

宁夏回族自治区基本医疗保险服务监督办法

(2013 年 7 月 6 日宁夏回族自治区人民政府令第 55 号公布
根据 2019 年 12 月 4 日《自治区人民政府关于废止和修改部分政府规章的决定》修正)

第一条 为了规范基本医疗保险服务，维护基本医疗保险基金安全，保障参保人员基本医疗权益，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规规定，制定本办法。

第二条 对医疗机构、零售药店的医疗服务、参保人员就医和基本医疗保险经办机构医疗费用结算服务的监督，适用本办法。

本办法所称医疗机构、零售药店，是指与基本医疗保险经办机构签订基本医疗服务协议的医疗机构和零售药店。

本办法所称参保人员，是指依照规定交纳基本医疗保险费用，享受基本医疗保险待遇的人员。

第三条 医疗保障部门负责基本医疗保险服务监督工作。

发展和改革、财政、审计、卫生健康、药品监督等主管部门，应当在各自职责范围内做好基本医疗保险服务监督工作。

第四条 医疗机构应当严格执行国家和自治区基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围以及医用耗材支付

标准目录等规定，履行基本医疗服务协议，为参保人员提供合理、必要的医疗服务。

第五条 零售药店应当遵守药品价格规定和基本医疗保险政策，履行基本医疗保险服务协议，为参保人员提供处方药品外配和非处方药品自购服务。

第六条 基本医疗保险经办机构应当履行基本医疗保险服务协议，公开经办程序，建立健全业务、财务、安全和风险管理制度。

基本医疗保险经办机构应当每年至少公示一次属于基本医疗保险基金支付范围内的次均住院费用及增长率、平均住院报销比例、非基本医疗保险费用占住院费用比例等主要指标信息。

第七条 承办大病保险的商业保险机构和承担基本医疗保险费用结算支付的金融机构，应当严格依照协议规定，为医疗机构、零售药店和参保人员等提供方便、快捷、周到的服务。

第八条 参保人员应当诚实守信，遵守基本医疗保险法律法规和政策规定。

第九条 医疗机构、零售药店和基本医疗保险经办机构不得有下列骗取基本医疗保险基金支出的行为：

（一）提供虚假疾病诊断证明、病历、处方和医疗票据等资料，骗取基本医疗保险基金支出；

（二）允许非参保人员以参保人员名义就医；

(三) 允许使用基本医疗保险基金支付应当由参保人员自费的医疗费用；

(四) 允许使用基本医疗保险凭证购买非基本医疗保险基金支付范围的药品或者非医疗用品；

(五) 采取虚记费用、将非医保支付项目串换为医保支付项目；

(六) 超标准收费或者分解、重复收费；

(七) 通过虚构购药事实，将参保人员个人医疗保险基金账户变现；

(八) 不按照病情需要滥用大型设备检查、贵重药品或者向参保人员提供其他不必要的医疗服务；

(九) 转借医疗保险服务终端机给非协议服务单位使用或者代非协议服务单位使用医疗保险个人账户基金进行结算；

(十) 明知是虚假报销凭证而支出基本医疗保险金；

(十一) 其他骗取基本医疗保险基金支出的行为。

第十条 参保人员不得有下列骗取基本医疗保险待遇的行为：

(一) 将本人基本医疗保险凭证提供给他人或者医疗机构使用；

(二) 冒用他人基本医疗保险凭证就医；

(三) 伪造、变造病历、处方、疾病诊断证明和医疗费票据；

(四) 其他骗取基本医疗保险待遇的行为。

第十一条 用人单位应当遵守基本医疗保险法律法规规章和相关规定，不得为参保人员出具虚假就医证明，帮助参保人员骗取基本医疗保险待遇。

第十二条 医疗保障部门应当通过基本医疗保险监控信息系统，对医疗机构、零售药店的诊疗服务、参保人员就医和基本医疗保险经办机构医疗费用结算等相关信息进行实时监控。

第十三条 医疗机构、零售药店应当加强信息化建设，推行电子病历、药品目录、诊疗项目等方面的信息化管理，保障其信息系统与基本医疗保险经办机构费用结算系统、基本医疗保险监控信息系统的互联互通。

医疗机构、零售药店和基本医疗保险经办机构，应当及时、准确地向基本医疗保险信息系统上传诊疗和费用结算等相关信息。

第十四条 任何单位和个人对违反基本医疗保险规定的行为有权举报、投诉。医疗保障部门应当及时调查处理，并将处理结果书面答复举报人、投诉人。

第十五条 医疗保障部门通过实时监控、受理举报投诉等方式，对医疗机构、零售药店、基本医疗保险经办机构和参保人员涉嫌违反基本医疗保险规定的行为进行调查核实。

医疗保障部门对涉嫌违反基本医疗保险规定的行为进行调查

核实时，应当出示有效执法证件，可以采取下列措施：

（一）查阅、记录、复制与基本医疗保险基金收支、管理相关的资料，对可能被转移、隐匿或者灭失的资料予以封存；

（二）询问与调查事项有关的单位和个人，要求其对与调查事项有关的问题作出说明、提供有关证明材料；

（三）对有骗取基本医疗保险基金或者待遇的行为予以制止并责令改正。

第十六条 医疗保障部门开展调查时，可以邀请有关专家，对医疗机构、零售药店、基本医疗保险经办机构和参保人员涉嫌违反基本医疗保险规定的行为提出专业意见。

第十七条 医疗机构、零售药店、基本医疗保险经办机构和参保人员，对医疗保障部门认定其违反基本医疗保险规定的结论有异议的，可以口头或者书面申请医疗保障部门重新认定。

医疗保障部门应当自收到当事人的申请之日起十个工作日内，组织有关当事人、经办人和专家，对有关事实、依据、资料进行分析、质证，做出认定结论。

单位和个人对医疗保障部门认定其违反基本医疗保险规定的结论不服的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第十八条 医疗保障部门对医疗机构、零售药店、基本医疗保险经办机构及其执业人员、参保人员违反基本医疗保险规定的处理结果，应当向社会公开。

第十九条 医疗保障部门应当将医疗机构、零售药店及其执业人员履行基本医疗保险服务协议、遵守基本医疗保险规定的情况纳入诚信系统管理。

第二十条 财政部门、审计机关应当加强对基本医疗保险基金管理和使用情况的监督检查。

第二十一条 医疗机构、零售药店、基本医疗保险经办机构违反本办法第九条规定之一的，骗取基本医疗保险基金支出的，由医疗保障部门责令退回骗取的基本医疗保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

医疗机构、零售药店有前款规定违法行为的，中止履行三个月以上六个月以下服务协议；情节严重的，解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人有执业资格的，依法吊销其执业资格。

第二十二条 参保人员违反本办法第十条规定之一的，骗取基本医疗保险待遇的，由医疗保障部门责令退回骗取的基本医疗保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

第二十三条 用人单位违反本办法第十一条规定，为参保人员出具虚假证明，帮助参保人员骗取基本医疗保险待遇的，由医疗保障部门给予警告；情节严重的，予以通报批评。

第二十四条 医疗保障部门及其工作人员在基本医疗保险服务监督工作中，滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的，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。

第二十五条 工伤保险诊疗、生育保险诊疗、离休干部医疗保障等服务监督，参照本办法执行。

第二十六条 本办法自 2013 年 9 月 1 日起施行。