

蕉岭县医疗保障局

蕉岭医保函〔2022〕10号

关于印发《蕉岭县2022年医保基金监管 专项整治工作方案》的通知

机关单位各股室、经办中心、各定点医药机构:

为进一步加强我县医疗保障基金监管力度,规范办定点医药机构医疗服务行为,坚决打击欺诈骗取医保基金违法行为,扎实开展医疗保障基金监管专项整治工作,根据国家和省要求,结合我县实际,制定《蕉岭县2022年医保基金监管专项整治工作方案》,现将工作方案印发给你们,请认真组织实施。



(联系人: 丘志万, 电话: 7188257, 邮箱: jlxylbzj@163.com)

蕉岭县 2022 年医保基金监管专项整治工作方案

根据《医疗保障基金使用监督管理条例》，为进一步加强我县医保基金监管，坚决打击欺诈骗取医保基金行为，确保基金安全，维护参保人合法权益，现就全县开展打击欺诈骗保专项整治工作制订如下方案。

一、工作目标

深入学习贯彻国家和省关于加强医保基金监管重要指示精神，认真落实党中央、国务院和省委、省政府，市委、市政府、县委、县政府相关决策部署，将维护医保基金安全作为当前医疗保障工作的首要任务，勇于担当维护基金安全的政治责任，切实把医保基金监管工作摆到突出位置，坚持监督检查全覆盖与抓重点补短板相结合、自查自纠与抽查复查相结合、日常监管与协议考核相结合、强化外部监督与加强内控管理相结合，以全县医疗保障行政部门、医保经办机构、定点医疗机构及其工作人员，普通参保群众等为重点，会同相关部门分类推进医保违法违规行为的专项整治，进一步加大对欺诈骗保行为的打击力度，规范医保经办和医疗服务行为。

二、工作重点

（一）医疗保障等行政部门、医保经办机构及其工作人员。重点检查医疗保障基金监督管理制度建设情况和日常工作。一是检查建立完善医保基金监管制度情况，是否建立跨部门联合监管机制；是否推动形成社会共治，制定社会监督员制度和欺诈骗保举报奖励制度。二

是否理顺医保经办机构体制建设，政务服务事项实施情况。三是否按规定建立业务、财务、安全和管理制度；四是否做好服务协议管理、费用监管、基金拨付、待遇审核及支付工作情况。五是否按要求将医疗保障基金的收入、支出、结余等信息公开以及工作人员岗位工作表现情况等。六是检查有无通过伪造、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；侵占、挪用医疗保障基金构成犯罪的；泄露、篡改、毁损，非法向他人提供个人信息、商业秘密构成犯罪的；骗取医保基金案件的其他犯罪行为等涉嫌构成犯罪；医疗保障等行政部门、医保经办机构及其工作人员是否存在收受贿赂或者取得其他非法收入行为。

（二）定点医药机构及其工作人员。重点检查定点医药机构医疗服务行为、就医管理制度及医保基金使用内部管理制度建设情况。一是有无按照实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，提供合理、必要的医药服务。二是检查是否建立医疗保障基金使用内部管理制度，并配有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作。三是有无定期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。四是有无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。五是否建立健全考核评价体系。六是是否存在诱导、协助他人冒名或

者虚假就医、住院、购药，提供虚假证明材料，串通他人虚开费用单据；伪造、变造、隐匿、涂改、擅自销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；虚构医药服务项目。以骗取医疗保障基金为目的，实施分解住院、挂床住院；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；重复收费、超标准收费、分解项目收费；串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品耗材，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；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；盗刷医保凭证非法获利或其他以骗取医保基金为目的的违法违规行为。

（三）普通参保人群个人。重点检查个人行为。一是是否存在将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用或是使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的。二是是否存在重复享受医疗保障待遇。三是是否存在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等情况。四是是否存在通过伪造、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违法违规行为。如发现医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构及其工作人员，定点医药机构及其工作人员和普通参保人员存在违反上述规定行为之一的，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》《梅州市基本医疗保险定点医疗机构服务协议书（2021-2022 年度）》《梅州市基本医疗保险定点零售药店服务协议书（2021-2022 年度）》等有关文件规定进行处理；

构成犯罪的，将依法移送公安、纪检等部门，依法追究刑事责任。

三、实施步骤

（一）明确方案任务（5月27日前完成）。结合本地实际，制订本专项整治工作方案，医保行政部门、经办机构和两定机构要明确专项整治的目标任务、实施路径，贯彻领会方案精神和重大意义。

（二）自查自纠阶段（6月24日前完成）。县级医保部门组织医保经办机构及定点医疗机构开展自查自纠和整改落实。自查自纠相关数据的起止时间为2021年4月1日-2022年3月31日。自查结束后，两类机构向所在地医保部门书面报送自查报告，列明自查发现问题、整改落实及违规费用退回医保基金情况。

（三）开展全覆盖检查阶段。（9月31日前完成）。市县两级医保部门牵头会同相关部门组成检查组，按照专项整治要求对医保经办机构和定点医疗机构开展全覆盖检查，对检查中发现的违法违规问题严格按照《医疗保障基金使用监督管理条例》相关规定进行处理。

（四）整改处理阶段（12月31日前完成）。县级医保部门会同相关部门对市、县检查发现的违法违规问题，视其情节给予按协议规定处理、行政处罚、移送公安部门或纪检部门处理，并通报典型案件和违法违规人员的查处结果，对欺诈骗保行为保持高压态势。

四、工作要求

（一）提高站位，加强领导。各部门务必高度重视，结合实际认真制定工作方案，要坚持以人民利益为中心的发展思想，以高度的政治责任感和使命担当意识，加强组织指导，压实责任，扎实开展专项

整治行动，确保严格按照要求完成专项整治任务。

（二）完善机制，协调配合。各部门务必加强与相关部门联系沟通，密切配合、齐抓共管，做好专项整治的统筹规划、组织协调、信息反馈等。健全医疗保障基金综合监管工作机制，加强对医疗保障基金的联合监管，切实形成打击欺诈骗取医疗保障基金的合力，有效防范和化解基金风险，确保专项整治工作顺利开展，共同维护基金安全。

（三）依法依规，廉洁自律。各部门在专项整治工作中，要遵守国家法律法规和党纪规定，坚持依法行政，不渎职不越权，清正廉洁杜绝各类违规违法行为。在开展行政执法工作过程中，要严格落实行政执法公示、全过程记录、重大行政执法决定法制审核“三项制度”。

（四）营造氛围，巩固成果。各部门在专项整治中作时，要将医保政策法规宣传贯穿专项整治工作始终，提高监管对象知法守法意识，营造全民知法守法的良好社会氛围。坚持以问题为导向，进一步完善医保基金监管制度，不断提高基金监管能力，强化基金监管效果，切实守护好群众的“救命钱”、“保命钱”。

附件：1.医保部门及经办机构自查自纠情况统计表

2.定点医疗机构自查自纠情况统计表

3.定点零售药店自查自纠情况统计表

4.参保人违规情况统计表

蕉岭县医疗保障局办公室

2022年5月25日印发

医保部门及经办机构自查自纠情况统计表

填报单位：		填报人：				填报时间：	
序号	检查内容	自查情况	是否存在违规情况	违规例数	涉及违规金额（元）	整改情况	
1	是否加强医保综合监管能力建设，与卫生健康、市场监管、发改、公安、审计、财政建立跨部门联合监管机制，建立欺诈骗保案件行纪衔接和行刑衔接工作机制、举报欺诈骗保奖励机制、社会监督工作机制等。						
2	是否落实《医疗保障基金使用监督管理条例》要求，依法依规开展行政检查、行政处罚，加大医保违法违规为惩处和曝光力度。						
3	是否加强经办机构内控机制建设，落实内控机构和人员，健全和落实业务、财务、安全和风险管理、基金公开等制度情况。						
4	是否严格按经办规程进行办理，是否经过初、复审多级办理（审核），是否执行不相容岗位人员配置要求，收取资料有无遗漏、是否符合经办规定。						
5	是否存在不符合条件违规办理参保登记、门诊特定病种审批、异地就医备案、零星报销等医保业务情况						
6	是否存在医药机构定点申请受理、定点评估、协议签订及变更过程不规范的情况						
7	是否存在对医疗机构费用审核把关不严，对不合规费用未按规定进行扣分扣费的情况。						

序号	检查内容	自查情况	是否存在违规情况	违规例数	涉及违规金额 (元)	整改情况
8	未建立财务会计操作规程，未按照财务会计制度进行记账、核算，未明确主管、记账、复核、出纳等岗位职责。					
9	是否按规定实行基金“收支两条线”管理；是否按险种分别建账、分别核算，执行优惠利率；收入户是否按规定上划财政专户，支出户是否按规定及时足额拨付。					
10	是否指定专人按月与银行对账、财政对账，做到账账、账表、账实相符。					
11	是否按要求开展日常稽核工作					
12	工作人员是否存在违法违规行为					
13	其他违法违规行为					
合计						

定点医疗机构自查自纠情况统计表

填报单位：		填报人：			填报时间：		
序号	检查内容	自查自纠情况	是否存在违规情况	违规例数	涉及违规金额 (元)	整改情况	
1	医保基金使用内部管理制度建设情况						
2	医保基金相关制度、政策培训情况						
3	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管理情况						
4	医疗保障信息系统建设及数据上传情况						
5	建立健全考核评价体系情况						
6	有无按照严格实名就医和购药管理规定，核验参保人医保凭证，提供合理、必要的医药服务；						
7	是否存在诱导、协助他人冒名或者虚假就医、住院、购药，提供虚假证明材料，串通他人虚开费用单据情况						
8	是否存在伪造、变造、隐匿、涂改、擅自销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料情况						

序号	检查内容	自查自纠情况	是否存在违规情况	违规例数	涉及违规金额 (元)	整改情况
9	是否存在实施分解住院、挂床住院情况					
10	是否存在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情况					
11	是否存在重复收费、超标准收费、分解项目收费情况					
12	是否存在串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施情况					
13	是否存在为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品耗材，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利情况					
14	是否存在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情况					
15	是否存在高套分值、未达住院指征入院等情况					
16	是否存在“假病人”“假票据”“假病情”情况					
17	其他违法违规行为					
合计						

定点零售药店自查自纠情况统计表

填报单位：		填报人：			填报时间：		
序号	检查内容	自查情况	是否存在违 规情况	违规例数	涉及违规金额 (元)	整改情况	
1	医保基金使用内部管理制度建设情况						
2	医保基金相关制度、政策培训情况						
3	是否配备必备的医保管理人员和药师专业人员						
4	有无严格按照实名就医和购药管理规定，核验参保人医保凭证；						
5	是否及时通过医保系统准确全面上传医保结算数据；						
6	是否有以伪造、变造医保药品“进销存”票据和账目、伪造处方或参保人费用清单等方式，骗取医保基金的行为；						
7	是否存在将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障资金的行为；						

序号	检查内容	自查情况	是否存在违规情况	违规例数	涉及违规金额 (元)	整改情况
8	是否存在为非定点医疗机构、零售药店或暂停服务协议 的定点药店提供医保刷卡结算，或将医保结算设备 转借或赠与他人，改变使用场地的行为；					
9	是否存在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的行为，以及其他医保违 规行为。					
10	其他违法违规行为					
合计						

参保人违规情况统计表

填报单位：		填报人：		填报时间：		
序号	检查内容	自查情况	是否存在违规情况	违规例数	涉及违规金额（元）	整改情况
1	是否存在将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用或是使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的					
2	是否存在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等情况					
3	是否存在通过伪造、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违法违规行为					
4	是否存在重复享受医疗保障待遇的情况					
合计						

备注：由医保部门、定点医药机构结合实际自查填写。