

# 郟县医疗保障局文件

郟医保〔2022〕12号

## 关于持续开展 规范使用医保基金行为专项治理工作的 通 知

各定点医药机构、县社会医疗保险中心：

现将《持续开展规范使用医保基金行为专项治理工作方案》印发给你们，请结合工作实际，认真抓好工作落实。



## 持续开展规范使用医保基金行为 专项治理工作方案

为深入贯彻党中央、国务院关于加强医保基金监管工作决策部署，按照县委、县政府和平顶山市医疗保障局《持续开展规范使用医保基金行为专项治理工作方案》等工作要求，决定在全县范围内持续开展规范使用医保基金行为专项治理工作，现将实施方案明确如下：

### 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，深入贯彻党中央、国务院关于加强医保基金监管工作的决策部署，落实基金监管制度体系改革任务和《河南省“十四五”医疗保障发展规划》要求，坚决扛起维护医保基金安全政治责任，坚持以人民健康为中心，推进医保基金使用更加规范、合理、高效，不断提升人民群众医疗保障的获得感、幸福感和安全感。

### 二、工作目标

按照省、市医保局有关医保基金监管工作相关要求，2022年，要组织对定点医药机构履行医保协议、执行费用结算项目和标准情况开展全面核查，对辖区内重点机构开展现场检查，实现日常稽核全覆盖。对医保经办机构、定点医药机构和承担医保业务的商保公司全面开展自查自纠，并对发现问题整改实现全覆盖。实现对不同类型、不同层级监管对

象按一定比例进行抽查检查全覆盖。通过“三个全覆盖”实现对医保参保登记、医保基金使用、医保基金管理全链条的监管，严厉打击医保领域违法违规行为，巩固基金监管高压态势，持续净化医保基金运行环境，坚决守好人民群众的“看病钱”“救命钱”。

### 三、工作措施

**（一）确定治理对象。**包括医保经办机构、定点医药机构、承担医保业务的商业保险公司等。

1. 医保经办机构：重点检查内控制度不健全、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、虚假参保、基金管理不规范、违规拖欠定点医药机构费用以及内部人员“监守自盗”“内外勾结”等问题。

2. 定点医药机构：一般性违法违规问题重点检查分解住院、挂床住院，违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，重复收费、超标准收费、分解项目收费，串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，将属于医保基金支付范围内的费用未纳入医保基金结算，或将不属于医保基金支付范围的费用纳入医保基金结算，DIP付费中套高编码、高倍率病例、低倍率入组病例等问题。

3. 商业保险公司：承办医保业务的商业保险机构重点检查商业保险机构经办险种、经办职责、制度建设、机构建设、队伍建设、窗口建设、信息系统建设、经办流程、结算管理、医疗监管、协议履行、投诉举报、服务形象、档案管理、是

否实现“一站式”服务“一单制”结算等情况。

**(二) 明确治理内容。**采取日常监督检查、抽查复查、专项检查、飞行检查、联合检查等多种形式开展专项治理。欺诈骗保问题重点检查民营医院、县级公立医疗机构、乡镇卫生院、村卫生室虚假住院、伪造医学文书、虚构医疗服务，定点药店串换药品、违规摆放“三品”、医保卡套现等欺诈骗保行为；医养结合机构内设定点医疗机构各类虚假就医、虚构医疗服务等欺诈骗保行为；篡改肿瘤患者基因检测结果、血液透析骗取医保基金行为；医保卡违规兑付现金和异地就医重复报销享受医保待遇行为。集中带量采购重点检查政策执行情况（包括采购、使用、基金预付、及时回款），以及不按规定使用中选产品，违规使用非中选产品、替代产品、流标产品等行为。

**(三) 开展监督培训。**加大对医保基金监管行政执法，稽核人员和定点医药机构相关人员的培训力度，积极适应医共体、医保支付方式等改革需求，结合任务实际，组织不少于两期的专项治理能力素质培训，不断提升监管队伍执法能力和规范使用医保基金行为的服务水平。

**(四) 推进综合监管。**全面落实平顶山市医疗保障基金监管领导小组各项制度，推动各级政府建立激励问责机制，将打击欺诈骗保工作纳入相关工作考核。积极与公安、纪检监察等部门沟通衔接，建立“行刑衔接”“行纪衔接”等工作机制，强化一案多查，联合惩处工作机制。建立健全与卫

生健康、财政、审计、市场监管等相关部门的沟通协调、联合办案机制体制，持续提高监管震慑作用和线索查处力度。

**(五) 加强监管创新。**积极推进智能监控知识库、规则库“两库”同步更新应用。加快医疗保障智能监控子系统的落地应用，逐步扩大应用范围和应用场景，提升监管工作实效。建立健全医保信用管理制度。建立完善医疗保障信用评价指标，探索医疗保障信用评价结果运用，对监管对象采取差异化监管措施，积极推动医疗保障协同治理工作取得新突破。

#### 四、实施步骤

4月份，组织开展医保基金监管集中宣传月活动。

5月底前，建立激励问责机制，将打击欺诈骗保工作纳入相关工作考核。

6月15日前，医保经办机构、定点医药机构和商保公司完成自查自纠及对发现问题整改全覆盖。

7月底前，组织完善医保信用管理制度。

8月底前，分级分类组织医保基金监管能力培训。组织对医保基金监管行政执法，稽核人员和定点医药机构相关人员的培训。

9月30日前，完成日常稽核全覆盖。

10月30日前，整改提高。完成现场抽查检查全覆盖，基金监管股对专项治理工作进行认真梳理总结、整改提升，形成专项治理工作总结报告报医疗保障基金监管领导小组。

12月底前，配合省、市局完成现场抽查检查全覆盖。

## 五、责任分工

总牵头人：薄云亮（县医疗保障局党组成员、副局长）

### （一）区分类别明确治理重点。

#### 1. 违法违规使用医保基金问题

牵头股室：基金监管股

配合单位（股室）：县社会医疗保险中心、各定点医药机构

#### 2. 集中带量采购政策执行情况。

牵头股室：医药价格和招标采购科

配合单位（股室）：基金监管股、县社会医疗保险中心、各定点医药机构

### （二）持续加大宣传舆论引导。

牵头股室：基金监管科

配合单位（股室）：综合科、县社会医疗保险中心、各定点医药机构

### （三）加强监管能力素质培训。

牵头股室：基金监管科

配合单位（股室）：县社会医疗保险中心、各定点医药机构

### （四）加大综合监管力度。

牵头股室：基金监管科

配合单位（股室）：县社会医疗保险中心、各定点医药机构

## 六、有关要求

**（一）强化组织领导。**成立郟县规范使用医保基金行为专项治理工作领导小组，聚焦违规重点，把准时间节点，突破治理难点，统筹协调、强化督导，加强开展专项治理工作的组织领导，确保任务高标准完成。

**（二）夯实工作责任。**把开展规范使用医保基金行为专项治理工作摆上重要位置，明确分工、压实责任、强化自律、公正监管，积极主动地完成好各项工作，对忠于职守、履职尽责者给予表扬和鼓励；对不履行或者履职不到位者严肃追责问责，确保治理工作成效明显。

**（三）加强宣传引导。**4月份，各定点医药机构要加强对基金监管相关法律法规和政策措施的深入解读和系统宣传，推进基金监管宣传工作常态化、长效化。要加大典型案例曝光力度，严格按照标准要求报送日常监督检查、欺诈骗保专项整治、要情报告、典型经验、创新做法等信息；加大对违法违规典型案例曝光力度，积极探索利用短视频平台等新媒体进行典型案例曝光。

**（四）加大查办力度。**规范举报线索办理和奖励机制。加强对线索查办责任股室的督促指导，提高线索案件的查办率和阳性率，进一步畅通举报投诉渠道，完善举报线索办理流程，建立线索台账、认真核查、限时办结并按要求报告。严格落实举报奖励措施，依法保护举报人合法权益，简化奖励程序，及时兑现举报奖励资金，持续激发全民参与医保基

金监管的积极性。

**（五）严肃工作纪律。**严明政治纪律，严守政治规矩，坚持廉洁自律，坚决杜绝任何贪污腐败和权力寻租，坚决杜绝有线索不核查、有案件不查处、系统内外勾结等行为。持续强化保密安全，时刻绷紧保密安全这根弦，加强对涉密人员和涉密载体管理。对涉嫌失职、渎职人员依法依规严肃追责。各定点医药机构涉及医保基金监管工作重大事项要及时报告县医保局。

附件：邳县规范使用医保基金行为专项治理工作领导小组



附 件：

郟县规范使用医保基金行为专项  
治理工作领导小组

组 长：王银攀 县医疗保障局党组书记、局长  
副 组 长：薄云亮 县医疗保障局党组成员、副局长  
王亚伟 县医疗保障局党组成员、副局长  
张 迪 县医疗保障局党组成员、副局长  
成 员：鲁冰鹏 李群昌 史艳娜 赵晓燕 魏久昌  
领导小组下设办公室，薄云亮同志兼任办公室主任，负  
责办公室全面工作，赵晓燕、贾占岭、王琳艳、王伟国为办  
公室成员，负责办公室日常事务。

监督举报电话：0375-5255003

监督举报邮箱：jiaxianlbzj@163.com

---

郟县医疗保障局办公室

2022年4月19日印发

---