合瑶医保〔2021〕2号

关于印发《2021年瑶海区定点医药机构医保

违法违规行为专项治理工作方案》的通知

各街、镇、开发区，各定点医药机构：

根据合肥市医疗保障局统一部署，现制定《2021年瑶海区定点医药机构医保违法违规行为专项治理工作方案》，请认真贯彻落实。

合肥市瑶海区医疗保障局

2021年3月19日

2021年瑶海区定点医药机构医保违法违规

行为专项治理工作方案

为贯彻落实党中央、国务院及省委、省政府关于医保基金安全工作的决策部署，认真落实中央巡视组巡视我省反馈意见涉及我区的整改工作要求，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》、《安徽省医疗保障局关于印发〈2021年全省定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作方案〉的通知》（皖医保秘〔2021〕14号）、《安徽省医疗保障局关于做好2021年基金监管工作的通知》（皖医保秘〔2021〕15号）、合肥市医疗保障局《2021年合肥市定点医药机构医保违法违规行为专项治理工作方案》（合医保发〔2021〕4号）精神，结合深入推进新一轮“三个以案”警示教育要求，就我区开展定点医药机构医保违法违规行为专项治理工作，制定本工作方案。

一、工作目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以人民健康为中心，坚持把基金监管作为医保工作的生命线，以整治太和医疗机构骗保问题为切入点，扎实在全区开展定点医药机构医保违法违规行为全覆盖专项治理工作,以零容忍态度严厉打击欺诈骗保、套保等违法违规行为，探索建立严密有力的基金监管机制，确保医保基金安全高效、合理使用，不断增强人民群众的医疗保障获得感。

二、工作重点

坚持监督检查全覆盖与抓重点补短板相结合，坚持清存量与遏增量相结合，坚持强化外部监管与加强内部管理相结合，在全面治理定点医药机构违法违规行为的同时，重点整治“假病人”“假病情”“假票据”等“三假”欺诈骗保问题和定点专科医院、一级综合医院等存在的医疗乱象。治理的重点内容有：

（一）定点医疗机构

**1.医保管理问题**

（1）未建立医疗保障基金使用内部管理制度，没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作，没有宣传贯彻医保政策；

（2）未按照规定建立账务管理制度、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；

（3）未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据；

（4）未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；

（5）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；

（6）除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务；

（7）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

**2.一般违规问题**

（1）分解住院、挂床住院；

（2）违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；

（3）重复收费、超标准收费、分解项目收费；

（4）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

（5）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；

（6）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；

（7）导致医疗保障基金损失的其他违法行为等。

**3.欺诈骗保问题**

（1）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；

（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；

（3）虚构医药服务项目；

（4）其他骗取医疗保障基金支出的行为。

（二）定点零售药店

（1）经营地址、法定代表人变更登记后未向医保管理部门报备；

（2）未建立财务管理制度，无财务账目、会计凭证，未落实医保智能监控相关要求，未执行药品“进、销、存”管理制度；

（3）未凭处方销售处方药或未按规定登记销售；

（4）串换药品（医用材料、器械），将药品（医用材料、器械）以外的其他物品纳入医疗保障基金结算；

（5）为他人利用医疗保障凭证套取医疗保障基金提供帮助；

（6）与非定点零售药店串通，将非定点零售药店发生的费用纳入医疗保障基金结算；

（7）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况；

（8）其他套取、骗取医疗保障基金支出的行为。

三、工作步骤和措施

（一）学习教育阶段（3-12月）。召开全区定点医药机构医保违法违规行为专项治理工作会议，开展理想信念和法纪教育，开展以“四看四促”为主要内容的新一轮“三个以案”警示教育，部署定点医药机构干部职工深入学习习近平新时代中国特色社会主义思想、十九届四中、五中全会和十九届中央纪委四次、五次全会精神、《中国共产党纪律处分条例》《党委（党组）落实全面从严治党主体责任规定》；组织各级医保部门结合学习贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，围绕“宣传贯彻条例、加强基金监管”主题，扎实做好省暨合肥市医保基金监管集中宣传月各项宣传活动。加大专项治理工作宣传力度，向社会公布举报方式、公开专项治理内容、通告工作进展，引导公众正确认知、主动参与基金监管工作，充分发挥群众监督作用。

（二）存量问题清零阶段（3-6月）。3-4月份，各医疗机构要把2019年至2020年12月底，经飞行检查、现场检查、信访举报、自查自纠发现但未查处完结的问题，进行整改销号，存量清零。各单位要逐项清查、建立台账，并明确责任人员、时间表和路线图。5月30日前，要全面总结历史问题清零情况，并形成书面材料报区医保局。

（三）现场检查全覆盖阶段（4-7月）。各单位要整合监管力量，明确任务分工，对辖区内全部定点医药机构2020年6月1日至2021年5月31日医保基金管理责任制落实情况和医保政策执行情况开展全覆盖现场检查。其中，对“三假”（假病人、假病情、假票据）问题治理可以追溯到2019年，并贯穿到全年基金监管工作中。定点零售药店现场检查时间可适当延长，10月31日前应完成全覆盖现场检查任务。各单位按照省局统一制定的定点医药机构现场检查清单（见附件），逐项检查，填表留存，以备年度目标任务综合考评和省、市医保部门开展交叉检查时进行复核、对照。区医保部门负责检查本辖区一级以下综合住院医疗机，各街镇开发区医保部门负责检查本辖区其它定点医疗机构及定点零售药店。

（四）抽查全覆盖阶段（8-10月）。区医保局抽调相关业务人员，配合国家、省、市医保局开展飞行检查和地市交叉抽查。对检查抽查中发现定点医疗机构医保管理和一般违规违法问题，要责令改正，约谈有关负责人，造成医保基金损失的，按照《条例》和协议规定追回医保基金，并处以罚款。

对检查抽查中发现定点医疗机构“三假”等严重欺诈骗保问题，严格按照《条例》和协议规定追回医保基金，处以顶格罚款、暂停医保医药服务、直至解除协议，坚决做到发现一起、彻查一起、严惩一起、曝光一起。

涉及违反其他法律、行政法规的，及时移交有关主管部门依法处理；构成犯罪的，一律移交司法部门追究刑事责任。

（五）总结完善阶段（11-12月）。各单位要认真总结专项治理中的好经验、好做法，把专项治理期间形成的有效措施制度化、常态化，并于10月15日前将专项治理情况报告及相关典型案例报送区医保局。区医保局将全区专项治理情况通报全区，并于10月31日前形成专题报告上报市医保局和区委、区政府、区纪委监委。

四、工作要求

（一）提高认识，加强领导。全区各级医保部门要以太和医疗机构骗保问题为反面教材，增强政治意识，提高政治站位，切实承担基金监管责任，认真梳理本辖区基金监管中存在的难点、短板及风险点，找准症结。要紧密结合工作实际，制定本单位专项治理方案，加强组织领导，坚持问题导向，建立倒逼机制，动真格、求实效、建机制，扎实完成专项治理各项工作任务。为弥补监管力量不足的问题，各单位可通过购买服务的方式引入第三方机构专业人员参与现场检查。专项治理工作要力戒形式主义、官僚主义，对未履行、不当履行或违规履行监管职责的，要严肃追责问责。

（二）规范程序，严肃查处。要依法依纪依规开展检查，严格落实行政执法三项制度，规范检查流程和信息披露等工作，认真填写相关执法检查文书，妥善保存收集到的相关文字、音像资料等材料。要以《条例》实施为契机，加大行政处罚力度，加大对个人特别是公职人员医保违法违纪违规行为的追责力度。各单位应正确行使自由裁量权，公平公开公正处理检查中发现的违法违规行为，不得瞒报、漏报、虚报。

（三）加强配合，形成合力。各级医保部门要充分发挥牵头作用，积极主动与卫生健康、纪检监察等相关部门沟通协调，加强信息互通共享，及时将有关违法违纪违规问题和线索，移送纪检监察、卫生健康和市场监管等部门，探索建立一案多查、一案多处工作机制，形成基金监管合力。加强医保诚信体系建设，及时曝光违法违规典型案例，形成震慑力。

（四）严守纪律，廉洁检查。检查人员必须严格遵守廉政纪律规定，廉洁自律，依法依规开展检查。自觉维护良好的营商环境，建立亲清政商关系，尽量减少执法检查对定点医药机构正常生产经营秩序的干扰。严禁利用工作之便刁难检查对象，不得收受检查对象的财物和接受宴请等。

附件：1.医疗保障定点医疗机构现场检查清单

2.医疗保障定点零售药店现场检查清单

附件1

医疗保障定点医疗机构现场检查清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 执业地址 |  |
| 执业许可证、设置批准书的编码（文号） |  | 核准机关名称及其颁证时间 |  |
| 法人/负责人/实际控制人 |  | 联系电话身份证号 |  |
| 初次申请纳入医保定点时间 | 年 月 日 | 医保服务协议期限（并对照正本） | 有效期 年 月 日 至 年 月 日 |
| 最近一次续签协议时间 | 年 月 日 |
| 检 查 内 容 | 备 注 |
| 资质检查 | 单位资质 | 医疗机构是否有执业许可证、新开办的医疗机构是否有设置批准书，中途有无相关事项变更 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否另设有其它的院区（科室），许可证和批准书是否有相关备注；独立执业或设置的院区（科室），医保是否对其单独进行结算 | 是 |  | 否 |  |  |
| 许可执业与批准设置（变更）与其实际执业状况是否一致；核定床位与实际开放床位数量是否一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否被核准开展互联网诊疗服务，并依托其实体医疗机构签订补充协议，有无实质性开展医保结算 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否为县域医共体或医联体牵头单位（收集成员单位相关信息） | 是 |  | 否 |  |  |
| 人员资质 | 核查其在院所有医护人员与实际在岗执业人员是否一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 医师（助理）、乡村医生、中医（专长）医师、康复治疗（技）师是否全部具有执业证书（资格证书） | 是 |  | 否 |  |  |
| 护士是否全部具有护士执业证书 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否有非医保医师、护士从事参保人员诊疗及申请医保费用结算 | 是 |  | 否 |  |  |
| 过往卫生健康、市场监管等部门的监督检查中，有无该单位及其从业人员违法违规或不良行为的记录 | 有 |  | 无 |  |  |
| 医保监管 | 医保定点 | 申请纳入医保定点的条件和程序是否合规，是否进行了严格评估，有无进行评估的相关资料 | 是 |  | 否 |  |  |
| 近两年度有无相关部门组织或者自行委托会计审计机构对本单位医保资金使用及财务运行的情况开展过专项审计，有无重大问题（收集审计报告及相关资料） | 有 |  | 无 |  |  |
| 是否签订或者续签医保服务协议，其服务协议是否仍在有效期 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否由主要负责人负责医保工作，是否配备专（兼）职医保管理人员（收集名单，核验身份） | 是 |  | 否 |  |  |
| 100张床位以上的医疗机构是否内设有医保管理机构，是否安排专职医保工作人员负责基金使用管理工作（收集名单，核验身份） | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定要求建立并健全内部医保基金使用考核评价指标体系（收集实证材料） | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否建立符合医保协议管理要求的医保管理、财务、统计信息管理、医疗质量安全等核心制度（收集） | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定保管本单位财务账目、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（查证若干例） | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否在本单位开展医保基金相关制度、政策的培训，定期检查医保基金使用情况，及时纠正医保基金使用过程中不规范的行为 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，并实现与医保信息系统有效对接；是否按规定和要求传送参保就诊人员的相关信息 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定和要求及时通过医保信息系统全面准确传送医保基金使用的有关数据，向医保行政部门报告基金使用监管所需的信息 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定和要求通过相关网站或本单位服务窗口等途径，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会公众监督（收集信息） | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定和要求设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，是否按规定使用国家统一的医保编码 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否异地就医定点医疗机构，是否具备条件能为参保人员提供异地就医费用直接联网结算 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医保凭证，是否向参保人员如实出具费用单据和相关资料 | 是 |  | 否 |  |  |
| 提供医保基金支付范围以外医药服务的，是否经参保人员或者其近亲属、监护人同意，有无相关凭据，或参保人员对此投诉、反映的记录 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，是否按部署要求认真开展自查自纠，缴回违规资金 | 是 |  | 否 |  |  |
| 过往医保行政检查和经办稽核中有无该单位及从业人员违法违规和不良行为的记录，是否及时得到处理，违规资金是否被追回医保 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定要求在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识 | 是 |  | 否 |  |  |
| 医保政策落实 | 是否按规定要求执行和落实医保待遇相关政策，对于参保特殊人群住院实行免交住院押金等措施 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按照医保协议执行医保基金总额预算指标 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否开展按病种、按疾病诊断相关分组（DRGs）、按分值（DIP）支付结算 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否存在以医保支付政策为由拒收患者的情形 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定要求执行集中采购政策，优先使用国家和我省集中采购中选的药品和耗材，医保基金支付的药品、医用耗材在规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况（主要针对公立医院） | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定要求如实向医保经办机构报送药品、耗材采购价格和数量（主要针对公立医院） | 是 |  | 否 |  |  |
|  |  | 是否按规定要求严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策（主要针对公立医院） | 是 |  | 否 |  |  |
| 器械设备设施 | 化验室仪器设备设施和试剂清单与开展化验项目是否一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 放射、影像科室器械设备设施清单与开展检查项目是否一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 超声室器械设备设施清单与开展检查项目是否一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 其他检查、治疗器械设备设施清单与开展检查、治疗项目是否一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 药品耗材试剂 | 药品、耗材、试剂等进销存是否有完整并可查证的记录 | 是 |  | 否 |  |  |
| 随机抽查药品是否票账、账物一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 随机抽查耗材是否票账、账物一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 随机抽查试剂是否票账、账物一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 住院信息 | 医院信息系统的住院参保人员与实际在院情况是否一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 住院的参保人员与在院患者身份信息是否一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 三单（收费、医嘱、报告单）是否一致 | 是 |  | 否 |  |  |

医疗机构法人（负责人）签名（盖章）：

检查人员签名：

检查日期： 检查地点：

附件2

医疗保障定点零售药店现场检查清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 |  | 营业地址 |  |
| 药品（器械）经营许可证、营业执照编码（文号） |  | 核准机关名称及其颁证时间 |  |
| 法人/负责人/实际控制人 |  | 联系电话身份证号 |  |
| 初次申请纳入医保定点时间 | 年 月 日 | 医保服务协议期限（并对照正本） | 有效期 年 月 日至 年 月 日 |
| 最近一次续签协议时间 | 年 月 日 |
| 检 查 内 容 | 备 注 |
| 资质检查 | 单位资质 | 该药店是否拥有独立的营业执照，还是连锁分支机构，或是加盟店，有无营业执照副本 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否有独立的药品、医疗器械经营许可证，还是连锁、分支机构，或加盟店，有无经营许可证的副本，医保是否对其单独进行结算 | 是 |  | 否 |  |  |
| 中途有无经营范围或营业地点等事项变更，经营许可证、营业执照有无相关备注与说明 | 有 |  | 无 |  |  |
| 营业执照、许可证核准的经营范围与其实际经营状况是否一致，是否药店经营的非药品、器械类等商品超出了营业执照核准或医保协议约定的范围与数量 | 是 |  | 否 |  |  |
| 人员资质 | 核查该药店所有在册人员与实际在岗从业人员是否一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 药师（助理药师）或是药学、临床药学、中药学的药师是否全部具有执业注册证书（资格证书） | 是 |  | 否 |  |  |
| 该店执业药师是否均为医保药师，检查当时是否有执业药师在岗 | 是 |  | 否 |  |  |
| 过往药品监督、市场监管等部门在监督检查中，有无该店及从业人员违法违规或不良行为的记录 | 是 |  | 否 |  |  |
| 医保监管 | 医保定点 | 申请纳入医保定点的条件和程序是否合规，是否进行了严格评估，有无进行评估的相关资料 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否作为本地参保人员门诊慢性病、特殊病的定点药店,有无医保统筹基金进行支付结算 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否签订或者续签医保服务协议，其服务协议是否仍在有效期 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否符合规定和要求，至少有1名执业药师（助理）资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师还须签订1年以上劳动合同、且在合同期内（收集名单，核验身份） | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否符合规定和要求，至少有2名熟悉医保法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上的劳动合同、且在合同期内（收集名单，核验身份） | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按药品（器械）经营质量管理规范要求，开展药品（器械）分类分区管理，并对所售药品（器械）设立明确的医保用药标识 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的医保药品（器械）管理、财务管理、医保人员管理、统计信息管理和医保费用结算等制度（收集） | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定保管本药店财务账目、会计凭证、处方、费用票据存根、药品和器械、耗材的出入库记录等资料（查证若干例） | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否在本药店或连锁店开展医保基金相关制度、政策的培训，定期检查医保基金使用情况，及时纠正医保基金使用中不规范的行为 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定和要求及时如实向医保信息系统上传参保人员购药的品种、规格、价格及费用等信息，定期向医保经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定和要求设立医保药品、医疗器械等基础数据库，是否按规定使用国家统一的医保编码 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否异地参保人员定点零售药店，是否具备条件能为异地参保人员提供购药费用直接联网结算 | 是 |  | 否 |  |  |
| 提供药品服务时，是否执行了实名购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，做到人证相符，特殊情况下为他人代购药品的出示本人和被代购人身份证，是否向参保人员如实出具费用单据和相关资料 | 是 |  | 否 |  |  |
| 提供医保统筹基金支付门慢、门特购药服务的，是否查验参保人员或其近亲属、监护人代购药械凭证,有无参保人员对此投诉的记录 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按照服务规范提供合理、必要的购药服务,是否按要求缴回违规社保支付的医保费用 | 是 |  | 否 |  |  |
| 过往医保行政检查和经办稽核中有无该药店及从业人员违法违规和不良服务行为的记录,是否及时得到处理,违规资金是否被追回 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定要求在显著位置悬挂统一样式的定点零售药店标识 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否严格执行医保支付政策，主动在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品，并真实记录“进、销、存”情况 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定和执行药品和器械等价格，遵守医保行政部门制定的价格政策 | 有 |  | 无 |  |  |
| 存放环境 | 药店的经营环境及卫生状况是否符合规范与基本要求 | 是 |  | 否 |  |  |
| 药械陈列是否合理分类摆放 | 是 |  | 否 |  |  |
| 处方药与非处方药是否分开摆放 | 是 |  | 否 |  |  |
| 药械仓储是否整洁并合理有序 | 是 |  | 否 |  |  |
| 药械贮存条件（温、湿度等）是否符合要求 | 是 |  | 否 |  |  |
| 药械是否统一明码标价 | 是 |  | 否 |  |  |
| 进销存 | 药械的进销存是否有完整并可查证的记录 | 是 |  | 否 |  |  |
| 随机抽查药品是否与该店或连锁店的进销存记录一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 随机抽查器械是否与该店或连锁店的进销存记录一致 | 是 |  | 否 |  |  |
| 管理 | 药店财务管理是否规范 | 是 |  | 否 |  |  |
| 药店信息化管理是否规范 | 是 |  | 否 |  |  |
| 药店票据管理是否规范 | 是 |  | 否 |  |  |
| 其他 | 药械是否均在有效期内（抽查） | 是 |  | 否 |  |  |
| 店面或柜台是否租赁、承包经营 | 是 |  | 否 |  |  |
| 是否按规定凭处方销售医保目录内处方药，药师应对处方进行审核、签字后，调剂配发药品；外配处方是否定点医疗机构医师开具，并有医师签章（抽查） | 是 |  | 否 |  |  |

零售药店法人（负责人）签名（盖章）：

检查人员签名：

检查日期： 检查地点：

合肥市瑶海区医疗保障局 2021年3月19日印发