

连云港市医疗保障局文件批办、传阅单

收文号：45号

收文时间：2020年04月30日

来文单位	省医保局	来 文 号	苏医保发[2020]40号	来文份数	
文件名称	省医保局关于印发《医疗保障基金监管源头治理工作方案》的通知。				
拟办意见	请周局长、王局长阅示。 王敬昌 2020年04月30日				
领导批示	请王局长阅处。 周 炜 2020年05月07日 请基金监督处牵头，与医保管理处共同配合做好相关工作，并转医保管理处阅处。 王清华 2020年05月08日				
局领导	归还时间	局 部 门	归还时间		
周 炜	05-07	医保处			
		办公室	04-30		
万兴军		规财处			
		待遇保障处			
李 洪		医药服务处			
		医药招采处			
马春邦		基金监督处			
王清华	05-08	机关党委			
办理情况					

江苏省医疗保障局文件

苏医保发〔2020〕40号

江苏省医疗保障局关于印发《医疗保障基金监管源头治理工作方案》的通知

各设区市医疗保障局：

为贯彻落实中央全面深化改革委员会第十三次会议有关加强医保基金监管的要求，管好用好老百姓的“看病钱”、“救命钱”，从源头上防范基金流失，省局研究制定了《医疗保障基金监管源头治理工作方案》，现印发给你们，请结合实际抓好贯彻落实。



（此件依申请公开）

医疗保障基金监管源头治理工作方案

为贯彻落实中央全面深化改革委员会第十三次会议有关精神，管好用好老百姓的“看病钱”、“救命钱”，从源头上防范医保基金流失，更加有力地保障医保基金安全，维护参保人员医疗保障权益，决定自2020年5月起，在全省开展医疗保障基金监管源头治理。

一、指导思想

深入贯彻落实习近平总书记关于医保基金监管重要指示批示要求，坚持以人民为中心的发展思想，坚决查处医疗机构内外勾结欺诈骗保行为，建立和强化长效监管机制。坚持问题导向、目标导向、结果导向，通过组织实施基金监管源头治理，建立健全经办机构内控制度，堵塞医保管理漏洞，筑牢医保基金安全防线；压实定点医药机构合理合规使用医保基金的主体责任，引导约束定点医药机构及其工作人员规范医疗服务行为，维护参保人员医疗保障权益，增强参保人员获得感、幸福感、安全感。

二、工作目标

坚持堵漏洞、强监管、重惩处、严震慑，以防范欺诈骗保行为发生，保障基金安全为目标，实施医保经办机构和定点医药机构自查自纠，推进医保经办机构和定点医药机构建立健全医保制

度机制、补短板、强弱项，提升医保经办机构内控管理水平，大力规范定点医药机构医疗服务行为，切实提高医疗保障效益。

——分级分类组织开展医保政策宣传培训，实现宣传培训定点医药机构全覆盖，大幅提高定点医药机构对医保政策知晓率，营造遵守医保政策、合理使用医保基金的良好氛围。

——对照问题清单开展医保经办机构和定点医药机构自查自纠，逐一销号整改，不断规范医保经办机构和定点医药机构常态化工作。

——加强医保基金监管信用体系建设，建立健全医保医师（药师）积分管理办法，全面实施信用联合惩戒，增强医保医师当好医保基金“第一守门人”的意识。

——建立健全医保经办机构内控制度，加强内部管理，提升基金稽核能力，堵塞监管漏洞，保障医保基金安全可持续发展。

三、工作举措

（一）开展医保经办机构和定点医药机构自查自纠活动。在5—11月份，全省按照自查自纠与抽查复查相结合、强化外部监管与内部控制相结合的基本原则，统一组织开展医保经办机构和定点医药机构自查自纠活动，促进医药机构合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费，防范欺诈骗保；促进医保经办机构加强内控制度建设，规范协议执行处理，强化日常稽核，堵塞基金支出漏洞。

1.开展医保经办机构自查自纠。5-6 月份，在全省分级推进市、县两级经办机构自查自纠，并实现全覆盖。自查自纠的重点是，经办机构内控制度建立、业务规程制定、基本医保三个目录执行、协议签订和履行情况、总额控制指标确定和决算办法制定及执行、医疗费用审核报销相互监督岗位设置、医保智能监控、基金稽查审核工作开展及违约处理等情况，基金财务管理方面是否存在基金挤占、挪用、违规支付医保费用等漏洞和风险。同时，要指导承办城乡居民大病保险的商业保险机构对合同履行、提供服务、医保基金划拨、基金支付合规性等方面开展自查自纠（经办机构自查自纠问题清单见附件1）。

2.开展定点医药机构自查自纠。5-6 月份，各级医疗机构以2018 年-2020 年3 月31 日时期内医保结算数据为基础，分类组织实施定点医疗机构自查自纠；同步开展定点零售药店自查自纠，实现定点医药机构自查自纠覆盖率100%。定点医疗机构自查自纠的重点是，挂床住院、诱导住院、虚构医疗服务、伪造医疗文书票据、自行组套检查、超药品目录限定支付范围用药、超标准收费、重复收费、串换项目收费、套用编码收费、诱导患者院外自费购药、不合理诊疗及其他违法违规行为。定点零售药店自查自纠的重点是，留存、盗用、冒用参保人员医保卡，诱导参保人员用医保卡购买化妆品、生活用品等，为参保人员提供虚假票据报销、套现和套取药品等违法违规行为（定点医药机构自查自纠问

题清单见附件 2、附件 3)。

3.开展自查自纠抽查复查工作。分阶段组织实施定点医药机构自查自纠复查和经办机构自查自纠复查工作。7-8 月份,各设区市根据工作安排,组织力量重点对辖区内定点医疗机构自查自纠情况进行抽查复查,抽查复查比例不低于辖区内定点医疗机构总数的 10%,其中三级定点医疗机构抽查复查数量不少于 2 家,全省不少于 26 家。7-9 月份,省局择期组织力量以交叉检查的方式对各设区市医保经办机构开展自查自纠复查,并同步抽查 1 家县(市、区)经办机构。7-11 月份,配合国家医保局在我省开展经办机构和定点医疗机构飞行检查,抓好移交线索的办理;组织开展省级飞行检查,每个设区市不少于 2 家三级医疗机构,全省不少于 30 家。

4.加强发现问题的整改落实工作。7 月 15 日前,各定点医药主动退回自查自纠期间发现的违规使用的医保基金,并落实整改措施,做出不再违规的书面承诺。各级医保经办机构要根据自查自纠发现的问题,剖析问题原因,明确整改措施、整改时限和责任人,加快建章立制,细化规范工作程序,切实加强经办机构内部管理。

(二)全方位开展医疗保障政策宣传培训到医药机构活动。提高定点医疗机构医保政策知晓率,督促落实医保相关政策规定,规范医疗服务行为和价格收费行为,是压实定点医疗机构主体责

任，减少违法违规使用医保基金，实现基金监管源头治理前提。

1.开展多形式医保政策宣传。加强与当地医药行业管理部门合作，针对一段时期医药行业普遍存在的违法违规使用医保基金行为，开展经常性基金监管政策和医保政策宣传，提高宣传覆盖面。广泛听取医药机构对医保基金监管的建议意见，加强与定点医药机构合作，在定点医药机构窗口、咨询处等显著位置，采取张贴海报、播放字幕和短片等方式宣传医疗保障基金监管相关法律、法规及政策。结合日常检查、线索核查和飞行检查以及自查自纠抽查复查工作，向医药机构管理层和工作人员以案说法，宣传医保基金监管政策，切实营造医药机构上下共同维护医保基金安全的良好氛围。

2.开展多层次医保政策培训。针对医药机构的特点，分级分类举办医保政策培训，提高定点医药机构管理层及其工作人员掌握运用医保政策的能力水平。5月份，省局举办全省三级医疗机构管理层培训班，解读国家和省医保宏观政策、基金监管形势要求等，提高医药机构管理层医保政策理论水平。6月份，省局举办全省三级定点医疗机构医保办和价格管理负责人等业务骨干医保业务培训班，重点辅导药品集中采购政策、医疗服务项目价格政策、药品目录管理和支付方式改革要求，基金监管飞行检查情况通报等，提高业务骨干熟练掌握运用医保政策的能力。5-12月份，各地要主动上门面向二级以上医疗机构护士长、科务护士、物价员

等医药服务人员开展医保政策培训，提高其医保政策和价格政策的理解和执行力。同时，要督促指导各类定点医药机构经常性开展内部医保政策培训，及时向单位医护人员解读医保政策，强化准确运用。

3.指导医疗机构建立健全医保管理制度机制。要督促指导各类定点医疗机构按照医保政策规定，制定医院医保管理规章制度，完善工作流程和工作方案，减少因医保和价格政策等理解偏差而违法违规使用医保基金的行为发生。指导医疗机构将医保政策与药物政策、医用耗材政策有机融合，制定细化医院用药和医用耗材管理办法，促进医保目录管理政策落实落地。加强对医疗机构推进按病种付费等为主的医保支付方式改革的指导，促进医疗机构加强成本管理。协同推进医疗机构完善医保信息化方案，促进实现医疗保障信息平台 and 医疗机构 HIS 系统、采购系统的联通，推进全国统一的医疗保障信息业务编码在医疗机构落地应用。

（三）坚持零容忍，持续保持打击欺诈骗保高压态势。综合运用协议、行政、司法等手段，大力推进部门联合惩戒和信用联合惩戒，以强有力震慑促进源头治理取得成效。

1.坚持协议处理为主。经办机构要对照与定点医药机构签订的协议，结合年度工作安排，制定年度基金稽核工作计划和方案；组织力量对定点医药机构执行协议情况进行稽核检查，对发现的定点医药机构的违规违约行为，依照协议予以严肃处理，并确保

处理及时得到落实；对屡查屡犯的定点医药机构，要从严、从快、从重作出处理。

2.加大信用联合惩戒。全面贯彻落实《医疗保障定点医药机构失信行为惩戒暂行办法》，建立健全医保医师（药师）积分管理办法，组织开展医保医师（药师）防范欺诈骗保承诺签名活动，严格失信等级认定，实施分类惩戒，推进信用联合惩戒，让失信人“一处失信、处处受限”。

3.加强部门联合惩戒。严格依法行政，认真界定定点医药机构和参保人员欺诈骗保违法行为，审慎开展行政处罚；加强与公安沟通协调，建立行刑衔接机制；加强与卫健、市场监管等部门的合作，协同查处涉及相关领域的违法违规行为，着力构建“一案多查、一案多处”的工作机制。

4.严肃处理问题查处。对国家飞检、省抽查复查、异地交叉检查期间，发现定点医药机构中未如实缴纳违规使用的医保基金或继续违反书面承诺的，当地医疗保障部门要依法依规作出严肃处理。对公立医疗机构重大欺诈骗保行为及时向纪检监察部门进行通报。

四、保障措施

（一）统一思想认识。各级医疗保障部门要认真学习习近平总书记关于基金监管的重要批示指示精神 and 党中央国务院决策部署，始终把维护基金安全作为首要任务，提高政治站位，严肃纪

律规矩，把准重点，突破难点，深入推进基金监管源头治理。

（二）加强组织领导。各级医疗保障部门要建立健全基金监管源头治理工作领导小组，协调动员局内外力量，共同做好基金监管源头治理工作。局基金监督处要主动牵头，会同相关处室单位，有序组织指导各地开展自查自纠、宣传培训等活动，推进源头治理取得实效。

（三）提升监管能力。省市联办基金监管专业知识轮训，组织实施专项检查前医学知识强化培训，积极推荐省内监管人员参加国家组织的飞检实训，多渠道多方式提高全省基金监管人员业务素质 and 实地检查能力。

（四）强化数据运用。各地要建立健全医保费用信息披露机制，将定点医疗机构参保人员门急诊次均医疗费用、住院次均费用、病种费用、个人自付费用、个人自费费用等重点运行指标纳入公示范围，敦促各定点医疗机构规范内部管理及医疗服务行为，提高医保基金使用效率。

各地于5月15日前，向省局报送基金监管源头治理工作方案；7月15日前，向省局基金监督处和省医保中心报送设区市经办机构自查自纠工作报告和辖区内所属各三级医疗机构自查自纠工作报告（样式见附件4）；11月底前，向省局基金监督处报送当地源头治理工作报告。

附件 1

医保经办机构自查自纠问题清单

1. 医保经办机构内部科室设置情况；是否设立基金稽核部门，科室职责是否明确等。

2. 是否建立内部控制制度和经办规程。

3. 是否按要求与“两定机构”签署了服务协议，是否制定“两定机构”的日常监督检查年度计划并按计划执行，是否按制度和协议规定对违反协议行为进行处理。

4. 是否严格执行总控管理文件要求，科学合理确定总额控制指标并进行年度总控决算和考核管理。

5. 医保端结算数据与定点医药机构结算数据是否实时上传并保持一致；信息系统内医保目录维护是否清晰完整、准确规范、符合制度规定。

6. 是否建立并完善智能监控系统，及时更新医疗服务监控规则，实现医保稽核的标准化、精细化，提升医疗保险稽核的信息化水平。

7. 各项基金是否纳入“收支两条线”和财政专户管理，单独记账、独立核算，支出户管理是否符合财务制度规定；各级财政应承担的保费补贴等是否及时足额拨付到位。

8. 是否建立异地大额医疗费用发票稽核制度,对手工报销的医疗费用的结算审核把关是否严格,是否存在重复报销、结算错误情况等。

9. 基金缴费基数核定、待遇审核支付、财务、信息系统管理等程序是否严密;初审、复审、审核、审批等岗位设置是否合理。

10. 是否存在以现金方式支付医疗保险待遇情况;是否存在虚列支出、转移资金、侵占挪用情况等。

11. 是否违规办理医保待遇、违规支付医保费用、虚假参保、虚假缴费、违规拖欠定点医药机构费用。

12. 建档立卡低收入人口医保信息系统身份标识情况。

13. 2018 年以来各项补充医疗保险、大病保险资金管理使用情况;是否存在与商业保险公司合作经办情况,合作商业保险公司履行合同情况等。

14. 2018 年以来国家、省以及地方历次审计、专项检查中有关医疗保险基金问题的整改情况。

15. 2018 年以来有关医疗保险基金监督举报和投诉调查处理情况等。

附件 2

定点医疗机构自查自纠问题清单

1. 是否存在承担药物临床试验的医疗机构将应由试验机构承担的检查和治疗等费用转嫁到医保基金支付的行为。
2. 是否存在将细胞因子活化杀伤（CIK）细胞输注治疗等临床研究项目纳入医保结算的行为。
3. 是否存在医保结算的部分药品和医用材料的量与实际“进、销、存”严重不符等现象。
4. 是否存在违规执业并使用医保基金的行为。
5. 是否存在私自联网并使用医保基金的行为。
6. 是否存在违规收取目录外耗材费用的行为。
7. 是否存在药品、医用耗材未按进价销售的行为。
8. 是否存在超医保政策范围使用医保基金的行为。
9. 是否存在超标准收费并使用医保基金的行为。
10. 是否存在分解收费并使用医保基金的行为。
11. 是否存在串换或套用编码收费并使用医保基金的行为。
12. 是否存在重复收费并使用医保基金的行为。
13. 是否存在人证不符并使用医保基金的行为。
14. 是否存在无指征检查并使用医保基金的行为。

15. 是否存在无指征住院并使用医保基金的行为。

16. 是否存在挂床住院并使用医保基金的行为。

17. 是否存在分解住院并使用医保基金的行为。

18. 是否存在诱导住院并使用医保基金的行为。

19. 其他违法违规使用医保基金的行为。

附件 3

定点零售药店自查自纠问题清单

1. 是否存在诱导参保人员用医保卡购买保健品、化妆品、生活用品等行为。
2. 是否存在留存、盗用、冒用参保人员医保卡等行为。
3. 是否存在为参保人员提供虚假票据报销、套现和套取药品等违法违规行为。
4. 是否存在为本店以外的其他机构提供代刷医保卡行为。
5. 是否存在以药易药、以药易物，药品进销存数据不一致情况。

附件 4

XXX 医院违规使用医保基金自查自纠报告

一、医院基本情况

包括医疗机构类别、级别、经营性质、机构地址、法人、所有制形式、内设科室、床位数以及科室、人员配置情况等。

二、自查自纠工作开展情况

(一) 自查过程：说明自查的方式方法、程序等

(二) 自查存在的问题：结合附件 2 自查问题清单，逐条对照自查，说明每项问题涉及的人次（数量）、金额等。

1.

2.

3.

.....

(三) 问题处理情况：

三、医院整改措施

针对自查存在的问题，分类剖析问题产生的原因，明确整改措施，整改完成时限和责任人。

XXX 医院（盖章）

年 月 日

抄送：国家医疗保障局基金监管司

江苏省医疗保障局办公室

2020年4月30日印发