濉溪县医疗保险基金督察

联合执法领导小组

文件

濉医保督〔2020〕1号

关于印发《2020年濉溪县打击欺诈骗保

专项治理工作方案》的通知

县医疗保险基金督察联合执法领导小组各成员单位：

现将《2020年濉溪县打击欺诈骗保专项治理工作方案》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

2020年5月6日

2020年濉溪县打击欺诈骗保专项

治理工作方案

为深入贯彻党的十九届四中全会和十九届中央纪委四次全会及省纪委十届五次全会精神，根据《安徽省医疗保障局关于印发<2020年全省打击欺诈骗保专项治理工作方案>的通知》（皖医保发〔2020〕8号）、淮北市医疗保险基金督察联合执法领导小组《关于印发<2020年全市打击欺诈骗保专项治理工作方案>的通知》（淮医保督〔2020〕2号）要求，就我县开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作，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，按照全市统一部署，在全县开展以医保经办机构（含承办意外伤害保险和大病保险的商保机构，以下简称为“医保经办机构”）、协议管理医疗机构、紧密型县域医共体牵头单位基金专用账户（以下简称“两机构一账户”）和协议零售药店自查自纠、联合检查抽查为重点的专项治理工作，以零容忍的态度坚决打击医保领域欺诈骗保行为，坚持堵漏洞、强监管、重处罚、严震慑，加强医保基金监管，加大打击欺诈骗保工作力度，切实解决群众反映强烈的突出问题，不断提高人民群众医疗保障的获得感、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、自查自纠与检查抽查相结合、强化外部监管与加强内部管理相结合，分类推进医保违法违规行为专项治理。重点治理“两机构一账户”单位和协议零售药店欺诈骗保以及侵占挪用医保基金方面的违法违规行为。

**1、医保经办机构：**医保目录录入不严谨、待遇政策维护不精准、新冠肺炎救治保障政策落实不到位；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、虚假参保、违规拖欠协议管理医药机构费用；以及内部人员“监守自盗”、内外勾结等违规违纪违法行为。

**2、协议管理医疗机构：**超标准收费、重复收费、分解收费、串换项目收费；虚增医疗服务、伪造医疗文书票据；超医保支付范围（限定）结算；挂床住院、诱导住院、不合理住院、不合理诊疗及其他违规违纪违法行为。

**3、紧密型县域医共体牵头单位基金专用账户：**医保基金专用账户管理制度不健全，基金拨付审批机制不完善；审计整改不到位；未按财务制度设立基金专用账户，未建立基金结余分配相关制度；侵占挪用医保基金以及违规使用医保基金等违规违纪违法行为。

**4、协议零售药店：**营业人员不持证上岗；不按规定打印药品清单；营业时间执业药师不在岗；违规摆放或销售日用百货、生活用品等非药械类物品；将本店医保刷卡系统移至其他非协议管理医疗机构或药店；摆放和销售假冒伪劣、过期药品；摆放或销售妆字号非药品类物品。

三、工作步骤

按照省、市医保局统一部署，我县专项治理时间安排在2020年4月到11月，分五个阶段进行：

**第一阶段：动员部署阶段（4月）。**一是组织召开全县打击欺诈骗保专项治理工作推进会，部署“两机构一账户”单位开展理想信念和法纪教育，组织各协议管理医药机构多种形式，多渠道集中宣传解读医疗保障基金监管法律法规与政策规定，曝光违规典型案例，形成强大舆论攻势，营造“不敢骗、不能骗、不想骗”的社会氛围。二是畅通举报投诉渠道。向社会公布举报投诉电话，方便举报人举报。三是落实举报奖励制度。严格贯彻执行安徽省医保局、省财政厅联合下发的《安徽省打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》规定，落实奖励资金，确保举报奖励及时兑现，激发群众参与热情。

**第二阶段：自查自纠阶段（5月）。**对照专项治理工作重点和主要内容，认真组织“两机构一账户”单位积极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2018年1月1日至2020年5月31日。6月5日前，40家县域内协议管理医疗机构要向县医保局基金监管股书面报送自查报告，分2018年度、2019年度、2020年度三个年度列明自查出的问题和整改落实情况，并将自查自纠的违规问题涉及医保基金退回县医保局。

**第三阶段：检查抽检阶段（6月- 8月）。**在县医疗保险基金督察联合执法领导小组的统一部署下，县医保局会同县纪检监察、县卫健委、县市场监管等部门组织专项检查组进行医保基金监管驻点督察和现场检查。专项检查组主要检查 “两机构一账户”单位、举报反映强烈的定点基层医疗机构以及社会办医疗机构。

8月，县医保局会同驻县卫生健康委纪检监察组，抽调业务骨干成立督查组，对自查自纠及专项检查组检查情况进行抽查。对抽查发现医疗机构仍然存在违规使用医保基金的行为，依规依纪依法严肃处理，绝不姑息，并公开通报曝光。对检查人员履职不力、慢作为、乱作为的，严肃追责问责。

**第四阶段：巩固复核阶段（9月1日至10月20日）。**对省、市局飞检我县移交的问题，我局落实对涉及违规的“两机构一账户”作进一步调查核实和处理。适时组织“回头看”，对前期查处涉及违规金额较大、性质较恶劣的“两机构一账户”再复查，巩固前期整治成果。

**第五阶段：总结完善阶段（10月21至10月31日）。**对县域内协议管理医疗机构自查、组织全面检查、复查的情况，形成总结报告上报。对检查中发现的问题及处理决定，予以全县通报。对整个行动中发现查处的问题要全面总结，认真剖析，分析原因，进一步完善管理措施，以堵塞漏洞，从源头治理，认真总结好经验、好做法，把专项治理期间形成的有效措施制度化、常态化。

四、工作要求

**1、提高政治站位，加强组织领导。**各成员单位要将维护医保基金安全作为重要政治任务，增强政治意识，提高政治站位，严格落实基金监管责任。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，保质保量完成专项治理工作任务。

**2、加大宣传力度，营造良好氛围。**各成员单位要结合新冠肺炎疫情防控形势，持续掀起“打击欺诈骗保 维护基金安全”宣传高潮，妥善组织开展形式适宜、深入人心的宣传活动，加大对专项治理工作的宣传力度，通过官方网站、微信公众号等载体，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。

**3、加强协同配合，形成监管合力。**领导小组办公室要积极主动协调各成员单位，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，真正形成基金监管的合力，探索建立一案多查、一案多处工作机制。

**4、健全完善制度，巩固工作成果。**2020年是医保基金监管规范年，各成员单位要坚持问题导向，注重调查研究，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。

**5、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。

附件：1.濉溪县医保经办机构自查情况统计表

2.濉溪县协议管理医疗机构自查情况统计表

3.濉溪县紧密型县域医共体牵头单位基金专用账户

自查情况统计表

4.濉溪县协议零售药店自查情况统计表

附件1

濉溪县医保经办机构自查情况统计表

**填报单位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **违规行为** | | **违规内容** | **违规例（次）数** | **违规金额（万元）** | **备注** |
| 1 | 医保目录录入不严谨 | |  |  |  |  |
| 2 | 待遇政策维护不精准 | |  |  |  |  |
| 3 | 新冠肺炎救治保障政策落实不到位 | |  |  |  |  |
| 4 | 内审制度不健全 | |  |  |  |  |
| 5 | 基金稽核不全面 | |  |  |  |  |
| 6 | 履约检查不到位 | |  |  |  |  |
| 7 | 违规办理医保待遇 | |  |  |  |  |
| 8 | 违规支付医保费用 | |  |  |  |  |
| 9 | 虚假参保 | |  |  |  |  |
| 10 | 违规拖欠协议管理医药机构费用 | |  |  |  |  |
| 11 | 内部人员“监守自盗” | |  |  |  |  |
| 12 | 内外勾结 | |  |  |  |  |
| 13 | 其他违法违规行为 | |  |  |  |  |
| 填表人： | |  | 联系电话： 日期： |  | 审核人： |  |

附件2

濉溪县协议管理医疗机构自查情况统计表

**填报单位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **违规行为** | | **违规内容** | **违规例（次）数** | **违规金额（万元）** | **备注** |
| 1 | 超标准收费 | |  |  |  |  |
| 2 | 重复收费 | |  |  |  |  |
| 3 | 分解收费 | |  |  |  |  |
| 4 | 串换项目收费 | |  |  |  |  |
| 5 | 虚增医疗服务 | |  |  |  |  |
| 6 | 伪造医疗文书票据 | |  |  |  |  |
| 7 | 超医保支付范围（限定）结算 | |  |  |  |  |
| 8 | 挂床住院 | |  |  |  |  |
| 9 | 诱导住院 | |  |  |  |  |
| 10 | 不合理住院 | |  |  |  |  |
| 11 | 不合理诊疗 | |  |  |  |  |
| 12 | 其他违规违纪违法行为 | |  |  |  |  |
| 填表人： | |  | 联系电话： 日期： |  | 审核人： |  |

附件3

濉溪县紧密型县域医共体牵头单位基金专用账户自查情况统计表

**填报单位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **违规行为** | | **违规内容** | **违规例（次）数** | **违规金额（万元）** | **备注** |
| 1 | 医保基金专用账户管理制度不健全 | |  |  |  |  |
| 2 | 基金拨付审批机制不完善 | |  |  |  |  |
| 3 | 审计整改不到位 | |  |  |  |  |
| 4 | 未按财务制度设立基金专用账户 | |  |  |  |  |
| 5 | 未建立基金结余分配相关制度 | |  |  |  |  |
| 6 | 侵占挪用医保基金 | |  |  |  |  |
| 7 | 其他存在基金安全风险行为和违规使用医保基金行为 | |  |  |  |  |
| 填表人： | |  | 联系电话： 日期： |  | 审核人： |  |

附件4

濉溪县协议零售药店自查情况统计表

**填报单位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **违规行为** | | **违规内容** | **违规例（次）数** | **违规金额（万元）** | **备注** |
| 1 | 营业人员不持证上岗 | |  |  |  |  |
| 2 | 不按规定打印药品清单 | |  |  |  |  |
| 3 | 营业时间执业药师不在岗 | |  |  |  |  |
| 4 | 违规摆放或销售日用百货、生活用品等非药械类物品 | |  |  |  |  |
| 5 | 将本店医保刷卡系统移至其他非协议管理医疗机构或药店 | |  |  |  |  |
| 6 | 摆放和销售假冒伪劣、过期药品 | |  |  |  |  |
| 7 | 摆放或销售妆字号非药品类物品 | |  |  |  |  |
| 8 | 其他违法违规行为 | |  |  |  |  |
| 填表人： | |  | 联系电话： 日期： |  | 审核人： |  |