湖南省基本医疗保险监督管理办法

第一章 总则

第一条　为了规范社会保险行政部门、医疗保险经办机构和协议医疗机构、协议零售药店的行为，保障基本医疗保险基金安全，维护基本医疗保险参保人员、参保单位合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》和其他有关法律、法规，结合本省实际，制定本办法。

第二条　本省行政区域内基本医疗保险的参保与缴费、就医与购药等及其监督管理适用本办法。

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。

第三条　县级以上人民政府应当统一组织、领导、协调本行政区域基本医疗保险监督管理工作，建立健全联动机制，并将基本医疗保险纳入社会保险监督管理体系进行重点监督。

省人民政府社会保险行政部门负责全省基本医疗保险监督管理工作。市州、县市区人民政府社会保险行政部门负责本统筹地区基本医疗保险监督管理工作。

县级以上人民政府发展改革、财政、卫生计生、食品药品监管、公安、监察、审计等部门依照各自职责，做好基本医疗保险监督管理的相关工作。

第四条 医疗保险经办机构按照法律、法规、规章和本级人民政府规定的职责负责基本医疗保险的日常管理和服务工作，并可以依法接受社会保险行政部门委托具体实施相关监督检查。

医疗保险经办机构应当在本级社会保险行政部门网站或者本级人民政府网站公开办理基本医疗保险的依据、流程、办理时限、申报材料、缴费标准、经办人员和咨询电话等，简化服务程序，及时审核和支付基本医疗保险费用。

医疗保险经办机构应当建立健全基本医疗保险业务、财务、基金安全和风险管理、内部审计等制度，每年定期向社会公布基本医疗保险基金收入、支出、结余和投资运营收益等情况。

第五条 实行医疗保险经办机构与医疗机构、零售药店协议管理制度。

按照“公平、公正、公开”的原则，鼓励和引导各种所有制性质、级别和类别的医疗机构、零售药店根据自身服务能力和业务需要，向统筹地区医疗保险经办机构申请成为基本医疗保险协议机构，医疗保险经办机构不得收取或者变相收取任何费用。

第六条 参保人员接受基本医疗保险医疗、医药服务时，应当主动出示基本医疗保险凭证，接受证件查验，自觉履行诚信义务，不得骗取基本医疗保险基金。

用人单位不得伪造、变造、涂改病历资料、医疗费票据骗取基本医疗保险基金，不得协同参保人员或者冒用参保人员名义骗取基本医疗保险基金。

第七条 县级以上人民政府有关部门应当畅通基本医疗保险社会监督渠道，建立健全基本医疗保险社会监督机制，采取多种措施鼓励和支持社会各方面参与基本医疗保险的监督。

第二章 参保与缴费

第八条　企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位和个体工商户等组织(以下统称用人单位)及其职工，应当参加职工基本医疗保险。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加城镇职工基本医疗保险的非全日制从业人员和其他灵活就业人员可以参加职工基本医疗保险，由个人按照国家和省有关规定缴纳基本医疗保险费。

第九条　用人单位应当加强本单位基本医疗保险参保人员的管理和服务工作，及时、准确地向医疗保险经办机构提供参保人员的有关证明材料。

用人单位应当依法按时足额缴纳由本单位缴纳的基本医疗保险费，代扣代缴由本单位职工个人缴纳的基本医疗保险费，并按月将缴费明细书面告知职工。

用人单位与参保人员解除或者终止劳动、人事关系后，应当按照有关规定及时向医疗保险经办机构办理有关手续。

第十条 用人单位参保缴费时不得有下列行为：

(一)提供虚假的财务会计报表，故意瞒报、少报职工工资总额和参保人数;

(二)拖欠应当缴纳的基本医疗保险费;

(三)为本单位职工以外的人员参加职工基本医疗保险出具虚假劳动、人事关系证明;

(四)违反基本医疗保险管理规定的其他行为。

第十一条 鼓励未参加职工医疗保险的其他城乡居民参加城乡居民基本医疗保险。

前款人员参加城乡居民基本医疗保险的，应当按照国家和省有关规定缴纳应当由其个人缴纳的基本医疗保险费，所在统筹地区人民政府按照国家和省有关规定安排财政补助资金给予补助。

第十二条　医疗保险经办机构应当按照国家和省有关规定核定参保单位和参保人员的缴费基数。基本医疗保险费征收机构应当按时足额征收基本医疗保险费，非因不可抗力等法定事由，不得减免或者同意参保单位和参保人员缓缴基本医疗保险费。

基本医疗保险费征收机构应当将缴费情况书面告知参保单位和参保人员。参保单位和参保人员可以通过基本医疗保险经办信息网络实时查询相关缴费信息。

基本医疗保险基金实行财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得侵占或者挪用。

第三章 就医与购药

第十三条 下列医疗机构可以申请成为协议医疗机构：

(一)依法设立，持有医疗机构执业许可证;

(二)近3年内没有违反医疗服务和药品价格政策管理规定的处罚记录，有健全的医疗服务管理制度;

(三)配备与基本医疗保险管理相适应的人员和必要的联网设备;

(四)同意按照示范文本与医疗保险经办机构签订服务协议;

(五)法律、法规和规章规定的其他条件。

第十四条 下列零售药店可以申请成为协议零售药店：

(一)依法设立，持有营业执照、药品经营许可证和药品经营质量管理规范认证证书;

(二)近3年内没有违反药品和药品价格政策管理规定的处罚记录，有与本机构相适应的药品管理制度;

(三)配备与基本医疗保险管理相适应的人员和必要的联网设备;

(四)同意按照示范文本与医疗保险经办机构签订服务协议;

(五)法律、法规和规章规定的其他条件。

第十五条 医疗机构提出申请的，应当提交申请书、医疗机构执业许可证和服务规模、服务质量、服务特色、价格收费等方面申请资料。

零售药店提出申请的，应当提交申请书、营业执照、药品经营许可证、药品经营质量管理规范认证证书和服务规模、服务质量、服务特色、价格收费等方面申请资料。

第十六条 医疗保险经办机构应当依照国家和省人民政府社会保险行政部门有关规定对申请机构进行评估，在收到申请之日起20个工作日内将书面评估意见送达申请机构，并与所有符合条件的机构平等协商，依法签订服务协议。

申请机构对评估意见不服的，可以向本级社会保险行政部门申诉，社会保险行政部门应当在20个工作日内作出答复。

第十七条 协议医疗机构应当按照《中华人民共和国会计法》和财政部、国家卫生计生委医院财务制度的要求建立健全基本医疗保险财务管理制度。

协议医疗机构应当建立健全基本医疗保险管理制度和信息系统，确定机构或者人员负责本单位基本医疗保险的日常管理工作，加强对有关科室及其工作人员的基本医疗保险知识培训。

协议医疗机构有关科室及其工作人员应当按照国家和省有关基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准的规定以及服务协议的约定，及时为参保人员提供医疗服务。

第十八条　协议医疗机构及其工作人员为参保人员提供基本医疗保险医疗服务应当遵守下列规定：

(一)核验基本医疗保险凭证;

(二)根据病情提供合理、必要的医疗服务;

(三)严格执行基本医疗保险诊疗项目、药品目录、医疗服务设施管理规定和收费标准;

(四)实施非基本医疗保险支付范围的检查、治疗或者使用非基本医疗保险支付范围的药品、医疗服务设施的，事先予以说明并经参保人员或者其家属书面同意;

(五)严格执行基本医疗保险费用结算制度;

(六)主动向参保人员出具医疗费用详细单据及相关资料;

(七)基本医疗保险管理的其他规定。

第十九条　协议医疗机构及其工作人员提供基本医疗保险医疗服务不得有下列行为：

(一)对参保人员重复或者无指征化验、检查、治疗，分解或者无指征住院，或者实施超出病情实际需要的其他医疗服务，并将不合理医疗费用纳入基本医疗保险费用结算;

(二)违反基本医疗保险有关规定，将医疗保险基金支付范围以外或者约定服务范围以外的药品、诊疗项目、医疗服务设施所产生的医疗费用，纳入基本医疗保险费用结算;

(三)超标准收费，超标准结算基本医疗保险费用;

(四)故意推诿患者或者延长住院期限;

(五)不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;

(六)与非协议医疗机构串通，将非协议医疗机构发生的医疗费用纳入基本医疗保险信息系统结算;

(七)允许非参保人员冒用参保人员名义就医，或者将不符合特殊门诊人员的费用登记为特殊门诊费用并纳入基本医疗保险费用结算;

(八)伪造病历资料、医疗票据、收费明细等骗取基本医疗保险基金;

(九)违反国家和省有关规定，拒绝或者推诿异地就医直接结算;

(十)危害基本医疗保险基金安全的其他行为。

第二十条 协议零售药店应当建立健全基本医疗保险管理制度和信息系统，确定人员负责本单位基本医疗保险的日常工作，加强对相关工作人员的基本医疗保险知识培训，并按照国家、省和本统筹地区有关规定以及服务协议的约定，及时为参保人员提供药品销售服务。

第二十一条　协议零售药店及其工作人员为参保人员提供基本医疗保险药品销售服务应当遵守下列规定：

(一)核验基本医疗保险凭证;

(二)按照基本医疗保险用药管理规定配药;

(三)遵守价格行政主管部门的药品价格管理规定;

(四)严格执行基本医疗保险费用结算制度;

(五)主动向购药人出具医药费用详细单据;

(六)基本医疗保险管理的其他规定。

第二十二条　协议零售药店及其工作人员提供基本医疗保险药品销售服务不得有下列行为：

(一)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以外的药品、非药品以及其他物品纳入基本医疗保险费用结算;

(二)为他人利用基本医疗保险凭证套取现金提供帮助;

(三)冒用参保人员名义进行基本医疗保险药品费用结算，或者伪造参保人员购药记录骗取基本医疗保险基金;

(四)与非协议零售药店串通，将非协议零售药店发生的购药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卡支付;

(五)骗取、协同骗取基本医疗保险基金的其他行为。

第四章 监督管理

第二十三条　县级以上人民政府应当督促有关部门依法履行监督管理职责，采取日常监督和专项监督、现场监督检查和非现场监督相结合等方式，加强对基本医疗保险的监督检查。

县级以上人民政府应当根据职责分工指定有关部门作为牵头单位，针对基本医疗保险区域性、普遍性的问题组织专项检查。

第二十四条　县级以上人民政府社会保险行政部门应当整合监督职能，明确相关内部机构分工和责任，通过调查、抽查和备案审查等方式对医疗保险经办机构的下列事项进行监督检查：

(一)依法签订、履行和管理服务协议的情况;

(二)基本医疗保险支付项目、标准、范围的情况;

(三)按时足额支付参保人员、参保单位基本医疗保险基金的情况;

(四)支付给协议医疗机构、协议零售药店等机构基本医疗保险基金的情况;

(五)接受委托实施监督检查的情况;

(六)基本医疗保险管理和服务的其他事项。

第二十五条 县级以上人民政府社会保险行政部门及其委托的医疗保险经办机构应当加强对协议机构医疗医药服务行为和参保人员就医购药行为的监督检查;发现问题的，应当依法处理或者移交有关部门处理。

第二十六条 县级以上人民政府社会保险行政部门及其委托的医疗保险经办机构开展监督检查时，可以依法采取下列措施：

(一)进入与监督检查事项有关的场所进行调查，询问与调查事项有关的单位和个人，要求其对有关问题作出说明、提供有关材料;

(二)查阅、记录、复制与基本医疗保险医疗医药服务和基本医疗保险基金支付管理有关的资料和数据，在证据可能灭失或者被转移的情况下先行登记保存;

(三)根据监督检查工作需要，聘请会计师事务所和有关专家对参保单位缴费情况、协议医疗机构与协议零售药店使用基本医疗保险基金情况进行核查;

(四)对骗取基本医疗保险基金或者可能造成基金损失的行为予以制止并责令改正。

被监督检查的单位和个人应当予以协助和配合，如实作出说明、提供有关资料，不得谎报、瞒报有关情况，不得拒绝或者阻碍检查人员依法执行职务。

第二十七条　县级以上人民政府财政、审计、监察等部门应当按照相关法律、法规和规章规定的职责，加强对基本医疗保险基金收支、管理的监督检查。

第二十八条 医疗保险经办机构在协议机构评估中发现医疗机构、零售药店明显不符合法律、法规、规章规定的设立条件的，可以向营业执照和许可证的发证机关书面提出审查建议;相关行政机关应当依法核查，并在5个工作日内作出是否符合设立条件的回复。

医疗保险经办机构应当加强对协议医疗机构、协议零售药店履行协议情况的检查和管理，并在协议签订后15个工作日内将协议文本报本级社会保险行政部门备案。

医疗保险经办机构应当通过本级社会保险行政部门网站或者本级人民政府网站公布并实时更新协议医疗机构、协议零售药店的名单，接受社会监督。

第二十九条 医疗保险经办机构应当加强基本医疗保险监控信息系统建设，将协议医疗机构、协议零售药店及其工作人员和参保人员的就医购药等基本医疗保险信息纳入实时监控范围，并与社会保险、财政等部门的信息系统实现信息共享。

医疗保险经办机构发现骗取基本医疗保险基金或者可能造成基金损失的行为的，应当及时查明情况。对存在问题的协议医疗机构和协议零售药店，可以约谈其负责人和直接责任人员，提出改进管理的意见或者按照委托权限进行处理。

第三十条 负责基本医疗保险监督的行政部门发现涉嫌违反基本医疗保险相关法律、法规和规章的行为，需要调查处理的，应当在发现之日起5个工作日内立案;不属于本部门管辖范围的，应当在发现之日起3个工作日内移交有权处理的部门。

医疗保险经办机构发现违反基本医疗保险法律、法规、规章的行为，按照规定的职责无权处理的，应当参照前款规定在发现之日起3个工作日内将线索和证据移交社会保险行政部门或者其他有关部门。

第三十一条 县级以上人民政府社会保险行政部门及医疗保险经办机构应当建立举报投诉制度，向社会公布举报投诉电话和电子邮箱。

任何单位和个人有权向社会保险行政部门、医疗保险经办机构或者其他有关部门举报、投诉基本医疗保险以及有关活动中的违法违纪行为。社会保险行政部门、医疗保险经办机构或者其他有关部门应当依法处理，并为举报人保密。

举报属实，为查处重大违法行为提供线索的举报人，由社会保险行政部门、医疗保险经办机构或者其他有关部门予以奖励。

第三十二条 县级以上人民政府社会保险行政部门及其委托的医疗保险经办机构应当建立违法失信行为记录归集公示制度，通过本部门网站或者本级人民政府网站及时向社会公布协议医疗机构和协议零售药店的违法失信行为及相关处理结果。

第五章 法律责任

第三十三条 协议医疗机构有本办法第十九条所列行为之一的，依照下列规定处理：

(一)由县级以上人民政府社会保险行政部门责令改正，属于公立医疗机构的，由监察机关或者有关部门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。

(二)由医疗保险经办机构拒付不符合基本医疗保险制度的费用，并按照约定暂停1个月以上6个月以下服务协议的执行;情节严重的，按照约定解除服务协议。

(三)骗取基本医疗保险基金的，由县级以上人民政府社会保险行政部门责令退回，依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款，并由医疗保险经办机构按照约定解除服务协议;直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定吊销其执业资格。

医疗保险经办机构根据前款规定解除服务协议的，五年内不得与该医疗机构再次签订服务协议。

第三十四条　协议零售药店有本办法第二十二条所列行为之一的，依照下列规定处理：

(一)由县级以上人民政府社会保险行政部门责令改正，医疗保险经办机构拒付不符合基本医疗保险制度的费用，并按照约定暂停1个月以上6个月以下服务协议的执行;情节严重的，按照约定解除服务协议。

(二)骗取基本医疗保险基金的，由县级以上人民政府社会保险行政部门责令退回，依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款，并由医疗保险经办机构按照约定解除服务协议;直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定吊销其执业资格。

医疗保险经办机构根据前款规定解除服务协议的，五年内不得与该零售药店再次签订服务协议。

第三十五条　用人单位和参保人员违反本办法规定，骗取基本医疗保险基金的，由社会保险行政部门依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定责令退回，处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。调查、处理期间，医疗保险经办机构可以暂停支付相关基本医疗保险基金。

参保人员在意外伤害事故中隐瞒第三人赔偿责任，同时获取第三人医疗费用赔偿和基本医疗保险基金的，视为骗取基本医疗保险基金。

第三十六条 县级以上人民政府社会保险行政部门和其他有关部门及其工作人员不依法履行基本医疗保险监督管理职责，对违反本办法的行为不及时、不依法处理，或者有其他滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊行为的，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。

第三十七条 医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由县级以上人民政府社会保险行政部门责令改正，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;给基本医疗保险基金造成损失的，依法承担赔偿责任：

(一)与不符合条件的医疗机构、零售药店违规签订服务协议，不依法暂停服务协议的执行，不依法解除服务协议，或者不采用服务协议示范文本签订协议的;

(二)故意拖延或者拒绝与符合条件的医疗机构、零售药店依法签订服务协议的;

(三)克扣或者不按时支付基本医疗保险基金的;

(四)丢失或者篡改基本医疗保险基金记录的;

(五)骗取或者协助他人骗取基本医疗保险基金的;

(六) 违反不合理医疗费用认定的集体审核制度，或者违规支付不合理医疗费用的;

(七)未在规定时间内将服务协议文本报送备案的;

(八)收取或者变相收取资料、评估等费用，或者利用职务便利收受财物的;

(九)发现无权处理的违反基本医疗保险法律、法规、规章的行为，未及时将线索和证据移交有关部门的;

(十)不依法履行基本医疗保险管理和服务职责的其他行为。

第三十八条 违反本办法规定的其他行为，《中华人民共和国社会保险法》和其他法律、法规、规章已有处理规定的，从其规定。

第三十九条 协议医疗机构、协议零售药店、用人单位、参保人员、医疗保险经办机构和社会保险等行政部门及其工作人员在基本医疗保险相关活动中触犯刑律、构成犯罪的，依法追究刑事责任。

医疗保险经办机构和县级以上人民政府社会保险等行政部门发现协议医疗机构、协议零售药店、用人单位、参保人员在基本医疗保险活动中涉嫌犯罪的，应当移送司法机关依法追究刑事责任。

第六章 附则

第四十条　工伤保险、生育保险、职工大病医疗互助和城乡居民大病保险等的监督管理参照本办法执行。

第四十一条 本办法所称不合理医疗费用，是指协议医疗机构及其医务人员超出参保人员病情实际需要，进行不合理检查、不合理用药和不合理治疗并由此产生的医疗费用。

不合理医疗费用由医疗保险经办机构认定，医疗保险经办机构应当制定并严格执行不合理医疗费用认定初核、复审、决定相分离的审核制度。

协议医疗机构和参保人员对不合理医疗费用认定有异议的，可以向本级基本医疗保险专家委员会申请重新认定;对专家委员会认定不服的，可以向上一级专家委员会申请再次认定。上一级专家委员会的认定或者省基本医疗保险专家委员会的认定为最终认定。专家委员会组成及其对不合理医疗费用认定的具体办法，由省人民政府社会保险行政部门会同卫生计生、发展改革行政部门制定。

第四十二条 服务协议示范文本由省人民政府社会保险行政部门统一制定并向社会公布。服务协议有效期不得少于1年。

第四十三条 本办法自2018年5月1日起施行。