例及本实施细则的规定。

第四十五条 本实施细则所称的“以上”包含本数。

第四十六条 本实施细则由国务院医疗保障行政部门负责解释，自2026年4月1日起施行。

