

辽宁省医疗保障基金监督管理办法

(2023年1月15日辽宁省人民政府令第344号公布 自2023年3月5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，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》和国务院《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 本省行政区域内基本医疗保险(含生育保险，下同)基金、医疗救助基金等医疗保障基金的筹集、使用及其监督管理，适用本办法。

第三条 省、市、县(含县级市、区，下同)人民政府应当加强对医疗保障基金监督管理工作的领导，督促有关部门依法履行医疗保障基金监督管理职责，建立健全医疗保障基金监督管理协调机制和执法体制，加强医疗保障基金监督管理能力建设。

第四条 医疗保障行政部门负责本行政区域内医疗保障基金监督管理工作。

卫生健康行政部门负责医疗机构和医疗服务行业监督管理，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为。市场监督管理部门负责医疗卫生行业价格监督检查。

发展改革、公安、人力资源社会保障、财政、审计、乡村振兴、退役军人事务、税务、营商环境建设等部门按照各自职责，做好医疗保障基金监督管理相关工作。

医疗保障经办机构按照国家和省规定，承担医疗保障经办服务工作，提供标准化、规范化的医疗保障经办服务。

第五条 职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险等基本医疗保险基金实行市级统筹，积极推动省级统筹。医疗救助基金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，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

第六条 职工应当依法参加职工基本医疗保险。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，可以参加职工基本医疗保险。

未参加职工基本医疗保险或者未按照规定享有其他医疗保障的人员，依法参加城乡居民基本医疗保险。

第七条 参加职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的人员（以下统称参保人员），不得以伪造户籍、学籍、劳动人事关系或者冒用他人资料等方式参加基本医疗保险，不得重复参加基本医疗保险。

第八条 税务部门应当依法按时足额征收基本医疗保险费，并及时准确向医疗保障经办机构反馈征收信息。

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医疗保障待遇资格等信息。

第九条 省、市医疗保障行政部门应当建立健全医疗保障基金风险评估和预警制度，构建收支平衡机制，实现医疗保障基金平稳运行。

第十条 医疗保障经办机构应当规范经办服务流程，完善异地就医直接结算服务，推进基本医疗保险、补充医疗保险、医疗救助等费用的联网结算，推行当场办结、限时办结、网上办理等制度，将经办服务项目、流程、时限等向社会公布。

第十一条 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，加强内控管理，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。

第十二条 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，明确双方权利义务以及违约行为、违约责任。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服务协议签订后 1 个月内，通过官方网站、政务新媒体等向社会公布签订服务协议的定点医药机构的名称、地址等信息。

第十三条 医疗保障经办机构应当加强对定点医药机构工作人员的医疗保障政策、管理制度、操作流程的宣传培训，通过服务热线、官方网站等提供医疗保障咨询、查询服务。

第十四条 医疗保障经办机构依据法律法规和国家有关规定，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。

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，可以督促其履行服务协议，并采取下列措施：

- (一) 约谈法定代表人、主要负责人或者实际控制人；

(二) 按照服务协议约定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) 要求定点医药机构按照服务协议约定支付违约金;

(五) 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;

(六) 中止或者解除服务协议。

医疗保障经办机构采取前款规定措施的, 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。

第十五条 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, 配备联网设备实时上传医疗保障相关信息, 建立健全相关医疗保障管理和考核评价体系。

第十六条 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相关资料，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；
- （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）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药；
- （六）造成医疗保障基金损失或者侵害参保人员权益的其他行为。

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。

第十七条 定点医药机构为参保人员提供医疗服务，应当执行国家、省和统筹地区有关医疗服务项目、药品、医用耗材的价格和医疗保障支付标准等规定。

非公立定点医疗机构的医疗保障支付标准，参照同级同类公立医疗机构医疗保障支付标准执行。

第十八条 定点医疗机构应当及时配备、合理使用国家医保谈判药品，不得以医保总额控制、医疗机构用药目录数量限制、药占比等名义影响国家医保谈判药品的配备使用。合理使用的国家医保谈判药品，不纳入卫生健康行政部门对定点医疗机构的药占比、次均费用等考核指标范围。

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、医用耗材集中采购行为，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。

第十九条 医疗保障行政部门应当依托国家医疗保障信息平台，建立医疗保障基金智能监督管理系统，加强在线监督管理能力建设，完善智能监控规则，对医疗保障基金运行实行全方位、全流程、全环节实时动态智能监控。

第二十条 医疗保障行政部门应当按照“双随机、一公开”要求，对医疗保障基金使用开展日常巡查、专项检查、重点检查等，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。

医疗保障行政部门应当会同公安、卫生健康、市场监督管理等部门建立联合检查、案件移送等协同执法工作机制，加强沟通协作和执法信息共享，通过统一的大数据资源平台，共同开展医

疗保障基金数据关联对比分析，依法及时查处医疗保障基金违法行为。

第二十一条 医疗保障经办机构在医疗保障经办服务中发现涉嫌骗取医疗保障基金等违法违规行为的，应当及时报告医疗保障行政部门。医疗保障行政部门应当及时依法核查处理。

第二十二条 医疗保障行政部门应当建立健全举报投诉和奖励制度，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奖励。

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，参与医疗保障基金使用的监督。

第二十三条 医疗保障行政部门按照国家和省有关规定建立医疗保障信用管理体系，将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，依法实施守信联合激励和失信联合惩戒。

第二十四条 违反本办法规定的行为，由医疗保障行政部门依照《中华人民共和国社会保险法》和国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律、法规予以处罚。

医疗保障行政部门在查处违法行为过程中，发现涉嫌犯罪的，应当依法向公安机关移送。

第二十五条 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。

居民大病保险资金的使用，按照国家和省有关规定执行，医疗保障行政部门应当加强监督。

第二十六条 本办法自 2023 年 3 月 5 日起施行。