**天津市城乡居民基本医疗保险规定实施细则**

**第一章　总则**

　　第一条　为提高城乡居民基本医疗保障水平，做好城乡居民基本医疗保险实施工作，根据市人民政府印发的《天津市城乡居民基本医疗保险规定》（津政发〔2009〕21号，以下简称《规定》），结合我市实际，制定本细则。

　　第二条　《规定》第二条所称农村居民是指具有本市农业户籍的全体居民。

　　第三条　《规定》第二条所称城镇非从业居民是指具有本市非农业户籍的下列人员：

　　（一）在本市所属各类普通高等院校（全日制学历教育）、普通中小学校、中等专业学校、技工学校、职业高中、特殊教育学校等全日制学校就读的非在职学生和幼儿园、托儿所、保育院的儿童，以及其他未成年人（含新生婴儿）。

　　（二）男满60周岁、女满50周岁（含参保缴费期次年男满60周岁、女满50周岁）不具备领取城镇企业职工基本养老保险金资格的老年居民。

　　（三）男不满60周岁、女不满50周岁丧失劳动能力并且尚未参加基本医疗保险的成年居民。

　　第四条　《规定》第二条所称国家和本市规定的其他人员是指城镇非从业居民中男不满60周岁、女不满50周岁未就业、灵活就业并且尚未参加基本医疗保险的成年居民。

　　第五条　在本市各级各类学校、托幼机构就读的非本市户籍全日制在校学生，港、澳、台和外国籍学生、儿童，以及具有本市蓝印户籍的人员，凡未参加户籍地城、乡居民医疗保险的，可按照《规定》参加我市城乡居民基本医疗保险。

**第二章　相关政策**

　　第六条　《规定》第九、十条所称重度残疾人员，是指经残疾人联合会认定，残疾等级为一、二级的残疾人员；

　　《规定》第九、十条所称享受低保待遇的人员，是指经民政部门认定，领取最低生活保障金的人员；

　　《规定》第九条所称特殊困难家庭的学生、儿童，是指经民政部门认定，领取特困救助金的困难家庭学生、儿童，以及享受国家助学贷款的大中专院校学生；

　　《规定》第十条所称城乡特殊困难家庭人员，是指经民政部门认定，领取特困救助金的困难家庭人员。

　　《规定》第十条所称城镇低收入家庭，是指经街道（乡镇）劳动保障服务中心认定的家庭人均收入高于本市城乡居民最低生活保障标准、低于本市城乡居民最低生活保障标准两倍的家庭。

　　第七条　《规定》第二条所称国家和本市规定的其他人员参加城乡居民基本医疗保险，可自行选择缴费档次，并由个人全额负担缴费。

　　第八条　离休干部无固定收入的配偶或遗孀参加城乡居民基本医疗保险时，其身份认定按照《关于离休干部无固定收入的配偶或遗孀参加城镇居民基本医疗保险有关问题的通知》（津财社〔2007〕45号）执行，按照560元的筹资标准由政府全额补助，个人不缴费。

　　市老干部管理部门确认离休干部无固定收入的配偶或遗孀身份后，将人员明细转交市社会保险经办机构，由市社会保险经办机构办理相关参保手续，个人不再单独办理参保手续。

　　第九条　享受抚恤补助无工作单位的优抚对象全员参加城乡居民基本医疗保险，由政府全额补助参保费用。在参加基本医疗保险的基础上，对不同类别的优抚对象按规定标准分别给予医疗补助，具体办法另行制定。

　　市民政部门确认优抚对象身份后，将人员明细转交市社会保险经办机构，由市社会保险经办机构办理相关参保手续，个人不再单独办理参保手续。

　　第十条　按照《天津市城乡居民基本养老保障规定》（津政发〔2009〕22号）领取生活补助费的城乡老年人，应按照《规定》中不同的筹资标准，任意选择一档次参保。

　　对未能及时在申报缴费期内登记参保的城乡老年人，经办机构按照220元筹资标准从其生活补助费中扣除个人应缴纳的60元医疗保险费，划入城乡居民基本医疗保险基金。

　　第十一条　城乡居民基本医疗保险申报缴费期为每年9月1日至12月31日，待遇享受期为次年1月1日至12月31日。各级各类学校、托幼机构的学生、儿童待遇享受期为参保缴费当年9月1日至次年8月31日。

　　第十二条　参保人员在申报缴费期内年龄不满18周岁、次年年满18周岁的，按照学生、儿童身份认定；参保人员在申报缴费期内符合城镇低收入家庭条件并且年龄不满60周岁、次年年满60周岁的，按照城镇低收入家庭60周岁以上老年人身份认定。

　　第十三条　在一个待遇享受期内，新生婴儿自出生之日起90日内办理当年参保缴费手续的，按照本年度标准缴费，从出生之日起享受当年基本医疗保险待遇；自出生之日起90日后办理当年参保缴费手续的，按照本年度标准缴费，从缴费次日起享受当年城乡居民基本医疗保险待遇。

　　第十四条　参保人员住院治疗期间跨待遇享受期的，本人只支付一次住院起付标准的费用，两个待遇享受期的最高支付限额分别按照各待遇享受期的规定标准执行。

　　第十五条　参保人员跨待遇享受期住院治疗，未缴纳次年医疗保险费的，在结算医疗保险费用时，只按照规定报销当前待遇享受期的医疗费用，不报销下一待遇享受期发生的医疗费用。

　　第十六条　当年未参保人员跨待遇享受期住院治疗，并且缴纳次年医疗保险费的，在结算医疗保险费用时，不报销当前待遇享受期的医疗费用，下一待遇享受期发生的医疗费用按照规定报销。

　　第十七条　参保人员因治疗需要转外地住院、急诊留观转住院的，参照本市城镇职工基本医疗保险的有关规定执行。

　　参保人员因病需办理家庭病床治疗的，报销比例按照城乡居民住院治疗报销标准执行；全年家庭病床累计报销住院天数不超过90天；参保人员应当选择具备我市城镇职工基本医疗保险家庭病床建床资质的医院进行家庭病床治疗。

　　第十八条　参保人员临时外出，在外地急症住院就医的，参照本市城镇职工基本医疗保险参保人员外地就医管理的有关规定执行。

　　第十九条　参保人员已缴纳次年基本医疗保险费，尚未进入待遇享受期，发生户籍迁出本市或死亡等情形的，可凭相关证明材料到参保区县社会保险经办机构办理退费手续；已经进入待遇享受期的，不做退费处理。

　　第二十条　参保人员在待遇享受期内实现就业并参加城镇职工基本医疗保险的，自享受城镇职工基本医疗保险待遇之日起不再享受城乡居民基本医疗保险待遇，已缴纳的城乡居民基本医疗保险费不做退费处理。

　　第二十一条　参保孕产妇符合计划生育政策生育子女实行剖宫产的，按照每出生一人报销800元标准执行，以其他方式生产的，按照每出生一人报销600元标准执行。

　　第二十二条　《规定》所称住院医疗费含参保人员因门诊特殊病就诊发生的符合规定的医疗费用。

**第三章　城乡居民家庭登记缴费**

　　第二十三条　参加城乡居民基本医疗保险的涉农区县原则上应当整体纳入。城乡居民参加基本医疗保险可按照《规定》第十条选择筹资标准。同一家庭中符合参保条件的成员（不含学生、儿童）应选择同一档次的筹资标准。

　　暂不具备条件参加城乡居民基本医疗保险的涉农区县，其所属城镇居民可以按照《规定》第十条选择筹资标准参保，享受相应档次医疗保险待遇；所属学生（含入托儿童）、领取生活补助费的城乡老年人、统一登记参保的各类群体，应参加城乡居民基本医疗保险。

　　第二十四条　城乡居民家庭应在户籍所在地或者经常居住地的街道（乡镇）办理参加城乡居民基本医疗保险手续。同一户籍家庭的成员应当在同一街道（乡镇）办理参保登记手续。

　　第二十五条　市劳动保障服务指导中心在市人力资源和社会保障部门的领导下，组织、指导全市各区县劳动保障服务中心（以下简称：区县劳服中心）、街道（乡镇）劳动保障服务中心（以下简称：街镇劳服中心）、社区（行政村）劳动保障服务工作站（以下简称：工作站）开展城乡居民基本医疗保险工作。区县劳服中心在本区县劳动和社会保障部门的领导下，组织、指导所辖街镇劳服中心、工作站开展城乡居民基本医疗保险工作。

　　第二十六条　市社会保险基金管理中心（以下简称：社保经办机构）负责对街镇劳服中心办理城乡居民基本医疗保险登记和缴费核定等经办业务进行指导。

　　第二十七条　涉农区县居民应当以行政村为单位参保，到街镇劳服中心办理参保手续。

　　第二十八条　工作站的工作人员应当将城乡居民基本医疗保险参保申报核定表发放到居民家庭，指导填写。城乡居民家庭也可以直接到所在工作站填报参保申报核定表。

　　第二十九条　城乡居民家庭填报申报核定表，应提供户口簿、居民身份证或公安机关出具的其他有效身份证明。公民身份号码应以第二代居民身份证为准；户籍地址以户口簿记载为准。

　　城镇低收入家庭60周岁以上老年人等特殊身份人员，应当同时出示相关凭证。

　　工作站的工作人员应当在查验户口簿及相关凭证原件并核对无误后，将申报核定表或电子报盘数据送至街镇劳服中心。

　　第三十条　街镇劳服中心负责认定参保人员资格、办理参保登记、核定缴费金额，并打印《天津市社会保险缴费通知单》，同时通过专用网络将参保登记、核定缴费信息上传社保经办机构。

　　第三十一条　工作站的工作人员负责将《天津市社会保险缴费通知单》送达到城乡居民家庭。

　　城乡居民应当对《天津市社会保险缴费通知单》所列信息进行核对，发现有误的，交由工作站的工作人员送至街镇劳服中心更改。

　　第三十二条　城乡居民持《天津市社会保险缴费通知单》，在规定时限内，就近到社保经办机构指定的银行储蓄网点办理缴费。缴费后，由银行出具社会保险费缴费收据，并由社保经办机构为参保人员出具统一的城乡居民基本医疗保险参保缴费凭证。

　　第三十三条　《规定》实施后符合参保条件的新生婴儿，由其法定监护人到同一户籍家庭成员参保所在地街镇劳服中心办理参保登记缴费手续。

　　第三十四条　已办理下一年度参保登记并缴费的人员，登记的姓名、公民身份号码等信息发生变更的，应到参保登记的社保经办机构或街镇劳服中心办理变更登记。

**第四章　学生、儿童登记缴费**

　　第三十五条　具有本市户籍在外地就读并且未参加就读地城、乡居民医疗保险的学生、儿童，未入学、入托的儿童及其他未成年人参加城乡居民基本医疗保险，随城乡居民家庭按照相关程序办理登记缴费。

　　第三十六条　各级各类学校、托幼机构的学生、儿童参加城乡居民基本医疗保险，由学校、托幼机构负责填报申报核定表，到社保经办机构办理参保登记申报，并办理缴费结算。

　　第三十七条　学校、托幼机构填报申报核定表时，对于符合重度残疾、享受优抚待遇、享受低保待遇、特殊困难家庭和享受助学贷款范围的学生、儿童，应当同时查验符合规定的相关凭证。

　　第三十八条　学校、托幼机构应持参保申报核定表或电子报盘数据报送所在区县社保经办机构，并依据缴费通知单和申报核定表，组织学生缴纳基本医疗保险费，统一归集缴纳的资金，在规定时限内到开户银行缴付，由银行出具社会保险费缴费收据，并由社保经办机构为参保学生、儿童出具统一的城乡居民基本医疗保险参保缴费凭证。

　　第三十九条　学校、托幼机构负责归集个人全额垫付的医疗费用单据，并按照规定汇总统计后，统一到所属区县社保经办机构申报报销。区县社保经办机构受理申报后应当在三十日内审核报销完毕。

　　第四十条　参保学生、儿童患病办理住院和门诊特殊病登记的手续，学校、托幼机构申报报销和区县社保经办机构审核报销的工作程序，按照《天津市城乡居民基本医疗保险经办管理办法》的有关规定执行。

　　第四十一条　民政部门管理的老年福利院、儿童福利院、社会福利院、收治精神病患者的福利机构，以及代管毕业生参保的教育管理机构中符合参保规定的人员，按照本章规定执行。

**第五章　参保人员身份认定**

　　第四十二条　街镇劳服中心及其工作站负责居民家庭的参保人员身份认定工作，认定凭证为户口簿、居民身份证或公安机关出具的其他有效身份证明。

　　第四十三条　重度残疾人员由残疾人联合会认定，执行依据为中国残疾人联合会《关于制发第二代〈中华人民共和国残疾人证〉的通知》（残联发〔2008〕10号）和天津市残疾人联合会《关于印发天津市〈中华人民共和国残疾人证管理办法〉实施细则的通知》（津残联〔2008〕178号），认定的凭证为第二代《中华人民共和国残疾人证》。

　　市残疾人联合会确认重度残疾人员身份后，将人员明细转交市社会保险经办机构，由市社会保险经办机构办理相关参保手续，个人不再单独办理参保手续。

　　第四十四条　享受低保待遇的人员由民政部门认定，执行依据为《城市居民最低生活保障条例》（国务院令第271号）和《天津市最低生活保障办法》）（市政府令第38号）等，认定的凭证为《天津市最低生活保障金领取证》。

　　市民政部门确认享受低保待遇人员身份后，将人员明细转交市社会保险经办机构，由市社会保险经办机构直接办理相关参保手续，个人不再单独办理参保手续。

　　第四十五条　享受特困救助的特殊困难家庭人员由民政部门认定，执行依据为《关于建立和完善城乡特困救助政策有关问题的通知》（津民发〔2008〕37号），认定的凭证为《天津市城乡居民特困救助卡》。

　　市民政部门确认享受特困救助的特殊困难家庭人员身份后，将人员明细转交市社会保险经办机构，由市社会保险经办机构办理相关参保手续，个人不再单独办理参保手续。

　　第四十六条　享受国家助学贷款的大中专院校学生认定工作，执行依据为中国人民银行、教育部、财政部《关于国家助学贷款的管理规定（试行）》，认定凭证为学生本人国家助学贷款借款合同。

　　第四十七条　城镇低收入家庭60周岁以上的老年人由街镇劳服中心认定，执行依据为天津市财政局、天津市劳动和社会保障局《关于印发〈天津市下岗失业人员灵活就业社会保险补贴办法〉的通知》（津财社〔2006〕9号）等有关规定，认定的凭证为居民身份证、街镇劳服中心开具的低收入家庭证明。

　　第四十八条　经办工作人员应当严格执行认定依据和标准，严格认定程序，不得违反规定，不得与申报参保人员串通，伪造变造认定凭证，骗取政府补助。

**第六章　结算管理**

　　第四十九条　市人力资源和社会保障部门负责全市城乡居民基本医疗保险费用结算的管理监督工作。社保经办机构负责本市城乡居民基本医疗保险费结算的具体工作。

　　第五十条　参保人员在定点医疗机构、定点零售药店发生的下列费用纳入城乡居民基本医疗保险基金支付范围：

　　（一）在一级医院（社区卫生服务中心）的门（急）诊医疗费用；

　　（二）住院治疗的医疗费用；

　　（三）急诊留观并转入住院治疗前7日内的医疗费用；

　　（四）符合城乡居民门诊特殊病种规定的医疗费用；

　　（五）建立家庭病床发生的费用；

　　（六）正常生产或者孕28周以上终止妊娠的生育医疗费用；

　　（七）符合规定的其他费用。

　　参保人员符合计划生育政策生育子女，按照《规定》第二十条享受的100元生育补助费用，用于按规定报销医疗费用后，由城乡居民基本医疗保险基金对个人负担部分进行抵扣。

　　第五十一条　参保人员在已经实行联网结算或报盘结算的定点医疗机构就诊的，只需支付个人应付部分的费用，其余费用由社保经办机构按规定与定点医疗机构结算。

　　第五十二条　参保人员因病情需要并经有关部门批准转外就医、探亲访友期间发生异地急诊住院就医、急诊留观转住院治疗7日内的医疗费用或特殊情况下全额垫付医疗费用的，应当在就诊结束后报送医疗费收据、费用清单和出院证明等相关材料。以居民家庭为单位参保的，交由户籍所在地或经常居住地的街镇劳服中心统一送社保经办机构审核结算；以学校、托幼机构和福利机构为单位参保的，由学校、托幼机构和福利机构统一送社保经办机构审核支付。

　　第五十三条　城乡居民在一个待遇享受期内相同级别医院住院治疗二次以上的，从第二次住院治疗起，不再收取起付标准的费用。在不同级别医院住院或者转院的，应当按照较高级别医院的起付标准补足差额。

　　第五十四条　门诊特殊病结算办法按照天津市城乡居民基本医疗保险门诊特殊病种管理的有关规定和《天津市城乡居民基本医疗保险经办管理办法》等相关规定执行。

　　参保人员因门诊特殊病在定点零售药店购药的，其报销比例按照相应的一级医院住院报销比例执行。

　　第五十五条　参保人员发生转诊转院的，按以下办法结算。

　　（一）参保人员办理转诊登记手续后转诊至外地医疗机构就诊的，发生的属于天津市城乡居民基本医疗保险报销范围的医疗费用，给予报销。

　　（二）医疗服务项目单价高于天津市基本医疗保险报销项目价格的，按天津市基本医疗保险报销项目价格报销；单价低于天津市基本医疗保险报销项目价格的，按实际价格报销。

　　（三）所用药品通用名称在天津市基本医疗保险药品目录内而药品批准文号不在异名库的药品，参考本市异名库中同类药品价格报销。当药品价格高于异名库同类药品价格的，按异名库同类药品最高价格审核报销；低于异名库同类药品最高价格的，按实际价格审核报销。

**第七章　服务协议管理**

　　第五十六条　本实施细则所称服务协议，是指社保经办机构与定点医疗机构、定点零售药店签订的，以完善医疗保险管理和医疗费用管理为主要内容的，明确各自权利和义务的协议。

　　第五十七条　订立、履行、变更、终止和解除服务协议应当遵循合法、公平、和谐、诚实信用、注重实际的原则。

　　第五十八条　市人力资源和社会保障部门对订立、履行、变更、终止和解除服务协议工作实施管理监督。

　　第五十九条　服务协议文本由社保经办机构按照国家和本市有关规定制定，向市人力资源和社会保障部门备案。

　　第六十条　服务协议应当包括以下内容：

　　（一）服务协议双方基本情况；

　　（二）服务协议期限；

　　（三）双方的权利和义务；

　　（四）变更、终止和解除服务协议的条件；

　　（五）争议的解决方式；

　　（六）违约责任；

　　（七）其他约定的内容。

　　服务协议应明确规定，定点医疗机构应实施联网结算，定点医疗机构不得发布商业医疗广告。

　　第六十一条　服务协议自双方签字、盖章之日起生效，服务协议有效期为1年。社保经办机构与定点医疗机构、定点零售药店应于每年6月底前签订本年度服务协议。逾期未签订的暂按退出定点管理，社保经办机构应当于7月底前将有关情况报送市人力资源和社会保障部门。

　　第六十二条　社保经办机构依法对服务协议的履行情况进行检查，发现问题的，应当要求定点医疗机构和定点零售药店限期改正，督促其正确履行服务协议。定点医疗机构和定点零售药店在履行服务协议过程中发现涉及经办管理服务的问题，可以向社保经办机构提出协商意见。

　　第六十三条　下列情况下，服务协议可以变更：

　　（一）双方协商一致的；

　　（二）客观情况发生重大变化的；

　　（三）出现特殊情况，对基金安全可能造成重大影响的。

　　第六十四条　下列情况下，服务协议可以终止：

　　（一）双方协商一致的；

　　（二）服务协议期满的；

　　（三）客观情况发生重大变化，不具备继续履行协议条件的；

　　（四）出现特殊情况，对基金安全已造成重大影响的。

　　第六十五条　定点医疗机构、定点零售药店严重违反服务协议的，社保经办机构可以解除协议。

　　第六十六条　变更、终止、解除服务协议，应当以书面形式通知。服务协议终止、解除的，社保经办机构应自终止、解除之日起10日内向市人力资源和社会保障部门书面备案。

**第八章　诚信管理**

　　第六十七条　诚信评价适用于城乡居民基本医疗保险经办机构（含劳动保障服务机构，以下简称：经办机构）、定点医疗机构、定点零售药店、定点医疗机构执业医师和参保患者。

　　第六十八条　城乡居民基本医疗保险诚信管理和评价应当遵循以下原则：

　　（一）以城乡居民基本医疗保险政策为依据，充分借鉴和参考财政、卫生、药监、价格、公安、民政、残联、教育、审计等相关部门确定的管理规范；

　　（二）坚持诚信监督与社会评价相结合的原则，全面反映城乡居民基本医疗保险运行的实际情况；

　　（三）坚持公开、公正、公平的原则，科学、客观地评价各方的行为；

　　（四）坚持奖惩结合的原则，引导各方自我管理、自我监督、自我完善。

　　第六十九条　市人力资源和社会保障部门负责三级甲等定点医疗机构及其有处方权的执业医师和经办机构的诚信管理工作。区县劳动和社会保障部门负责本行政区域内定点医疗机构及其有处方权的执业医师、定点零售药店、劳动保障服务机构及参保人员的诚信评价工作，并接受市人力资源和社会保障部门的指导和监督。

　　第七十条　被评价单位应当增强诚信意识，按照诚信评价规范建立自我约束机制，规范本单位参与医疗保险的行为，把诚信工作作为业绩考核的重要指标。主动接受诚信管理部门的指导和监督，广泛听取群众意见，接受社会监督。

　　参保人员应当树立诚信观念，把诚信规范作为参保、就医、报销等行为的准则，履行诚信义务，自觉接受诚信管理。

　　第七十一条　定点医疗机构、定点零售药店诚信评价规范依照本市关于建立医疗保险诚信体系的有关规定执行。

　　第七十二条　定点医疗机构具有处方权的执业医师，经医保服务资格备案后纳入诚信管理和评价范围。由诚信评价机构对其执行城乡居民基本医疗保险政策、经办规程及本院有关医保规定的情况进行评价。

　　第七十三条　经办机构应当依法经办，按规定审核参保人员身份、审核支付费用，不得弄虚作假，擅自变动支付范围和支付标准。

　　经办机构应当建立诚信制度，公开经办程序，履行经办职责，遵守经办纪律，加强行风建设，接受行政和社会监督。

　　执业医师、经办机构的诚信评价标准另行制定。

　　第七十四条　诚信评价管理采取以下措施：

　　（一）人力资源和社会保障部门根据实际需要，制订诚信督查的年度计划，确定重点督查范围，根据工作计划实施日常督查和专项督查。

　　（二）对督查对象的基本情况进行备案。

　　（三）进行日常指标考核，定期了解督查对象诚信评价指标完成情况。

　　（四）通过聘请社会监督员、发放调查问卷、接受举报投诉等形式实行社会监督。

　　第七十五条　实行定点医疗机构、定点零售药店指标考核和诚信等级管理制度。将诚信评价的主要内容和标准分解为评价指标、评价标准和分值，由人力资源和社会保障部门根据考核督查结果确定信用等级。具体标准按照定点医疗机构、定点零售药店医保诚信等级考评的有关规定执行。

　　诚信等级管理按照本市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店诚信等级管理的有关规定执行。

　　第七十六条　建立定点医疗机构执业医师备案和信誉档案制度。

　　市人力资源和社会保障部门和市卫生行政部门对定点医疗机构有处方权的执业医师，核准允许为参保患者提供医疗服务医师的资格和名额。定点医疗机构新聘用的执业医师经市人力资源社会保障行政部门和市卫生行政部门核准后，可以为参保患者提供医疗服务。

　　定点医疗机构要将取得资格的执业医师向有诚信管理评价管辖权的人力资源和社会保障行政部门备案。

　　医师个人信用档案应当记录执业医师遵守城乡居民基本医疗保险政策及诚信规范的情况。对定点医疗机构执业医师实行违规积分淘汰制度，一年内违规积分达到设定分值的，列入不诚信管理范围。

　　第七十七条　参保人员诚信评价采取随机抽查、专项督查的方式进行。并建立举报制度，任何组织和个人均可对参保人员违反城乡居民基本医疗保险规定的行为向人力资源和社会保障行政部门举报。人力资源和社会保障行政部门应当将有不诚信行为的参保人员列入“黑名单”管理，实行重点监控。

**第九章　监督管理**

　　第七十八条　市财政部门负责城乡居民基本医疗保险基金财政专户的管理、财政补助资金的预算管理及基金运行的监管。定期或者不定期地对收入户、支出户和财政专户内的城乡居民基本医疗保险基金收支和结余情况进行监督检查，对截留、挤占、挪用、贪污基金；擅自增提、减免城乡居民基本医疗保险费；不按时、按规定标准支付城乡居民基本医疗保险待遇；未按时将基金收入存入财政专户；未按时、足额将财政专户基金拨付到支出户；以及其他违反国家法律、法规规定的行为，一经发现问题及时纠正，并向市人民政府和基金监督组织报告。

　　第七十九条　市、区县财政部门应定期或不定期审核城乡居民参保、缴费情况，对隐瞒、虚报人数，延误或少缴基金等行为限期纠正，及时追回或补缴基金，缴存财政专户，并作财务处理。

　　第八十条　城乡居民基本医疗保险基金的筹集、管理、使用应自觉接受人大、审计部门和社会的监督。

　　第八十一条　对存在违纪或违法行为的单位以及主管人员和直接责任人，按照国家有关法律、法规、规章、制度处理。

**第十章　违反基本医疗保险规定行为的处理**

　　第八十二条　参保人员、定点医疗机构及其工作人员、定点医疗机构具有处方权的执业医师、定点零售药店及其工作人员，违反国家和本市基本医疗保险有关规定，骗取医疗保险待遇、侵害参保人员医保权益，侵犯医疗保险管理秩序（以下简称：违规行为）的，按照本实施细则处理。

　　第八十三条　违规行为的处理应当以事实为依据，以政策为准绳，遵循公开、公正、高效的原则，坚持处理和教育相结合，接受社会监督。

　　第八十四条　市人力资源和社会保障部门主管医保违规行为的处理工作，区县劳动和社会保障部门主管本辖区内医保违规行为的处理工作。经办机构按照市人力资源和社会保障部门的统一部署，开展医保违规行为的处理工作。

　　第八十五条　参保人员下列行为属于本实施细则规定应当处理的行为：

　　（一）冒用他人参保证件看病购药或将本人的参保证件借给他人使用的；

　　（二）隐瞒、编造病史，篡改诊疗凭证的；

　　（三）参保人员或参保人员与执业医师（药师）共同采取报销票据作假、处方作假等方式骗取医疗保险待遇的；

　　（四）转卖通过医疗保险基金报销的药品，谋取不当利益，造成医疗保险基金损失的。

　　第八十六条　定点医疗机构及其工作人员下列行为属于本实施细则规定应当处理的行为：

　　（一）将未参加基本医疗保险人员的医疗费用纳入基本医疗保险基金支付的；

　　（二）将应由个人负担的医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付的；

　　（三）将不符合住院条件的职工和退休人员收入住院治疗，或者故意延长住院期限、办理虚假住院和冒名住院以及伪造、变造病历的；

　　（四）未住院而虚报住院骗取医保基金的；

　　（五）挂床或摞床住院的；

　　（六）将非医疗保险支付的病种和诊疗项目篡改为医疗保险支付项目的；

　　（七）将药品目录外的药品篡改为药品目录内药品的；

　　（八）将生活用品、家用电器、医疗器械、保健康复器材等篡改为药品目录内药品的；

　　（九）开具虚假处方的；

　　（十）虚开、买卖、转让门诊和住院票据及零售票据，不按规定时限销毁票据的；

　　（十一）以为患者治疗为名开具药品处方或购药凭证，串通患者不取药而兑换现金或有价证券的；

　　（十二）重复收费、分解收费的；

　　（十三）其他造成基本医疗保险基金损失的行为。

　　第八十七条　定点医疗机构执业医师的下列行为属于本实施细则规定应当处理的行为：

　　（一）编造医疗文书或医学证明的；

　　（二）不核实患者身份的；

　　（三）不经患者或家属同意，使用非医疗保险支付的药品、检查和治疗项目的；

　　（四）不按病情使用贵重药品的。

　　第八十八条　定点零售药店及其工作人员的下列行为属于本实施细则规定应当处理的行为：

　　（一）不按照外配处方出售药品的；

　　（二）不按照处方剂量配药的；

　　（三）将处方用药换成其他物品的。

　　第八十九条　通过医疗保险诚信督查、举报投诉等形式发现的医疗保险违规案件，有违规行为人和事实，依照规定应予处理的，应当立案调查。

　　第九十条　案件调查结束后，认定违规事实清楚，证据确凿的，应根据调查情况，依据有关规定分别予以处理：

　　（一）对违规的参保人员可以作出责令停止违规行为，纳入不诚信名单管理，实行重点跟踪监控，依法追回违规骗取的医疗保险基金的处理决定；情节严重的，可停止其享受医疗保险待遇。

　　（二）对违规的定点医疗机构、定点零售药店及其工作人员可以作出责令停止违规行为，纳入不诚信名单管理，依法追回医疗保险基金损失的处理决定；情节严重的，可以暂停医保费用结算、解除医疗服务协议，予以通报；对直接负责的主管人员和其他直接责任人可以提请所在单位和有关部门给予处理。

　　（三）对违规的定点医疗机构执业医师可以作出责令停止违规行为，纳入不诚信名单管理，取消其为参保患者提供服务资格的处理决定，并可要求所在单位和有关部门予以处理。

**第十一章　附则**

　　第九十一条　本实施细则自2010年1月1日起实施,2015年1月1日废止。城乡居民基本医疗保险登记缴费工作自2009年9月1日起实施。