

滁州市人民政府办公室

滁政办秘〔2019〕66号

滁州市人民政府办公室关于印发滁州市 基本医疗保险监督管理实施 办法（试行）的通知

各县、市、区人民政府，市政府各部门，各直属机构：

《滁州市基本医疗保险监督管理实施办法（试行）》已经2019年6月17日市政府第32次常务会议研究通过，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



滁州市基本医疗保险监督管理实施办法(试行)

第一条 为保证基本医疗保障基金的安全,维护基本医疗保障参保人员的合法权益,根据《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》等有关法律法规,结合本市实际,制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的监督管理。

第三条 市、县以上人民政府医保行政部门负责本行政区域内的基本医疗保险监督管理工作。

第四条 县级以上人民政府发展改革、公安、民政、司法、财政、人社、卫生健康、审计、市场监管、税务等行政部门应当在各自职责范围内,负责有关的基本医疗保险监督管理工作。

第五条 用人单位在参保缴费时,不得有下列行为:

(一) 不按规定办理职工基本医疗保险参保登记、缴费或者变更手续;

(二) 财务会计报表不真实,瞒报、少报职工工资总额或者参保人员信息;

(三) 出具虚假劳动人事关系证明;

(四) 截留或者挪用参保人员缴纳的职工基本医疗保险费;

(五) 其他违法违规行为。

第六条 参保人员不得有下列行为:

(一) 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;

(二) 伪造假医疗服务票据, 骗取医疗保障基金;

(三) 将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医;

(四) 非法使用医疗保障身份凭证, 套取药品耗材等, 倒买倒卖非法牟利;

(五) 其他违法违规行为。

第七条 协议医疗机构及其人员为参保人员应按规定提供基本医疗保险医疗服务, 不得有下列行为:

(一) 无正当理由拒绝为参保人员提供医疗服务;

(二) 将应当由基本医疗保险基金支付的费用转由参保人员个人负担;

(三) 无正当理由拒绝实时联网结算, 不为参保人员提供结算单据;

(四) 超出执业范围提供基本医疗保险医疗服务;

(五) 使用参保人员个人账户资金支付基本医疗保险基金支付范围以外的费用, 或者套取个人账户资金;

(六) 将非参保人员的医疗费用纳入基本医疗保险基金支付范围, 或者通过串换疾病诊断、药品、医疗服务项目等手段将基本医疗保险基金支付范围以外的医疗费用纳入支付范围;

(七) 违反疾病诊疗常规、技术操作规程等, 为参保人员提供过度或者无关的检查、治疗, 造成基本医疗保险基金损失;

(八) 将基本医疗保险结算信息系统提供给非协议医疗机构使用, 或者将基本医疗保险业务交由非协议医疗机构办理;

(九) 采取挂床住院、分解住院、叠床住院等手段骗取基本医疗保险基金;

(十) 采取虚假住院或者虚假治疗等手段骗取基本医疗保险基金;

(十一) 伪造、变造医疗文书、财务账目、药品(医用材料)购销凭证等材料骗取基本医疗保险基金;

(十二) 违反药品或者医疗服务价格管理规定, 擅自提高收费标准或者分解收费、重复收费, 骗取基本医疗保险基金;

(十三) 其他违法违规行为。

第八条 医保医师有以下情形的, 经办机构应暂停或解除其服务协议:

(一) 被卫生健康行政部门吊销医师执业证书;

(二) 严重违反医保政策相关规定;

(三) 注销注册、收回医师执业证书;

(四) 经办机构定期考核不合格;

(五) 卫生健康行政部门定期考核不合格, 责令暂停执业活动期限内;

(六) 被定点医疗机构停止处方权;

(七) 有骗取医保基金等违规行为;

(八) 其他应当终止医保医师服务协议的情形。

第九条 协议药店及其人员为参保人员提供基本医疗保险药品销售服务，不得有下列行为：

- （一）编造医疗文书或者医学证明骗取基本医疗保险基金；
- （二）违反基本医疗保险有关规定，串换药品（医用材料、器械）或者将药品（医用材料、器械）以外的其他物品纳入基本医疗保险费用结算；
- （三）为他人利用基本医疗保险凭证套取基金提供帮助；
- （四）冒用参保人员名义进行基本医疗保险费用结算，或者伪造参保人员购买记录骗取基本医疗保险基金；
- （五）与非协议药店串通，将非协议药店发生的费用纳入基本医疗保险信息系统结算或者基本医疗保险个人账户支付；
- （六）骗取、协同骗取基本医疗保险基金的其他行为。

第十条 医保经办机构应当依法履行基本医疗保险经办服务职责，不得有下列行为：

- （一）违规签订服务协议或者故意拖延、拒绝与符合条件的医疗机构、零售药店签订服务协议；
- （二）应当中止或者解除服务协议而未中止或者解除；
- （三）克扣或者无正当理由不按时支付基本医疗保险基金；
- （四）丢失或者篡改基本医疗保险基金记录；
- （五）骗取或者协助他人套取、骗取基本医疗保险基金；
- （六）违规收取资料费、评估费等费用，或者利用职务便利收受财物；

(七)未按规定将违反基本医疗保险规定行为的线索和证据移交有关部门;

(八)未依法履行基本医疗保险经办服务职责的其他行为。

第十一条 鼓励单位和个人对违反基本医疗保险管理规定的行为进行举报。对举报符合奖励条件的,由医保行政部门按《安徽省欺诈骗取医保基金行为举报奖励的实施办法(试行)》规定给予奖励,并为其保密。

第十二条 违反基本医疗保险管理规定的行为,相关部门应当依据法律法规规定进行处罚。

罚没收入应按规定上缴国库,实行收支两条线管理。

第十三条 医保行政部门和其他有关部门及其工作人员在基本医疗保险监督管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第十四条 医保行政部门发现协议医疗机构、协议药店、用人单位及其人员和参保人员等在基本医疗保险活动中涉嫌犯罪的,应依法移送有关机关查处。

第十五条 依法依规退回的基金,应根据从属关系退回相应的医疗保险基金专户。

经办机构与协议医疗机构可根据协议约定,将当年查处违规金额除了在当年总额预算内予以扣减并在下一年度总额预算中按比例进行核减。

第十六条 定点医药机构与经办机构因履行协议发生纠纷的,

可以向本级医疗保障行政部门申请调解。

行政相对人认为行政部门及其工作人员的行政行为侵犯其合法权益的，可以依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第十七条 医疗救助、大病保险等其他社会医疗保险和长期护理保险、生育保险的监督管理，参照本办法执行。

第十八条 本办法自 2019 年 7 月 1 日起施行。

滁州市人民政府办公室

2019年6月21日印发
