



济南市医疗保障基金使用监督管理办法

(2022年12月31日济南市人民政府令第278号发布 自
2023年2月1日起施行)

第一条 为了加强医疗保障基金监督管理，保障基金安全，提高基金使用效率，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》《山东省医疗保障基金监督管理办法》等法律、法规、规章，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于全市基本医疗保险（含生育保险）、医疗救助等医疗保障基金使用的监督管理。

第三条 市医疗保障行政部门负责全市医保基金使用的监督管理工作，健全医保基金安全防控机制，统筹做好上下联动、协同配合工作。各区县医疗保障行政部门按照职责分工负责本行政区域内医保基金使用的监督管理工作。

第四条 医保基金监督管理实行依法监管、协同高效、公开便民、保障安全的原则。

第五条 医疗保障行政部门应当完善医疗保障社会监督机制，设立社会监督员，公开投诉举报电话，畅通社会监督渠



道，鼓励、支持新闻媒体对医疗保障基金开展监督活动，并加强医保基金使用规范的宣传引导。

第六条 市医疗保障行政部门应当建立医保基金违法行为举报奖励制度，对实名举报并查证属实的，按规定给予奖励。

第七条 签订服务协议的医疗机构和药品经营单位（以下简称定点医药机构），应当履行服务协议，依法使用医保基金。

第八条 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，推行医疗保障电子凭证的应用，提供优质便捷服务。

第九条 定点医药机构应当为参保人员提供及时、合理的医药服务，严格执行国家、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。

第十条 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，不得将应当由医保基金支付的费用转由参保人员承担。

定点医药机构应当妥善保存相关医疗文书以及医疗服务、



药品、医疗器械、财务账目等信息，以备查验。

第十一条 定点医药机构不得以现金、实物返还的方式或者提供其他非法利益的方式诱导参保人就医、购药。

第十二条 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。

第十三条 参保人员不得将应当由自己或者第三方承担的医药费用违规在医保基金中报销，不得通过倒卖基本医疗保障支付范围内的药品、医疗器械、医疗服务骗取医保基金，不得伪造、变造医疗服务票据。

参保人员按照规定享受医疗保障待遇，不得重复享受。

第十四条 医疗保障经办机构应当规范经办流程，建立健全业务、财务、信息、安全和风险管理制度，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，完善异地就医直接结算机制，推行网上办理。

第十五条 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、年度费用总额以及激励约束措施等内容。



第十六条 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。

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，可由医保基金先行支付。医保基金先行支付后，医疗保障经办机构应当依法追偿。

定点医药机构以优惠折扣等方式减免应当由参保人员个人负担费用的，其减免的参保人员个人负担部分，医疗保障经办机构按有关规定从拨付该定点医药机构的医保基金中扣除。

第十七条 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。

医疗保障经办机构可以督促相关定点医药机构对相关责任人员整改违规行为，可以对医师、药师在中止医保医药服务期间开具的处方（医嘱），不予提供医保结算服务。

第十八条 医疗保障经办机构对定点医药机构有被吊销（注销）相关执业许可手续或者备案证明、为非定点医药机构或者中止协议期间的医药机构提供医疗费用结算等行为的，应当与



其解除服务协议，并向社会公布涉事定点医药机构名单。

第十九条 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。

第二十条 医疗保障行政部门应当通过日常抽查、专项检查、网络智能监控等监管方式，对纳入医保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保基金的行为。

被检查单位或者行为人应当按要求提供真实完整资料，不得拒绝、阻碍调查，不得谎报、瞒报。

第二十一条 医疗保障行政部门可以会同公安、卫生健康、市场监管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。

第二十二条 违反本办法规定的行为，法律、法规已规定法律责任的，由有关主管部门依法处理。

第二十三条 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；情节严重的，予以通报批评：

（一）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的；



(二) 将应当由医保基金支付的费用转由参保人员承担的；

(三) 不配合行政检查，拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报相关材料的；

(四) 对医疗保障行政部门执法检查发现问题拒不整改的。

第二十四条 医疗保障经办机构有下列行为之一的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

(一) 对医保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，造成医保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保基金损失的其他行为。

第二十五条 医疗保障行政部门工作人员未依法履行职责，或者其他滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊行为的，依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。



第二十六条 本办法自 2023 年 2 月 1 日起施行。