关于印发《上海市基本医疗保险门急诊就医 和药店配药异常情形审核管理办法》 的通知

(征求意见稿)

各有关单位:

为了加强本市基本医疗保险门急诊就医、药店配药及相关医保费用的监督管理,维护广大参保人员合法权益,保障基本医疗保险基金合理使用,我局制定《上海市基本医疗保险门急诊就医和药店配药异常情形审核管理办法》,现印发给你们,自 2025 年 月 日起施行。

上海市医疗保障局

2025 年 月 日

上海市基本医疗保险门急诊就医 和药店配药异常情形审核管理办法

为了加强本市基本医疗保险门急诊就医、药店配药及相关医保费用的监督管理，维护广大参保人员合法权益，保障基本医疗保险基金合理使用，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》《社会保险经办条例》和《上海市医疗保障条例》等法律法规规章，结合本市实际，制定本办法。

一、适用范围

本办法适用于本市医疗保障经办机构对上海基本医疗保险参保人员（包括职工基本医疗保险参保人员和城乡居民基本医疗保险参保人员，以下简称“参保人员”）在定点医疗机构门急诊就医和定点零售药店配药行为及发生的基本医疗保险费用进行实时监测，并对监测中发现的门急诊就医和药店配药异常情形（以下简称“异常情形”）进行审核管理。

二、部门职责

市级医疗保障行政部门统筹推进全市异常情形审核管理工作。

市级医疗保障经办机构负责全市异常情形审核的统筹管理；对本市参保人员在定点医疗机构（含互联网定点医疗机构）门急诊就医次数及发生的基本医疗保险费用、定点零售药店配药（含互联网配药医保在线支付）发生的基本医疗

保险费用进行监测；对存在异常情形参保人员的医保结算数据进行数据筛查。

各级医疗保障经办机构负责对涉嫌违法违规使用医保基金的参保人员开展审核；定期汇总本地区审核情况，报送同级医疗保障行政部门；将审核中发现需要进一步处理的个人、机构移送有管辖权限的医疗保障行政部门。

各级医疗保障行政部门负责对参保人员提出的审核结果异议进行复核；对医疗保障经办机构移送的问题、线索进行调查处理。

三、就医、配药和医保费用异常情形

超出范围的下列异常情形，医疗保障经办机构开展审核：

（一）异常门急诊就医频次

1. 月门诊就医次数累计 15 次及以上；
2. 月门急诊就医次数累计 20 次及以上；
3. 月门诊出现单日门诊超 4 次累计 3 天及以上；
4. 月门诊出现单日门诊医院超 3 家累计 3 天及以上；
5. 年度门诊就医次数累计 100 次及以上。

（二）异常医保费用

1. 月药店配药费用累计 8000 元及以上；
2. 月门诊费用累计 8000 元及以上；
3. 年度内门诊费用累计 30000 元及以上；
4. 年度内门急诊费用累计 35000 元及以上。

凭定点医疗机构处方在定点零售药店使用基本医疗保险统筹基金配药发生的计入门诊、门急诊费用，不计入药店配药费用。

（三）其他

1.国家医疗保障局相关部门（单位）移交本市医保部门要求核查的参保人员门急诊就医、药店配药和医保费用异常的情形。

2.医疗保障经办机构按照国家要求、结合本市实际，探索对本市参保人员在外省市定点医疗机构门急诊就医和定点零售药店配药异常情形开展监测审核，加强管理服务。

四、审核管理

（一）市级医疗保障经办机构根据医保结算数据，采用大数据、智能筛查等方式，对存在上述异常情形的参保人员在定点医疗机构就医、定点零售药店配药的合理性进行数据筛查。数据筛查内容包括但不限于同种疾病配取同类药品种数超常规，同种疾病配取同种药品累计用量超常规，结算与本人疾病无关的药品、诊疗项目、医用耗材等。

（二）经过数据筛查，对于涉嫌违法违规使用医保基金的参保人员，医疗保障经办机构应及时通知相关参保人员携带门急诊就医记录、病史记录、门急诊（药店）医疗费用收据等相关资料，在规定的时间内到就近的区级医疗保障经办机构或指定的医疗保障经办机构接受审核。如本人因故确实无法自行前往的，应书面委托他人代为接受审核。

（三）医疗保障经办机构应当对参保人员的门急诊就医记录、病史记录及门急诊（药店）医保费用进行审核。经审核，如发现参保人员有违反基本医疗保险规定行为的，应要求其及时改正，退回已由医保统筹基金支付的相关费用。同时，医疗保障经办机构工作人员应对参保人员开展医保法治教育，明确告知违法违规情形和后果；要求参保人员作出书面承诺，承诺遵守医保基金使用的规定。

（四）被审核人对审核结果有异议的，可在 10 个工作日内向同级医疗保障行政部门提出复核申请，医疗保障行政部门应当在 15 个工作日内完成复核。

五、审核期间可采取的措施

参保人员存在下列情形之一的，医疗保障经办机构按要求对其采取暂停其门急诊就医、配药联网结算（住院、门诊大病除外）的措施，采取暂停联网结算期间发生的医疗费用由参保人员全额垫付：

1. 未在审核通知规定的时间内到医疗保障经办机构接受审核，或存在其他拒不配合调查行为的；

2. 存在违反医疗保障法律法规的行为，在规定时间内拒不改正的。

审核完成后，参保人员不存在违法违规行为，或者存在违法违规行为但及时改正退回基本医疗保险基金的，医疗保障经办机构应当按要求恢复其联网结算。恢复联网结算后，参保人员垫付的门急诊医疗费用中，应由基本医疗保险基金支付的部分，向负责审核的医疗保障经办机构申请审核报销。

六、移送及延伸审核

医疗保障经办机构在审核中认定参保人员存在违反基本医疗保险规定行为，达到行政处理（处罚）标准的，应及时移送同级医疗保障行政部门处理（处罚）。

医疗保障经办机构在对参保人员异常情形的审核过程中，发现定点医药机构、定点医药机构相关人员存在违法行为的，移送有管辖权的医疗保障行政部门调查处理。

七、实施日期

本办法自 2025 年 8 月 日起施行，有效期至 2030 年 月 日。