云 南 省 医 疗 保 障 局

云南省医疗保障局关于举行《云南省医疗保障条例（征求意见稿）》听证会的公告

（第1号）

为增强行政决策的科学性、民主性，规范行政决策行为，切实保障人民群众的知情权、表达权、参与权、监督权，提高行政决策的科学性、民主性，根据《云南省人民政府重大决策听证制度实施办法》等相关规定，云南省医疗保障局决定就《云南省医疗保障条例（征求意见稿）》进行听证。现将有关事项通告如下：

一、听证事项

对《云南省医疗保障条例（征求意见稿）》是否适当，听取社会各方面的意见和建议。

二、听证时间

听证会拟定于2021年12月21日（星期二）下午14点举行。

三、听证代表、旁听人名额及产生方式

（一）听证代表名额及产生方式

1．本省年满18周岁，从事或者关注与医疗保险工作有关的

人员8人至10人。从不同职业、不同地区的申请报名人员中选择确定。

2．本省人大代表、政协委员、专业人员、法律工作者或者专家7人至11人。

3．第1项或者第2项申请报名人员不足时，由云南省医疗保障局根据听证事项的相关内容向所涉及的单位和个人邀请产生。

（二）听证旁听人

听证旁听人名额为5人以内，由听证机关在申请作为听证代表而未被选取的人员或者邀请人员中确定。

四、报名时间、方式和要求

凡在本省居住或者工作且满18周岁的公民，自本通告发布之日起，均可向云南省医疗保障局报名，申请作为听证代表。

报名截止时间：自本公告公布之日起至2021年12月8日18:00止。

报名采用信函、传真和网上报名方式，报名统一使用《重大决策听证会报名表》(附后)。信函报名请函寄至昆明市环城南路439号云南省医疗保障局规财法规处，并请在信封上注明“听证报名”字样（邮政编码：650200）；传真报名请填写好《重大决策听证会报名表》后传真至0871—63886069；网上报名请登录云南省医疗保障局网站（网址：http://ylbz.yn.gov.cn），下载并填写报名表后，用电子邮件发送至ynylbzgcc@126.com。报名人应

当写明本人的姓名、性别、年龄、民族、职业、文化程度、居民身份证号码、工作单位及职务、通信地址、邮政编码、联系电话和报名参加听证会的主要理由。

五、听证会参会通知

云南省医疗保障局将于2021年12月10日前核实并确定听证代表和旁听人等听证会参会人员名单，在云南省医疗保障局网站上公布听证会的具体时间、地点和听证主持人、听证人（决策发言人）、听证监察人、听证代表等听证会参会人员名单，并将《云南省医疗保障条例（征求意见稿）》等资料送达听证代表。

以个人名义参加听证会的，在参加听证会期间的食宿、交通等费用自理。

听证会参会人员所在单位，应当支持本单位经确定的人员按时参加听证会。

联系地址：昆明市环城南路439号云南省医疗保障局

邮　编：650200

联系人和联系电话：陈子婧，饶倪琴，0871—63886069，63886071

电子邮箱：ynylbzgcc@126.com

特此公告

附件：1．云南省医疗保障条例（征求意见稿）

2．重大决策听证会报名表

云南省医疗保障局

2021年11月29日

云南省医疗保障条例

（征求意见稿）

目　录

第一章　总　则
第二章　医疗保障体系
第三章　医疗保障基金
第四章　医疗保障待遇
第五章　医药服务
第六章　经办服务
第七章　监督管理
第八章　法律责任
第九章　附　则

第一章　总　则

第一条【立法目的】 为规范医疗保障关系，健全高质量多层次医疗保障体系，维护公民医疗保障合法权益，推动医疗保障事业健康发展，促进健康云南建设，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等有关法律、行政法规，结合本省实际，制定本条例。

第二条【适用范围】 本省行政区域内从事与医疗保障相关的筹资运行、待遇保障、医保支付、基金管理、医药服务、价格管理、招标采购、经办服务、监督管理等活动，适用本条例。

第三条【基本原则】 医疗保障事业应当坚持以人民健康为中心，遵循覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续多层次的原则，统筹推进医保、医疗、医药联动改革，稳步提高医疗保障水平。

第四条【各级政府责任】 县级以上人民政府应当加强对医疗保障工作的领导，加强医疗保障干部队伍和人才队伍建设，加强医疗保障与基本公共卫生服务、医疗服务在疾病预防、诊断、治疗、护理和康复等方面的衔接配合；将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划，将医疗保障工作所需经费列入财政预算，建立健全医疗保障工作协调机制和目标考核机制，促进医疗卫生与医疗保障事业共同发展。

乡（镇）人民政府、街道办事处根据上级人民政府要求，做好医疗保障相关工作。

村（居）民委员会协助做好医疗保障相关工作。

第五条【部门职责】 县级以上人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域内的医疗保障管理工作，其所属的医疗保障经办机构按照规定职责承担医疗保障的公共服务，并接受医疗保障行政部门的监督管理。

县级以上人民政府其他相关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障工作。

国家机关、企业事业单位和社会组织负责本单位职工的医疗保障相关工作。

第六条【公民权利义务】 公民依法参加基本医疗保险，按照参保情况享受相应医疗保障待遇。公民参加补充医疗保险、医疗互助、商业健康保险等，满足多样化健康保障需求。符合条件的困难群众通过医疗救助、慈善捐赠等获得基本医疗服务。

公民应当提高健康素养，加强健康管理，提高健康水平。

第七条【医保治理】 县级以上人民政府及其医疗保障行政部门应当加强对医疗保障法律法规和政策的宣传，引导公民参加基本医疗保险，鼓励和支持社会各方面参与医疗保障的社会监督。

定点医疗机构、定点零售药店应当规范医药服务行为，依法合理使用医疗保障基金。

医疗保障、医药卫生等行业协会应当加强行业自律，促进行业规范发展和自我约束。

第二章　医疗保障体系

第八条【多层次保障体系构成及其衔接】 本省依法建立健全以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、医疗互助、慈善捐赠等相互衔接、共同发展的医疗保障制度体系。

第九条【基本医疗保险】 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。

国家机关、企业事业单位、社会团体、有雇工的个体工商户等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，可以自主选择参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险。

未参加职工基本医疗保险或者未按照规定享有其他医疗保障的人员，依法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。

第十条【职工大额医疗费用补助和城乡居民大病保险】参加职工基本医疗保险的参保人员同时参加职工大额医疗费用补助。

参加城乡居民基本医疗保险的参保人员同时参加城乡居民

大病保险。

第十一条【医疗救助】 医疗救助为符合条件的救助对象获得基本医疗服务提供资助参保缴费、直接医疗费用救助等保障。

医疗救助对象、救助方式和救助费用范围，按照国家和本省有关规定执行。

第十二条【企业补充医疗保险】 企业在参加职工基本医疗保险的基础上可以自行建立补充医疗保险。

第十三条【商业健康保险】 鼓励发展商业健康保险，支持商业保险公司扩大重大疾病等保险产品范围，拓展康复、照护、生育等领域的商业健康保险。引导商业保险公司开展不设置健康状况、既往病史等前置条件，保费与个人疾病风险脱钩的商业健康保险。

鼓励用人单位和城乡集体经济组织为职工和成员购买商业健康保险。职工基本医疗保险的参保人员可以使用个人账户基金支付商业健康保险产品的保费。

第十四条【医疗互助和慈善捐赠】支持职工医疗互助发展并加强与职工基本医疗保险衔接，规范网络平台互助等有序发展。

鼓励社会慈善捐赠支持医疗保障事业发展，统筹调动慈善医疗救助力量。

第十五条【长期护理保险】 建立和发展覆盖全民的长期护理保险制度，解决失能人员的基本护理保障需求。

长期护理保险建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，保障均衡适度，筹资和待遇水平动态调整。支持社会力量参与长期护理保险经办服务等制度体系建设。

失能评估和需求认定标准、基本保障项目范围等按照国家和本省有关规定执行。

第十六条【重大疫情等紧急情况医疗救治费用保障】 县级以上人民政府应当按照突发事件应急体系建立医疗保障分级响应机制。突发重大疫情等紧急情况时，医疗机构实行先救治、后收费，基本医疗保险基金实行先预付、后结算。

重大疫情医疗救治医保支付政策执行国家和本省有关规定。

第三章　医疗保障基金

第十七条【统筹层次和管理原则】 职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险和职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险实行州（市）级统筹，逐步推进省级统筹。

医疗保障基金管理应当坚持收支平衡、略有结余的原则，确保基金稳定、可持续运行。

第十八条【职工基本医疗保险的缴费】 职工基本医疗保险费由用人单位和职工按规定比例共同缴纳，职工缴费由用人单位代扣代缴。

以个人身份参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，基本医

疗保险费由个人缴纳。

退休人员自批准退休之日的第二个自然月起不再缴费，但未达到享受退休人员职工医保待遇的最低缴费年限的除外。

失业人员在领取失业保险金期间，参加职工基本医疗保险，享受基本医疗保险待遇。失业人员应当缴纳的基本医疗保险费从失业保险基金中支付，个人不缴纳基本医疗保险费。

用人单位、职工、灵活就业人员的缴费基数和缴费率由统筹地区人民政府根据国家和本省医疗保障有关规定确定。

第十九条【城乡居民基本医疗保险的缴费】 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。参保人员在户籍所在地或者常住地按照缴费规定的标准缴纳基本医疗保险费，政府补贴部分按照国家或者本省规定执行。统筹地区按照不低于国家和本省最低筹资标准确定缴费标准。

符合城乡居民基本医疗保险参保缴费资助条件的个人缴费部分，由县级以上人民政府按照规定给予补助。

参保人员应当在每年九月至十二月的集中参保缴费期内，向税务部门缴纳下一年度的城乡居民基本医疗保险费。未在集中缴费期内缴费的参保人员，可以在统筹地区规定的补缴期限内补缴。脱贫人口、大中专学生（含全日制研究生）、新生儿、退役军人及随军未就业配偶、从职工基本医疗保险转续到城乡居民基本医疗保险、刑满释放人员、社区服刑人员等首次缴（续）费时间不

受集中参保缴费期和补缴期限的限制。

第二十条【职工大额医疗费用补助和城乡居民大病保险的缴费】 职工大额医疗费用补助费由单位和个人（包括退休人员）共同缴纳，灵活就业人员按照参保地规定由个人缴纳。缴费标准由统筹地区按照以支定收的原则确定。

城乡居民大病保险费从居民基本医疗保险基金中划拨。标准由统筹地区人民政府根据国家和本省医疗保障筹资政策、城乡居民大病保险收支平衡情况合理确定。

第二十一条【医疗救助的筹资】 医疗救助基金通过各级财政补助、彩票公益金、社会捐助等渠道筹集。

第二十二条【保费征缴和财务制度】基本医疗保险费由税务部门核定缴费基数后依法征收。税务部门应当及时将征收信息和欠缴信息通报同级医疗保障行政部门和财政部门。

基本医疗保险基金应当缴入财政专用账户，按照类别分别建账，分账核算，执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算制度。

职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险基金实行专户管理和独立核算。

第二十三条【基金保值增值】医疗保障基金应当根据历年结余总额和每年支付预算，合理确定中长期定期存款规模。在保证安全的前提下，统筹地区财政部门会同医疗保障行政部门制定转

存定期存款计划并组织实施，实现基金保值增值。

第二十四条【费用监控和绩效评价】 统筹地区医疗保障行政部门应当建立医疗保障基金运行监测评估、预警机制和医疗保障基金绩效评价体系。

第二十五条【信息公开】 医疗保障经办机构应当定期向社会公布基本医疗保险参保人数，各类基金收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第四章　医疗保障待遇

第二十六条【基本医疗保险基金支付标准】 职工基本医疗保险基金包括统筹基金和个人账户。城乡居民基本医疗保险基金建立统筹基金，不建立个人账户。统筹基金和个人账户支付范围按照国家和本省规定执行。

基本医疗保险统筹基金起付标准以下的医药费用由个人负担；起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，由基本医疗保险统筹基金和个人按照支付比例分担；超过基本医疗保险最高支付限额或个人负担超过规定标准的医药费用按照补充医疗保险、医疗救助及其他医疗保障政策规定支付。

起付标准、支付比例和最高支付限额由统筹地区医疗保障行政部门根据本省有关规定自行确定。

第二十七条【职工基本医疗保险待遇享受起始时间】 参保

人员自用人单位为其办理参保登记并缴费完毕的当月起，享受职工基本医疗保险待遇。

用人单位未按时足额缴纳职工基本医疗保险费，税务机关应当责令用人单位限期补缴，期限自作出决定之日起不超过六十日。

欠费期间，暂停享受职工基本医疗保险待遇。用人单位在限期内足额补缴基本医疗保险费，于补缴后的当月起恢复参保人员职工基本医疗保险待遇，参保人员在欠费期间发生的医疗费用给予报销；逾期仍未足额补缴基本医疗保险费的，参保人员欠费期间应当享受的基本医疗待遇由用人单位承担。

第二十八条【灵活就业人员基本医疗保险待遇享受起始时间**】**灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，统筹地区根据自身情况设置不超过6个月的待遇享受等待期，等待期内参保人员应缴纳职工基本医疗保险费和职工大额医疗补助费，但不能享受由统筹基金支付的相应待遇。等待期限届满且足额缴费的参保人员享受职工医疗保险待遇。

灵活就业人员中断缴纳职工医疗保险费的，中断缴费期间不享受职工基本医疗保险待遇；中断缴费之日起三个月内补缴欠费的，恢复享受中断期间的医疗保险待遇，中断期间费用补缴后计入缴费累计年限。中断缴费三个月以上的，按首次参保办理，中断前缴费年限不再累计计算。

第二十九条【退休人员基本医疗保险待遇享受起始时间和条

件】用人单位为职工办理退休、灵活就业人员达到法定退休年龄，并且达到累计缴费年限的，应当到统筹地区医疗保障经办机构办理在职转退休的医疗保障手续后，次月享受基本医疗保险退休待遇。

男职工基本医疗保险费的最低缴费年限累计达到三十年，女职工累计达到二十五年。退休或者达到法定退休年龄后，未达到最低缴费年限的人员，可以选择一次性补缴所差缴费年限的基本医疗保险费后享受退休人员基本医疗保险待遇，也可以选择按在职职工缴费至规定年限后享受退休人员基本医疗保险待遇。统筹地区不得设定参保人员在该统筹地区实际缴费年限的限制条件。

第三十条【城乡居民基本医疗保险待遇享受起始时间】 城乡居民基本医疗保险参保人员按照本条例第十九条规定缴纳医疗保险费的，自下一年度一月一日起享受当年度城乡居民基本医疗保险待遇。

新生儿的父、母或者监护人应当在新生儿出生后的九十日内，为新生儿在父、母或者监护人户籍地或者居住地办理城乡居民基本医疗保险参保登记。在规定时间内参保登记的，自出生之日发生的医疗费用纳入医保报销。未在规定时间内参保的，自办理参保登记并缴费完毕的当月起，享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第三十一条【医疗救助待遇】符合国家和本省医疗救助条件的参保人员根据国家和本省医疗保障有关规定享受以下待遇：

（一）参加居民基本医疗保险的个人缴费部分的全额或者定额资助；

（二）门诊医疗费用、住院医疗费用的直接救助；

（三）患重特大疾病给予门诊医疗费用、住院医疗费用的医疗救助；

（四）国家、本省规定的其他救助。

第三十二条【参保关系转移接续、参保险种转换接续、参保关系注销】参加职工医疗保险的个人，跨统筹地区就业的，其基本医疗保险关系随本人转移，基本医疗保险缴费年限累计计算；用人单位办理退休手续或者灵活就业人员达到法定退休年龄时，其职工基本医疗保险关系保持在原参保地，不再转移。

退役军人服现役年限与入伍前、退役后参加职工基本医疗保险的缴费年限合并计算。

参保人员可以按照规定转换不同险种，并按规定办理险种转换接续手续，但是转换险种前已经缴纳的基本医疗保险费和职工大额医疗补助费或者城乡居民大病保险费不予退还。

参保人员死亡或者向国外移民的，相关单位或者人员应当及时到医疗保障经办机构办理解除医疗保险手续。终止医疗保险关系后，参保人员个人账户的余额返还给参保人员或其合法继承人，并注销参保人员个人账户。

第三十三条【基本医疗保险基金支付目录和支付方式】属于

国家基本医疗保险药品目录、医用耗材、诊疗项目和医疗服务设施范围的医疗费用，由基本医疗保险基金按照规定的起付标准、支付比例和支付限额予以支付。基本医疗保险基金不予支付的范围按照国家规定执行。

省级人民政府在国家有关规定基础上，补充制定本省基本医疗保险基金支付的具体项目和标准，报国务院医疗保障行政部门备案。

县级以上医疗保障行政部门应当建立健全基本医疗保险基金总额预算下的按疾病相关分组、按病种、按床日、按人头等多元复合式医保支付方式，建立健全支付方式评估、监测机制，指导和监督定点医疗机构合理控制医疗费用。

第三十四条【门诊待遇】 省级医疗保障行政部门负责建立完善基本医疗保险门诊共济保障机制。职工医疗保险普通门诊医疗费用纳入统筹基金和职工大额费用医疗补助支付范围；居民基本医疗保险普通门诊纳入统筹基金和城乡居民大病保险支付范围，具体支付办法由省级医疗保障行政部门制定。

第三十五条【职工大额费用医疗补助和城乡居民大病保险的待遇】 职工大额费用医疗补助对参保人员在一个自然年度内累计发生的超过基本医疗保险最高支付限额的符合规定的医疗费用按照相关规定予以保障。

城乡居民大病保险对参保人员在一个自然年度内发生的医

疗费用经基本医疗保险支付后，个人自付累计超过居民大病保险起付标准的符合规定的医疗费用予以保障。

职工大额医疗费用补助和城乡居民大病保险的起付标准由统筹地区人民政府根据国家和本省医疗保障有关规定合理确定。

第五章　医药服务

第三十六条【集中采购】 省级医疗保障行政部门按照国家统一规划和标准，建立全省药品、医用耗材集中采购平台，由省级集中采购机构负责管理。省级集中采购机构应当执行医疗保障行政部门制定的交易规则和标准，开展药品和医用耗材招标、采购、交易、结算等工作，并监测相关信息。

省级医疗保障行政部门应当加强药品和医用耗材采购配送、动态监测、货款结算、信用评价等方面的管理。

省级卫生健康行政部门负责完善短缺药品监测预警和供应保障机制。各级卫生健康行政部门执行国家基本药物制度，监督医疗机构落实药品配备管理。

第三十七条【定点医疗机构和零售药店的药品、耗材采购要求】定点医疗机构使用医保支付的药品、耗材时应当按规定从省级集中采购平台或者省级医疗保障行政部门指定的采购平台采购药品和医用耗材。鼓励定点零售药店从集中采购平台采购药品。

定点医疗机构不得以费用控制、药占比、医疗机构用药品种

规格数量要求、药事委员会审定、配送企业开户等为理由影响集中带量采购中选药品、医用耗材的合理使用与供应保障。

第三十八条【中标药企的权利和义务】 参加药品、医用耗材采购投标的医药企业不得以低于成本的报价竞标，不得以欺诈、串通投标、滥用市场支配地位等方式竞标。

中标的医药企业应当及时与医疗保障行政部门、定点医疗机构和零售药店签订购销协议。

中标的医药企业应当保障药品、医用耗材的安全性、有效性和质量可控性。

第三十九条【集中带量采购】 省级医疗保障行政部门应当组织开展药品和医用耗材集中带量采购，各级药品监督管理行政部门应当加强对带量采购药品和医用耗材不良反应监测和质量监督。

统筹地区医疗保障行政部门执行国家和本省药品、医用耗材集中采购医保资金结余留用政策。

第四十条【定点医疗机构的用药规范】 定点医疗机构应当优先配备使用基本医疗保险药品目录的药品，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率。定点医疗机构应当公示药品、医用耗材和医疗服务价格，向参保人员提供所用药品和医用耗材的费用单据。

第四十一条【医疗服务价格】 公立医疗机构提供的基本医

疗服务实行政府指导价。省级医疗保障行政部门、州市人民政府应当根据国家和本省有关规定，具体确定和动态调整所辖公立医疗机构的基本医疗服务价格。

营利性医疗机构提供的医疗服务实行市场调节价。

定点医疗机构和定点零售药店执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。

第六章　经办服务

第四十二条【经办体系】 全省建立统一的医疗保障经办管理体系，提供标准化、规范化的医疗保障经办服务，实现省、州（市）、县（市、区）、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。基层社会保险经办机构设置专（兼）职医疗保障经办人员。提供医疗保障公共服务所需费用由同级财政予以保障。

第四十三条【经办职责和内控机制】 医疗保障经办机构按照国家和本省医疗保障行政部门制定的医疗保障经办政务服务事项清单和办事指南，提供协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等医疗保障公共管理服务。

医疗保障经办机构应当建立内部业务、财务、安全和风险管理制度。

第四十四条【个人权益记录】 医疗保障经办机构、税务部门应当按照职责分工及时为用人单位和参保人员建立档案，完整、

准确记录基本医疗保险登记、缴费、待遇支付等个人权益信息，并提供查询、咨询服务。

第四十五条【定点医药机构定点流程】 取得医疗机构执业许可证或诊所备案证的医疗机构，经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构，以及取得药品经营许可证的零售药店，符合申请医疗保障定点法定条件的，可以申请医疗保障定点。医疗保障经办机构应及时受理完成评估，具体评估细则由省级医疗保障经办机构制定。

医疗保障经办机构与评估合格的医疗机构、零售药店协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医疗保障服务协议（以下简称服务协议），并向同级医疗保障行政部门备案。服务协议应明确双方权利、义务和责任。协议期限一般为一年。

医疗保障经办机构应当向社会公布签订服务协议的定点医疗机构、定点零售药店信息。

第四十六条【定点医药机构管理】 定点医疗机构、定点零售药店及其从业人员应当遵守法律法规规章和服务协议，合理诊疗、合理收费，便捷结算。定点医疗机构不得为非定点医疗机构提供医保结算。

定点医疗机构、定点零售药店应当按照县级以上医疗保障机构的要求及时、如实向与其签订协议的医疗保障经办机构报送医疗保障基金结算信息，药品、医用耗材的采购价格和数量等信息。

定点医疗机构、定点零售药店应当配合医疗保障经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查。

定点医疗机构不得以住院费用或住院时长超标为由要求患者出院、转院或者自费住院；不得以患者参加基本医疗保险的险种和参保地为理由拒绝收治患者住院。

第四十七条【费用结算和拨付】医疗保障经办机构应当按照国家和本省规定或者服务协议约定的期限与定点医疗机构和零售药店及时结算，拨付医疗保障基金。

第四十八条【异地就医】全省实行统一管理、分级负责的异地就医联网直接结算，为参保人员提供定点医疗机构门诊和住院费用、定点零售药店购药费用异地就医直接结算服务。

第四十九条【信息化建设】 省级医疗保障行政部门按照国家标准建立统一的医疗保障信息系统，推进相关部门和地区之间信息共享和应用，加强智慧化、一体化数字医保建设。

按照安全、有序、分级保护的原则，规范医疗保障数据管理和应用权限，保护参保人员基本信息和数据安全。

第五十条【互联网医院的定点管理】 互联网医院依托其实体医疗机构与医疗保障经办机构签订定点服务补充协议后，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第七章　监督管理

第五十一条【人大监督】 州（市）级以上人民代表大会常务委员会听取和审议本级人民政府对医疗保障基金的收支、管理、投资运营以及监督检查情况的专项工作报告，组织对本条例实施情况的执法检查等，依法行使监督权。

第五十二条【行政监管】 县级以上人民政府医疗保障行政部门依法监管使用医疗保障基金的医药服务行为和医药服务费用，规范医疗保障经办业务，依法查处医疗保障领域违法违规行为。

医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的行政机关或者具有管理公共事务职能的组织开展医疗保障行政执法工作。

医疗保障行政部门可以通过政府购买服务的方式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医疗保障基金监督检查。

医疗保障行政部门进行监督检查时，被检查对象应当予以配合，如实提供有关资料，不得谎报、瞒报，不得拒绝、阻碍检查人员依法执行公务。

第五十三条【医保协议管理和处理】医疗保障经办机构应当依据服务协议对定点医疗机构、定点零售药店实施稽核审核、智能监控、现场检查，对违反服务协议规定的定点医疗机构、定点零售药店，医疗保障经办机构可以采取下列措施：

（一）约谈机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

（二）暂停或不予拨付费用；

（三）不予支付或追回已支付的医保费用；

（四）要求定点医疗机构、定点零售药店按照服务协议约定支付违约金；

（五）中止定点医疗机构、定点零售药店相关负责人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务；

（六）中止或解除服务协议；

（七）服务协议约定的其他法律责任。

服务协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。

第五十四条【被检查对象不配合的临时处置措施】定点医疗机构、定点零售药店涉嫌骗取医疗保障基金的，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。定点医药机构拒不配合调查的，医疗保障行政部门可以要求经办机构暂停医疗保障基金结算。

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经办机构暂停医疗费用联网结算。暂停期间发生的医疗费用，由参保人员全额垫付。

经调查，属于骗取医疗保障基金支出的，医疗保障行政部门对定点医药机构或者参保人员依法进行处理，不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算。

第五十五条【药品、耗材价格监测】 县级以上人民政府医疗保障行政部门负责对药品、医用耗材价格进行监测和成本调查，有权要求药品上市许可持有人、药品和医用耗材生产企业、药品经营企业和医疗机构提供其药品、医用耗材的实际购销价格和购销数量等资料。

对药品价格存在的异常、区域之间或线上线下之间价格差异较大、流通环节加价明显超出合理水平、配送不到位等情况的药品，医疗保障行政部门可以函询、约谈相关配送企业、经营者并按照规定处理。

第五十六条【信用监管】 县级以上人民政府医疗保障行政部门应当建立定点医疗机构、定点零售药店和参保人员医保信用记录、信用评价制度和积分管理制度。

县级以上人民政府医疗保障行政部门应当会同卫生健康、人力资源社会保障、药品监督管理等有关部门，加强对参保人员、参保单位、定点医疗机构、定点零售药店及其医保协议医师、药师等从业人员的信用管理，依法实施守信联合激励和失信联合惩戒。

第五十七条【举报奖励】 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。

县级以上人民政府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，按照规定给予举报人奖励。举报奖励经费纳入同级财政预算。

第八章　法律责任

第五十八条【基金使用监督管理条例的适用】 违反本条例规定的行为，法律、行政法规已有法律责任规定的，从其规定。

第五十九条【用人单位法律责任】用人单位未办理基本医疗保险参保登记或者未办理终止医疗保险手续，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罚款，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员处五百元以上三千元以下的罚款。

对没有按照规定时间缴纳基本医疗保险费的用人单位，由税务部门依法追缴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，税务部门依法处以欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款，并按规定上报社会信用信息共享平台。

第六十条【医疗机构的违法责任】 定点医疗机构违反本条例第四十六条第四款规定的，由县级以上医疗保障行政部门责令限期改正，并可以约谈有关负责人；拒不改正的给予警告或者通报批评并处一万元以上五万元以下罚款，对定点医疗机构负责人和直接责任人员可以建议主管部门追究行政责任。

第六十一条【其他机构的违法责任】 定点医疗机构、定点

零售药店以外的单位或者个人，协助他人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险基金的，由医疗保障行政部门责令改正，对单位处骗取金额一倍以上三倍以下罚款，对个人处一千元以上一万元以下罚款；构成犯罪的依法追究刑事责任。

第九章　附　则

第六十二条【生育保险的规定】职工基本医疗保险与生育保险合并实施，具体政策按照国家和本省有关规定执行。

第六十三条【施行日期】本条例自　　年　月　　日起施行。

重大决策听证会报名表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td colspan="2"></td><td>性别</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>文化程度</td><td colspan="2"></td><td>职业</td><td></td><td>年龄</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">职务</td><td></td></tr>
<tr><td>通信地址</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">邮箱（必填）</td><td></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td>手机</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">座机</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">人大代表或政协委员(是/否)</td><td>所属机关</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>报名
参会
主要
理由</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>听证
机关
意见</td><td colspan="6">签字(盖章):
_____年_____月_____日</td></tr>
<tr><td>备　注</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>