

山东省医疗保障局
山东省卫生健康委员会
山东省公安厅文件
山东省财政厅
山东省药品监督管理局

鲁医保发〔2019〕27号

关于印发山东省打击欺诈骗取医疗保障
基金专项治理工作方案的通知

各市医保局、卫生健康委、公安局、财政局、市场监管局：

现将《山东省打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作方案》印发你们，请结合本地、本单位实际，切实抓好贯彻落实。



山东省医疗保障局



山东省卫生健康委员会



山东省公安厅



山东省财政厅

(此件主动公开)



山东省药品监督管理局

2019年3月27日

山东省打击欺诈骗取医疗保障 基金专项治理工作方案

为贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府决策部署，巩固医保基金监管的高压态势，维护医保基金安全，决定在全省范围内开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理，特制定如下工作方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中全会精神，认真落实中央经济工作会议、国务院医疗保障工作座谈会、全国医疗保障工作会议和全国医疗保障基金监管工作会议精神要求，将确保医保基金安全作为当前首要任务，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、目标任务

在专项治理工作中，实现对定点医药机构检查、举报线索复查、智能监控的三个“全覆盖”。一是定点医药机构检查全覆盖。各地逐一排查辖区内定点医药机构违法违规违约行为，实现定点医药机构现场检查全覆盖，其中各市组织检查比例不低于 20%，省医保局组织抽查比例不低于 10%，并分别形成工作台账。二是举报线索复查全覆盖。各地要建立案件查办台账，限时办结。省里将对国家和省移交的线索全部进行复查，强化线索查办的督导

检查。三是医保智能监控全覆盖。进一步完善智能监控规则，细化事前预警、事中监控指标，拓展监控功能，扩大监控范围，提高监控质量，实现各级经办机构智能监控定点医药机构申报费用100%全覆盖初审。

三、治理重点

各地要结合去年专项行动中投诉举报和案件查办情况，按照违法违规规约行为的类别、性质，进一步区分重点监管对象，分类施策，精准打击。

（一）二级及以上公立医疗机构。重点查处分解收费、超标准收费、重复收费、重复检查、套用项目收费、不合理诊疗等行为。

（二）基层医疗机构。重点查处挂床住院、分解住院和无指征住院，串换药品、耗材和诊疗项目等行为。

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

（四）定点零售药店。重点查处聚敛盗刷社保卡、诱导参保人员购买化妆品、生活用品等行为。

（五）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、耗材倒买倒卖等行为。

（六）医保经办机构（包括承办基本医保和大病保险的商保机构）。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。

四、方法步骤

(一) 制定方案。各地要根据本方案要求，结合本地实际，制订具体实施方案报省医保局。(2019年3月)

(二) 组织自查整改。各地要组织定点医药机构对照专项治理重点，对本单位近两年的医保基金使用情况进行自查，查找自身存在的违法违规违约行为，深刻剖析问题产生原因，提出整改措施，于4月30日前形成自查整改报告并签署《维护医保基金安全承诺书》一并报当地医保行政部门。对通过自查发现欺诈骗取医保基金行为并主动退回基金的定点医药机构，根据情节可以从轻、减轻或者免予处理。各市医保局要将组织开展定点医药机构自查整改情况报省医保局。(2019年4月)

(三) 全面检查。各市要在医药机构自查的基础上，综合运用约谈函询、智能监控、突击检查、专家审查等方式进行全面检查，着重核对参保人员人证是否相符、诊治用药是否适用诊断病症、药品耗材进销存是否账实相符、财务收费与个人应缴是否一致等，将医保基金支付全部纳入审核范围。对定点医药机构违反承诺，自查不彻底、不到位，存在欺诈骗保行为的，各地要从严、从重或顶格处理。(2019年5月至8月)

(四) 抽查复查。省里采取集中检查、联合检查、交叉检查和突击暗访等手段，加大统筹协调和督促检查力度，对各地定点医药机构进行抽查。(2019年9月至10月)

(五) 总结报告。各市梳理总结本地的专项治理工作情况，于11月中旬前上报省医保局。省医保局根据各地总结情况，结合

抽查复查情况于 11 月底前将全省专项治理情况上报国家医保局。

(2019 年 11 月)

五、保障措施

各级医保行政部门要理顺事权划分，明确医保基金行政监管与经办管理的关系；加强协调沟通，积极推动建立健全医保基金监管协调机制；强化信用管理，促进行业自律，形成监管合力，发挥联合惩戒的威慑力。

(一) 强化协议管理。完善定点协议内容，细化各类违约行为处置条款，增强协议可操作性。对因欺诈骗保被解除协议的医药机构，3 年内不得再与其签定协议。扩充医保协议内容，将医师药师纳入协议管理，进一步细化财务、药品耗材价格、参保人员收费等协议管理指标，规范医疗行为。

(二) 强化智能监控。按照国家医保智能监控示范点建设要求，加快推进市级实体监控大厅规范化建设，积极探索“人脸识别”、大数据分析等现代信息技术应用，提升智能监控的事前提醒和事中预警水平，实现对医疗费用、药品耗材、医疗行为全天候、全方位的立体式监控。

(三) 强化行政执法。建立医保基金行政执法的立案、调查、处理、归档等标准化办案体系，健全医疗保障行政执法信息公示、全过程记录、法制审核、集体审议等工作制度，严格执法程序，规范执法行为。加大行政处罚力度，对蓄意骗保违法行为，要严格按照《社会保险法》等法律法规的规定进行处罚，提高违法案件查办实效。

（四）强化信用管理。进一步建立健全医疗保障诚信体系，完善医保信用信息的采集、评价、共享和运用制度，探索对违规失信的医药机构、医师药师和参保人员实施信用管理，积极构建以信用为核心的新型医保监管体制。鼓励并促进医疗机构、零售药店、医师药师等行业协会制定自律公约，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。

（五）强化联合执法。进一步建立健全医保部门牵头，卫生健康、公安、药监等部门参加的医保基金监管执法协调推进机制。各部门要按照国家医保局等四部门《关于开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动的通知》（医保发〔2018〕13号）确定的职责分工，加强协作配合，定期组织开展联合执法检查，严肃查处欺诈骗保、医师药师资格证书挂靠等违法机构和个人；涉嫌犯罪的，依法追究刑事责任。

六、工作要求

（一）加强领导，落实责任。各地要高度重视医保基金监管工作，及时向党委政府汇报专项治理工作进展情况，结合地方实际，针对薄弱环节，确定1-2个专项治理重点，制定切实可行实施方案，明确任务目标，明确工作责任，明确完成时限，确保专项治理取得实效，不走过场。

（二）加强宣传，积极引导。一是开展集中宣传。3月29日，全省统一启动“打击欺诈骗保、维护基金安全”集中宣传月；4月份集中开展宣传活动，采取张贴宣传海报、发放宣传折页、播放动漫宣传片等多种措施，集中宣传解读医保法律法规与政策规

定，加强舆论引导和正面宣传。下发通知、召开动员会，安排部署定点医药机构对基金使用和医疗服务行为开展自查整改，曝光欺诈骗保典型案例，形成强大舆论攻势，营造“不敢骗、不想骗”的社会氛围。二是畅通举报投诉渠道。各地要向社会公布本级举报电话，扩充网站、电子邮箱、手机APP等举报渠道，也可统筹利用当地公共服务信息平台，方便举报人举报。三是落实举报奖励制度。各地要按规定落实奖励资金、明确奖励标准、细化发放流程，确保举报奖励及时兑现，激发群众参与热情。

（三）加强培训，提升能力。省里将组织开展全省各级医疗保障基金监管行政法规和执法规范培训，重点培训基金监管法律法规、违法违规典型案例、查处方式方法等，以案说法，以案教学，快速提高监管队伍业务能力。

（四）加强督导，强化问责。省里将采取“现场检查”、“四不两直”等方式，检查督促指导各地专项治理工作，重点加强对国家和省交办举报线索的查办工作。各部门要严肃工作纪律，积极配合国家“飞行检查”，并做好飞行检查后续查处工作。对工作落后和案件查办不力的，给予通报批评；对涉嫌失职渎职的，依法依规严肃追责。

抄报：国家医疗保障局

山东省医疗保障局办公室

2019年3月28日印发