

医疗保障基金使用监督管理条例 实施细则（草案）

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条【制定依据】 依据《医疗保障基金使用监督管理条例》，制定本实施细则。

第二条【基金使用主体责任】 定点医药机构应当依法规范使用医疗保障基金，加强医药服务管理。

定点医药机构应当强化自我管理主体责任，建立健全医疗保障基金安全的内部管理制度，加强医疗保障基金相关制度、政策的培训，预防和控制医疗保障基金使用安全风险，定期组织开展自查自纠。

定点医药机构应当加强信息化建设，按照医疗保障信息化标准化建设要求，积极应用医保电子凭证（医保码）、视频监控、医保信息业务编码、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。

第三条【经办机构义务和责任】 医疗保障经办机构应

当与符合条件的定点医药机构签订服务协议，明确医疗保障基金使用行为规范及违反服务协议的行为和责任。

医疗保障经办机构负责对定点医药机构医保费用申报和参保人员医疗费用报销的审核。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。医疗保障经办机构应当对定点医药机构履行医保协议、执行医保报销政策情况实施核查，落实协议管理责任；通过向定点医药机构核实情况等方式对参保人员享受医保待遇情况实施核查，及时纠正不规范的基金使用行为。

第二章 基金使用

第四条【支付范围】 定点医药机构应当按照诊疗规范提供合理、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的具体项目、支付标准及价格政策。

非公立医疗机构与医疗保障经办机构签订服务协议的，其医疗保障支付范围、标准及价格参照同级定点公立医院执行。

医疗保障经办机构应当加强协议管理措施，督促定点医药机构执行国家、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的具体项目、支付标准及价格政策。

第五条【协议管理】 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，经审核不应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约定使用医疗保障基金的行为，应当按照服务协议暂停或不予拨付费用、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【分解住院】 分解住院是指定点医药机构为未达到出院标准的患者办理出院，并在短时间内因同一种疾病或相同症状再次办理入院，将参保患者应一次住院完成的诊疗过程分解为两次及以上住院诊疗过程的行为。确因病情变化需要再次入院治疗的不认定为分解住院。

再次入院与前次入院同时符合以下情形的，认定为分解住院：

- （一）诊断相同或者相近；
- （二）收治科室、部门相同或者相近；
- （三）治疗方式基本相同或者治疗方式属于前次住院诊疗计划组成部分。

第七条【挂床住院】 挂床住院是指定点医药机构为实际未按照住院患者管理、重复请假、长时间离开医院或者办理了住院但实际未进行相关诊疗的参保人员进行医疗保障基金住院结算的行为。

第八条【过度诊疗、过度检查】 违反诊疗规范过度诊疗、过度检查是指定点医药机构违反医学科学规律、临床诊疗技术规范、医疗操作规范以及医学伦理规范且无相关依据，实施与疾病不适宜、不必要或者无关联的诊疗、检查行为。行为认定上考虑中医诊疗中遵循辨证论治原则的特殊性。

第九条【分解处方】 分解处方是指定点医药机构应当在一次就诊或开具一张处方完成的医药服务，分多次就诊或开具多张处方完成，以规避医保政策规定或收取更多服务费用的行为。

第十条【超量开药】 超量开药是指定点医药机构无正当理由超出药品常规用法用量或相关规定开药的行为。所称“正当理由”是指有下列情形之一的：

（一）符合法律法规、规范性文件规定，或者具有国家级临床用药指南、教科书等支撑依据；

（二）具有循证医学证据且符合药品法定适应症；

（三）在辨证论治下的中药饮片处方使用量，特殊情况下超出《中华人民共和国药典》常用量，但符合相关规定的。

因照顾年老、儿童、残疾、行动不便、交通不便、出境

等特殊患者需要超出处方天数和常规用法用量开药，不认定为超量开药。

第十一条【重复开药】 重复开药是指定点医药机构违反临床诊疗规范、用药指南等，在一次诊疗过程中同时为参保人员开具两种以上药理作用相同或临床药效相似药品的行为。

第十二条【重复收费】 重复收费是指定点医药机构对某一项收费项目超过实际提供的数量收费、对某一项诊疗服务项目反复多次收费，或者在收取某一项收费项目费用时，另行收取该项目价格内涵已涵盖的费用的行为，根据收费项目和标准允许重复收取的除外。

第十三条【超标准收费】 超标准收费是指定点医药机构超过政府规定的价格标准收费的行为，包括下列情形：

- （一）超出本机构应执行的收费项目价格上限收费；
- （二）应当按照规定执行加收或者按比例收取同类项目，未执行相关规定，仍再次按照原价收费；
- （三）未按规定的计价单位多收费；
- （四）收取药品、医用耗材的费用超出价格管理政策规定；
- （五）其他超标准收费的情形。

第十四条【分解项目收费】 分解项目收费是指定点医药机构将一个医疗服务价格项目分解为各步骤或者其要素

组成，分别单独收费，以规避医保政策规定或收取更多可经医保报销的费用的行为。

第十五条【串换】 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施是指定点医药机构无正当理由，申报收费的药品、医用耗材或者诊疗项目和服务设施与实际提供不符的行为。包括下列情形：

（一）将医疗保障基金不予支付的药品、耗材、诊疗项目和服务设施等串换成医疗保障支付范围内的进行报销；

（二）将医疗保障基金支付比例低的药品、耗材、诊疗项目和服务设施等串换成医疗保障基金支付比例高的进行报销；

（三）将收费标准低的药品、耗材、诊疗项目和服务设施等串换成收费标准高的进行报销。

第三章 监督管理

第十六条【对定点医药机构的信用管理措施】 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、要求签订承诺保证书、列入重点监管对象、增加检查频次等信用管理措施。

第十七条【督促履行服务协议】 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，且履行已

无必要的，可以解除服务协议；医疗保障经办机构认为有必要要求其继续履行服务协议的，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，同时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。

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。

医疗保障行政部门依法监督协议订立、履行等情况。

第十八条【退出协议前检查】 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，或根据医疗保障行政部门的要求，对该机构 1 至 2 年内医疗保障基金结算费用开展核查。对于核查未发现问题的，可解除或者不再续签服务协议；对于核查发现涉嫌违法或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。

第十九条【责令暂停、中止医药服务】 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、解除服务协议的，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。

第二十条【定点医药机构拒不配合调查】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十条第一款所称的“定点医药机构拒不配合调查”，是指定点医药机构有下列行为之一：

（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有关情况和资料，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的提问；

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

（七）辱骂、威胁监督检查人员或对监督检查人员使用暴力；

（八）其他拒不配合调查的情形。

第二十一条【参保人员拒不配合调查】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十条第二款所称“参保人员拒不

配合调查”，是指参保人员有下列行为之一：

（一）拒绝到医疗保障行政部门指定的场所，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，或者提供提供虚假资料；

（四）拒不回答监督检查人员对案件事实有关的提问；

（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对监督检查人员使用暴力；

（七）其他拒不配合调查的情形。

第二十二条【暂停定点医药机构结算】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十条所称“暂停医疗保障基金结算”是指医疗保障经办机构对符合定点服务约定的暂停结算医保费用的情形，或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，参保人员在被暂停的定点医药机构发生的医药费用，经调查属于骗取医疗保障基金支

出的，依照《医疗保障基金使用监督管理条例》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。

第二十三条【暂停参保人员联网结算】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十条所称“暂停参保人员医疗费用联网结算”是指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拒不配合调查的参保人员，暂停实时直接结算本人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为止。

参保人员存在《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条规定情形之一的，医疗保障行政部门责令改正，同时暂停其医药费用联网结算；参保人员配合调查后，医疗保障基金损失或者骗取的医疗保障基金支出仍未全额退回、相关处理处罚未履行完毕的，暂停医药费用联网结算的期限延长至全额退回、履行完毕之日为止。

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。垫付的医药费用在恢复联网结算后，符合医疗保障规定的，按照规定进行手工报销。

第二十四条【在院患者特殊情形处理】 定点医药机构被责令暂停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、解除服务协议的，对决定作出前已在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，对定点医药机构的结算依据调查结果按照相关规定办理。

第二十五条【医保支付资格管理】 医疗保障部门应当加强对定点医药机构相关人员医保支付资格管理，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相关责任人员进行记分，当记分达到一定分值，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

第二十六条【加强跨省异地就医监管协同】 医疗保障部门应当健全跨省异地就医直接结算基金监管机制，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。

第二十七条【加强部门间协作、配合】 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。

根据工作需要，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、药品监督管理、财政、公安等部门开展联合检查。

医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、药品监督管理、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、案件移送与反馈、联合惩戒等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

第四章 法律责任

第二十八条【其他造成损失行为】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条所称“造成医疗保障基金损失的其他违法行为”包括以下行为：

（一）采用按疾病诊断相关分组和按病种分值付费下，高套或低编病种（病组）编码、转嫁医药费用、分解住院、过度诊疗及不合理使用高值药品耗材等违反医疗保障相关规定，造成医疗保障基金损失的行为；

（二）违反卫生健康、市场监管、药品监管等相关法律法规的规定造成医疗保障基金损失的行为；

（三）造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

对虽不直接造成医疗保障基金损失，但损害参保人权益的行为，由医疗保障行政部门采取责令改正、约谈有关负责人等处理措施。

第二十九条【诱导冒名虚假就医购药】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条所称“诱导他人冒名或者虚假就医、购药”，是指定点医药机构及其工作人员通过言语说服、虚假宣传、减免费用、提供额外财物（服务）或奖励等方式诱使引导他人冒名或者虚假就医、购药的行为。

第三十条【协助冒名虚假就医购药】 《医疗保障基金

使用监督管理条例》第四十条所称“协助他人冒名或者虚假就医、购药”，是指定点医药机构及其工作人员明知他人冒名或者虚假就医、购药，仍然协助其就医、购药的行为。

定点医药机构及其工作人员有下列情形之一的，属于明知他人冒名或者虚假就医、购药：

（一）智能监管事前提醒功能已对相关冒名或者虚假就医、购药情况进行预警的；

（二）他人已告知定点医药机构工作人员相关冒名或者虚假就医、购药情况的；

（三）冒名者与被冒名者存在性别、年龄或者其他明显生理状况差异；

（四）冒名者和被冒名者双方就医记录存在明显矛盾的；

（五）定点医药机构的医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料中出现冒名者相关信息，且与被冒名参保人员明显不一致的；

（六）冒名者或被冒名者为定点医药机构的相关人员；

（七）其他定点医药机构及其工作人员知道或者应当知道他人冒名或者虚假就医、购药的情形。

第三十一条【虚构医药服务项目】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十七条、第四十条、第四十一条所称“虚构医药服务项目”，分别是指医疗保障经办机构工作人员虚构事实和相关证明材料，将未实施的医药服务涉及的费

用予以医疗保障基金结算和拨付；定点医药机构通过虚构、伪造方式，收取未提供的医药服务费用；个人利用本人或他人享受的医疗保障待遇用于支付未发生的医药费用。

第三十二条【其他骗保行为】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条所称“其他骗取医疗保障基金支出的行为”，是指定点医药机构通过下列方式之一骗取医疗保障基金支出：

- （一）指使、教唆、授意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）将已结算的医药费用再次纳入医疗保障基金结算；
- （四）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；
- （五）经其他部门查实的骗取医疗保障基金支出的行为。

第三十三条【定点医药机构骗保目的】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条所称“定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的”，包括以下情形：

- （一）将非定点医药机构或暂停（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）；
- （二）通过虚假宣传、减免费用、提供额外财物（服务、积分等奖励）等方式组织或者通过第三方组织参保人员在定

点医药机构就医、购药，存在《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条规定的情形，造成医疗保障基金损失；

（三）定点医药机构违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条的规定，被医疗保障行政部门或医疗保障经办机构作出处理后，二年内再次实施《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条规定的分解住院、挂床住院，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，重复收费、超标准收费、分解项目收费，串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等同一性质且涉及同一药品、医用耗材、诊疗项目、服务设施或者病种（病组）的违法行为；

（四）其他以骗取医疗保障基金为目的的情形。

第三十四条【个人】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条所称“个人”包括参保人员和其他个人。

第三十五条【出借凭证】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款第（一）项所称“将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用”是指参保人员将本人的医保码（医保电子凭证）、社会保障卡等医疗保障凭证提供给他人使用，并享受医保待遇。

第三十六条【重复享受待遇】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款第（二）项所称“重复享受医疗保障待遇”是指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及以上，并获得医疗保障待遇，或者将应当或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。

第三十七条【转卖药品】 《医疗保障基金使用监督管理条例》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”，是指参保人员利用本人享受医疗保障待遇、就医购药的机会，将医疗保障基金已支付的药品进行转卖。

以下情形可以认定为转卖药品：

- （一）被当场查获的；
- （二）自己供认的；
- （三）相关人员举证并查实的；
- （四）有追溯码数据、视频等证据表明转卖药品的；
- （五）有其他证据可以认定为转卖药品的。

第三十八条【接受返还现金、实物】 《医疗保障基金使用监督管理条例》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接受返还现金、实物”，是指参保人员利用本人享受医疗保障待遇、就医购药的机会，获得

返还现金、减免费用、获赠实物。

第三十九条【获得其他非法利益】 《医疗保障基金使用监督管理条例》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获得其他非法利益”，是指参保人员利用本人享受医疗保障待遇、就医购药的机会，获得除直接财物外的其他不正当利益，包括但不限于家属朋友等利益相关者获得无偿使用、商业机会、打折积分等非财产性利益。

第四十条【个人骗保目的】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条所称“个人以骗取医疗保障基金为目的”是指个人实施下列情形之一的：

（一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用，并从中获利；

（二）将他人的医疗保障凭证交给第三人冒名使用，并从中获利；

（三）凭借其他参保人从定点医药机构开具的医药服务单据、处方就医、购药，实际享受医保待遇；

（四）故意隐瞒已由工伤保险基金支付或者从第三方获得医药费用的事实，向医疗保障经办机构申报医疗保障基金并获得支付；

（五）就医购药时，提供虚假承诺、陈述或虚假材料，隐瞒应当由工伤保险基金支付或者第三方负担的医药费用，获得医疗保障基金结算；

（六）超出疾病所需的合理数量、范围，购买药品、医用耗材、诊疗服务项目并转卖，接受返还现金、实物或获得其他非法利益；

（七）存在《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款规定情形之一，被医疗保障行政部门责令改正后，二年内再次实施《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款规定的将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用，重复享受医疗保障待遇，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等具体违法行为；

（八）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、医疗器械等中间服务；

（九）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；

（十）参与他人组织的涉及医疗保障基金使用的活动，并通过协助转移、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；

（十一）提供虚假材料或隐瞒相关事实，获得接受医疗服务或医疗救助待遇、慢性疾病待遇、特殊疾病待遇、异地长期居住人员待遇等；

(十二) 其他以骗取医疗保障基金为目的的情形。

第四十一条【暂停参保人员联网结算的期限】 参保人员实施《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款的行为造成医疗保障基金损失 400 元以下的，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 1200 元以上的，暂停医疗费用联网结算 12 个月。

参保人员实施《医疗保障基金使用监督管理条例》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。

第四十二条【对参保人员违法行为的分类管理机制】 建立参保人员违法使用医疗保障基金分类信用管理机制。根据参保人员违法情形，设置分类信用管理措施。

管理措施包括：对参保人员开展医保法治教育、要求参保人员作出遵守医疗保障基金使用规定的承诺、加强结算单据审核、限定就医的定点医药机构、异地就医转诊转院手续复核或现场办理、按照诊疗规范控制单次开药量和长期处方时长、审核复核其慢性病和特殊疾病资格、提高城乡居民大病保险或职工大额医疗费用补助（含职工大病保险）起付线、在法律允许的范围内公开参保人员违法或犯罪信息、移送纪检监察机关、移送公安机关、通报参保单位等。

第四十三条【基金损失定义】 《医疗保障基金使用监

督管理条例》所称“医疗保障基金损失”是指因违法行为造成医疗保障基金支出的增加额。

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。

医疗保障基金损失按项目认定。对于本细则第二十八条第一款所称高套或低编病种（病组）编码造成的医疗保障基金损失，两个病种（病组）之间的医疗保障基金支付标准的差额即为基金损失。分解住院造成的医疗保障基金损失，再次入院报销的医疗保障基金即为基金损失。转嫁医药费用造成的医疗保障基金损失，转嫁至其他保障待遇上报销的医疗保障基金即为基金损失。

第四十四条【基金损失时点】 定点医药机构、个人将违法行为涉及的医疗费用向医疗保障经办机构申报，经医疗保障经办机构确认，并将相应的医疗保障基金拨付、支付至定点医药机构、个人时，视为医疗保障基金损失已造成。根据医疗保障基金结算的不同方式，造成损失的时点按照以下方式确定：

（一）医疗保障经办机构按照后拨付的方式与定点医药机构结算的，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，对应的医疗保障基金拨付到该医药机构指定账户时视为损失已造成；

（二）医疗保障经办机构按照按月预拨付的方式与定点医药机构结算的，医疗保障基金在对应的医药费用发生前已拨付至定点医药机构指定账户，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，双方确认医疗保障基金结算金额时视为损失已造成。仅在年初预拨周转资金的不属于按月预拨付方式；

（三）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视为损失已造成；

（四）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视为损失已造成。

第四十五条【基金损失金额计算】 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。确因参保人员人数众多且待遇配置、报销比例各不相同客观条件限制，无法逐笔计算的，可以采取按比例综合核算的方式进行计算。

第四十六条【骗保的时点和计算】 骗取医疗保障基金支出的时点和金额依据本细则基金损失相关条款确定。

第四十七条【经办机构发现违法行为】 医疗保障经办机构发现定点医药机构存在涉嫌违法的，应当采取下列处理措施：

（一）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条规定骗取医疗保障基金支出的，应当及时向医疗保障行政部门移送案件线索。医疗保障行政部门收到移送的案件线索后，应当组织核查，符合立案条件的及时立案，经查实确认属于违法使用医疗保障基金行为的，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；

（二）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条规定的违法使用医疗保障基金的情形，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的，应当及时向医疗保障行政部门报告，医疗保障行政部门依法处理。

第四十八条【不予行政处罚】 违法行为轻微并及时改正，没有造成危害后果的，或当事人有证据足以证明没有主观过错的，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，或造成医疗保障基金损失金额小。

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行为，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。

第四十九条【可以不予行政处罚】 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二年内在本统筹地区第一次实施《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条的分解住院、挂床住院，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，重复收费、超标准收费、分解项目收费，串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等同一性质且涉及同一药品、医用耗材、诊疗项目、服务设施或者病种（病组）的违法行为；个人二年内在本统筹地区第一次实施《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款规定的将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用，重复享受医疗保障待遇，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等具体违法行为。

危害后果轻微是指违法行为造成医疗保障基金损失金额较小或占其上年度医疗保障基金支出总额的比例较低；违法行为未造成重大的不良社会影响以及其他危害后果。

第五十条【自查自纠】 定点医药机构存在违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条的行为，在医疗保障部门发现有关违法使用医保基金问题线索前，通过自查自纠发现并及时纠正医疗保障基金使用违法违规行为，主动退回医疗保障基金损失，未造成不良社会影响的，可以不予行政处罚。

第五十一条【从轻或者减轻处罚】 当事人存在应当从轻或者减轻行政处罚情形的，医疗保障行政部门应当按照规定作出从轻或者减轻行政处罚。

第五十二条【未给予行政处罚加强教育】 对当事人的违法行为依法未给予行政处罚的，医疗保障行政部门应当对当事人进行教育。违反服务协议的，医疗保障经办机构应当作出协议处理。

第五十三条【违反治安管理行为、构成犯罪的】 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十八条所称“依法给予治安管理处罚”“依法追究刑事责任”是指，在基金监管工作发现下列违反《医疗保障基金使用监督管理条例》及本细则的规定，构成违反治安管理行为的，依法由公安机关给予治安管理处罚；构成犯罪的，依法由司法机关追究刑事责任。医疗保障行政部门在基金监管工作发现下列行为，构成违反治安管理行为或构成犯罪的，应当及时移送公安机关：

（一）“黑中介”协助定点医药机构拉拢、诱导参保人员虚假住院骗保的；

（二）药贩子倒卖“回流药”骗保的；

（三）组织或参与空刷套刷医疗保障基金，或骗取生育津贴、医疗补助基金等的；

（四）组织或参与伪造处方、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）协助非参保人员骗取医保待遇资格；

（六）以暴力、威胁方法阻碍医疗保障部门工作人员依法执行职务的；

（七）隐藏、转移、变卖或者损毁医疗保障行政执法机关依法封存的财物的；

（八）伪造、隐匿、毁灭证据或者提供虚假证言、谎报案情，影响行政执法机关依法办案的；

（九）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）其他应依法给予治安管理处罚、依法追究刑事责任的行为。

第五十四条【行刑衔接、反向衔接】 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。违法行为涉嫌犯罪的，医疗保障行政部门应当及时将案件移送监察机关、公安机关，依法追究刑事责任。

对依法不需要追究刑事责任或者免予刑事处罚，司法机关将案件移送医疗保障部门的，医疗保障行政部门查实属于违反《医疗保障基金使用监督管理条例》的，应当依法作出行政处理、行政处罚。

第五章 附则

第五十五条【裁量和标准相关内容】 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各省、自治区、直辖市医疗保障行政部门另行规定。

第五十六条【“以上”“以下”】 本细则所称的“以上”“以下”包含本数；“超过”不包含本数。

第五十七条【施行时间】 本细则由国务院医疗保障行政部门负责解释，自 2025 年 X 月 X 日起施行。