附件1:

文化振兴引领乡村振兴“黄自元杯”首届硬笔书法邀请展

征稿登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 联系电话 |  |
| 工作单位 |  |
| 常用通讯地址 |  |
| 加入硬笔协会情况 |  |
| 艺术简介： |

附件2:

医保方面书写参考内容

（可自行排版书写）

一、《医疗保障基金使用监督管理条例》方面

（一）定点医药机构的权利

**1.集体谈判协商并签订服务协议。**医疗保障经办机构应当与定点医药机构建立集体谈判协商机制，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，并根据保障公众健康需求和管理服务的需要，与定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。

**2.督促医保经办部门履约的权利。**定点医药机构有权要求违反服务协议的医疗保障经办机构纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改。

**3.陈述、申辩权**

（1）定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至解除服务协议；定点医药机构及其相关责任人员有权进行陈述、申辩。

（2）医疗保障行政部门对违反本条例的行为作出行政处罚或者行政处理决定前，应当听取当事人的陈述、申辩。

**4.申请行政复议或者提起行政诉讼的权利**

（1） 医疗保障经办机构违反服务协议的，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，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

（2） 医疗保障行政部门作出行政处罚或者行政处理决定，应当告知当事人依法享有申请行政复议或者提起行政诉讼的权利。

**5.信息被保护权利**

医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、会计师事务所等机构及其工作人员，不得将工作中获取、知悉的被调查对象资料或者相关信息用于医疗保障基金使用监督管理以外的其他目的，不得泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密。

**6.举报、投诉的权利**

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，按照国家有关规定给予举报人奖励。

（二）定点医药机构的义务

1.应当加强行业自律，规范医药服务行为，促进行业规范和自我约束，引导依法、合理使用医疗保障基金。

2.应当按照规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益。

3.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，建立健全考核评价体系。

4.应当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规范的行为。

5.应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得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，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

6.应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，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。

7.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全面准确传送医疗保障基金使用有关数据，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，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

8.不得收受贿赂或者取得其他非法收入。

9.不得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。

10.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。

11.不得侵占或者挪用医疗保障基金。

12.涉嫌骗取医疗保障基金支出的定点医药机构应当配合医疗保障行政部门调查。

（三）定点医药机构违反《条例》规定的法律责任

1.国务院医疗保障行政部门应当建立定点医药机构、人员等信用管理制度，根据信用评价等级分级分类监督管理，将日常监督检查结果、行政处罚结果等情况纳入全国信用信息共享平台和其他相关信息公示系统，按照国家有关规定实施惩戒。

2.定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至解除服务协议。

3.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，责令退回，处造成损失金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，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；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

（1）分解住院、挂床住院；

（2）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；

（3）重复收费、超标准收费、分解项目收费；

（4）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

（5）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；

（6）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；

（7）造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

4.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，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：

（1）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；

（2）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；

（3）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；

（4）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；

（5）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；

（6）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；

（7）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

5.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 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：

（1）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；

（2）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；

（3）虚构医药服务项目；

（4）其他骗取医疗保障基金支出的行为。

6.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，其法定代表人或者主要负责人 5 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。

7.构成违反治安管理行为的，依法给予治安管理处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

8.给有关单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任。（四）参保人的权利

1.参保人享有就医、购药的权利，并按照规定享受医疗保障待遇。

2.有权要求医疗保障经办机构提供医疗保障咨询服务。

3.有权对侵害医疗保障基金的违法行为进行举报、投诉。

4.有陈述、申辩权，以及依法享有申请行政复议或者提起行政诉讼的权利。

（五）参保人的义务

1.参保人员应当持本人医疗保障凭证就医、购药，并主动出示接受查验。参保人员应当妥善保管本人医疗保障凭证，防止他人冒名使用。

2.参保人员应当持本人医疗保障凭证就医、购药，并主动出示接受查验。因特殊原因需要委托他人代为购物的，应当提供委托人和受委托人的身份证明。

3.参保人员不得利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，享受返还现金、使用或者获得其他非法利益。

4.参保人员不得通过伪造、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。

（六）参保人违反《条例》规定将受到的法律责任

1.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3个月至12个月：

（1）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；

（2）重复享受医疗保障待遇；

（3）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。

2.个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了前款规定行为之一，造成医疗保障基金损失的；或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；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，除依照前款规定处理外，还应当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。

3.违反本条例规定，构成违反治安管理行为的，依法给予治安管理处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

4.违反本条例规定，给有关单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任。

二、医保政策方面

 （一）2022年筹资相关政策

1.参保对象：除已参加安化县城镇职工基本医疗保险以外的其他所有城乡居民，以及取得安化县居住证的常住人口。

2.筹资标准：以国家当年出台的政策为准

3.筹资时间：参保居民于每年9月1日至12月31日参保缴费。

4.中途参保：除下面明确的特殊情形外，未在规定缴费期内参保缴费的，原则上不得中途参保、享受医保待遇。

（1）新生儿参保：新生儿出生后90天内由监护人凭户口簿或居住证、并使用户口簿或医学出生证明登记的新生儿本人真实姓名，按统筹区规定办理参保登记缴费手续后，自出生之日所发生的合规医疗费用均可纳入医保报销。

（2）其他可中途参保的情形：儿童福利机构接收的儿童，经核实未参保的可随参随缴，自进入儿童福利机构之日起享受医保待遇。因劳动关系终止导致职工医保断保的人员，在断保90天内凭职工医保参保凭证可随时参加居民医保，自职工医保断保之日起享受医保待遇。纳入乡村振兴部门监测范围的脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户，经排查发现未参保的，可自参保缴费之日起享受医保待遇。以上特殊情形均按居民医保个人缴费标准缴费。因户籍变动等客观原因或其他特殊情形（具体指当年新迁入户口、复转军人、刑满释放人员、未及时就业的大中专毕业生、新生儿未在90天内参保缴费、职工医保断保的人员未在断保90天内参保缴费、新就业形态从业人员凭居住证初次在居住地参保，各市州结合实际明确的其他特殊情形）未能在统筹地规定时间内办理参保缴费手续的，可以按当年度居民医保筹资标准（含个人缴费部分和财政补助部分）一次性足额缴纳基本医疗保险费，从缴费的下个月起享受医保待遇。

（二）基本医疗保险相关政策

**1.住院补偿所需资料**

住院发票、住院费用总清单、疾病诊断证明、出院记录、身份证或户口簿、本人或医保卡内家庭成员农业银行帐号，另报住院分娩的还须提供：准生证、出生医学证明。

**2.定点医院结算流程**

出院后凭上述资料在医院医保窗口直接结算。

**3.异地就医结算备案（转诊）流程**

（1）转诊：县双向转诊服务科电话：0737-7298062；

（2）备案：直接（或电话7225179、7822121）到安化县医疗保障事务中心办理；

（3）办理时限：入院前或住院3天内。

在我县参保并完成了异地就医直接结算备案的参保人员可在就医地医院直接办理结算，不能在异地直接结算的，带相关资料到安化县医疗保障事务中心医保窗口申请办理结算。

**4.门诊政策**

参保居民在协议基层医疗卫生机构就诊时，政策范围内门诊医疗费用不设起付线，支付比例70%，一个结算年度内，门诊医疗费用最高支付限额600元（实际基金最高支付420元/人）,高血压患者每年实际报销360元/人，糖尿病患者每年实际报销600元/人，特殊病种按益医保发〔2019〕29号文件明确的标准执行。特殊病种门诊申报资料统一由参保所在地乡镇（中心）卫生院收集申报资料，特殊病种门诊包括：1、恶性肿瘤（放疗、化疗、康复治疗）；2、慢性肾功能衰竭（门诊透析治疗）；3、肝脏、肾脏、心脏瓣膜、造血干细胞移植术后的抗排异治疗； 4、高血压病Ⅲ期（有心、脑、肾、眼并发症之一）；5、糖尿病（合并感染或有心、肾、眼、神经病变之一）；6、冠心病；7、脑血管意外（包括脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血）后遗症康复治疗；8、血友病；9、精神分裂症；10、肺结核；11、系统性红斑狼疮（有心、肺、肾、脑及血液系统并发症之一）；12、慢性再生障碍性贫血；13、肝硬化（失代偿期）；14、苯丙酮尿症（PKU限0-14岁）；15、帕金森氏病；16、肺心病（出现右心衰者）；17、风湿性心脏病（心功能Ⅲ级）；18、哮喘或喘息性支气管炎；19、类风湿性关节炎；20、慢性活动性肝炎；21、原发性血小板减少性紫癜；22、多发性硬化症；23、重症肌无力；24、肝豆状核变性；25、多发性骨髓瘤；26、系统性硬化病；27、中枢神经系统脱髓鞘疾病；28、垂体瘤；29、克隆病；30、癫痫；31、慢性心力衰竭；32、阿尔茨海默病（老年痴呆）；33、泛发型银屑病；34、慢性丙型肝炎；35、儿童脑瘫康复治疗（1-7岁）；36、肺动脉高压；37、地中海贫血；38、慢性阻塞性肺疾病；39、恶性肿瘤晚期恶病质（家庭病床）；40、植物人（家庭病床）；41、晚期血吸虫病；42、尘肺病；43、普瑞德威利综合症（小胖威利症）。

**5.生育保险待遇**

对参保居民符合计划生育政策规定在定点医疗机构发生的生育医疗费用（含产前检查费）给予一次性补助，平产最高补助标准为1300元，剖宫产最高补助标准为1600元，按单病种包干管理，在定点医疗机构实行即时结算。孕产妇因高危重症救治发生的政策范围内住院医疗费用参照疾病住院相关标准支付。

**6.转外就诊**

参保居民应当在基本医疗保险定点医疗机构就医，实行分级转诊原则。确因病情需要转县级或城市二级以上医院就医的，按规定办理转诊手续后，按相关报销政策进行报销。未按照分级转诊制度有关规定办理转诊手续的(危急重症患者抢救除外)，城乡居民医保基金支付比例相应降低15个百分点。

因外出务工、长期在外地居住、转省外医疗机构治疗等特殊情形在省外异地就医时发生的政策范围内住院医疗费用，按《关于做好湖南省城乡居民基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》（湘人社发〔2017〕60号）文件执行。

在非基本医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用原则上不予支付(危急重症患者抢救除外)。因危急重症抢救未及时办理转诊手续或在本统筹区外非定点医疗机构入院治疗的，应当在入院治疗3个工作日内报参保地医保经办机构同意备案，其发生的政策范围内住院医疗费用按起付线2300元，报销比例40%的标准报销。

**7.大病保险相关政策**

（1）保障对象：安化县城乡居民医疗保险参保人员。

（2）保障范围：参保人员患大病发生高额医疗费用，经城乡居民基本医疗保险按规定支付后个人负担的合规医疗费用，纳入大病保险补偿范围。

（3）保障标准：根据《《益阳市城乡居民大病保险实施细则》（益医保发〔2021〕41号），全市执行统一的城乡居民大病保险政策，大病保险起付线由市医疗保障局统一确定。大病保险年度累计补偿限额统一为40万元。

对特困人员、低保对象、返贫致贫人口实施起付线降低 50%。在扣除大病保险起付线以后，各段报销比例分别提高5个百分点,取消大病保险封顶线。

三、标语

1.安全规范用基金 守好人民看病钱

2.严厉打击欺诈骗保行为 坚决维护医保基金安全

3.绷紧基金防范之弦 严打医保诈骗行为

4.维护医保基金安全人人有责

5.防范欺诈骗保实行有奖举报

6.医保基金救命 欺诈骗保入刑

7.利剑高悬 打击欺诈骗取医保基金行为

8.打好欺诈骗保“歼灭战” 护好参保人员“救命钱” 9.但愿人长久 医保解你忧

10.严厉打击欺诈骗保 守好百姓救命钱

11.向医保违规行为亮剑 让医保监管制度长牙