医保基金使用监督管理条例实施细则4月1日起施行

南宁医保 2026年2月27日 18:57 广西

点击上方蓝字
关注南宁医保

据国家医保局消息，《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》于**2026年4月1日起施行**。

细则对定点医药机构、参保个人等的欺诈骗保情形作出明确界定，进一步扎紧医保基金监管制度笼子，守护群众"救命钱"。

细则明确，定点医药机构及其工作人员通过说服、虚假宣传、减免费用、提供额外财物或服务等方式，诱使、引导他人冒名或虚假就医、购药的，可以认定为条例规定的"诱导他人冒名或者虚假就医、购药"情形。

细则列明定点医药机构五类将被依法处罚的行为：组织他人利用医保骗保购买药品、医用耗材后非法收购、销售；将非医药费用纳入医保基金结算；将非定点或暂停医保服务机构的费用纳入结算（急救、抢救除外）；将已结算费用再次结算；以欺诈、伪造证明材料等手段骗取医保基金支出。

同时，细则明确个人六类以骗取医保基金为目的的情形：凭借其他参保人员从定点医药机构开具的医药服务单据、处方就医购药并享受医保待遇；故意隐瞒医药费用已由工伤保险基金支付或者第三方负担的事实，向医疗保障经办机构申请报销并获得支付，经催告后仍不返还；在享受医保待遇期间，超出治疗疾病所需的合理数量、范围，购买药品、医用耗材、医疗服务项目并转卖，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益；长期或多次向不特定交易对象收购、销售基本医疗保险药品；将本人医疗保障凭证长期交由他人使用，接受返还现金、实物或其他非法利益；其他以骗取医疗保障基金为目的的情形。

拓展阅读：

《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》全文如下→

国家医疗保障局令
第7号

《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》已经2026年2月12日国家医疗保障局局务会议审议通过，现予以公布，自2026年4月1日起施行。

局长：章轲
2026年2月12日

医疗保障基金使用监督管理条例实施细则

第一章 总则

第一条 根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称条例）《社会保险经办条例》等有关法律、行政法规，制定本实施细则。

第二条 各级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、医药费用的监督，组织开展医疗保障基金使用监督检查，依法查处医疗保障领域违法违规行为。

医疗保障行政部门应当规范医疗保障经办业务，加强对服务协议订立、履行等情况的监督。

医疗保障行政部门建立医疗保障基金智能监管管理制度，健全事前、事中、事后相结合，全流程、全领域、全链条的智能监管体系。

第三条 各级医疗保障行政部门应当建立政府监管、社会监督、行业自律和个人守信相结合的监督体系，加强对医疗保障基金使用的监督。

第二章 基金使用

第四条 医疗保障经办机构应当根据保障公众健康需求和管理服务的需要，与符合条件的医疗机构、药品经营单位（以下统称医药机构）协商签订服务协议并向同级医疗保障行政部门备案，做好服务协议管理，规范医药服务行为。

医疗保障经办机构负责审核定点医药机构申报的医药费用和参保人员医保报销费用、申领生育保险生育津贴等，按照服务协议约定等及时结算和拨付医疗保障基金。

医疗保障经办机构应当核查定点医药机构履行服务协议、执行医保费用结算项目和标准情况，核查参保人员参保登记、享受医疗保障待遇情况，以及核查法律、法规规定的其他事项，及时纠正不规范的基金使用行为。

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。县级以上医疗保障经办机构按年度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。

第五条 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，经审核应当由医疗保障基金支付的，医疗保障经办机构应当按照规定与定点医药机构进行结算，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协议约定使用医疗保障基金的行为，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议，按照服务协议约定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 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，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，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。

第七条 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。

定点医药机构认为医疗保障经办机构违反服务协议，要求医疗保障行政部门协调处理、督促整改的，应当在协议履行期内，以书面形式向与其签订服务协议的医疗保障经办机构同级的医疗保障行政部门提出申请，并说明医疗保障经办机构违反服务协议的具体情形和约定。医疗保障行政部门应当自收到书面申请之日起60日内予以处理。

第八条 定点医药机构应当依照条例第十四条至第十六条的规定落实医疗保障监督管理要求，加强医药服务管理，依法合理使用医疗保障基金。

第九条 定点医药机构应当加强信息化建设，按照医疗保障信息化建设要求，积极应用医保码（医保电子凭证）、视频监控、医疗保障信息业务编码、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。

第十条 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。

第十一条 定点医药机构应当按照诊疗规范向参保人员提供合理、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具体项目、支付标准及价格政策。

第十二条 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，或者根据医疗保障行政部门的要求，对医疗保障基金结算费用开展全面核查。核查发现涉嫌违法或者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。

第十三条 参保人员依法享有医疗保障待遇，有权要求定点医药机构如实出具费用单据和相关资料，要求医疗保障经办机构提供医疗保障咨询服务，对医疗保障基金的使用提出改进建议。

参保人员应当配合医疗保障行政部门开展调查，依照条例第十七条、第十九条的规定配合规范使用医疗保障基金。

第三章 监督管理

第十四条 医疗保障行政部门应当同卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门分工协作、相互配合，建立沟通协调、信息共享、案件移送与反馈、联合惩戒等机制。医疗保障行政部门根据工作需要，可以会同有关部门开展联合检查，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

第十五条 医疗保障行政部门应当健全跨省异地就医基金使用监管机制，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。

第十六条 定点医药机构有下列情形之一的，可以认定属于条例第三十条第一款所称"定点医药机构拒不配合调查"：

（一）拒绝、阻碍监督检查人员进入定点医药机构现场和关联所检查；

（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证据，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询问；

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

（七）辱骂、威胁监督检查人员或者对监督检查人员使用暴力；

（八）其他拒不配合调查的情形。

第十七条 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且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，在被暂停的定点医药机构就医发生的医药费用，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。

第十八条 参保人员有下列行为之一的，可以认定属于条例第三十条第二款所称"参保人员拒不配合调查"：

（一）拒绝到医疗保障行政部门和经办机构接受调查，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、健康状况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，或者提供虚假资料；

（四）拒不回答监督检查人员对案件事实有关询问；

（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者对监督检查人员使用暴力；

（七）其他拒不配合调查的情形。

第十九条 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是拒不配合调查的参保人员，暂停联网结算其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时止。

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。暂停联网结算期间的医药费用依照《社会保险经办条例》第二十条第二款的规定予以报销。

第二十条 定点医药机构被暂停涉及医疗保障基金使用的医药服务、解除服务协议，定点医药机构相关责任人员或者所在部门被中止涉及医疗保障基金使用的医药服务的，决定作出前已在院住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，定点医药机构的结算依据调查结果按照相关规定办理。

第二十一条 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、列入重点监管对象、增加检查频次等信用管理措施。

第二十二条 医疗保障经办机构应当加强对定点医药机构相关人员医疗保障支付资格管理，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对相关责任人员设置相应管理措施。

第四章 法律责任

第二十三条 在按病种付费下，定点医药机构存在违法行为属于条例第三十八条第一项至第六项所列情形的，依照条例规定追究违法责任；采取高套或低编病种（病组）编码等违反医保支付方式管理规定的，可以认定属于条例第三十八条第七项规定的情形。

第二十四条 违反本实施细则第九条的规定，定点医药机构未按照规定使用药品耗材追溯码的，可以依照条例第三十九条第三项的规定处罚。

第二十五条 定点医药机构及其工作人员通过说服、虚假宣传、减免费用、提供额外财物（服务）等方式诱使引导他人冒名或者虚假就医、购药的，可以认定属于条例第四十条第一款第一项所称"诱导他人冒名或者虚假就医、购药"的情形。

第二十六条 定点医药机构及其工作人员明知他人以骗取医疗保障基金为目的，冒名或者虚假就医、购药，仍然协助其就医、购药的，可以认定属于条例第四十条第一款第一项所称"协助他人冒名或者虚假就医、购药"的情形。

第二十七条 定点医药机构有下列情形之一的，可以依照条例第四十条第一款第四项的规定进行处罚：

（一）组织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）将非定点医药机构或者暂停（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；

（四）将已结算的医药费用再次纳入医疗保障基金结算；

（五）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。

第二十八条 定点医药机构存在条例第三十八条规定的违法情形，且通过虚假宣传、违规减免费用、提供额外财物（服务）等方式组织参保人员就医、购药，应当认定定点医药机构存在条例第四十条第二款所称"以骗取医疗保障基金为目的"。

第二十九条 个人有下列情形之一的，应当认定属于条例第四十一条第一款第二项规定的情形：

（一）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以上，并享受医疗保障待遇；

（二）将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后退回医疗保障基金的除外。

第三十条 参保人员利用本人就医购药享受医疗保障待遇的机会，将医疗保障基金已支付的药品、医用耗材、医疗服务项目等进行转卖的，可以认定属于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"的情形。

医疗保障行政部门应当通过当场查获、应用药品追溯码、调阅视频监控记录等方式查明转卖药品的违法违规行为。

第三十一条 个人有下列行为情形之一的，可以认定存在以骗取医疗保障基金为目的：

（一）凭借其他参保人员从定点医药机构开具的医药服务单据、处方就医购药，实际享受医疗保障待遇的；

（二）故意隐瞒医药费用已由工伤保险基金支付或者第三方负担的事实，向医疗保障经办机构申请报销并获得支付，经催告后仍不返还的；

（三）在享受医疗保障待遇期间，超出治疗疾病所需的合理数量、范围，购买药品、医用耗材、医疗服务项目并转卖，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益的；

（四）长期或多次向不特定交易对象收购、销售基本医疗保险药品的；

（五）将本人医疗保障凭证长期交由他人使用，接受返还现金、实物或其他非法利益的；

（六）其他以骗取医疗保障基金为目的的情形。

第三十二条 个人有下列情形之一的，可以依照条例第四十一条第二款的规定进行处罚：

（一）提供虚假材料或者隐瞒相关事实，获得医疗救助待遇、门诊慢性疾病和特殊疾病待遇、异地长期居住人员待遇、生育津贴等医疗保障待遇，骗取医疗保障基金支出的；

（二）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的。

第三十三条 参保人员实施条例第四十一条第一款的行为造成医疗保障基金损失1000元以上的，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1900元以上的，暂停医疗费用联网结算12个月。

参保人员实施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。

第三十四条 建立参保人员违法使用医疗保障基金分级分类信用管理机制。根据参保人员违法情形可以按照规定采取以下管理措施：

（一）开展医疗保障法治教育、要求其作出遵守医疗保障基金使用法律法规的承诺；

（二）加强审核、复核基本医保门诊慢性病和特殊疾病保障资格；

（三）限制接受服务的定点医药机构范围；

（四）加强异地就医备案审核；

（五）加强智能提醒；

（六）加强结算单据审核；

（七）将相关违法违规信息公开；

（八）其他管理措施。

第三十五条 医疗保障基金损失按项目认定。实施按病种付费的，医疗保障行政部门和经办机构按照按病种付费有关规则具体认定医疗保障基金损失。

医疗保障行政部门和经办机构综合案件事实和证据，对按病种付费下因病例入组错误，从而造成医疗保障基金损失的，可以采取下列方式计算：

（一）应当编入与实际编入两个病种之间的医疗保障基金支付标准的差额；

（二）应当编入病种与按项目付费计算的差额；

（三）其他方式。

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。经充分调查，基金损失仍然无法核定的，可以采取按比例综合核算等方式计算。具体计算办法由国务院医疗保障行政部门另行制定。

第三十六条 根据医疗保障基金结算的不同方式，造成医疗保障基金损失的时点按照以下方式确定：

（一）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且对应的医疗保障基金拨付到该医药机构时；

（二）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；

（三）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。

第三十七条 医疗保障经办机构发现定点医药机构涉嫌违法的，应当采取下列处理措施：

（一）违反条例第三十八条规定违法使用医疗保障基金，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，在作出协议处理之后，还需行政处罚的，应当及时向医疗保障行政部门移送，医疗保障行政部门依法处理；

（二）违反条例第四十条规定骗取医疗保障基金支出的，医疗保障经办机构应当及时向医疗保障行政部门移送案件线索。收到移送的案件线索后，医疗保障行政部门应当组织核查，符合立案条件的及时立案，经查实的，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。

第三十八条 医疗保障行政部门实施行政处罚应当与违法行为事实、性质、情节、危害后果以及主观过错程度相匹配。

对当事人的违法行为依法不予行政处罚的，医疗保障行政部门应当对当事人进行教育，医疗保障经办机构应当按照协议约定作出处理。

第三十九条 违法行为轻微并及时改正，没有造成危害后果的，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，或者造成医疗保障基金损失金额较小。

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，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未造成医疗保障基金损失；或者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。

第四十条 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在本统筹地区两年内第一次实施条例第三十八条规定的同一性质的违法行为；个人在本统筹地区两年内第一次实施条例第四十一条第一款规定的违法行为。涉及公民生命健康安全且有危害后果的，上述期限延长至五年，法律另有规定的除外。

危害后果轻微是指违法行为造成医疗保障基金损失较小且医疗保障基金已追回，违法行为未造成重大不良社会影响以及其他危害后果。

第四十一条 医疗保障行政部门在基金监管工作中发现下列行为，涉嫌构成违反治安管理行为或者涉嫌犯罪的，应当及时移送公安机关：

（一）组织、参与或者协助定点医药机构拉拢、诱导参保人员虚假住院骗保的；
（二）组织倒卖、转卖医保药品的；

（三）组织或者参与空刷套刷医疗保障基金，或者骗取生育津贴、医疗救助基金等的；

（四）组织或者参与伪造处方、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）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、医用耗材等中间服务的；

（六）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的；

（七）协助非参保人员骗取医疗保障待遇资格的；

（八）以暴力、威胁方法阻碍依法执行职务的；

（九）隐藏、转移、变卖或者毁损依法封存的财物的；

（十）伪造、隐匿、毁灭证据或者提供虚假证言、谎报案情，影响依法办案的；

（十一）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；

（十二）其他应当依法给予治安管理处罚、依法追究刑事责任的行为。

第四十二条 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。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、司法机关，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行政部门的，医疗保障行政部门查实属于违反条例的，应当依法作出行政处理、行政处罚。

第五章 附则

第四十三条 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省级医疗保障行政部门另行规定。

第四十四条 长期护理保险基金使用监管参照适用条例及本实施细则的规定。

第四十五条 本实施细则所称的"以上"包含本数。

第四十六条 本实施细则由国务院医疗保障行政部门负责解释，自2026年4月1日起施行。

END

来源：中国医疗保险、国家医保局、光明日报、桂医保

南宁医保
微信公众号ID:nnsybj
扫一扫
关注更多医保资讯
点赞
关注
转发

阅读原文

南宁医保 赞 分享 推荐 写留言