

湖北省医疗保障 宣传手册



问 没有生病，参加医保有意义吗？

答：我们每个人都面临着不确定的疾病风险，医保就是用来防范化解医疗费用风险的。以前没用到医保，不代表以后都用不到，等到生病需要用钱的时候也可以获得医保的保障，用的就是这个基金池中大家一起出的钱。比如小王拒绝参加医保，去年得了重病，结果全部自费，四处借钱，掏了20多万元，事后算算如果参加医保，可能自己只需要掏几万元，后悔得不得了。所以参加医保绝对不亏。

问 个人参保后，国家会有补贴政策吗？

答：医保实行政府补贴和个人缴费相结合的筹资机制。比如城乡居民医保，个人年缴费280元，2020年国家对每位参保人补贴了550元，最终的医保参保费用至少有830元，可以说个人实际只缴纳了较小的比例，国家在帮助居民参保方面投入更大。

问 灵活就业人员如何参保？

答：一是参加城乡居民基本医疗保险，在个人缴费基础上享受财政补助。二是根据实际情况（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及其他灵活就业人员）以个人身份参加职工基本医疗保险，由个人按照规定缴纳基本医疗保险费。

问 医保对住院天数有限制吗？

答：湖北省医保部门没有对住院天数进行限制。住院天数是医疗机构根据患者病情及医院管理规定来确定的。

问 发现了违法违规线索怎么办？

答：湖北省出台了《湖北省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（试行）》（以下简称“实施细则”），发现定点医药机构违法违规行为可通过电话、邮件等方式进行投诉举报。

问 举报人获得奖励需要什么条件？

答：（一）举报有具体的违法违规事项线索的；（二）举报人提供的主要事实、证据事先未被医疗保障行政部门及医疗保险经办机构掌握的；（三）举报事项经查证属实且造成基金损失的；（四）其他经医疗保障行政部门认定需要予以奖励的。

问 举报奖励的标准多少？

答：单个奖励金额最高不超过10万元。按照查实金额的2%奖励，最低奖励为200元，不足200元的给予精神奖励。举报人为定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员的，并提供可靠线索的，可适当提高奖励标准，最高不超过查实欺诈骗保金额的3%。举报奖励资金，原则上应当采取非现金方式支付。

问 哪些举报属于无效举报，不予受理的？

答：（一）匿名举报未能提供辨别其身份的信息及有效联系方式，使医疗保障部门无法确认其身份的；（二）举报线索采取盗窃、欺诈、利诱、胁迫等不正当手段获取证据的；（三）举报线索含糊不清、证据不足，或提供的线索与欺诈骗保行为无关的；（四）所举报的事实、证据事先已被医疗保障部门掌握的；（五）所举报的事项已移交相关司法部门的。

医疗保障基金使用监督管理条例



2021年1月15日，国务院总理李克强签署第735号国务院令，公布《医疗保障基金使用监督管理条例》。自2021年5月1日起施行。《条例》共五章50条，主要内容包括：一是落实以人民健康为中心的要求，强化医疗保障服务。二是明确基金使用相关主体的职责，规范基金的使用。三是健全监管体制，强化监管措施。四是细化法律责任，加大惩戒力度。

问 定点医药机构有那些情形的，处1倍以上2倍以下的罚款；暂停6个月以上1年以下服务协议的？

答：（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）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）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；（七）造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

问 定点医药机构那些行为属于骗取医疗保障基金的？

答：（一）通过诱导、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）虚构医药服务项目的。

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2倍以上5倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1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。

问 定点医药机构有那些情形处1万元以上5万元以下的罚款；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理？

答：（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）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

问 参保个人有那些情形要特别注意的？

答：（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。

参保个人冒名就医或者通过伪造、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的，由医疗保障行政部门处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。

问 那些情形属于医保经办机构违规行为？

答：（一）未建立健全业务、财务、安全和风险管理制度；（二）未履行服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等职责；（三）未定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况。

医疗保障经办机构通过伪造、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的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额2倍以上5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依法给予处分。

问 那些情况是不能使用医保基金报销的？

答：我国《社会保险法》第三十条规定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。打架斗殴、交通事故等产生的医疗费用属于“应当由第三人负担的”情形。