



昆明市社会医疗保险监督管理规定

(2021年7月14日昆明市人民政府令第161号公布 自2021年9月1日起施行)

第一章 总 则

第一条 为了加强社会医疗保险监督管理,保障医疗保险基金安全,规范定点医疗机构、定点零售药店(以下简称定点医药机构)、用人单位、参保人员等行为并维护其合法权益,根据《中华人民共和国劳动合同法》、《中华人民共和国社会保险法》、《劳动保障监察条例》、《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规,结合本市实际,制定本规定。

第二条 本规定所称社会医疗保险,包括本市城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城镇职工重特病医疗统筹、城乡居民大病补充医疗保险(以下简称医疗保险);本规定所称医疗保险基金,包括本市城镇职工基本医疗保险基金、城镇职工重特病医疗统筹费和城乡居民基本医疗保险基金、城乡居民大病



补充医疗保险费。

第三条 本市统筹区内医疗保险基金的征缴、归集、管理、支付、待遇享受等活动，以及有关监督管理工作，适用本规定。

第四条 医疗保险监督管理遵循合法、安全、公开、便民的原则，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。

医疗保险基金实行专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

第二章 监管职责

第五条 市、县（市）区人民政府应当加强对医疗保障行政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管执法体制，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 市医疗保障行政部门是本市医疗保险的行政主管部门，按照规定负责全市医疗保险监督管理工作。县（市）区医疗保障行政部门具体负责本行政区域内医疗保险监督管理工作。

医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织对定



点医药机构、用人单位、参保人员等违反医疗保险法律法规规章的行为进行监督检查。

医疗保障行政部门可以依法通过政府购买服务等方式就医疗保险经办、稽核等工作的事务性部分委托第三方机构承办。

第七条 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，严格执行医疗保险基金财务制度，加强内控管理，负责做好服务协议管理、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险基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第八条 税务机关主要履行以下职责：

（一）负责本市医疗保险费的征收，根据医疗保障经办机构核定的应缴数额，按时、足额征收医疗保险费，并按照规定及时缴入国库；

（二）向医疗保障经办机构提供参保单位和城镇职工、城乡居民的缴费入库情况，与医疗保障经办机构建立信息共享机制和欠费对账机制；

（三）负责医疗保险费的清欠工作。

第九条 财政部门主要履行以下职责：

（一）负责执行政府有关医疗保险财政补贴政策及其他医疗



专项经费政策；

（二）对医疗保险基金实行专户管理，确保基金保值、增值；

（三）审核医疗保障经办机构编制的医疗保险基金年度预、决算报告，按时、足额向医疗保障经办机构拨付医疗保险基金；

（四）对医疗保障经办机构财务会计制度、专户管理情况进行监督检查；

（五）对医疗保险基金预算执行、调整情况进行监督；

（六）对医疗保险基金开户银行遵守有关法律法规情况进行监督检查。

第十条 其他有关行政部门主要履行以下职责：

（一）卫生健康行政部门负责对定点医疗机构遵守卫生管理法律法规情况进行监督检查，依法查处医疗服务过程中的违法违规行为，发现医疗保险违法违规行为，应当及时通报并配合医疗保障行政部门查处；

（二）市场监督管理部门负责依法对药品零售企业药品质量进行监督管理，依法查处药品经营过程中的违法违规行为，发现医疗保险违法违规行为，应当及时通报并配合医疗保障行政部门查处；

（三）审计部门负责依法对医疗保险基金的收支、管理和保



值增值情况进行审计监督；对定点医药机构、参保单位、参保人员等延伸审计中发现的问题，应当及时将审计结果通知有关部门；

（四）公安机关负责依法查处骗取医疗保险基金违法犯罪活动，及时依法处理医疗保障行政部门移送的涉嫌骗取医疗保险基金的案件及公民、法人和其他组织举报的案件线索。

第十一条 市医疗保障行政部门应当建立和完善医疗保险监管系统和定点医药机构医疗保险相关执业人员信息库。

第十二条 市人民政府依法成立的市社会保险监督委员会对医疗保险工作实施社会监督，掌握、分析、听取医疗保险基金的收支、管理情况，对医疗保险工作提出咨询意见和建议；可以聘请中介机构对医疗保险基金收支、管理情况进行年度审计和专项审计，审计结果向社会公开。

市医疗保障行政部门、财政部门、税务机关、卫生健康行政部门等部门应当定期向市社会保险监督委员会汇报医疗保险基金收支、管理和医疗保险监督检查情况。

第十三条 医疗保障行政部门应当通过电视、报纸、网络等媒体加强对医疗保险法律、法规、政策、知识的宣传，向社会公布举报、投诉渠道和方式，主动接受社会公众监督。



第十四条 定点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、合理使用医疗保险基金。

第十五条 任何组织或者个人有权对违反医疗保险法律法规的行为进行举报或者投诉。

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。

市医疗保障行政部门按照规定建立举报奖励制度，对查证属实的举报，按照国家有关规定给予举报人奖励，所需奖励资金由市财政部门纳入部门预算。

第三章 医疗保险参与方权利义务

第十六条 本市统筹区内各类用人单位的职工，应当参加城镇职工基本医疗保险，由用人单位和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费，职工享受基本医疗保险待遇。

参保单位应当如实申报、按时足额缴纳本单位应当缴纳的医疗保险费，不得虚报、瞒报工资总额和职工人数，不得缓缴、欠缴医疗保险费；职工缴费基数应当在本单位进行公示或者由参保



职工签字确认，留存 2 年以上备查。

参保单位不得将与本单位无劳动（人事）关系的人员纳入本单位参保；不得虚构、伪造劳动合同、聘用合同为不符合参保条件人员办理医疗保险参保手续。

用人单位依法转让、分立、合并时，承继其权利义务的单位应当履行原用人单位的医疗保险费缴纳义务；用人单位关闭、破产时，应当依法清偿欠缴的医疗保险费，并对退休人员应当缴纳的重特病医疗统筹费进行清算。

第十七条 本市统筹区内的灵活就业人员可以以个人身份到属地医疗保障经办机构办理城镇职工基本医疗保险参保手续并享受相应待遇。本市户籍人员应当持身份证办理参保手续；非本市户籍人员应当持身份证、本市公安机关核发的《云南省居住证》、在本市实际居住及灵活就业材料办理参保手续。

在本市统筹区外已经参加各类社会医疗保险的，不得在本市以灵活就业人员身份参加职工基本医疗保险。

第十八条 在本市统筹区内不符合参加城镇职工基本医疗保险条件的人员，可以按照规定，缴纳城乡居民基本医疗保险费，参加本市城乡居民基本医疗保险，依法享受政府补贴。

本市低保、重残等特殊人群城乡居民基本医疗保险费的缴



纳，按照有关规定执行。

第十九条 劳务派遣单位应当按照国家规定和劳务派遣协议，依法为被派遣劳动者缴纳医疗保险费，办理城镇职工基本医疗保险参保手续。

第二十条 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险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。

第二十一条 医疗保障经办机构应当按照医疗保险法律法规和政策，以及药品目录、诊疗项目、医疗服务设施和支付标准，对属于医疗保险基金支付的费用进行审核，按照服务协议的约定及时进行结算和支付。

定点医药机构应当严格按照医疗保险用药范围、药品目录、诊疗项目、医疗服务设施和支付标准等规定提供医药服务，提高



服务质量，合理使用医疗保险基金，维护公民健康权益。

第二十二条 定点医疗机构应当遵守医疗保险法律法规和有关规定，履行服务协议，核实患者身份及参保情况，规范医疗服务行为和基本医疗保险基金使用。

第二十三条 提供特殊疾病患者、医疗照顾人员门诊医疗服务的定点医疗机构应当核实患者身份，根据患者病情，正确开具处方，有关医疗文书应当保存备查；患者委托他人代开药物的，应当查看患者委托书、代开人员身份信息；委托书及代开人员身份信息、有关医疗文书等应当留存备查。

第二十四条 定点零售药店在为参保人员提供服务时，应当遵守医疗保险有关规定，履行服务协议，规范服务行为。

第二十五条 定点医药机构应当依法开展下列经营、服务活动：

（一）建立医疗保险基金使用内部管理制度，由专门机构或者人员负责医疗保险基金使用管理工作，建立健全考核评价体系，并在执业、经营场所显著位置公示医疗保险监督举报电话；

（二）组织开展医疗保险基金有关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保险基金使用情况，及时纠正医疗保险基金使用不规范的行为；



（三）机构合并、分立或者名称、性质、等级、地址、法定代表人或者核定床位、诊疗项目等事项发生变更时，应当重新签订医疗保险定点服务协议；执业医师发生变更时，应当及时向医疗保障经办机构变更执业医师信息库的医师信息；

（四）确保医疗保险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，提供医疗保险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；

（五）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、全面、准确地传送医疗保险基金使用有关数据，向医疗保障行政部门报告医疗保险基金使用监管所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

第二十六条 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，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。



定点医药机构不得为参保人员利用其享受医疗保险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。

第二十七条 参保人员应当遵守下列规定：

- （一）按时足额缴纳医疗保险费；
- （二）持本人医疗保障凭证就医、购药，并主动出示接受查验；
- （三）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；
- （四）按照规定享受医疗保险待遇，不得重复享受；
- （五）不得利用享受医疗保险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。

第二十八条 医疗保险基金征缴环节中，缴费单位和个人不得有下列以逃避缴费义务为目的并造成医疗保险基金损失的欺诈行为：

- （一）伪造、变造社会保险登记证的；
- （二）不如实申报用工人数、缴费工资及其他资料的；
- （三）伪造、变造、故意毁灭与医疗保险缴费有关的账册、



材料或者不设账册，致使医疗保险缴费基数无法确定的；

（四）其他违反医疗保险法律、法规的欺诈行为。

第二十九条 定点零售药店不得有下列以骗取医疗保险待遇为目的并造成医疗保险基金损失的欺诈行为：

（一）为参保人员变现医保卡内个人账户资金的；

（二）为非定点零售药店销售药品，代刷医保卡的；

（三）直接或者变相刷医保卡销售食品、化妆品、生活用品和其他未纳入医疗保险范围的物品以及器材的；

（四）参保人员用医疗保障凭证购药的价格高于用现金购药价格的；

（五）弄虚作假，以虚报、假传数据等方式套取医疗保险个人账户基金的；

（六）其他违反医疗保险法律、法规的欺诈行为。

第三十条 在医疗保险基金使用过程中，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不得收受贿赂或者取得其他非法收入。

第三十一条 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，骗取医疗保险基金。

第四章 监督管理

第三十二条 医疗保障行政部门应当加强对纳入医疗保险基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范医疗保险经办业务，依法查处违法使用医疗保险基金的行为。

医疗保障行政部门应当根据医疗保险基金风险评估、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。

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。

医疗保障行政部门应当加强对医疗保险服务人员的培训、监督、管理和服务，具体办法由市医疗保障行政部门制定。

第三十三条 医疗保障、卫生健康、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、联合检查等机制，共同做好医疗保险基金使用监督管理工作。

第三十四条 市医疗保障行政部门应当按照规定公示行政



执法信息，规范医疗保险执法流程，制定统一的医疗保险执法文书格式文本和执法文书制作指引。

医疗保障行政部门及其依法委托的组织开展医疗保险基金使用监督检查，监督检查人员不得少于 2 人，并且应当出示执法证件，全过程记录执法行为；医疗保障行政部门及其依法委托的组织应当按照规定为执法人员配备录音、录像、移动办公设备等音像记录设备。

第三十五条 医疗保障行政部门实施医疗保险监督检查，可以依法采取下列措施：

- （一）进入现场检查；
- （二）询问有关人员；
- （三）要求被检查单位提供与检查事项有关的文件资料，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。



第三十六条 定点医药机构涉嫌骗取医疗保险基金支出的，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险基金结算。经调查，属于骗取医疗保险基金支出的，依照本规定第四十六条的规定处理；不属于骗取医疗保险基金支出的，按照规定结算。

参保人员涉嫌骗取医疗保险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，属于骗取医疗保险基金支出的，依照本规定第四十七条的规定处理；不属于骗取医疗保险基金支出的，按照规定结算。

第三十七条 医疗保障行政部门应当建立医疗保障行政执法公示机制，对依法查处的医疗保险案件进行公示；对违反医疗保险法律、法规受到处罚的单位和个人，按照规定纳入本市社会信用体系管理。

第三十八条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构和其他负有医疗保险监督检查职能的行政部门及其工作人员，会计师事务所等机构及其工作人员，不得将工作中获取、知悉的被调查单



位、个人资料或者有关信息用于医疗保险基金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。

第五章 法律责任

第三十九条 国家机关及其工作人员在医疗保险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险基金的收入、支出、结余等情况。

第四十一条 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，骗取医疗保险基金支出的，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。

第四十二条 参保用人单位违反本规定第十六条第二款规定，瞒报工资总额或者职工人数的，由医疗保障行政部门责令改正，并处瞒报工资总额 1 倍以上 3 倍以下罚款。

第四十三条 劳务派遣单位违反本规定第十九条规定的，依照《中华人民共和国社会保险法》第八十四条的规定处理。

第四十四条 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；造成医疗保险基金损失的，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 年以下涉及医疗保险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险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）将不属于医疗保险基金支付范围的医药费用纳入医疗保险基金结算；

（七）造成医疗保险基金损失的其他违法行为。

第四十五条 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）未建立医疗保险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险基金使用管理工作；

（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）未按照规定向医疗保障信息系统传送医疗保险基金使用有关数据；

（四）未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保险基金使用监管所需信息；

（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险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。

第四十六条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保险基金支出的，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 年以下涉及医疗保险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）其他骗取医疗保险基金支出的行为。

定点医药机构以骗取医疗保险基金为目的，实施了本规定第四十四条规定行为之一，造成医疗保险基金损失的，按照本条规定处理。

第四十七条 个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保险基金损失的，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）重复享受医疗保险待遇；

（三）利用享受医疗保险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。

个人以骗取医疗保险基金为目的，实施了前款规定行为之一，造成医疗保险基金损失的；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，骗取医疗保险基金支出的，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。

第四十八条 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。

第四十九条 定点医药机构违反本规定，造成医疗保险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。

第五十条 违反本条例规定，侵占、挪用医疗保险基金的，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。

第五十一条 退回的基金退回原医疗保险基金财政专户；罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

第五十二条 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，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。

第五十三条 违反本规定的其他违法行为，法律、法规已有处罚规定的，从其规定。

第五十四条 违反本规定，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。

第六章 附 则

第五十五条 本规定自 2021 年 9 月 1 日起施行。