

郎溪县医疗保障局文件

郎医保综〔2021〕5号

关于印发《2021年郎溪县定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作方案》的通知

各定点医疗机构，县医保中心：

现将《2021年郎溪县定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作方案》印发给你们，请按照文件要求，认真贯彻落实。



抄送：市医保局，县卫健委。

2021 年郎溪县定点医疗机构医保违法 违规行为专项治理工作方案

为贯彻落实党中央、国务院、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，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，以整治医疗机构骗保问题为切入点，扎实在全县开展定点医疗机构医保违法违规行为全覆盖专项治理工作，坚决刹住欺诈骗保不正之风。根据《医疗保障基金使用监督管理条例》和《宣城市医疗保障局关于印发〈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〉的通知》（宣医保〔2021〕2 号）文件精神，结合我县实际，就我县开展专项治理工作，制定以下工作方案。

一、工作重点

在全面治理定点医疗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。

二、工作步骤

（一）学习教育阶段（3月1日—12月31日）。认真贯彻落实省市医保定点医疗机构专项治理工作会议要求，开展理想信念和法纪教育，结合在全省开展以“四看四促”为主要内容的新一轮“三个以案”警示教育，部署医保系统和定点医疗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》；学习贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》，4月份组织开展“宣传贯彻条例、加强基金监管”集中宣传月活动，开展形式多样、深入人心的宣传活动，举办《条例》培训班，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）现场检查全覆盖和存量问题清零阶段（3月1日—6月10日）。县医保局联合县卫健委组织人员共同开展全县定点医疗机构全覆盖检查，结合市局检查反馈问题、专项治理“回头看”、飞行检查、信访举报、自查自纠发现问题整改情况，对辖区内全部定点医疗机构2020年6月1日至2021年5月31日医保政策执行情况开展现场检查；同时对2019年2月以来各类检查及自查自纠发现但未处理完结的存量问题整改销号清零，并将处理意见形成通报，将重大违规问题予以移交处理。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。

（三）迎接省、市抽查检查阶段（6月11日—10月31日）。局属各股室、各定点医疗机构准备好全覆盖检查的相关资料，重点是2020年度全市医保基金支付金额前30位以及举报投诉集中的定点医疗机构要强化规范管理、狠抓整改落实，做好迎接省、市抽查检查准备工作。

（四）总结完善阶段（11月1日—12月31日）。各定点医疗机构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，县医保局将定期通报，并将专题报告和相关典型案例上报市医保局和县委、县政府、县纪委监委。

同时，在全年专项治理过程中，除开展现场检查外，积

积极探索开展智能审核，通过智能审核解决医保信息数据量大、患者众多、审核难度大等问题，重点解决慢性病就诊问题。借助我县医疗质量、医疗费用控制中心和第三方评审专家的力量，按照每个季度不少于1次第三方评审的要求，进一步扩大病历抽取比例，精准查处医保违法违规行为。

三、工作要求

（一）高度重视，加强领导。成立以县政府分管领导为组长的医疗保障基金监管工作领导小组和联席会议制度。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，县医保局主要负责同志为专项治理第一责任人，负总责、亲自抓。

（二）精心谋划，压实责任。按照全市统一的工作方案，明确责任分工，认真谋划，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。

（三）加强配合，形成合力。积极主动商请卫生健康委、市场监督管理、财政、审计、公安等相关部门，加强信息互通共享，及时将有关违规违纪违法问题和线索，移送纪检监察、卫生健康和市场监管等部门，形成基金监管合力。

（四）依法依规，严肃查处。对检查抽查中发现定点医疗机构医保管理存在违法违规问题，将责令改正，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，情况严重的将顶格处理，坚决做到发现一起、彻查一起、严惩一起、曝光一起。涉及违反其他法律、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）严明纪律，守牢底线。专项治理过程中，要严格遵守法律法规，依法依规开展检查，规范监管检查和协议管理行为，不断推动监管工作信息公开透明。要严格遵守廉政纪律规定，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，不得影响正常工作秩序。