

# 临沂市医疗保障局文件

临医保发〔2019〕8号

## 关于转发《山东省医疗保障局关于持续强化 医保基金监管工作的通知》的通知

各县区医疗保障局，临沂高新技术产业开发区、临沂经济技术开发区、临沂临港经济开发区、临沂蒙山旅游度假区、综合保税区医疗保障业务主管部门：

现将《山东省医疗保障局关于持续强化医保基金监管工作的通知》（鲁医保发〔2019〕9号）转发给你们，请认真贯彻执行。

### 一、要充分认识到医保基金监管工作的重要性、紧迫性、艰巨性

要把加强医保基金监管作为当前和今后一个时期医保工作的首要任务和重要职责，始终保持打击欺诈骗保不能松、不能软、不能停的高压态势。要结合前期打击欺诈骗保专项行动情况，全面梳理发现和查处的问题，对照典型案例，找准薄弱环节，坚持集中整治与日常监管相结合，突出重点、分类施策，综合运用智能审核、现场抽查、突击检查、线索追查等方式，实现对定点医药机构检查的全覆盖。建立医保失信和违规“黑名单”管理制度，加强部门协作，运用多种手段实施联合惩戒。

### 二、加强基金运行风险管控

要强化医保基金收支预决算管理，提升基金运行规范化水平。开展基层医保基金监管人员岗位培训，创新监管方式，引入社会力量参与监管，健全医保基金内控管理机制，强化医疗行为和费用监管，扩大对异地就医医疗费用核查力度，确保基金安全。

### 三、全面推进医保基金智能监控应用

要进一步完善定点医药机构服务协议内容，将智能监控系统联网上线纳入医药服务机构管理内容。提升监管精准度，实现医保费用结算从部分审核向全面审核转变，从事后纠正向事前提示、事中监控预警转变。

### 四、限时办结举报线索

要及时与各县区人社局对接，全面了解前期上级转办的举报线索。要规范举报线索受理、查处、反馈等工作流程和工作机制，要对举报线索逐一建立台账，集中专门力量，加快办案进程，确保按时办结。对上级转办线索，要逐案形成处理报告，连同周报表每周三通过协同办公系统发送至市医疗保障局基金监督管理筹备组。

市局近期将对全市定点医药机构欺诈骗保行为进行专项督导检查。

联系人：王爱华

联系电话：13791553305

附件：打击欺诈骗保工作周报表（一）

打击欺诈骗保工作周报表（二）

打击欺诈骗保工作周报表（三）



（此件主动公开）

（联系科室：基金监督管理筹备组）

# 山东省医疗保障局文件

鲁医保发〔2019〕9号

---

## 山东省医疗保障局关于持续强化 医保基金监管工作的通知

各市医疗保障局：

为全面贯彻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，强化医保基金安全监管，推进打击欺诈骗保工作常态化制度化。经研究，现就持续做好医保基金监管工作通知如下：

### 一、提高站位，明确职责任务

医疗保障基金是老百姓的救命钱。党中央、国务院领导多次作出重要指示，要加强医保监管，勿使医保成为新的“唐僧肉”，任由骗取，要依法严肃查处各种骗取医保基金行为。各级医疗保障部门要充分认识基金监管工作的重要性、紧迫性、艰巨性，把

加强医保基金监管作为当前和今后一个时期医保工作的首要任务和重要职责，严明政治纪律，强化责任担当，进一步压实工作责任，始终保持打击欺诈骗保不能松、不能软、不能停的高压态势。

（一）持续开展专项治理行动。按照国家统一部署，2019年要持续开展打击欺诈骗保专项治理行动。各市要结合前期打击欺诈骗保专项行动情况，全面梳理发现和查处的问题，针对薄弱环节，制订切实可行的工作方案，按照步骤和时限要求扎实推进。

（二）监督检查全覆盖。各市要综合运用智能监控、突击检查、专家审查等方式，整合各方资源，逐一排查辖区内定点医药机构违约违规违法行为，实现定点医药机构现场检查全覆盖。省局将通过不定期现场和明察暗访抽查检查，对各地进行督促指导。

（三）突出打击重点。对县级以上大型医疗机构，重点查处分解收费、超标准收费、重复收费、不合理诊疗等行为；对基层医疗机构重点查处挂床住院、串换药品、耗材、诊疗项目等行为；对社会办医疗机构重点查处诱导参保人员住院，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。对定点零售药店，重点查处聚敛盗刷社保卡、诱导参保人员购买非医保用品等行为。

## 二、强化措施，提升监管效能

（一）限时办结举报线索。各市要规范举报线索受理、交办、查处、反馈等工作流程和工作机制，及时反馈举报人线索受理及查处情况，不断提高举报人对举报处理的满意度。要对举报线索逐一建立台账，集中专门力量，加快办案进程，确保按时办结。

对国家局省局转办线索，要逐案形成处理报告报省局，省局将集中开展专项督查。

（二）全面推进智能监控上线应用。将智能监控系统联网上线纳入医药服务机构协议管理内容，全面推进医保智能监控应用。完善监控规则、细化监控指标和智能监控知识库，实现医保费用结算从部分审核向全面审核转变，从事后纠正向事前提示、事中监控预警转变。

（三）加大违约违规违法行为的处理力度。要健全协议管理退出机制，严格落实协议约定，对违反协议的，要充分运用约谈、限期整改、暂停结算、拒付费用、暂停协议、解除协议等处理措施，严肃追究违约责任；对疑似或涉嫌违规违法案件，要积极商请相关部门参与查处；对查实的违规违法线索，要及时通报相关部门，并建议相关部门按规定作出行政处理或追究党纪政纪责任；对涉嫌犯罪的，要及时移送司法机关。

### 三、推进部门联动，强化追责问责

各市要结合机构改革，积极争取当地党委政府支持，建立健全行政执法监管体系，充实行政监管队伍，保障必要的监察执法力量和执法手段。要加强协调沟通，建立联席会议和信息共享机制，积极争取卫生健康、公安、药监、审计等部门支持，形成监管合力。

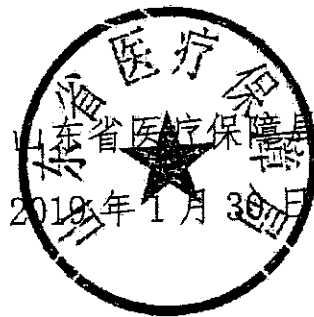
加强对各市开展打击欺诈骗保工作调度，落实鲁医保函（2018）4号明确的周调度制度。省局将对各市医药机构检查数量、追回违规资金量、违约违规违法处理等情况进行排名，定期

通报。对工作开展不力、不作为慢作为以及查处案件不坚决、处理不到位的，要坚决问责通报。

联系人：孟波 联系电话：0531-86198923

传真：0531-86198998

附件：打击欺诈骗保工作周报表



(此件主动公开)

附件

## 打击欺诈骗保工作周报表（一）

市

定点服务机构										
序号	处理结果类型	处理机构数量		减少基金损失						备注
		定点医疗机构	定点药店	定点医疗机构			定点药店			
				月营业额	违规额	罚没额	月营业额	违规额	罚没额	
1	约谈限期整改（家）			---	---	---	---	---	---	统筹区内定点医疗机构共____家，检查定点医疗机构合计____家，其中现场检查____家。 统筹区内定点药店共____家，检查定点药店合计____家，其中现场检查____家。 追回资金____万元，其中：医保基金____万元，个人____万元。
2	通报批评（家）			---	---	---	---	---	---	
3	暂停医保服务（家）									
4	解除定点协议（家）									
5	列入医保黑名单（家）			---	---	---	---	---	---	
6	行政处罚（家）			---	---	---	---	---	---	
7	移交司法机关（家）			---	---	---	---	---	---	
8	追回医保基金（__万元）			---	---	---	---	---	---	
9	为患者追回资金（__万元）			---	---	---	---	---	---	
10	其他处理情形（家）			---	---	---	---	---	---	
合计（不重复数）		__家	__家	__万元	__万元					

注：减少基金损失，只填写“暂停医保服务”、“解除定点协议”和“合计”3项。

单位负责人签章：

处（科）负责人签章：

填表人签章：

联系电话：

电子邮箱：

## 打击欺诈骗保工作周报表（二）

____市		
参保人员		
序号	处理结果	处理参保人员人数
1	约谈（人）	
2	暂停医保卡结算（人）	
3	行政处罚（人）	
4	移交司法机关（人）	
5	其他处理形式（人，如有请注明）	
6	追回骗取医保基金（万元，小数点两位）	
合计（不重复数）		_____人，_____万元

单位负责人签章：

处（科）负责人签章：

填表人签章：

联系电话：

电子邮箱：



## 打击欺诈骗保工作周报表（三）

市

国家局移交线索办理情况				省局移交线索办理情况				各市接收举报线索办理情况		
批次 (日期)	移交总数	已办结数量	查证属实线 索数量	批次 (日期)	移交总数	已办结数量	查证属实线 索数量	举报投诉线 索总数	已办结数量	查证属实线 索数量
第一批 (12.3)				第一批 (11.23)						
第二批 (12.11)				第二批 (12.1)						
第三批 (12.21)				第三批 (12.11)						
第四批 (1.3)				第四批 (12.21)						
第五批 (1.18)				第五批 (1.3)						
.....				第六批 (1.18)						
.....				第七批 (1.24)						
.....				.....						

注：查证属实线索，是指经核查证实，举报投诉所反映的内容真实有效，从而发现违约违规违法行为的线索。

单位负责人签章：

处（科）负责人签章：

填表人签章：

联系电话：

电子邮箱：

附件

## 打击欺诈骗保工作周报表（一）

县区

定点服务机构										
序号	处理结果类型	处理机构数量		减少基金损失						备注
		定点医疗机构	定点药店	定点医疗机构			定点药店			
				月营业额	违规额	罚没额	月营业额	违规额	罚没额	
1	约谈限期整改（家）			---	---	---	---	---	---	统筹区内定点医疗机构共____家，检查定点医疗机构合计____家，其中现场检查____家。 统筹区内定点药店共____家，检查定点药店合计____家，其中现场检查____家。 追回资金____万元，其中：医保基金____万元，个人____万元。
2	通报批评（家）			---	---	---	---	---	---	
3	暂停医保服务（家）									
4	解除定点协议（家）									
5	列入医保黑名单（家）			---	---	---	---	---	---	
6	行政处罚（家）			---	---	---	---	---	---	
7	移交司法机关（家）			---	---	---	---	---	---	
8	追回医保基金（__万元）			---	---	---	---	---	---	
9	为患者追回资金（__万元）			---	---	---	---	---	---	
10	其他处理情形（家）			---	---	---	---	---	---	
合计（不重复数）		__家	__家							

注：1、减少基金损失，只填写“暂停医保服务”、“解除定点协议”和“合计”3项；2、各县区建章立制名称\_\_\_\_\_，数量\_\_\_\_\_个。

单位负责人签章：

处（科）负责人签章：

填表人签章：

联系电话：

电子邮箱：

## 打击欺诈骗保工作周报表（二）

\_\_\_\_\_县区

参保人员		
序号	处理结果	处理参保人员人数
1	约谈（人）	
2	暂停医保卡结算（人）	
3	行政处罚（人）	
4	移交司法机关（人）	
5	其他处理形式（人，如有请注明）	
6	追回骗取医保基金（万元，小数点两位）	
合计（不重复数）		_____人，_____万元

单位负责人签章：

处（科）负责人签章：

填表人签章：

联系电话：

电子邮箱：

# 打击欺诈骗保工作周报表（三）

\_\_\_\_县区

国家局移交线索办理情况				省局移交线索办理情况				各县区接收举报线索办理情况		
批次 (日期)	移交总数	已办结数量	查证属实 线索数量	批次 (日期)	移交总数	已办结数量	查证属实 线索数量	举报投诉线 索总数	已办结数量	查证属实 线索数量
第一批 (12.3)				第一批 (11.23)						
第二批 (12.11)				第二批 (12.1)						
第三批 (12.21)				第三批 (12.11)						
第四批 (1.3)				第四批 (12.21)						
第五批 (1.18)				第五批 (1.3)						
.....				第六批 (1.18)						
.....				第七批 (1.24)						
.....				.....						

注：查证属实线索，是指经核查证实，举报投诉所反映的内容真实有效，从而发现违约违规违法行为的线索。

单位负责人签章：\_\_\_\_\_

处（科）负责人签章：\_\_\_\_\_

填表人签章：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

电子邮箱：\_\_\_\_\_

审核人：王爱华

临沂市医疗保障局办公室

2019年2月22日印发