

上海市基本医疗保险监督管理办法

(2020年4月13日上海市人民政府令第31号公布 自2020年6月1日起施行)

第一条 (目的和依据)

为了保障参保人员基本医疗需求,规范和加强基本医疗保险监督管理活动,维护基本医疗保险基金安全,根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规,结合本市实际,制定本办法。

第二条 (适用范围)

本办法适用于对本市基本医疗保险定点医疗机构(以下简称定点医疗机构)、基本医疗保险定点零售药店(以下简称定点零售药店)、个人遵守本市基本医疗保险各项规定情况进行监督管理的活动。

本办法所称基本医疗保险,包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险。

对本市生育保险制度和以基本医疗保险基金为筹资渠道的长期护理保险制度的实施情况进行监督管理的活动，依照本办法有关规定执行。

第三条（医疗保险监督管理部门）

市医保局是本市基本医疗保险行政主管部门，负责全市基本医疗保险监督管理工作。区医保局负责辖区内基本医疗保险监督管理工作。

市医疗保险监督机构以市医保局的名义，具体实施基本医疗保险监督检查等行政执法工作，并根据监督管理工作需要，充实加强监督检查力量。

发展改革、卫生健康、市场监管、药品监管、财政、审计、公安、民政、人力资源社会保障等部门应当在各自职责范围内，配合做好基本医疗保险监督管理工作。

第四条（医疗保险相关信息系统）

市医保局应当建立和完善定点医疗机构执业医师信息系统以及基本医疗保险费用结算系统，对定点医疗机构及其执业医师在提供医疗服务过程中发生的基本医疗保险费用进行实时监测，规范定点医疗机构执业医师的医疗服务行为，并对监督管理中发现存在违规行为的执业医师实行记分管理。

定点医疗机构和定点零售药店应当根据本市基本医疗保险联网结算的要求，配备必要的联网设备，遵守基本医疗保险信息技术规范和信息安全相关规定，及时、准确上传基本医疗保险费用结算等相关信息。

第五条（服务协议）

市医疗保险事业管理中心是本市基本医疗保险经办机构，按照国家和本市有关规定，与定点医疗机构、定点零售药店以及长期护理保险定点评估机构（以下简称定点评估机构）、长期护理保险定点护理机构（以下简称定点护理机构）签订服务协议。

定点医疗机构、定点零售药店以及定点评估机构、定点护理机构有违反本办法规定或者服务协议约定行为的，市医疗保险事业管理中心可以暂停服务协议或者解除服务协议。

第六条（内部管理）

定点医疗机构和定点零售药店应当遵守国家和本市基本医疗保险的各项规定以及服务协议，建立健全基本医疗保险内部管理制度。

定点医疗机构中的三级、二级医疗机构应当设置专门管理基本医疗保险工作的部门，配备必要的管理人员；其他医疗机构应当配备管理基本医疗保险工作的专（兼）职人员。

定点零售药店应当配备管理基本医疗保险工作的专（兼）职人员。

第七条（医疗保险费用管理）

定点医疗机构应当执行本市基本医疗保险支付费用预算管理、总额预付费用的相关规定，保障参保人员的基本医疗需求，规范基本医疗保险资金使用。

第八条（定点医疗机构提供服务的要求）

定点医疗机构应当根据参保人员的病情，按照基本医疗保险有关诊疗项目、医疗服务设施以及处方管理、用药范围的规定，合理选择诊疗项目，合理确定用药。

定点医疗机构为参保人员提供医疗服务，应当遵守基本医疗保险有关诊疗项目、医疗服务设施、用药范围、价格管理和支付标准的规定，向参保人员提供医疗费用结算单据。

定点医疗机构应当根据国家和本市有关规定，为非本市参保人员在本市发生的医疗费用，提供直接结算服务。

第九条（定点零售药店提供服务的要求）

定点零售药店在为参保人员提供处方药品外配和非处方药品自购服务时，对不符合基本医疗保险用药规定的外配处方，不

得进行基本医疗保险费用结算；向参保人员提供的非处方药品，不得违反基本医疗保险有关用药范围、品种和数量的规定。

定点零售药店为参保人员提供配药服务，应当遵守价格管理和支付标准的有关规定，向参保人员提供相关费用结算单据。

第十条（实时监测）

市医疗保险监督机构应当对参保人员在定点医疗机构月累计门急诊就医次数及其发生的基本医疗保险费用、在定点零售药店月累计配药发生的基本医疗保险费用等情况进行实时监测。根据实时监测，对参保人员就医和配药情况超出规定范围的，区医保局、市医疗保险监督机构可以临时改变其门急诊或者配药的基本医疗保险费用记帐结算方式。

采取临时改变基本医疗保险费用记帐结算方式措施的，区医保局、市医疗保险监督机构应当通知参保人员，并对其就医、配药情况及时进行审核。参保人员应当配合审核，按照要求说明情况并提供相关材料。

经审核，未发现参保人员有违反基本医疗保险规定行为的，区医保局、市医疗保险监督机构应当于审核检查完毕的当日，恢复其基本医疗保险费用记帐结算方式。

经审核，发现参保人员有违反基本医疗保险规定行为的，市、区医保局按照本办法第十五条第二款或者第十九条规定处理。

第十一条（监督检查措施）

区医保局、市医疗保险监督机构开展监督检查活动时，可以采取下列措施：

（一）以询问、录音、录像、照相或者复制方式收集有关情况和材料，在证据可能灭失或者被转移的情况下先行登记保存；

（二）从基本医疗保险相关信息系统中调取数据，要求被检查对象对疑点数据作出解释和说明；

（三）对相关机构负责人和直接责任人员进行警示约谈。

被检查对象应当按照区医保局、市医疗保险监督机构的要求，提供与监督检查有关的材料与数据，并作出解释和说明。

市、区医保局应当创新监督管理方式，在基本医疗保险基金监督管理领域推广应用信息技术手段，实现监督管理全覆盖，提升监督管理实效。

第十二条（相关事项的委托）

区医保局、市医疗保险监督机构开展监督检查活动时，可以委托第三方机构和有关专家，对基本医疗保险基金使用情况进行审计或者核查，对基本医疗保险事项进行核实并提供咨询意见。

第十三条（长期护理保险的相关要求）

对符合条件的参保人员提出老年照护统一需求评估申请的，定点评估机构应当按照本市统一的评估标准和操作规程，根据参保人员的自理能力、疾病状况等进行综合评估，确定评估等级。

定点护理机构按照相关服务内容及规范，为经评估符合条件的参保人员提供护理服务。

第十四条（相关社会保险凭证的出示和核验）

参保人员在定点医疗机构挂号、就诊、检查、治疗、配药、住院、结算医疗费用，在定点零售药店配药，或者在申请老年照护统一需求评估、接受护理服务和结算相关费用时，应当按照规定主动出示本人社会保障卡等基本医疗保险凭证。

参保人员应当妥善保管本人社会保障卡等基本医疗保险凭证，不得出借给他人使用。社会保障卡等基本医疗保险凭证遗失后因未及时挂失造成的个人账户资金损失，由本人自行承担。

定点医疗机构、定点零售药店以及定点评估机构、定点护理机构，在为参保人员提供相关服务时，应当核验参保人员的社会保障卡等基本医疗保险凭证。

第十五条（骗取基本医疗保险基金支出的法律责任）

定点医疗机构、定点零售药店以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险基金支出的，由市、区医保局责令退回已由基本医疗保险基金支付的相关基本医疗保险费用，处骗取基本医疗保险基金支付的相关费用二倍以上五倍以下的罚款。

参保人员或者其他个人，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险等待遇的，由市、区医保局责令退回已由基本医疗保险基金支付的相关费用，处骗取基本医疗保险基金支付的相关费用二倍以上五倍以下的罚款。

第十六条（定点医疗机构、定点零售药店违反基本医疗保险规定的法律责任）

定点医疗机构、定点零售药店有下列行为之一的，市、区医保局应当责令改正，责令退回已由基本医疗保险基金支付的相关基本医疗保险费用，并可处以警告或者 3000 元以上 3 万元以下的罚款；情节严重的，处以 3 万元以上 10 万元以下的罚款，还可以暂停服务协议：

（一）未按照规定核验基本医疗保险凭证，为违规使用基本医疗保险凭证就医或者配药的个人，进行基本医疗保险费用结算的；

（二）通过向参保人员重复收取、分解收取、超标准收取或者自定标准收取费用，进行基本医疗保险费用结算的；

（三）违反基本医疗保险有关规定，将基本医疗保险基金支付范围或者约定服务范围以内的药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施充当为基本医疗保险基金支付范围或者约定服务范围以外的其他药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施，或者提供与实际开展医疗活动不相符的结算票据、费用清单、处方以及其他记录材料，进行基本医疗保险费用结算的；

（四）违反基本医疗保险规定，使用有特殊限制的药品、诊疗项目、医用耗材，进行基本医疗保险费用结算的；

（五）允许非注册医师从事医疗服务，或者本单位注册医师超出注册的执业范围、执业地点从事医疗服务，进行基本医疗保险费用结算的；

（六）超出核准登记的诊疗科目开展诊疗活动，进行基本医疗保险费用结算的；

（七）未按照基本医疗保险规定的支付比例，进行基本医疗保险费用结算的；

（八）将应当由参保人员负担的医疗费用计入基本医疗保险基金支付范围，进行基本医疗保险费用结算的；

(九) 将应当由基本医疗保险基金支付的费用要求参保人员负担的;

(十) 采取其他损害基本医疗保险基金的方式, 进行基本医疗保险费用结算的。

第十七条 (定点医疗机构、定点零售药店严重违反基本医疗保险等规定的法律责任)

定点医疗机构、定点零售药店有下列行为之一的, 市、区医保局应当责令改正, 责令退回已由基本医疗保险基金支付的相关基本医疗保险费用, 并处以 3 万元以上 10 万元以下的罚款, 还可以暂停服务协议或者解除服务协议; 情节严重的, 处以 10 万元以上 30 万元以下的罚款, 还应当暂停服务协议或者解除服务协议:

(一) 将基本医疗保险基金支付范围或者约定服务范围以外的药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施充当基本医疗保险基金支付范围或者约定服务范围以内的药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施, 进行基本医疗保险费用结算的;

(二) 将生活用品、保健滋补品等非药类物品充当基本医疗保险用药范围内的药品, 进行基本医疗保险费用结算的;

（三）采用为参保人员重复挂号，重复或者无指征化验、检查、治疗，分解或者无指征住院等方式，提供医疗服务，进行基本医疗保险费用结算的；

（四）违反基本医疗保险用药范围或者用药品种规定，以无指征超疗程或者超剂量用药、重复用药，或者以分解、更改处方等方式，为参保人员配药，进行基本医疗保险费用结算的；

（五）采取出租、转包科室等方式，为无基本医疗保险结算资格的个人或者机构进行基本医疗保险费用结算的；

（六）未按照规定签订、变更服务协议，擅自实施联网或者擅自与非定点医疗机构、非定点零售药店实施联网，进行基本医疗保险费用结算的；

（七）为参保人员冒领、多领生育生活津贴和生育医疗费补贴出具生育医学证明或者病史，损害基本医疗保险基金的；

（八）采取其他严重损害基本医疗保险基金的方式，进行基本医疗保险费用结算的。

第十八条（违反长期护理保险相关规定的法律责任）

定点评估机构和定点护理机构有违反长期护理保险有关评估、护理、费用结算等规定，进行长期护理保险基金结算的，市、区医保局应当责令改正，责令退回已由长期护理保险基金支付的

相关费用，并可处以警告或者 3000 元以上 3 万元以下的罚款；情节严重的，处以 3 万元以上 10 万元以下的罚款，还可以暂停服务协议或者解除服务协议。

第十九条（个人违反相关规定的法律责任）

参保人员或者其他个人有下列行为之一的，市、区医保局应当责令退回已由基本医疗保险基金支付的相关费用，并可处以警告或者 100 元以上 2000 元以下的罚款；情节严重的，处以 2000 元以上 1 万元以下的罚款，还可以对其采取改变基本医疗保险费用记帐结算方式 1 至 6 个月的措施：

（一）将本人的基本医疗保险凭证出借给他人使用，或者通过有偿转让诊疗凭证、结算单据，进行基本医疗保险费用结算的；

（二）变卖由基本医疗保险费用结算的药品的；

（三）在不同定点医疗机构，或者在同一定点医疗机构不同科室，通过重复就诊超量配药，进行基本医疗保险费用结算的；

（四）在申请、接受长期护理保险评估、护理服务时提供虚假信息或者材料，骗取长期护理保险待遇的；

（五）采取其他损害基本医疗保险基金的方式，进行基本医疗保险费用结算的。

参保人员在申请基本医疗保险综合减负时，其由前款规定的行为产生的个人现金自负医疗费，不计入年自负医疗费的计算。

第二十条（行政处罚的执行标准）

市医保局根据国家和本市规定，结合基本医疗保险监督管理实践，对违法违规行为具体适用的罚款数额和倍数予以细化、量化，制定裁量基准。

第二十一条（对其他违反基本医疗保险规定行为的处理措施）

定点医疗机构和定点零售药店的相关科室或者工作人员严重违反基本医疗保险规定的，市医保局可以采取暂停其基本医疗保险费用结算支付的措施。

第二十二条（社会信用惩戒）

市医保局应当建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度。对定点医疗机构、定点零售药店、定点评估机构和定点护理机构及其工作人员，参保人员以及其他个人的失信信息，应当按照国家和本市有关规定归集，并依法依规开展联合惩戒。

第二十三条（案件的移送）

市、区医保局在查处违法行为过程中，发现违法事实涉及的金额、违法事实的情节、违法事实造成的后果等，涉嫌构成犯罪，依法需要追究刑事责任的，按照有关规定向公安机关移送。

第二十四条（管理检查人员的法律责任）

基本医疗保险行政管理人员、监督检查人员应当按照国家和本市有关规定，履行基本医疗保险监督管理和检查职责，不得滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守。对有违规行为的相关人员，市、区医保局应当依法给予行政处分；因其所为造成基本医疗保险基金损失的，应当追回相关费用；构成犯罪的，依法追究其刑事责任。

第二十五条（参照执行）

对以基本医疗保险基金为筹资渠道的城乡居民大病保险等其他补充保险实施监督管理的活动，参照本办法执行。

对本市定点医疗机构为非本市参保人员提供医疗服务的监督管理，以及非本市参保人员在本市定点医疗机构就医的监督管理，参照本办法执行。

第二十六条（实施日期）

上海市人民政府规章

本办法自 2020 年 6 月 1 日起施行。2011 年 1 月 30 日上海市人民政府令第 60 号公布的《上海市基本医疗保险监督管理办法》同时废止。