

# 安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法

## 安徽省人民政府令 第 284 号

### 第 284 号

《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》已经 2018 年 4 月 10 日省人民政府第 6 次常务会议通过，现予公布，自 2018 年 6 月 1 日起施行。

省 长 李国英

2018 年 4 月 19 日

# 安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法

## 第一章 总 则

第一条 为了规范基本医疗保险监督管理，保障基本医疗保险基金安全，维护参加基本医疗保险人员的合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规，结合本省实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本省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 基本医疗保险监督管理应当坚持行政监管与社会监督相结合，引导相关单位和人员强化自身约束管理。

第四条 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，加大对基本医疗保险事业投入，加强监督管理人员配备和监督管理能力建设，逐步提高基本医疗保险监督管理水平。

第五条 县级以上人民政府承担基本医疗保险行政管理职责的部门（以下简称医保行政部门），负责本行政区域内的基本医疗保险监督管理工作。

县级以上人民政府其他有关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。

第六条 基本医疗保险经办机构（以下简称经办机构）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服务工作。

## 第二章 参保与缴费

第七条 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）的职工应当依法参加职工基本医疗保险。用人单位和职工应当按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加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 and 省有关规定缴纳基本医疗保险费。

城乡居民按照国家 and 省有关规定参加城乡居民基本医疗保险。

参加职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的人员，以下统称为参保人员。

第八条 已参加职工基本医疗保险的人员在保期间，不再参加城乡居民基本医疗保险。

居住地与户籍地不一致的城乡居民可以选择一地参加城乡居民基本医疗保险；已在一地参加城乡居民基本医疗保险的，不得在另一地同期参保。

第九条 用人单位应当加强本单位职工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。

第十条 经办机构应当按照国家和省有关规定核定用人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职工基本医疗保险费，非因法定事由不得缓缴、减免。

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。

第十一条 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。

第十二条 参保人员不得以伪造户籍、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。

### 第三章 服务与管理

第十三条 经办机构应当按照平等自愿、协商一致的原则，与符合条件的医疗机构、零售药店签订服务协议，建立医疗费用结算关系。经办机构应当在协议签订后的15日内报同级医保行政部门备案。

医保行政部门应当建立医保服务管理制度，将基本医疗保险监管延伸到签订协议的医疗机构、零售药店（以下分别简称协议医疗机构、协议药店）的医疗、医药服务行为。

第十四条 省医保行政部门应当制定医疗机构、零售药店协议管理办法及服务协议示范文本。协议约定的服务期限不得少于1年。

第十五条 协议医疗机构和协议药店应当建立健全基本医疗保险管理制度和信息系统，指定专职人员负责基本医疗保险的日常工作，按照基本医疗保险规定和协议约定，为参保人员提供医疗、医药等服务。

第十六条 协议医疗机构及其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、身份证明；
- （二）提供规范、合理的医疗服务；
- （三）执行医疗服务价格规定；
- （四）执行基本医疗保险药品目录、医疗服务项目目录管理规定；
- （五）执行基本医疗保险费用结算制度；
- （六）主动出具医疗费用单据及相关资料；
- （七）关于基本医疗保险管理的其他有关规定。

协议医疗机构及其人员使用基本医疗保险基金支付范围以外的药品、医疗服务项目的，应当事先向参保人员或者其家属说明并经其同意，急诊、抢救等特殊情形除外。

第十七条 协议医疗机构及其人员为参保人员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) 其他违反基本医疗保险管理规定的行为。

第十八条 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，应当遵守下列规定：

(一) 核验基本医疗保险凭证、身份证明；

(二) 按照基本医疗保险用药管理规定配药；

(三) 执行药品价格管理规定；

(四) 执行基本医疗保险费用结算制度；

(五) 主动出具医药费用单据；

(六) 关于基本医疗保险管理的其他有关规定。

第十九条 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。

第二十条 经办机构应当依法履行基本医疗保险经办服务职责, 不得有以下行为:

(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。

第二十一条 参保人员就医或者购药, 应当遵守下列规定:

(一) 持本人基本医疗保险凭证、身份证明就医购药;

(二) 按照规定办理异地转诊转院、急诊抢救手续;

(三) 关于基本医疗保险管理的其他有关规定。

#### 第四章 监督检查

第二十二条 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相结合、现场监督检查和非现场监督检查相结合等方式, 加强对基本医疗保险的监督检查。

第二十三条 县级以上人民政府医保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、稽核和备案审查等方式, 对医疗保险经办机构、协议医疗机构、协议药店、用人单位、参保人员遵守基本医疗保险管理规定的行为进行监督检查。

第二十四条 医保行政部门开展监督检查时，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以后难以取得的情况下可以先行登记保存；

（三）根据监督检查工作需要，委托会计师事务所等专门机构和有关专家对用人单位缴费情况、协议医疗机构与协议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配合和协助，如实作出说明、提供有关资料，不得谎报、瞒报，不得拒绝、阻碍监督检查。

第二十五条 医保行政部门在监督检查中发现协议医疗机构、协议药店不符合法律、法规规定的设立条件的，应当向相关许可机关提出建议，许可机关应当依法核查。

第二十六条 医保行政部门应当建立健全医疗保险药品、医疗服务项目、疾病、医务人员信息等数据库，建设全省统一

的基本医疗保险监控系统，利用信息化、智能化手段，加强基本医疗保险事前、事中、事后的全程监督。

协议医疗机构、协议药店应当按照监控管理要求，联网并实时上传医疗保险服务相关原始数据，并保证上传数据的真实性和完整性。

第二十七条 医保行政部门应当建立基本医疗保险违法失信行为记录、归集、公示制度，及时向社会公布违法失信行为及相关处理结果。

第二十八条 县级以上人民政府财政、审计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。

第二十九条 医保行政部门应当建立健全基本医疗保险社会监督机制，通过参保人员满意度调查、引入第三方评价、聘请社会监督员等方式，鼓励支持社会各方参与基本医疗保险监督。

第三十条 任何单位和个人有权举报、投诉基本医疗保险活动中的违法行为。

医保行政部门和其他有关部门以及经办机构对属于本部门、本机构职责范围的举报、投诉，应当及时受理，依法处理；对不属于本部门、本机构职责范围的，应当在3个工作日内书

面通知并移交有权处理的部门、机构处理。有权处理的部门、机构应当及时处理，不得推诿。

举报属实，为查处重大基本医疗保险违法行为提供线索的举报人，由医保行政部门、经办机构或者其他有关部门予以奖励。

## 第五章 法律责任

第三十一条 违反本办法规定，《中华人民共和国社会保险法》和其他法律、法规已有处罚规定的，从其规定。

第三十二条 用人单位违反本办法第十一条规定的，由医保行政部门责令改正；骗取医疗保险待遇的，由医保行政部门责令退回骗取的基本医疗保险基金，并处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款。

第三十三条 参保人员违反本办法第十二条规定的，由医保行政部门责令改正；骗取医疗保险待遇的，由医保行政部门责令退回骗取的基本医疗保险基金，并处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款。

第三十四条 协议医疗机构违反本办法第十七条规定的，由医保行政部门责令限期改正，逾期不改的，按照协议约定暂停 1 个月以上 6 个月以下的医疗保险结算关系，直至解除服务协议；骗取医疗保险基金支出的，由医保行政部门责令退回骗取的基本医疗保险基金，并对协议医疗机构处骗取金额 2 倍以

上 5 倍以下的罚款；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。

第三十五条 协议药店违反本办法第十九条规定的，由医保行政部门责令改正，逾期不改的，按照协议约定暂停 1 个月以上 6 个月以下的医疗保险结算关系，直至解除服务协议；骗取医疗保险基金支出的，由医保行政部门责令退回骗取的基本医疗保险基金，并对协议药店处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。

第三十六条 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。

第三十七条 经办机构及其工作人员违反本办法第二十条规定的，由医保行政部门责令改正；给基本医疗保险基金、用人单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任；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。

第三十八条 医保行政部门发现协议医疗机构、协议药店、用人单位、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。

## 第六章 附 则

第三十九条 职工医疗救助、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。

第四十条 本办法自 2018 年 6 月 1 日起施行。