

临沂市医疗保障局 临沂市卫生健康委员会

临医保函〔2020〕12号

临沂市医疗保障局 临沂市卫生健康委员会 关于印发《全市医保定点医疗机构违规使用 医保基金行为专项治理工作方案》的通知

各县区医疗保障局、卫生健康局：

现将《全市医保定点医疗机构违规使用医保基金行为专项治理工作方案》印发给你们，请结合实际，抓好贯彻落实。



（此件主动公开）

（联系科室：市医疗保障局基金监督管理科）

全市医保定点医疗机构违规使用医保基金 行为专项治理工作方案

为进一步规范诊疗行为，提高医保基金使用效能，根据省医疗保障局、省卫生健康委《关于印发全省医保定点医疗机构违规使用医保基金行为专项治理工作方案的通知》（鲁医保函〔2020〕42号）要求，市医疗保障局、市卫生健康委决定在全市范围内开展医保定点医疗机构违规使用医保基金行为专项治理。现制定专项治理方案如下：

一、目标任务

深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会及十九届中央纪委四次全会精神，认真落实习近平总书记关于医疗保障工作系列重要批示指示精神，按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和《山东省人民政府办公厅关于打击欺诈骗保维护医疗保障基金安全的意见》等要求，结合医保基金使用自查自纠专项行动和循环交叉检查工作部署，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，确保医保基金安全、高效、合理使用，增强人民群众的获得感、幸福感和安全感。

二、基本原则

1. 全面覆盖。一是覆盖全市所有医保定点医疗机构；二是覆盖2018年1月1日以来，纳入基本医疗保险基金支付范围的所有医疗服务行为和医疗费用。

2. 突出重点。针对不同类型医疗机构及其诊疗服务行为，突

出治理重点，分门别类“对症治理”。对于公立医疗机构重点治理违规收费、重复收费、超医保支付范围、无指征诊疗、套餐式检查、套餐式治疗、高套病种、将临床实验项目违规纳入医保报销等行为；对于非公立医疗机构重点治理虚假结算、人证不符、诱导住院、无指征住院等行为。

3.分类处理。对于自查整改期限结束前，主动足额退回违法违规所得，全部整改到位的定点医疗机构，可依法依规从轻、减轻或免于处罚。自查整改期限结束后，在抽查复查或飞行检查中，发现定点医疗机构自查整改不力，未按时足额退回违法违规所得，或仍然存在违法违规使用医保基金的行为，要坚持零容忍，依法依规从重处罚，并公开曝光。

三、治理内容

（一）不合理收费问题。将收费诊疗项目分解成多个项目收费；将已有明确项目内涵的诊疗项目重复计费；超出规定的收费标准收费；未批准纳入医保支付的自创医疗服务按医保价格项目收费；各套餐项目之间重复收费；高套病种（病组）结算等。

（二）串换项目（药品）问题。将目录外药品、诊疗项目、医用耗材串换为目录内收费；将低价药品、诊疗项目、医用耗材套用高价收费等。

（三）不规范诊疗问题。将患者的住院诊疗过程分解成二次及以上住院治疗；收治明显未达到住院指征的患者入院治疗；超医保目录支付限定范围使用药品或医用耗材纳入医保结算等。

（四）虚构服务问题。伪造、变造、虚构医疗服务结算；伪造患者信息结算；挂名住院；伪造、变造财务凭证与进销存票据结算等。

(五)其他违法违规问题。开展与自身资质不符的诊疗服务并纳入医保结算；将药物临床试验项目违规纳入医保结算；私自为未获得定点资格的医疗机构转接医保网络结算等。

四、实施步骤

各县区根据新冠疫情防控工作情况，分阶段分批次开展专项治理工作。

(一)制定实施方案。7月上旬，各县区医保部门和卫生健康部门要结合本地基金监管突出问题和薄弱环节，制定专项治理实施方案，明确目标任务，治理内容、时间安排、实施步骤和工作要求。

(二)机构自查自纠。8月下旬，各定点医疗机构要完成自查自纠，并将违规行为涉及的医保基金足额退回。对前期国家、省局移交的疑点数据做到逐条核查落实，对重视程度不高、推进力度不够、自查效果不明显的机构要在专项治理实施中进行重点排查，并按照分类处理原则，依法依规从重处理。

(三)开展全面检查。专项治理行动期间，各县区医保、卫健部门要加强协调联动，对辖区内定点医疗机构实现全面检查，对发现的问题依法依规依约处理。市医保局将联合市卫健委开展抽查复查。

(四)报送治理情况。各定点医疗机构自查自纠情况于9月1日前分别报当地医保局和卫健局，各县区医保、卫健部门将定点医疗机构自查自纠情况总结及专项治理工作开展情况，于10月15日前分别报送市医保局和市卫健委。

(五)迎接国家飞行检查。下半年，国家医保局和国家卫生健康委将联合开展飞行检查。各县区医保、卫健部门要提前谋划，

配备精干力量，全力做好飞检配合工作。国家飞行检查结束后，被检查到的县区要按照国家和省、市要求，认真复核飞行检查组移交的问题线索，依法依规做好后续处理工作。

五、工作要求

（一）提高站位，抓好整改落实。医疗保障基金是人民群众的“保命钱”，必须始终把维护基金安全作为首要任务。各县区医保、卫健部门要切实增强政治意识、提高政治站位，加强组织领导，明确时间表和路线图，确保按时完成专项治理工作任务，全面提升医保基金管理水平，充分发挥医保基金最大保障绩效。

（二）举一反三，全面排查整改。各县区医保、卫健部门要坚持问题导向，针对医疗机构自查发现的问题，举一反三，全面查堵漏洞，督促整改落实；要制定规范使用医保基金的行为标准，对于违法违规行为，依法依规分类处置；要结合基金监管新形势、新任务和新要求，及时调整工作思路，创新工作举措，加强风险防控，切实将医保基金监管工作抓细抓实抓出成效。

（三）建章立制，加强内部管理。定点医疗机构要强化行业自律，总结提炼好的做法，形成机构内部加强医保管理的长效机制。要健全院内医保管理制度，完善岗位职责、风险防控和责任追究等相关制度，实行医保工作院长负责制；要建立追责机制，对于发生欺诈骗保行为的医护人员，在晋升聘岗、评先评优、绩效考核等方面实行一票否决；要加强医保办公室能力建设，规范药品及耗材进销存管理和财务管理，主动适应医保基金监管工作需要；要利用每年“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月，开展多种形式的宣传教育。

（四）加强协同，形成监管合力。各县区医保、卫健部门要加

强沟通协调，共同督促指导定点医疗机构加强自查整改；发现涉及其他领域的违法违规问题线索，要及时主动通报移交公安、市场监管等相关部门，积极探索建立一案多查、一案多处的工作机制，努力形成监管合力。对于违法违规行为性质恶劣、情节严重的公立医疗机构，可将相关问题线索移交同级纪检监察机关，按规定追究医疗机构领导班子及有关责任人的责任。

临沂市医疗保障局办公室

2020年7月9日印发

校核人：付伟
