

长治市医疗保障局文件

长医保发〔2019〕14号

长治市医疗保障局 关于印发《2019年医疗保障基金监管 工作方案》的通知

各县（区）医疗保障局，市医保中心：

为加强医保基金监管，打击欺诈骗保行为，切实维护基金安全，根据山西省医疗保障局印发的《2019年医疗保障基金监管工作方案》（晋医保发〔2019〕19号）精神，市医疗保障局制定了《2019年医疗保障基金监管工作方案》，现印发给你们，请结合实际认真组织实施。

长治市医疗保障局
2019年4月29日



2019 年医疗保障基金监管工作方案

为进一步加强医疗保障基金监管，深入开展打击欺诈骗保专项治理，切实维护基金安全，根据省医疗保障局《2019 年医疗保障基金监管工作方案》精神，按照 2019 年全市医疗保障工作部署，结合我市实际，制定本工作方案。

一、工作目标

通过落实各项重点工作，基金监管制度机制进一步完善、基金监管能力建设进一步加强、智能监控水平进一步提高、医保诚信体系建设进一步推进、打击欺诈骗保专项治理成效进一步提升、参保人员权益得到维护、基金安全得到保障。到 2019 年底，定点医药机构监督检查率 100%、监管岗位人员培训率 100%、智能监控系统覆盖率 100%。

二、工作任务

（一）开展专项治理

1、时间安排

2019 年 4 月 1 日至 11 月 30 日。

2、治理重点

对二级及以上公立医疗机构，重点查处挂床住院、分解收费、超标准收费、重复收费、套用项目收费、不合理诊疗等违法违规行为；对基层医疗机构，重点查处挂床住院、虚

记费用、串换药品、耗材和诊疗项目等行为。

对社会办医疗机构，重点查处挂床住院，诱导参保人员住院，虚构医疗服务、伪造医疗文书票据、盗刷社保卡等行为。

对定点零售药店，重点查处盗刷社保卡、诱导参保人员购买化妆品、生活用品等行为。

对参保人员，重点查处伪造虚假票据报销、冒名就医、使用社保卡套现或套取药品、耗材等行为。

对医保经办机构（包括协议服务的商保机构）加强监督检查，重点查处内审制度不健全、基金稽核不全面、履约检查不到位、违规办理医保待遇、违规支付医保费用以及内部人员“监守自盗”、“内外勾结”等行为。

3、工作步骤和要求

4月底前，制定全市医疗保障基金监管工作方案，完善市级打击欺诈骗保专项行动领导小组工作机制，加强与卫生健康、公安、药监、审计、财政和纪检监察等部门协调配合，推进综合治理和重大案件查处等工作，形成监管合力。

4月份，开展全市打击欺诈骗保集中宣传月活动，5月10日前报送宣传工作总结。

4—8月，各县区全面开展专项治理自查工作，依法处理、集中曝光一批违法违规典型案例；各县区自查工作情况务于8月20日前报告市局。

9—11月，省局、市局将按照不低10%的比例开展抽查复查，查漏补缺，必要时开展交叉检查，加大检查力度，进一步完善总结提高。

全年对全市定点医疗机构3823家（含村卫生室）、定点药店689家实施监督检查全覆盖，并于每月5日前报送《打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况统计表》。各县区医保经办机构负责本县区内专项治理情况的数据统计工作，并向各县区医疗保障局和市医保中心报送，市医保中心统一汇总后报送市医疗保障局。

（二）完善基金监管制度

1、推进实施举报奖励。出台《长治市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》，明确举报奖励标准和申领、审批、发放流程等规定，依法保护举报人合法权益。

2、完善举报投诉管理。规范举报处理流程，建立举报线索台账，明确受理和查处标准，认真核查、甄别真伪、限时办结、确保线索办理流向、处理结果“一账清”，形成受理、交办、查处、反馈一体化机制。

（三）加强基金监管能力建设

1、推动行政监管体系建设。建立健全行政执法监管体系，充实行政监管队伍，保障必要的行政执法力量和执法手段。明确事权职责划分，理顺行政监管和协议管理关系，促进行政监管和经办管理相互补充，形成合力。

2、探索创新基金监管方式。探索创新医疗保障基金监管方式，探索诚信体系建设，引进医保智能监控系统，委托第三方开展费用审核、现场调查、医疗巡查、交叉稽核、异地稽核等业务，提升监控质量和效率。

3、开展基金监管业务培训。大力开展基金监管法律法规、执法规程、费用稽核等业务知识培训，提高行政监管能力和执法水平，提升经办机构内审稽核能力，实现基金监管岗位人员全员参加国家、省级、市级培训。

（四）推进医保智能监控系统建设

1、完善医保智能监控系统。依据全国统一的技术标准、业务标准、业务规范和国家医疗保障信息平台建设需求，按照全省完善医保智能监控系统要求，推动全市医保信息化建设提档升级。

2、强化医保智能审核监控系统应用。建立健全医保智能审核监控系统，推广互联网+视频监控，根据欺诈骗保行为特点变化，完善监控规则、细化监控指标和智能监控知识库，促进智能监控提质增效，实现对医疗服务行为的事先提示、事中监控预警和事后责任追溯。

3、确保信息安全。智能监控涉及数据挖掘、归集和使用，涉及与信息技术、商业保险机构等第三方单位合作，要依法依规签订保密协议，明确保密责任，加强权限管理。

（五）强化协议管理和内部控制

1、规范协议内容。各县区要按照属地管理原则，落实省、市关于加强医保协议管理确保基金安全有关工作的要求，完善细化协议内容，明确违约行为及对应处理措施。特别要针对以年度总额超标为名拒收医保病人、以医院缺药为名让参保患者院外购药以及滥用辅助性、营养性药品等过度医疗行为，加大约束与整治力度，增强协议管理的针对性和有效性。

2、加强协议管理。全方位开展对定点医药机构履行协议情况的检查稽核。规范初审、复审两级审核机制，运用多种手段，严格费用审核，实现医疗费用 100%初审。采取随机、重点抽查等方式复审，住院费用抽查复审比例不低于 5%。

3、完善内控机制。对全市经办机构全面开展内控检查，重点检查经办机构内部管理是否规范、各项制度是否健全、岗位职责是否制衡，对违约定点医药机构是否按协议处理到位。

（六）推进诚信体系建设

1、探索医保基金监管诚信体系建设。积极探索医保基金监管诚信体系建设相关标准、规范和指标体系，相关信息采集、评分和运用等内容。

2、探索建立医保“黑名单”制度。探索建立严重违规定点医药机构、医保医师和参保人员“黑名单”制度。探索完善“黑名单”向社会公开的方式方法。积极推动将医疗保

障领域欺诈骗保行为纳入国家信用管理体系，发挥联合惩戒威慑力。

3、推进行业自律。鼓励并促进公立医疗机构、非公立医疗机构、零售药店、医师等行业协会开展行业规范和自律建设，制定自律公约，促进行业自我规范和自我约束，参与诚信体系建设，提升行业诚信水平。

三、保障措施

（一）加强组织领导。各县区医疗保障部门要充分认识基金监管工作的重要性、紧迫性和艰巨性，将维护基金安全作为当前医疗保障工作的首要任务，严明政治纪律，强化责任担当，创造性开展工作，确保 2019 年各项基金监管任务圆满完成。要实行基金监管“一把手”负责制，主要负责同志要亲自抓，加强统筹谋划和工作调度，协调解决基金监管中的重点、难点问题，确保监管工作顺利开展。

（二）建立绩效评价体系。执行省医疗保障局以检查数、追回基金数量、处理医药机构数量和质量等为考核重点的打击欺诈骗保绩效评价体系，开展日常和定期执法督查工作。强化激励问责，对工作任务完成好的部门和个人给予表扬；对工作落实不力，慢作为、不作为的给予批评、约谈、通报；对涉嫌失职渎职的，依法依规严肃追究相关人员责任。

（三）加强信息报送。各县区要加强信息统计和报送工作，按照市局要求上报统计数据，切实提高信息报送质量和

时效性。实行要情报告制度，对已查处的涉案金额 50 万元以上，或移交公安机关，或可能引起舆论关注的重大案件，须于案件办结或移交公安机关后三日内，将发现过程、违法违规事实、处理结果、处理依据等有关情况报告市局，其他重要情况及时报送。

（四）开展交叉检查。市医疗保障局将不定期组织各县区开展交叉检查，各县区接到交叉检查通知后，要严肃工作纪律，积极主动配合，并按要求完成交叉检查后续查处工作。

- 附件：1、《打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况统计表》（一）
2、《打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况统计表》（二）
3、《打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况统计表》（三）

打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况统计表(一)

2019年 月

填报单位:

[illegible]

单位负责人:

部门负责人:

经办人:

注：1. 因一个定点医疗机构有多种处理形式，所以 $4 \leq 5+6+7+8+9+10+11+12$

2. 违规例数指违规的病历数。

3. “医保统筹基金”是指追回的基金本金，“追回金额”包括违约金和基金本金。

（三）打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况统计表

2019年 月

[illegible]

经办人:

备注: 1. 违规例数指违规的人次数。

2. “医保统筹基金”是指追回的基金本金, “追回金额”包括违约金和基金本金。

