

# 山西发布 13 条措施培育建筑业新质生产力

省住建厅等五部门日前联合印发《关于培育建筑业新质生产力推动产业高质量发展的若干措施》，以 4 方面 13 条举措加快培育我省建筑业新质生产力，以尽快形成可感知、可推广的创新成果，促进行业高质量发展。

## 在鼓励科技创新方面

支持科技创新产学研融合，培育科技创新平台，推动创新成果标准化。对正式获准运行的国家重点实验室、省部共建国家重点实验室、“一带一路”联合实验室，每年给予 1000 万元经费支持，对省政府审议通过并正式立项建设的省实验室，在 3 年建设期内省财政每年给予 1000 万元经费支持，建设单位每年给予不低于 1:1 配套经费支持。

## 在培育优质企业方面

培育标杆企业队伍，强化企业技术创新，鼓励企业数字化转型，引导企业入驻晋创谷。支持建设工程企业入选高科技领军企业培育库，对入库企业在重大创新项目、创新平台建设、高端人才引进培育等方面给予“一揽子”政策支持。引导建筑业企业利用物联网、云计算、大数据、BIM 平台等

新一代信息技术项目积极开展数字化转型。鼓励涉及先进制造、能源和新能源、新材料等领域的勘察、设计、建筑业企业入驻晋创谷。

## 在支持新型建造模式方面

推动智能建造场景应用，建设智能生产工厂。推动建立以装配式标准建筑部品部件为基础的智能化、专业化生产体系。支持装配式部品部件生产企业智能化升级，推广应用数字化技术、系统集成技术和工业机器人，增强科技创新和研发投入，数智赋能产业链。

## 在强化服务保障方面

打造高素质智能建造人才，强化质量安全保障，提高金融优惠支持，加大宣传推广。对符合条件的装配式构件生产、装饰材料生产、智能建造设备生产等制造企业研发费用落实加计扣除 100% 政策，对建立研发准备金制度且申报研发费用达到 1000 万元及以上的企业，省按研发费用存量不高于 3%、增量不高于 10% 的比例给予补助；对申报研发费用 1000 万元以下的企业，市县可参照上述比例给予补助。

# 医疗保障基金使用监督管理条例

**第十五条** 定点医药机构及其工作人员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。

定点医药机构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。

**第十六条** 定点医药机构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。

**第十七条** 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。参保人员有权要求定点医药机构如实出具费用单据和相关资料。

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。因特殊原因需要委托他人代为购药的，应当提供委托人和受托人的身份证明。

参保人员应当按照规定享受医疗保障待遇，不得重复享受。

参保人员有权要求医疗保障经办机构提供医疗保障咨询服务，对医疗保障基金的使用提出改进建议。

**第十八条** 在医疗保障基金使用过程中，医疗保障行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员不得收受贿赂或者取得其他非法收入。

**第十九条** 参保人员不得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。

定点医药机构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。

**第二十条** 医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及其工作人员和参保人员等不得通过伪造、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。

**第二十一条** 医疗保障基金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

## 第三章 监督管理

**第二十二条** 医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

医疗保障行政部门应当加强对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范医疗保障经办业务，依法查处违法使用医疗保障基金的行为。

**第二十三条** 国务院医疗保障行政部门负责制定服务协议管理办法、规范、简化、优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，制作并定期修订服务协议范本。

国务院医疗保障行政部门制定服务协议管理办法，应当听取有关部门、医药机构、行业协会、社会公众、专家等方面意见。

**第二十四条** 医疗保障行政部门应当加强与有关部门的信息交换和共享，创新监督管理方式，推广使用信息技术，建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，实施大数据实时动态智能监控，并加强共享数据使用全过程管理，确保共享数据安全。

**第二十五条** 医疗保障行政部门应当根据医疗保障基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素，确定检查重点，组织开展专项检查。

**第二十六条** 医疗保障行政部门可以会同卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、公安等部门开展联合检查。

对跨区域的医疗保障基金使用行为，由共同的上一级医疗保障行政部门指定的医疗保障行政部门检查。

**第二十七条** 医疗保障行政部门实施监督检查，可以采取下列措施：

- (一)进入现场检查；
- (二)询问有关人员；
- (三)要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明；
- (四)采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料；
- (五)对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存；
- (六)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检查；
- (七)法律、法规规定的其他措施。

**第二十八条** 医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作。

**第二十九条** 开展医疗保障基金使用监督检查，监督检查人员不得少于 2 人，并且应当出示执法证件。

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，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。

**第三十条** 定点医药机构涉嫌骗取医疗保障基金支出的，在调查期间，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，防止损失扩大。定点医药机构拒不配合调查的，经医疗保障行政部门主要负责人批准，医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗保障基金支出，依照本条例第四十条的规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算。

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医疗保障经办机构暂停医疗费用联网结算。暂停联网结算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，依照本条例第四十一条的规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算。

**第三十一条** 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；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。

**第三十二条** 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。

**第三十三条** 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。

**第三十四条** 医疗保障行政部门应当定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果，加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受社会监督。

**第三十五条** 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。

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。

## 第四章 法律责任

**第三十六条** 医疗保障经办机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，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：

- (一)未建立健全业务、财务、安全和风险管理制度的；
- (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。

绛县医疗保障局 宣

# 遗失声明

※ 不慎将绛县郝庄乡刘小燕电子商务服务部营业执照正、副本丢失，统一社会信用代码为：92140826MA7YKH209P，现声明作废。