

2021 年全区定点医药机构医保违法违规行为 专项治理工作方案

为贯彻落实省委省政府、市委市政府关于医保基金安全工作的决策部署，在区委、区政府的领导下，认真做好中央巡视反馈问题整改，深入推进新一轮“三个以案”警示教育，根据淮北市医疗保障局《2021 年全市定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作方案》要求，就我区开展医保定点医药机构专项治理工作，制定以下工作方案。

一、工作目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以人民健康为中心，坚持把基金监管作为医保工作的生命线。以太和医疗机构骗保问题为鉴，按照省、市统一部署，在全区开展医保定点医药机构全覆盖专项治理工作，坚决刹住欺诈骗保不正之风，探索建立严密有力的医保基金监管机制，确保广大参保人“治病钱”“救命钱”安全高效、合理使用，推动医疗保障事业高质量发展，不断提高人民群众医疗保障获得感。

二、工作重点

坚持驻点督察、日常检查全覆盖与抓重点补短板相结合，坚持清存量与遏增量相结合，坚持强化外部监管与加强内部管理相结合，在全面治理定点医药机构违法违规行为同时，重点整治“假病人”“假病情”“假票据”等“三假”欺诈骗保问题和定点专科

医院、一级综合医院等医疗乱象。治理的重点内容：

（一）医疗机构医保管理问题

1. 未建立医疗保障基金使用内部管理制度，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。

（二）一般违法违规问题

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. 导致医疗保障基金损失的其他违法违规行为等。

(三) 欺诈骗保问题

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。

(四) 零售药店管理问题

1. 营业执照、药品经营许可证核准的经营范围与其实际经营范围不一致;

2. 冒用参保人员名义进行基本医疗保险费用结算, 或者伪造参保人员购买记录骗取基本医疗保险基金;

3. 为他人利用基本医疗保险凭证套取基金提供帮助的;

4. 通过串换药品、耗材、物品等骗取医保基金;

5. 未建立药品进销存台账;

6. 为非定点零售药店或其他机构提供医保费用结算;

7. 其他违法违规行为。

三、工作步骤和措施

(一) 学习教育阶段(3-12月)。召开全区各级医保定点医

药机构专项治理工作会议，开展理想信念和法纪教育，结合在全区开展以“四看四促”为主要内容的新一轮“三个以案”警示教育，部署医保定点医药机构干部职工深入学习习近平新时代中国特色社会主义思想、十九届四中、五中全会和十九届中央纪委四次、五次全会精神、《中国共产党纪律处分条例》《党委（党组）落实全面从严治党主体责任规定》；组织医保部门结合学习贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》，围绕“宣传贯彻条例、加强基金监管”全国医保基金监管集中宣传月主题，开展形式多样、深入人心的宣传活动，加大对专项治理工作的宣传力度，向社会公布举报方式、公开专项治理内容、通告工作进展，引导公众正确认知、主动参与基金监管工作，充分发挥群众监督作用。

（二）存量问题清零阶段（3-6月）。区医保部门要把自组建以来至2020年12月底，经飞行检查、信访举报、自查自纠发现但未查处完结的问题，进行整改销号，存量清零。要逐项清查、建立台账，并明确责任人员、时间表和路线图。6月21日前，要全面总结历史问题清零情况，并形成书面材料报市医保局。

（三）现场检查全覆盖阶段（4-7月）。在区医疗保险基金督察联合执法领导小组的领导下，区医保、卫健、市场监管部门分别牵头，抽调纪检监察、审计、财务、医疗等相关专家成立专项驻点督察组，对辖区内全部定点医药机构2020年6月1日至2021年5月31日医保政策执行情况开展驻点督察和现场检查。专项检查组主要检查辖区定点医药机构，其中，

对“三假”（假病人、假病情、假票据）问题治理可以追溯到2019年，并贯穿到全年基金监管工作中。在专项治理期间，区医保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。

（四）抽查全覆盖阶段（8-10月）。由区委督查室牵头，区医保局会同纪检监察组，抽调业务骨干成立飞行检查组，对定点医疗机构采取随机抽查方式，对上一年度基金支付排名前5位、以及举报投诉集中且违规问题突出的定点医疗机构进行抽查，抽查比例不低于10%。抽查时，应同时了解驻点督察组开展检查的情况。抽查可以与医保经办机构审核结算、稽核检查评估同步开展。

对检查抽查中发现定点医药机构医保管理和一般违规违法问题，要责令改正，约谈有关负责人，造成医保基金损失的，按照《条例》和协议规定追回医保基金，并处以罚款。

对检查抽查中发现定点医疗机构“三假”等严重欺诈骗保问题，要严格按照《条例》和协议规定追回医保基金，处以顶格罚款、暂停医保医药服务直至解除协议，做到发现一起、彻查一起、严惩一起、曝光一起。

涉及违反法律、行政法规的，及时移交有关主管部门依法处理；构成犯罪的，一律移交司法部门追究刑事责任。

（五）总结完善阶段（11月）。各单位要认真总结专项治理中的好经验、好做法，把专项治理期间形成的有效措施制度化、

常态化，并于11月5日前将专项治理情况报告及相关典型案例报送市医保局。区医保局将专项治理情况11月20日形成专题报告上报区委、区政府、区纪委监委。

四、工作要求

（一）提高政治站位，强化责任担当。各成员单位要以太和医疗机构骗保问题为镜鉴，增强政治意识，提高政治站位，发挥全面从严治党引领保障作用，严格落实基金监管责任。各单位要按照全区统一的工作方案，明确责任分工，召开工作推进会，确保我区专项治理工作部署落实到位。各成员单位主要负责同志为专项治理第一责任人，负总责、亲自抓，明确时间表和路线图，把准重点，突破难点，认真组织落实，坚决打赢专项治理攻坚战。对未履行、不当履行或违规履行监管职责的，严肃追责问责；涉嫌犯罪的，及时移送司法机关处理。

（二）加强协同配合，形成监管合力。区医疗保险基金督察联合执法领导小组办公室要积极主动协调各级各部门，认真组织实施专项行动。各成员单位要密切配合、加强联动，做好工作衔接，要互通信息，及时反馈工作动态，探索建立一案多查、一案多处工作机制，真正形成基金监管的合力。宣传部门负责营造整个专项治理期间的舆论宣传氛围，纪检监察部门履行对基金监管监督责任，卫生健康部门履行医疗机构的监督管理主体责任，医保部门履行基金监管主体责任，市场监管部门履行价格违法行为和零售药店的主体监管责任，镇、街道、开发区履行好对参保人

的宣传教育责任。

（三）健全完善制度，提升监管水平。各成员单位要坚持问题导向，汲取太和事件教训，针对此次专项治理发现的薄弱环节和问题，认真归纳梳理，深刻剖析原因，找准症结所在，举一反三，堵塞漏洞。要认真梳理排查基金监管工作短板，研究普遍性、系统性和制度性的问题，进一步完善制度和政策，细化风险防控措施，不断强化医保基金监管能力和监管体系现代化。

（四）严明纪律规矩，廉洁高效工作。专项治理过程中，要严格遵守法律法规，依法依规开展检查，规范驻点督察和协议管理行为，不断推动监管工作信息公开透明。要严格遵守廉洁纪律规定，严禁利用工作之便刁难检查对象，不得收受检查对象的财物和接受宴请等，不得影响其正常工作秩序。

