

# 吕梁市医疗保障局文件

吕医保发〔2021〕36号

---

## 吕梁市医疗保障局 关于印发《进一步加强医疗保障基金监管 工作实施方案》的通知

各县（市、区）医疗保障局，市医保中心：

为认真贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，加强全市医保基金监管，根据《山西省医疗保障局关于做好2021年医疗保障基金监管工作的通知》（晋医保函〔2021〕9号）文件精神 and 市委、市政府决策部署，结合工作实际，市医保局制定了《进一步加强医疗保障基金监管工作实施方案》，

现印发给你们，请认真抓好落实。

吕梁市医疗保障局

2021年4月8日



(此件依申请公开)

# 吕梁市医疗保障局

## 关于进一步加强医疗保障基金监管工作的 实施方案

为认真贯彻学习《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》），深入贯彻落实山西省医疗保障工作会议精神和市委市政府决策部署，进一步加强全市医保基金监管工作，根据《山西省医疗保障局关于做好2021年医疗保障基金监管工作的通知》（晋医保函〔2021〕9号）文件精神，结合当前工作实际，现就我市2021年进一步加强全市医保基金监管工作制订如下实施方案。

### 一、指导思想

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、四中、五中全会精神，按照习近平总书记关于医疗保障工作的重要指示批示精神和国务院办公厅、山西省人民政府办公厅《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》要求，强化医保基金监管，规范医保服务行为，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，保障基金安全、高效、合理使用，维护群众医疗保障合法权益。

## 二、工作目标

通过深入学习贯彻落实《条例》、全面开展自查自纠、强化两定机构基金使用日常监管、健全完善监管体制机制等举措，全市医保基金监管的法治化、专业化、规范化、常态化水平进一步提高，行政监督执法体系更加健全顺畅，医保经办服务质量更加优质高效，定点医药机构医保服务行为更加自律规范，基金使用更加合法、安全、公开、便民，欺诈骗保行为得到有力遏制，影响基金安全与群众满意度的突出问题初步得到解决，群众获得感幸福感安全感显著增强。

## 三、重点任务

### （一）深入学习贯彻《条例》

将学习宣传、贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》作为2021年医保基金监管的中心工作，做到宣传、培训全覆盖，确保条例落地落实见效。一要加强宣传解读。今年4月份是“全国医保基金监管集中宣传月”，主题为“宣传贯彻条例 加强基金监管”。各县市区要创新宣传方式方法，充分利用电视、网络、报纸、微信等媒介，全面系统地向行政部门、经办机构、定点医药机构、参保人员、医药企业等监管主体、监管对象和社会公众宣传解读《条例》，营造“人人知法、人人守法”的良好监管环境。二要开展全员培训。市县两级医保行政部门要牵头组织开展辖区内《条例》的学习宣贯培训，全面提升基金使用依法监管水

平。市医疗保障局负责市、县两级医保基金监管行政执法人员、市级经办机构人员和市本级定点医药机构相关人员的培训工作，各县市区医疗保障局负责本辖区医保基金监管行政执法人员、经办机构人员以及定点医药机构人员培训。4月30日前人员培训100%全覆盖。

## （二）全面开展自查自纠

市、县两级医保行政、医保经办机构和定点医药机构要对照《条例》有关规定，围绕各自职能职责，对2019年1月以来医保工作中存在的不足和问题全面进行自查自纠。自查自纠至少要查出3个及3个以上问题，如不达3个问题，市局将要求督促再查，仍查不出问题，市局将提请上级部门派驻工作组或邀请审计、纪检监察部门牵头核查。自查要坚持问题导向，列出问题清单，明确整改目标、整改措施、整改责任人和整改时限，主要领导要亲自过问，亲自验收自查整改结果。5月15日前，各县市区医保行政部门统一汇总书面报送市医保局。（自查自纠对照清单见附件）。

## （三）强化日常基金监管

1. 坚持监督检查全覆盖。健全完善日常监管常态化机制，制定工作方案，全年至少开展两次全覆盖监督检查。

第一次现场检查全覆盖（5月1日—9月30日）。由各县市区医保行政部门牵头组织实施，统筹经办机构力量，结合经办机

构现场稽核检查目标任务,对辖区内定点医药协议机构开展100%全覆盖现场检查。重点检查医保基金管理责任制落实情况,医保服务协议执行落实情况,同步开展基金监管宣传。(现场检查清单附后)。

第二次抽查复查全覆盖(10月1日—10月31日)。市级医保行政部门可通过组织开展县际之间交叉检查、抽调人员开展专项检查、购买第三方服务或邀请审计、卫生健康、市场监管等部门共同参与检查等方式,对市、县两级医保经办机构和两定机构监督检查情况进行抽查复查全覆盖。对经办机构的抽查复查率达到100%,对一、二、三级医药机构的抽查复查率分别达到10%、30%、50%以上。抽查复查可以与市县医疗保障经办机构审核结算、稽核监督工作的检查评估以及审计等工作同步开展。国家、省医保局将在市县两级现场检查全覆盖基础上,将采取飞行检查、专项检查、明察暗访等方式进行随机抽查。抽查范围以全市上一年度基金支付排名前30位的定点医药机构为重点,结合投诉举报线索,抽查比例不低于10%。

2.开展“三假”专项整治。根据全省、全市统一部署,聚焦“假病人”“假病情”“假票据”等“三假”欺诈骗保问题,结合日常监督检查、现场检查、抽查复查、飞行检查、联合检查、举报线索核查等多种形式,深入开展专项整治。一经发现欺诈骗保问题,依法从严顶格处理。涉及公立医院的典型案例将移送纪

检监察部门，涉及民营或个体医院（诊所、药店）的典型案例将移送公安机关，同时加大媒体公开曝光力度。

3. 开展问题“清零行动”。各县市区医疗保障局要组织辖区经办机构和定点医药机构开展基金监管存量问题“清零行动”，主要包括医疗保障局组建以来至现在，经各级飞行检查、抽查复查、“回头看”、信访举报、自查自纠发现但未查处完结的存量问题。要建立问题台账，逐项清查处理，逐一分析原因。4月30日前，所有存量问题全部“清零”，并将清零情况形成书面材料报市医保局。对到期仍未能完成处理或进入司法程序等情况，要逐项说明原因。

4. 配合上级飞行检查。市、县两级医保行政部门要积极配合国家和省医保局不定期开展的飞行检查，以上级飞行检查作为提高工作水平和改进工作的契机，进一步查漏补缺，举一反三，做好问题的整改和后续处理工作。市医保局将建立健全飞行检查规范标准，拓展广度深度，创新方式方法，建立并动态维护市级飞行检查组长库、联络员库和检查人员库，不定期组织开展飞行检查。

#### （四）健全完善监管体制机制

1. 完善监督检查制度。市、县两级医保行政部门要根据《条例》规定和上级要求，理顺行政监督和协议管理之间的关系，明确行政监管与经办稽核职权范围，推动形成行政执法与协议管理

分工明确、各司其职、权责对应、相互补充、相互融合、纵向贯通的基金监管体制机制。

2. 规范行政执法行为。要按照国务院办公厅和山西省办公厅《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》，大力推进基金监管执法体系建设，加强基金监管专职机构、人员队伍及相关设施设备标准化建设，不断提升基金监管专业化、规范化水平。建立医保基金监管执法人员名录库、检查对象名录库和执法信息公开制度，制定随机抽取的原则、程序和具体办法，积极推行“双随机、一公开”监管。

3. 强化合力监管。发挥医保部门牵头作用，积极主动协调卫生健康、市场监管、财政、审计、公安等部门，大力推进部门间联合执法、信息共享和互联互通，促进监管结果协同运用。发挥社会监督作用，严格落实举报奖励制度，探索完善社会监督员、“吹哨人”、内部举报人制度，广泛动员社会各界参与监管，引导群众积极主动举报欺诈骗保行为。加大欺诈骗保典型案件的曝光和案件线索移送力度，借助媒体和纪检监测力量，形成高压震慑态势。

4. 创新监管方式。要加快推进全市医保系统骨干网建设，全面提升医保基金监管智能化、信息化水平。市、县两级要稳步推进视频监控、生物特征识别、人工智能、大数据分析、区块链等新技术应用，建立健全智能监控知识库和规则库，根据欺诈骗保

行为特点和变化规律，完善监控规则、细化监控指标和智能监控数据库。积极引入商业保险公司、审计事务所、会计师事务所等第三方力量参与医保基金的监管，建立健全购买服务考核评价机制。

#### 四、工作要求

(一)提高政治站位。市县两级医保部门要认真贯彻落实习近平总书记关于基金监管工作的重要指示批示精神和党中央国务院决策部署。提高政治站位，强化责任担当，始终将维护基金安全作为重要任务长抓不懈，全力构建全领域、全流程、全方位基金监管新格局。

(二)压实监管责任。市县两级医保行政部门要实行基金监管“一把手”负责制，切实压实监督管理主体责任，加强部署调度，协调解决基金监管中的重点、难点问题。经办机构要负责医疗保障基金运行全过程管理，强化对“两定机构”的协议管理，严格考核评价制度，全面落实稽核职责。

(三)加强队伍建设。市县两级医保部门要探索组建医保基金监管专业机构，独立开展对医保经办机构、定点医疗机构、参保人员贯彻和遵守法规政策的监督检查和违规行为查处工作。通过请进来、走出去等方式开展人员培训，强化执法人员的能力建设，全面提高执法水平。

(四)加强考核评价。要制定考核评价制度，将基金监管工作纳入年度考核范围，进行绩效评价考核。市医保局将对各县市区基金监管工作实行全年考核评价和季通报制度，对忠于职守、履职尽责的，要给予表扬和鼓励；对未履行、不当履行或违规履行监管职责的，依法依规追责问责。各县市区要加强信息报送，在工作中提炼总结好的典型经验，同时做好经验推广。

附件：1. 自查自纠清单

2. 2021 年定点医疗机构现场检查清单

3. 2021 年定点零售药店现场检查清单

## 自查自纠对照清单

医 保 行 政 部 门	
1	是否严格监督执行医疗保险、生育保险及医疗救助等医疗保障筹资和待遇政策？
2	是否严格监督执行城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录和支付标准？
3	是否积极组织推进医保支付方式改革？
4	是否严格监督实施药品、医用耗材的招标采购、配送及结算管理政策？
5	是否对经办机构与定点医药机构签订服务协议和履行情况进行监督？
6	是否制定医疗保障基金监督管理具体办法并组织实施？
7	是否建立健全区域内医疗保障基金安全防控机制，落实基金监管主体责任？
8	是否建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度？
9	是否严格监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法查处医疗保障领域违法违规行为？
10	是否对医保经办机构与定点医药机构医保服务行为和医药费用的监督常态化？
11	是否与卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门建立了分工协作机制，并牵头组织开展联合检查？
12	工作人员是否存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的行为？

医 保 经 办 机 构	
1	是否建立了业务、财务、安全和风险管理等制度？
2	是否定期向社会公开医保基金的收入、支出、结余等情况？
3	是否与定点医药机构建立谈判协商机制，协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任？
4	是否对定点医药机构履行服务协议情况进行费用审核、稽核检查和绩效考核？
5	对定点医药机构违反服务协议行为是否及时督促要求整改，并按照约定采取暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止医药服务，直至解除服务协议等措施？
6	是否按照服务协议的约定，与定点医药机构及时进行基金结算和按时拨付？
7	工作人员是否有将工作中获取、知悉的资料或者相关信息用于其他目的，是否存在泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密的行为？
8	基金收支预算管理是否精准，是否根据缴费基数、缴费率、参保人数等因素，全面、准确、完整编制基本医疗保险基金收入预算？
9	是否存在扩大范围和标准支付医疗保险基金的情况？
10	是否存在违规支付与违规结算医保待遇情形？
11	是否严格履行服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等职责？
12	是否定期对基金运行情况进行分析研判，并积极采取措施防控基金安全运行风险？

定点医药机构	
1	是否建立医疗保障基金使用内部管理制度，并有效执行？
2	是否成立专门的机构，或者有专门人员负责医保基金使用管理工作？
3	是否建立了内部考核评价制度，并有效落实？
4	是否内部组织开展《医疗保障基金使用监督管理条例》以及医保基金相关制度、政策的培训？
5	是否定期检查本单位医保基金使用情况，及时纠正医保基金使用不规范的行为？
6	是否严格执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照诊疗规范开展诊疗活动，同时向参保人员如实出具费用单据和相关资料？
7	是否存在分解住院、挂床住院情形？
8	是否存在过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药等行为？
9	是否存在重复收费、超标准收费、分解项目收费等行为？
10	是否存在串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的行为？
11	是否存在诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药等行为？
12	除急诊、抢救等特殊情形外，提供医保基金支付范围以外的医药服务是否征求参保人员或者其近亲属、监护人同意？
13	是否按照规定妥善保管财务账目、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，并及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据？
14	是否向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督？

定点医药机构	
15	是否存在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？
16	是否存在通过伪造、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，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金？
17	是否存在违反国家、省基本医疗保险目录、诊疗项目、医疗服务实施标准、医用耗材目录及支付标准和价格管理相关政策和规定的行为？
18	是否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？
19	是否定期对基金使用情况进行分析，并撰写分析报告报医保部门？

## 2021年定点医疗机构现场检查清单

分类	违规行为	具体内容	备注
欺诈骗保问题	虚假结算	1. 诱导、协助他人冒名或者虚假就医, 提供虚假材料, 或者串通他人虚开费用单据;	
	伪造资料	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;	
	虚构服务	3. 虚构医药服务项目或者虚记项目收费;	
	其他	4. 以骗取医疗保障基金为目的, 实施本清单一般违规行为, 造成医疗保障基金损失以及其他骗取医疗保障基金支出的行为。	
一般违规问题	医保内部管理制度不健全, 管理规范	1. 未建立医疗保障基金使用内部管理制度 2. 没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作; 3. 未建立考核评价体系; 4. 未参加并组织开展《医疗保障基金使用监督管理条例》等医疗保障基金相关制度、政策的培训宣传; 5. 未定期检查并及时纠正本单位医疗保障基金使用不规范行为。	
	违规收费	1. 重复收费: 重复收取某一项目费用; 2. 分解项目收费: 将诊疗服务项目过程分解成多个环节逐个收费, 或将诊疗项目内涵已包括的内容单独计费; 3. 超标准收费: 超过规定的价格标准、数量标准进行收费, 且超出部分纳入医保结算; 4. 串换项目收费: 不执行原药品、诊疗项目、医用耗材、器械或医疗服务设施的项目内涵及价格标准, 或将无收费标准的项目串换为医保目录内涵和价格标准结算。 5. 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。	
	违规诊疗	1. 挂床住院: 参保患者在住院期间长时间离开医院, 未按照住院诊疗标准进行规范化管理;	
		2. 分解住院: 为未达到出院标准的参保患者办理出院, 在短时间内因一种疾病或者相同症状再次办理入院, 将参保患者应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次及以上住院诊疗过程;	

<p>一般违规问题</p>	<p>违规诊疗</p>	<p>3. 过度诊疗：违反诊疗规范实施不必要的诊疗项目或实施与疾病关联性不高的诊疗项目；</p> <p>4. 过度检查：违反诊疗规范实施不必要的检查项目或实施与疾病关联性不高的检查项目；</p> <p>5. 分解处方：应当一次就诊或一张处方完成的，故意分多次就诊或分多张处方（两张及以上）完成，以收取更多服务费用；</p> <p>6. 超量开药：指未按照《处方管理办法》及国家、省或各统筹地区有关开具药量的特殊规定进行开药；</p> <p>7. 重复开药：指医疗服务提供方违反临床用药指南或规则，为患者开具多种药理作用相同或者作用机制相似的药物的行为；</p> <p>8. 超范围诊疗：指未取得卫键部门批准的诊疗项目，开展该项目诊疗；超范围执业，不具备执业医师资格，从事项目诊疗，并将超范围发生的医疗费用纳入医保结算；</p> <p>9. 提供其他不必要的医药服务。</p>
<p>其他</p>	<p>1. 将非医保定点机构接入或转接医保结算网络；</p> <p>2. 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；</p> <p>3. 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；</p> <p>4. 未按规定落实集中采购政策，优先使用集中采购中选药品和耗材；未按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购中选的药品和耗材；</p> <p>5. 其他违规行为。</p>	

## 2021年定点零售药店现场检查清单

分类	违规行为	具体内容	备注
欺诈骗保问题	虚假结算	1. 诱导、协助他人冒名或者虚假购药，或者串通他人虚开费用单据；	
	伪造资料	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；	
	串换结算	3. 将非医保药品或者其他商品串换为医保目录进行结算；	
	违规刷卡	4. 留存、盗刷社保卡；	
	其他	5. 以骗取医疗保障基金为目的，实施本清单一般违规行为，造成医疗保障基金损失以及其他骗取医疗保障基金支出的行为。	
一般违规问题		1. 未建立医疗保障基金使用内部管理制度	
		2. 没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作；	
	医保内部管理 制度不健全， 管理不规范	3. 未建立考核评价体系；	
		4. 未参加并组织开展《医疗保障基金使用监督管理条例》等医疗保障基金相关制度、政策的培训宣传；	
		5. 未定期检查并及时纠正本单位医疗保障基金使用不规范行为。	

一般违规问题	<p>违规结算</p>	<p>1. 未核验医保凭证；</p> <p>2. 未如实上传结算信息，实际购买药品与上传信息不符；</p> <p>3. 为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算；</p> <p>4. 处方管理不规范，超大量处方、处方药未凭处方销售等。</p>
其他	<p>1. 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；</p> <p>2. 未按照规定保管财务账目、会计凭证、药品和医用耗材出入库记录等资料；</p> <p>3. 执业医师不在岗；</p> <p>4. 以虚假宣传诱导参保人员消费；</p> <p>5. 其他违规行为。</p>	



