

江苏省医疗保障条例

(2023年1月19日江苏省第十四届人民代表大会第一次会议通过)

目 录

第一章 总则

第二章 医疗保障体系

第一节 基本医疗保险

第二节 大病医疗保险

第三节 医疗救助

第四节 其他医疗保障

第三章 医疗保障基金

第四章 医疗保障医药管理

第五章 医疗保障公共服务

第六章 监督管理

第七章 法律责任

第八章 附则

第一章 总则

第一条 为了规范医疗保障关系,健全多层次医疗保障体系,维护公民医疗保障合法权益,增进人民福祉,推进医疗保障事业高质量发展,推动健康江苏建设,根据《中华人民共和国社会保险法》和国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律、行政法规,结合本省实际,制定本条例。

第二条 本省行政区域内医疗保障的参保筹资、待遇支付、基金运行、医药管理、公共服务以及相关监督管理活动,适用本条例。

第三条 医疗保障事业应当以人民健康为中心,遵循覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全

规范、可持续的原则,坚持医疗保障水平与经济社会发展水平相适应、权利与义务相对应,增强公平性和均衡性。

第四条 本省建立健全以基本医疗保险为主体,大病医疗保险为补充,医疗救助为托底,补充医疗保险、商业医疗保险、慈善医疗救助、医疗互助等其他医疗保障协调发展的多层次医疗保障体系。

第五条 公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务。用人单位有保障职工参加职工基本医疗保险的义务。

用人单位和职工、城乡居民应当依法缴纳基本医疗保险费。

参加基本医疗保险的职工、城乡居民,按照规定享受相应医疗保障待遇。

第六条 县级以上地方人民政府应当加强对医疗保障工作的领导,将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划,建立健全医疗保障制度,加强医疗保障能力建设。

乡镇人民政府、街道办事处应当按照规定做好医疗保障相关工作。

村(居)民委员会应当协助做好医疗保障相关工作。

第七条 医疗保障行政部门主管本行政区域内的医疗保障工作。医疗保障经办机构按照规定职责,承担医疗保障相关的具体事务。

卫生健康、财政、民政、税务等有关部门在各自的职责范围内,负责相关的医疗保障工作。

县级以上地方人民政府应当建立医疗保障工作部门协同机制,加强统筹协调,研究解决重大问题,促进医保、医疗、医药协同发展和治理。

第八条 县级以上地方人民政府及其有关部门制定医疗保障相关政策,应当依照法定权限和程序,科学进行评估论证,保障人民群众的知情权、参与权、表达权和监督权。

第九条 医疗机构、药品经营单位(以下统称医药机构)等应当遵守医疗保障有关法律、法规,加强自我约束,诚信规范经营。

相关行业协会应当强化行业自律,推进行业规范和自我约束,促进行业健康发展。

第二章 医疗保障体系

第一节 基本医疗保险

第十条 基本医疗保险包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险。

职工应当参加职工基本医疗保险。鼓励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以及其他灵活就业人员(以下统称灵活就业人员)参加职工基本医疗保险。

未参加职工基本医疗保险的人员按照规定参加城乡居民基本医疗保险。

参保人员不得重复参加基本医疗保险,不得重复享受基本医疗保险待遇。

第十一条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳,缴费基数按照社会保险缴费基数执行,缴费费率由统筹地区人民政府根据国家和省有关规定确定。灵活就业人员参加职工基本医疗保险的缴费基数和缴费费率,按照省和统筹地区的规定执行。缴费费率的确定和调整,应当报省人民政府批准。

城乡居民基本医疗保险费实行个人缴费和政府补贴相结合。筹资标准应当与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩,不得低于国家和省规定的最低标准,由统筹地区人民政府根据国家和省有关规定确定。

医疗救助对象、丧失劳动能力的残疾人等所需个人缴费部分,由政府给予补贴。

第十二条 参加基本医疗保险应当向当地医疗保障经办机构申请办理参保登记。

高等院校、职业院校(含技工院校)学生由学校统一办理参保登记,个人缴费部分由学校代收代缴。被认定为资助参保救助对象、残疾人的学生,可以选择参加认定地基本医疗保险。

用人单位应当自成立之日起三十日内申请办理参保登记。

第十三条 公安、司法行政、人力资源社会保障、民政、卫生健康、教育、退役军人事务等部门和工会,应当依托省公共数据平台,与医疗保障行政部门、医疗保障经办机构及时共享下列信息:

- (一)公民出生、死亡和户口登记、迁移、注销以及居住证办理等信息;
- (二)服刑人员服刑以及刑满释放等信息;
- (三)领取失业保险金人员和退休人员等信息;
- (四)医疗救助对象信息;
- (五)在校学生学籍信息;
- (六)其他与医疗保障相关的信息。

有关部门履行职责确需使用基本医疗保险参保信息的,医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当及时共享。

第十四条 用人单位应当按时足额向税务机关为职工缴纳基本医疗保险费,并对职工个人缴费实行代扣代缴,非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。用人单位应当按月将缴纳基本医

疗保险费的明细情况告知职工本人。

灵活就业人员参加职工基本医疗保险的,应当按时向税务机关缴纳基本医疗保险费。

失业人员在领取失业保险金期间,参加职工基本医疗保险;应当缴纳的基本医疗保险费,由社会保险经办机构从失业保险基金中支付,个人不缴费。

城乡居民基本医疗保险集中缴费期为每年的第四季度,参保人员应当在集中缴费期内一次性缴纳下一年度的城乡居民基本医疗保险费。城乡居民在非集中缴费期缴纳城乡居民基本医疗保险费的,应当一次性足额缴纳个人全年缴费部分。居住证持有人选择参加居住地城乡居民基本医疗保险的,按照当地城乡居民相同标准缴费。

灵活就业人员和城乡居民缴纳基本医疗保险费后,在待遇享受期开始前重复缴费或者死亡的,终止相关参保关系的同时,本人、继承人可以申请办理退费。

第十五条 职工自用人单位为其足额缴纳职工基本医疗保险费到账的次日起,享受职工基本医疗保险待遇。

灵活就业人员首次参加职工基本医疗保险的,在待遇享受等待期期满后享受职工基本医疗保险待遇。

城乡居民在集中缴费期按时缴纳城乡居民基本医疗保险费的,自下一年度1月1日起享受城乡居民基本医疗保险待遇;城乡居民在非集中缴费期缴纳城乡居民基本医疗保险费的,在待遇享受等待期期满后享受城乡居民基本医疗保险待遇。

本条第二款、第三款规定的待遇享受等待期不超过两个月,具体时间由统筹地区医疗保障部门确定。新生儿、医疗救助对象等参加城乡居民基本医疗保险,免除待遇享受等待期。

第十六条 参保人员按照国家、省和统筹地区的规定,享受住院、门诊医疗费用报销待遇。

符合基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等目录(以下统称基本医疗保险目录)的医疗费用,由基本医疗保险基金支付。住院和门诊医疗费用的起付标准、最高支付限额和支付比例,由统筹地区人民政府在国家 and 省规定的范围内确定。

第十七条 职工依法办理退休手续、参加职工基本医疗保险的灵活就业人员达到国家规定的退休年龄时,参加职工基本医疗保险累计缴费年限(包含按照国家规定认可的视同缴费年限和实际缴费年限)男性满二十五年、女性满二十年的,按照规定享受退休人员基本医疗保险待遇;未达到规定年限的,可以继续按月缴费至规定年限后享受退休人员基本医疗保险待遇,继续缴费期间享受在职职工基本医疗保险待遇,也可以按照规定一次性缴纳至规定年限后享受退休人员基本医疗保险待遇。

第十八条 参加职工基本医疗保险的人员跨统筹地区就业,其职工基本医疗保险关系随同转移。省内各统筹地区互认并累计计算职工基本医疗保险缴费年限;在省外参加职工基本医疗保险的人员到本省统筹地区就业,其职工基本医疗保险缴费年限的认定和缴费年限计算,按照国家和省有关规定执行。

参保人员由城乡居民基本医疗保险转为职工基本医疗保险的,城乡居民基本医疗保险的缴费年限可以通过补差或者折算的办法,与职工基本医疗保险缴费年限合并计算。补差和折算的具体办法,由统筹地区医疗保障行政部门按照国家和省有关规定制定。

参保人员在职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险之间转换,退役军人、高等院校和职业院校(含技工院校)毕业生等在退役、毕业等

当年参加基本医疗保险,以及刑满释放人员在释放当年参加基本医疗保险的,待遇衔接办法由统筹地区医疗保障行政部门按照国家有关规定制定。

第十九条 参保人员出国定居、死亡的,医疗保障经办机构应当按照规定及时终止参保关系。

职工基本医疗保险参保人员出国定居、死亡,参保关系终止的,本人、继承人可以申请一次性支取个人账户余额。

第二节 大病医疗保险

第二十条 大病医疗保险包括职工大病保险和城乡居民大病保险。

第二十一条 参加职工基本医疗保险的人员,按照规定参加职工大病保险。职工大病保险筹资标准和模式,由统筹地区人民政府按照国家有关规定确定。

第二十二条 城乡居民大病保险资金从当年筹集的城乡居民基本医疗保险基金中直接划拨。城乡居民大病保险筹资标准,由统筹地区人民政府按照国家有关规定,根据当地大病医疗费用等情况确定。

第二十三条 参保人员在一个结算年度内发生的住院、特殊病种门诊等医疗费用中,符合基本医疗保险基金支付范围的个人负担费用超过大病医疗保险起付标准的部分,由大病医疗保险资金和个人按照规定比例共同承担。

职工大病保险、城乡居民大病保险的起付标准,由统筹地区医疗保障行政部门按照国家有关规定确定。城乡居民大病保险的起付标准不高于上一年度统筹地区居民人均可支配收入的百分之五十。

第三节 医疗救助

第二十四条 县级以上地方人民政府应当健全医疗救助制度,公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民,根据救助对象类别实施分类救助。

医疗救助对象包括:

- (一)特困供养人员;
- (二)最低生活保障家庭成员;
- (三)困境儿童;
- (四)符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象;
- (五)享受民政部门定期定量生活补助费的二十世纪六十年代精减退职职工;
- (六)设区的市、县(市、区)总工会核定的特困职工;
- (七)低保边缘家庭成员;
- (八)支出型困难家庭中的大重病患者;
- (九)临时救助对象中的大重病患者;
- (十)省和设区的市人民政府规定的其他特殊困难人员。

严重精神障碍患者的医疗救助,按照《江苏省精神卫生条例》和省有关规定执行。

第二十五条 县级以上地方人民政府应当对医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分给予补贴,对其中的特困供养人员、最低生活保障家庭成员、困境儿童、符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象、享受民政部门定期定量生活补助费的二十世纪六十年代精减退职职工等全额资助参保。

县级以上地方人民政府应当对医疗救助对象经过基本医疗保险、大病医疗保险保障后由个人负担的符合规定的医疗费用给予补助。

第二十六条 医疗救助标准由设区的市人民政府按照国家有关规定,根据经济社会发

展水平、医疗救助基金筹集情况和医疗救助对象类别等确定。

第二十七条 县级以上地方人民政府应当建立健全疾病应急救助制度,对需要急救但身份不明或者无力支付急救费用的急重危伤病患者给予救助。发生的急救费用由疾病应急救助基金按照规定支付。

第四节 其他医疗保障

第二十八条 鼓励用人单位为职工建立补充医疗保险。用人单位为职工缴纳的补充医疗保险费不超过职工工资总额百分之五的部分,按照规定在计算应纳税所得额时准予扣除。

本省按照国家规定建立公务员医疗补助制度。

第二十九条 本省积极发展商业医疗保险,满足人民群众多元医疗保障需求。鼓励个人购买商业医疗保险。鼓励用人单位为职工购买商业医疗保险。

引导和支持商业保险公司开发面向所有基本医疗保险参保人员,不设置健康状况、既往病史等限制投保条件,保费与个人疾病风险脱钩,体现普惠公益导向和便捷理赔原则,与基本医疗保险相衔接的商业医疗保险产品。

职工基本医疗保险参保人员可以使用个人账户余额购买符合本条第二款规定的商业医疗保险产品。

第三十条 支持医疗互助有序规范发展。鼓励工会等群团组织开展医疗互助。

鼓励和引导社会力量通过捐赠、设立基金、志愿服务等方式开展慈善医疗救助。

第三十一条 本省建立罕见病用药保障机制。罕见病用药保障资金实行省级统筹、单独筹资,建立由政府主导、市场主体和社会慈善组织

等参与的多渠道筹资机制。罕见病用药保障资金纳入省财政社保专户管理,专款专用,独立核算。

罕见病用药保障范围由省医疗保障行政部门根据国家罕见病目录,对药品有效性等进行专家论证,并开展价格谈判后确定。

罕见病用药保障由省医疗保障经办机构协同具备罕见病诊断和治疗条件的定点医疗机构实施。符合罕见病用药保障规定的参保人员,按照省有关规定享受用药治疗和待遇保障服务。

第三十二条 本省按照国家规定建立健全突发疫情等重大紧急情况下医疗救治的医保支付政策以及费用保障机制,统筹使用基本医疗保险基金和公共卫生服务资金,适应重大突发疫情情况下先行救治患者的需要。

第三十三条 本省实行长期护理保险制度,建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制,为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金、服务保障。

省和设区的市人民政府应当完善长期护理保险的资金筹集、失能评估、保障范围、待遇支付、监督管理等制度,综合考虑经济发展水平、资金筹集能力和保障需求等因素,扩大参保对象范围,合理调整保障标准。

省和设区的市人民政府应当做好长期护理保险与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接。

第三章 医疗保障基金

第三十四条 医疗保障基金包括基本医疗保险基金、医疗救助基金等。

医疗保障基金应当执行国家统一的会计制度、财务制度和基金预决算制度,存入财政专户,专款专用。

医疗保障基金使用应当符合国家规定的支

付范围和省规定的支付项目、标准,任何组织和个人不得侵占、挪用。

第三十五条 税务机关应当依法按时足额征收用人单位和职工个人应当缴纳的基本医疗保险费,按照规定征收城乡居民基本医疗保险费。

第三十六条 基本医疗保险实行市级统筹,通过预算实现基本医疗保险基金收支平衡。统筹地区医疗保障行政部门根据以收定支、收支平衡、略有结余的原则,健全完善基本医疗保险基金总额管理制度。

本省加快推进基本医疗保险省级统筹,逐步实现缴费费率、缴费标准和保障待遇等全省统一。

第三十七条 本省建立基本医疗保险基金运行风险预警、风险管控和重大风险应对机制。

统筹地区人民政府在基本医疗保险基金出现运行风险时,通过提高筹资水平、调整待遇政策等方式,保证基本医疗保险基金收支平衡;在基本医疗保险基金出现支付不足时给予补贴,保障基本医疗保险基金稳健运行。

第三十八条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围:

- (一)应当从工伤保险基金中支付的;
- (二)应当由第三人负担的;
- (三)应当由公共卫生负担的;
- (四)在境外就医的;
- (五)国家规定不予支付的其他费用。

医疗费用依法应当由第三人负担,第三人不承担或者无法确定第三人的,属于基本医疗保险基金支付范围的费用由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后,有权向第三人追偿。

第三十九条 医疗救助基金通过财政预算、福利彩票公益金地方留成部分、社会捐赠等多渠

道筹集,实行专项管理、专账核算。

第四十条 医疗保障经办机构应当定期向社会公布参加基本医疗保险情况以及医疗保障基金的收入、支出、结余等情况,接受社会监督。

第四章 医疗保障医药管理

第四十一条 基本医疗保险按照国家规定实行医药机构定点管理。

医疗保障经办机构受理医药机构定点申请后,应当组织评估,经评估符合规定条件并协商谈判达成一致的,签订医疗保障服务协议(以下简称医保协议),确定为定点医药机构。定点医药机构名单应当及时向社会公布。

经批准开展互联网医药服务的实体定点医药机构与医疗保障经办机构签订补充协议后,其提供的网上医药服务所产生的费用符合基本医疗保险基金支付范围的,由基本医疗保险基金按照规定支付。

医疗保障行政部门应当完善定点医药机构动态管理和退出机制。对不再符合定点医药机构条件、严重违反医保协议或者发生重大违法违规行为等的医药机构,医疗保障经办机构应当及时解除医保协议、依法处理。

医疗保障行政部门应当加强对医保协议订立、履行等情况的监督。

第四十二条 定点医药机构按照医保协议提供医药服务后,医疗保障经办机构应当及时结算并拨付应由医疗保障基金支付的费用。

对医疗保障经办机构违反医保协议或者违法实施管理的行为,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。

第四十三条 定点医药机构应当建立医疗保障基金使用内部管理制度,由专门机构或者人

员负责医疗保障基金使用管理工作,组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训,定期检查本单位医疗保障基金使用情况,及时纠正医疗保障基金使用不合法、不规范的行为,确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围。

定点医药机构应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料,及时通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据,向社会公开医药费用、费用结构等信息。

医疗保障行政部门和医疗保障经办机构应当加强对定点医药机构医疗保障基金使用管理工作的指导。

第四十四条 定点医疗机构应当规范执行基本医疗保险药品等目录。国家药品目录发布后,定点医疗机构应当在一个月内将国家谈判药品按需纳入药品采购目录范围。

定点医疗机构应当按照规定提供医药服务,执行实名就医和购药管理规定,合理诊疗、合理收费,优先配备、使用列入基本医疗保险目录的药品和医用耗材,控制患者自费比例,提高医疗保障基金使用效率。

除急诊、抢救等特殊情形外,定点医疗机构提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的,应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

定点医疗机构应当按照国家和省有关规定对医疗检查检验结果实行互认与共享。

定点医疗机构不得以医保支付政策为由拒收患者,不得将违反医疗保障基金支付政策和医保协议而被医疗保障经办机构不予支付的费用、按照医保协议被扣除的质量保证金以及支付的违约金等作为医保欠费处理。

第四十五条 定点医疗机构不得实施下列行为:

(一)分解住院、挂床住院;

(二)违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;

(三)重复收费、超标准收费、分解项目收费;

(四)串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施;

(五)诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药;

(六)高套病种编码,转嫁住院费用;

(七)造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

第四十六条 定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、用药安全指导、基本医疗保险目录药品销售、医保费用结算等服务,真实记录药品进货、销售、储存情况。

定点零售药店不得以药换药、以药换物,不得诱导、协助他人冒名或者虚假购药,不得为非定点零售药店提供医保费用结算服务。

第四十七条 医疗保障经办机构应当与定点医药机构建立集体协商机制,合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限。

第四十八条 任何组织和个人不得通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料,或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金。

参保人员不得利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物,或者获得其他非法利益。定点医药机构不得为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会获得非法利益提供便利。

禁止冒名使用他人的医疗保障凭证。禁止将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用。

第四十九条 本省实行基本医疗保险基金总额管理下按病种付费为主的多元复合医保支付方式,建立健全支付方式考核评估、监测机制。

本省按照国家规定对紧密型医疗卫生共同体实施按总额付费,加强监督考核,实行结余留用、合理超支分担。

本省实行不同级别医疗机构的差异化医保支付政策,适当向基层医疗卫生机构倾斜,引导患者分级就诊、有序转诊。

第五十条 本省支持和促进中医药传承创新发展。统筹地区医疗保障行政部门应当及时将符合条件的中医医疗机构纳入医疗保障定点范围,将符合条件的中医诊疗项目、中药饮片和医疗机构中药制剂纳入基本医疗保险基金支付范围,探索符合中医药特点的医保支付方式。

第五十一条 本省建立健全以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制。

省医疗保障行政部门建立全省统一的药品、医用耗材阳光采购监管平台。公立医疗机构使用药品、医用耗材应当按照规定通过阳光采购监管平台公开交易,不得违反规定线下采购、线下议价,不得虚构采购数据。医疗保障行政部门应当加强阳光采购监管平台交易管理,具体办法由省医疗保障行政部门制定。

药品、医用耗材集中带量采购坚持需求导向、质量优先、招采合一、量价挂钩。公立医疗机构应当参加集中带量采购,执行采购结果,优先使用中选药品和医用耗材。非公立医疗机构、有条件的定点零售药店可以参加集中带量采购。

医药企业应当保证产品质量和供应,医药机构应当按照约定据实及时结算货款。医药企业在医药购销中,不得有提供虚假材料、虚假报价、串通报价、不按合同约定供货和配送、贿赂等扰乱采购秩序的行为。

第五十二条 本省建立健全适应经济社会发展、充分发挥政府作用、医疗机构积极参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制,坚持公立医疗机构公益属性,减轻人民群众医药费用

负担。

省医疗保障行政部门应当规范医疗服务价格项目管理,建立灵敏有度的价格动态调整机制,发挥价格合理补偿功能,建立价格成本调查、价格监测和信息发布机制。

医疗机构应当执行医疗服务价格政策,依法公示收费标准。

第五章 医疗保障公共服务

第五十三条 本省建立健全全省统一的医疗保障公共服务体系,配备与服务的参保人员数量相匹配的专业化、职业化人员,实现省、设区的市、县(市、区)、乡镇(街道)、村(社区)医疗保障公共服务全覆盖。

全省实行统一的医疗保障公共服务事项清单和服务指南,并且向社会公开。

医疗保障行政部门、医疗保障经办机构与人力资源社会保障行政部门、社会保险经办机构应当加强协作,通过信息互通、数据共享等方式,实现基本医疗保险、社会保险参保登记等服务事项一站办理、联合办理。

第五十四条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当会同有关部门,在各级政务服务中心设立医疗保障服务窗口,提供一站式医疗保障公共服务;建立乡镇(街道)、村(社区)基层医疗保障公共服务站点,提供便利可及的医疗保障公共服务。

医疗保障公共服务应当推行新型服务方式,运用互联网、大数据、人工智能等数字技术,实现服务事项网上办理;同步提供传统服务方式,加强适老化和无障碍设施建设,满足多样化办事需求。

第五十五条 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,提供参保

登记、权益记录、待遇支付、医疗保险关系转移接续办理、基金拨付等医疗保障公共服务,做好协议管理、费用监控、稽查审核和结算管理等工作。

第五十六条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当建立健全基本医疗保险、大病医疗保险、医疗救助等相衔接的医疗费用一单制直接结算机制。

参保人员在定点医药机构发生的医疗费用中应当由医疗保障基金支付的部分,由医疗保障经办机构与定点医药机构直接结算;有其他特殊情况的,参保人员可以向医疗保障经办机构申请手工、零星报销。

第五十七条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当优化异地就医公共服务,简化异地就医备案手续,推进承诺制备案、多地备案,扩展异地就医联网定点医药机构数量;落实异地就医结算,将特殊病种门诊、慢性病门诊逐步纳入异地就医直接结算范围,为参保人员在参保地和备案地定点医药机构就医提供门诊、住院、购药等双向直接结算服务。

财政部门 and 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当按照规定,及时预付和清算异地就医结算资金。

第五十八条 医疗保障经办机构应当健全完善档案管理制度,妥善保管与医疗保障基金收支相关的登记、申报、支付结算等档案和凭证。

用人单位有权查询单位缴费记录,参保人员有权查询本人权益记录,可以要求医疗保障经办机构提供医疗保障咨询等相关服务。

第五十九条 省医疗保障行政部门按照全国统一的技术标准和规范,建立全省统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统。定点医药机构有关信息系统应当与省医疗保障信息系统有效对接,使用国家统一的医疗保障信息业务编码。

省医疗保障、财政、卫生健康等部门应当推广电子凭证、电子票据的应用,建立全省统一的处方流转平台,为参保人员提供精准、规范、便利的就医购药服务。

第六章 监督管理

第六十条 县级以上地方人民政府应当健全完善医疗保障基金监督管理机制,根据履行维护医疗保障基金安全职责的需要,加强执法队伍和能力建设。医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作。

医疗保障行政部门应当根据医疗保障基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素,确定检查重点,组织开展专项检查。

第六十一条 医疗保障行政部门应当对医疗保障经办机构、定点医药机构、有关医药企业、用人单位和个人遵守医疗保障法律、法规情况开展监督检查,对与医疗保障基金支付范围相关的医疗服务行为和医疗费用加强监督管理,规范医疗保障经办业务,依法查处违法使用医疗保障基金的行为。

税务机关应当加强对用人单位缴费情况的检查。公安、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管等部门按照各自职责,做好相关监督管理工作。

财政部门、审计机关按照各自职责,依法对医疗保障基金的收支、管理等情况实施监督。

医疗保障经办机构应当加强对定点医药机构使用医疗保障基金的稽查审核,发现被检查对象存在违反医保协议行为的,按照医保协议予以处理。

相关部门和单位应当分工协作、相互配合,建立沟通协调、案件移送等机制,共同做好监督管理工作。

第六十二条 医疗保障等行政部门实施监督检查可以采取下列措施:

(一)进入现场检查;

(二)询问有关人员;

(三)要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料,并且作出解释和说明;

(四)采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料;

(五)对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存;

(六)聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查;

(七)法律、法规规定的其他措施。

第六十三条 定点医药机构应当按照规定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,配合医疗保障等行政部门的监督检查,如实提供有关情况。

第六十四条 鼓励和支持社会各方面参与医疗保障的社会监督。医疗保障行政部门可以聘请社会监督员,参与医疗保障基金监督工作。

任何组织和个人有权对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉。

医疗保障行政部门应当畅通举报、投诉渠道,依法及时处理有关举报、投诉,并对举报人的信息保密;对查证属实的举报,按照国家和省有关规定给予举报人奖励。

第六十五条 定点医药机构涉嫌骗取医疗保障基金支出的,在调查期间,医疗保障行政部门可以采取增加监督检查频次、加强费用监控等措施,防止损失扩大。定点医药机构拒不配合调查的,经医疗保障行政部门主要负责人批准,医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停其医疗保障基金结算。

参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的,医疗保障行政部门可以要求医疗

保障经办机构暂停其医疗费用联网结算。暂停联网结算期间发生的医疗费用,由参保人员全额垫付。经调查核实,属于骗取医疗保障基金支出的,暂停联网结算期间发生的医疗费用,由参保人员负担;不属于骗取医疗保障基金情形的,参保人员按照规定向医疗保障经办机构申请手工报销。

第六十六条 医疗保障行政部门发现侵占、挪用医疗保障基金或者骗取医疗保障基金支出等情形的,应当及时向本级人民政府和上一级医疗保障行政部门书面报告。

第六十七条 医疗保障行政部门应当加强对异地就医医疗费用的监督管理,建立异地就医医疗费用联查互审、举报线索协同互查等合作机制。

第六十八条 省医疗保障行政部门应当依法建立健全医疗保障信用评价体系,根据信用评价结果实施分级分类监督管理。

医疗保障行政部门应当按照国家和省有关规定,将医疗保障领域公共信用信息纳入公共信用信息系统,依法实施守信激励和失信约束。

第七章 法律责任

第六十九条 对违反本条例规定的行为,法律、行政法规已有处罚规定的,从其规定。

第七十条 医疗保障等行政部门工作人员在工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的,依法给予处分。

医疗保障经办机构未按照本条例规定履行职责的,由医疗保障行政部门责令改正;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。

第七十一条 侵占、挪用医疗保障基金的,由医疗保障等行政部门依法责令追回;有违法所得的,没收违法所得;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。

第七十二条 用人单位不办理基本医疗保险登记的,由医疗保障行政部门责令限期改正;逾期不改正的,对用人单位处应缴基本医疗保险费数额一倍以上三倍以下的罚款,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员处一千元以上三千元以下的罚款。

用人单位未按时足额缴纳基本医疗保险费的,由税务机关责令限期缴纳或者补足,并自欠缴之日起,按日加收万分之五的滞纳金;逾期仍不缴纳的,由有关主管部门处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

用人单位逾期仍不缴纳基本医疗保险费的,自欠缴之日的下个月起,其参保人员应当享受的职工基本医疗保险待遇由用人单位承担。

第七十三条 定点医药机构有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;造成医疗保障基金损失的,依法责令退回,处造成损失金额一倍以上二倍以下的罚款;拒不改正或者造成严重后果的,依法责令定点医药机构暂停相关责任部门六个月以上一年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理:

(一)分解住院、挂床住院;

(二)违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;

(三)重复收费、超标准收费、分解项目收费;

(四)串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施,以药换物;

(五)为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物,或者获得其他非法利益提供便利;

(六)为非定点医药机构提供医保费用结算服务;

(七)将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算;

(八)高套病种编码,转嫁住院费用;

(九)造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

第七十四条 定点医药机构有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;拒不改正的,依法处二万元以上五万元以下的罚款;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理:

(一)未建立医疗保障基金使用内部管理制度,或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作;

(二)未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料;

(三)未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据;

(四)未按照规定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;

(五)未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息;

(六)除急诊、抢救等特殊情形外,未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务;

(七)定点医疗机构以医保支付政策为由拒收患者;

(八)拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

第七十五条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的,由医疗保障行政部门责令退回,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款;责令定点医药机构暂停相关责任部门六个月以上一年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务,直至由医疗保障经办机构解除服务协议;有执业

资格的,由有关主管部门依法吊销执业资格:

(一)诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据;

(二)伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;

(三)虚构医药服务项目;

(四)其他骗取医疗保障基金支出的行为。

定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的,实施本条例第七十三条规定行为之一,造成医疗保障基金损失的,按照本条规定处理。

第七十六条 定点医药机构违反本条例规定,造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的,其法定代表人、实际控制人或者主要负责人五年内禁止从事定点医药机构管理活动,由有关部门依法给予处分。

第七十七条 个人有下列情形之一的,由医疗保障行政部门责令改正;造成医疗保障基金损失的,责令退回;属于参保人员的,暂停其医疗费用联网结算三个月至十二个月:

(一)将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;

(二)重复享受医疗保障待遇;

(三)利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物,或者获得其他非法利益。

个人以骗取医疗保障基金为目的,有下列情形之一的,除依照前款规定处理外,由医疗保障行政部门处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款:

(一)实施前款规定行为之一,造成医疗保障基金损失;

(二)使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药;

(三)通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料

或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出。

第七十八条 医药企业、用人单位等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障基金支出的,由医疗保障行政部门责令退回,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

受委托承担医疗保障经办业务的商业保险机构和社会组织,有前款规定行为的,由医疗保障行政部门依照前款规定处理,并可以解除委托服务协议。

第七十九条 公立医疗机构违反本条例第五十一条第二款规定,线下采购、线下议价,或者虚构采购数据的,由省医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;拒不改正的,由有关主管部门依法处理。

医药企业违反本条例第五十一条第四款规定,未能保证产品质量和供应,或者在医药购销中有提供虚假材料、虚假报价、串通报价、不按合同约定供货和配送、贿赂等扰乱采购秩序行为的,由省医疗保障行政部门根据其违规情形,按照国家有关规定采取提醒告诫,提示风险,限制或者中止挂网、投标或者配送资格等处置措施。

第八十条 退回的基金退回原医疗保障基金财政专户;罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

第八章 附则

第八十一条 生育保险按照国家和省有关规定与职工基本医疗保险合并实施。

第八十二条 军人以及军队相关人员的医疗保障按照国家有关规定执行。

残疾退役军人等人员的医疗保障,国家和省另有规定的,从其规定。

第八十三条 本条例自2023年6月1日起施行。