

铜陵市医疗保障局文件

铜医保办〔2021〕17号

铜陵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

县（区）医疗保障局，局各科室、单位，各定点医疗机构：

现将《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》印发给你们，请认真贯彻落实。



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

为贯彻落实国家、省、市关于医保基金安全工作的部署安排，以太和县医疗机构骗保案件为镜鉴，扎实推进新一轮“三个以案”警示教育，坚决刹住欺诈骗保不正之风，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，决定 2021 年在全市范围内开展定点医疗机构医保违法违规行为专项治理。现结合我市实际，制定如下工作方案：

一、目标任务

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，深入贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，在全市范围内扎实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，加强政策引导和部门联合执法，规范定点医疗机构诊疗服务和收费行为，提高医疗机构精细化管理水平，切实维护医保基金安全，保障公民医疗保障合法权益，增强人民群众的获得感、幸福感和安全感。

二、工作重点

坚持监督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；

8. 历史违规问题未整改到位。

（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。

三、工作步骤和措施

（一）学习教育阶段（3-12月）。召开全市医保定点医疗机构专项治理工作会议，开展理想信念和法纪教育，推进新一轮“三个以案”警示教育，组织医保部门、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》等；结合医保违规违法案例警示，学习贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》；开展“宣传贯彻条例、加强基金监管”医保基金监管集中宣传月活动，组

织开展适宜形式、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）。县区医保局要把自组建以来至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20日前，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）。市及县区医保局统筹经办机构、第三方机构力量，结合现场稽核目标任务，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。市医保局主要检查市属定点医疗机构；县（区）医保局主要检查县（区）属定点医疗机构。社会办医疗机构由所在地医保行政部门负责检查。市医保局在全覆盖现场检查过程中，适时组织县区开展交叉互查。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。

（四）抽查全覆盖阶段（8-10月）。市医保局会同市卫健委抽调第三方机构和县区医保部门业务骨干成立市级检查组，采取随机方式，对各县区上一年度基金支付排名前10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 30%。抽查时，同时了解属地医保部门对该医疗机构开展检查的情况。抽查与医保经办机构审核结算、稽核检查同步开展。在专项治理期间，各地要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。

对检查抽查中发现定点医疗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，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）总结完善阶段（11-12 月）。各县区医保局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 10 日前将专项治理情况报告及相关典型案例报送市医保局，由市医保局汇总上报省医保局和市委、市政府、市纪委监委。

四、工作要求

（一）提高政治站位，压紧压实责任。要深入学习习近平总书记关于医疗保障工作的重要论述，增强政治意识，提高政治站

位，认清形势，切实把强化基金监管、维护基金安全作为当前首要任务来抓。各县区医保局要迅速行动，按照工作方案要求，制定时间表和路线图，成立工作专班，明确责任分工，主要负责同志为第一责任人，对本辖区专项治理工作负总责，要亲自上手、勇于担当，聚焦难点、靠前指挥，切实增强责任感和紧迫感。

（二）加强协同配合，形成监管合力。各级医保部门要积极主动与卫生健康、市场监管、财政、审计、公安等部门沟通协调，充分发挥牵头作用，组织开展联合检查。要注重基金监管结果应用，加强信息互通共享，及时将有关违规违纪违法问题和线索，移送相关部门，探索建立一案多查、一案多处工作机制，形成基金监管合力。

（三）强化自身建设，提升监管水平。各级医保部门要充分发挥经办机构、相关部门和第三方机构力量，组织医保相关领域专业人员，对定点医疗机构违法违规问题深挖细查，确保专项治理取得实效。要坚持问题导向，针对专项治理发现的薄弱环节和问题，抓紧补短板、强弱项、堵漏洞。要根据《安徽省医疗保障局关于做好 2021 年基金监管工作的通知》（皖医保秘〔2021〕15 号）要求，加强制度建设，加快推进基金监管法治化、专业化、规范化、常态化，不断提升基金监管能力和水平。

（四）严明纪律规矩，廉洁高效工作。在专项治理过程中，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。在对待医疗机构违法违规问题上，要做到不含糊、不遮掩、不手软，坚决杜绝形式主义官僚主义作风，对发现的失职、渎职甚至内外勾结的，坚决盯住不放，严肃追责。