

西宁市医疗保障局文件

宁医保局发〔2021〕25号

西宁市医疗保障局 关于印发《2021年度医疗保障 飞行检查计划》的通知

各县（区）医疗保障局、市医疗保障经办服务中心：

为建立健全严密有力的基金监管制度体系，加强医疗保障基金监督检查，今年在全市范围内开展医保基金飞行检查。现将《2021年度医疗保障飞行检查计划》印发给你们，请认真贯彻落实。

西宁市医疗保障局

2021年2月19日



西宁市医疗保障局

2021 年度医疗保障飞行检查计划

为建立健全严密有力的基金监管制度体系，加强医疗保障基金监督检查，打击欺诈骗取医疗保障基金行为，堵塞基金“跑冒滴漏”，切实维护基金安全运行。根据《西宁市医疗保障局 2021 年度基金监管工作方案》安排，今年将开展覆盖全市的医保基金飞行检查。

一、检查范围及方式

市医疗保障局组织实施全市范围内飞行检查，县（区）医疗保障部门对辖区内定点医疗机构进行核查。通过政府购买医保基金监管服务方式，委托第三方专业机构，对定点医疗机构违法违规使用医保基金行为进行检查。

二、检查对象及内容

抽取一定比例一级及以上定点医疗机构，重点检查各定点医疗机构 2019 年 1 月至 2021 年 5 月期间的医保基金使用情况。

（一）定点医疗机构欺诈骗保行为

- 1.将医保目录范围外的药品、服务、材料等费用串换成医保支付范围内的费用进行医保交易结算；
- 2.伪造、变造、涂改医疗文书或者提供虚假医疗费用结算报表、凭据骗取医疗保障基金支出；
- 3.给参保人员办理了住院手续，有费用发生但不住院的挂床

住院行为;

4.工作人员盗用或冒用他人社会保障卡,利用社会保障卡套现;

5.医用材料无进货单或伪造进货单,篡改进、销、存数据;

6.定点医疗机构及其工作人员的其他欺诈骗保行为。

(二) 定点医疗机构违规违约行为

1.医疗费用结算是否规范,有无违反医疗服务政策、重复收取、分解收取、超标准或自定标准收取费用现象;

2.违反医疗保险用药范围或者用药品种规定,违规使用无适应症的药品,为参保人员开具处方,进行医疗保障费用结算;

3.诊疗项目或耗材或医疗服务及设施超医保目录支付范围,或超医保约定支付范围纳入结算;

4.超医保支付限定情形,包括药品或诊疗项目或耗材或器械或医疗服务及设施,如限住院或急诊抢救、医院级别、科别、职称限定等;

5.违反医疗保障制度规定的支付比例进行医疗保障费用结算;

6.药品价格超过医保支付标准、违反明码标价等规定的药品价格进行医疗保障费用结算;

7.未核验参保人员社会保障卡,导致冒用参保人员身份进行冒名住院或冒名就诊的;

8.未根据会计制度的规定建立相应的会计账目和“进、销、存”电算化管理的明细账目,账账、账实不相符的;

9.定点医疗机构及其工作人员其它违规违约行为。

三、实施步骤

(一) 公开公示、确定承接主体阶段(6月底前)。按照《政府采购法》和^西宁市《政府向社会力量购买医保基金监管服务办法(试行)》相关规定,通过公开招标、邀请招标、竞争性谈判、询价、单一来源采购等方式确定第三方专业机构。一经确定,与其签订政府购买医保基金监管服务合同,即可组织实施。

(二) 组织实施阶段(7月底前)。飞行检查组由各级医疗保障基金监管人员和受委托第三方专业机构人员组成,实行组长负责制。市医疗保障部门对检查组调度和指挥,现场检查时间和检查措施由检查组根据检查需要确定。

(三) 后续处理阶段(8月底前)。现场检查结束后,各级医保部门严格按照《西宁市医疗保障基金监管飞行检查办法(试行)》的规定开展后续处理。对飞行检查发现的违法违规使用医保基金行为,由所检查地医保部门依据《医疗保障基金使用监管条例》、《青海省医疗保障定点医药机构服务协议》及《西宁市基本医疗保险定点医药机构补充服务协议》有关条款予以处理,并做好整改上报工作。

四、工作要求

(一) 各县(区)医保部门要认真做好市级飞检移交问题的后续处理工作。对于发现涉及公立医疗机构和公职人员涉嫌欺诈骗保医保基金的问题线索,要按照省纪委办公厅《关下印发<关

于贯彻落实习近平总书记重要指示批示精神加强医保基金监管工作的监督意见》的通知》要求，将相关问题线索向同级纪检监察部门移交。

(二)检查组人员应严格遵守有关法律法规、工作纪律和廉政规定。对徇私舞弊，泄露飞行检查信息、举报人信息或被检查对象商业秘密，出具虚假检查报告，违反廉政纪律的，按照有关规定给予政务处分，涉嫌犯罪的，依法移交司法机关处理。

是否宜公开选项：宜公开

西宁市医疗保障局

2021年2月19日印

西宁市医疗保障局

2021年度医疗保障基金监管工作方案

为进一步加强医疗保障基金监管，坚决打击欺诈骗保行为，切实保障基金安全，根据国家、省医疗保障局关于做好2021年度医疗保障基金监管工作的相关要求，结合我市医疗保障基金监管工作实际，制定2021年度工作实施方案。

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，认真贯彻落实习近平总书记对医疗保障工作的重要指示批示精神，坚持贯彻落实新发展理念，坚持以人民为中心的发展思想，把维护医疗保障基金安全作为首要任务，持之以恒强化医疗保障基金监管，压实监管责任，堵塞制度漏洞，夯实医保基础工作，持续巩固打击欺诈骗保的高压态势，确保医疗保障基金安全，促进医保制度公平可持续发展。

二、工作重点

（一）监督检查全覆盖，规范服务行为

1. **监督检查全覆盖。**全年开展两次全覆盖监督检查。第一次现场检查全覆盖，由辖区医疗保障部门实施，结合经办现场稽核目标任务，对辖区内全部定点医药机构开展现场检查，重点对照协议检查医疗保障基金合法合规使用情况，同步开展基金监管政策宣传。第二次抽查范围全覆盖，由市级医疗保障部门采取随

机抽查的方式，抽查范围以全市上一年度基金支付排名前30位的定点医药机构为重点，结合投诉举报线索，抽查比例不低于10%，市级抽查与县（区）全覆盖检查同步开展。

2. **加强对定点医药机构监管。**按照定点医药机构服务协议，充分利用医保智能审核监控系统的审核结果，加强对医药机构协议执行情况的检查监督。对违反协议的定点医药机构，要依据有关规定和协议约定，采取约谈、限期整改、暂停拨付、拒付费用、暂停协议、解除协议等处理措施，对已支付的违规医保费用予以追回。

3. **加强对经办机构的监管。**对医疗保障经办机构及商保公司开展检查，重点内容为内控管理，基金稽核，履约检查，定点医药机构费用结算，总额控制执行及指标管理，智能审核监控管理等，特别是对办理医保待遇、支付医保费用是否存在虚假参保、虚假缴费，以及内部人员是否“监守自盗”“内外勾结”等违法违规行为进行检查。

4. **开展“三假”专项整治。**2021年聚焦“假病人”“假病情”“假票据”等“三假”欺诈骗保问题，结合日常监督检查、现场检查、抽查复查、飞行检查、联合检查等多种形式，在全市范围内开展专项整治，发现一起，严肃查处一起，公开曝光一起。

5. **开展“清零行动”。**2021年上半年，组织开展基金监管存量问题“清零行动”，重点解决2020年底前经飞行检查、信访举报、自查自纠发现但未查处完结的问题。要建立问题台账，逐项

清查，逐一分析原因，明确责任人员、时间表和路线图，2021年6月底前，全面总结历史问题清零情况。

6. **开展飞行检查。**市医疗保障局将联合相关部门，组织开展飞行检查，在全市抽取一定比例的一级及以上定点医疗机构，重点检查各定点医疗机构的医疗保障基金使用情况。

(二) 完善监管机制，强化力量协同

7. **推进社会监督。**充分发挥社会监督员作用，广泛动员社会各方面力量参与医保监督工作。认真落实举报奖励办法，规范举报线索受理、交办、查处、反馈、奖励等工作流程和工作机制，不断提高举报人对举报处理的满意度，对有价值线索逐一建立台账，认真核查，甄别真伪，限时办结，确保事事有回音、件件有落实。

8. **强化部门协同。**积极主动协调卫生健康、市场监督管理、财政、审计、公安等部门，完善综合监管机制，形成监管合力，大力推进部门间联合执法、信息共享和互联互通，健全协同执法、一案多处工作机制，促进监管结果协同运用。对疑似违法违纪案件，积极商请公安、纪检监察等部门参与查处；对查实的违法违纪线索，及时通报相关部门，按规定吊销执业资格或追究党纪政纪责任。涉嫌犯罪的，及时移送司法机关。

9. **创新监管方式。**积极引入商业保险机构、会计师事务所、信息技术服务机构等第三方力量参与监管。规范购买服务行为，确保购买服务质量，建立考核评价机制。

10.开展诚信建设。在常态化开展打击欺诈骗保工作的基础上，创新监管举措，建立黑名单制度，建立医保信用监管体系，对定点医药机构实施积分制管理。

（三）加强政策宣传，营造良好氛围

11.开展宣传教育。利用传统媒体、新型媒体等各种宣传手段，加强新闻信息发布。重点加强对典型案例以及基金监管法规政策的宣传，通过主动曝光已查实的典型欺诈骗保案件，形成有效震慑作用。动员相关机构和社会成员主动参与基金监管工作，营造全社会重视、关心和支持医疗保障基金安全的良好氛围。

12.开展打击欺诈骗保集中宣传月活动。2021年4月开展以“宣传贯彻条例、加强基金监管”为主题的医疗保障基金监管集中宣传活动，采取多种措施，集中宣传解读医疗保障基金监管法律法规与政策规定，强化定点医药机构和参保人员法制意识，自觉维护医疗保障基金安全。

（四）贯彻落实条例，加强业务培训

13.加强条例宣传解读。将学习、宣传和贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》作为2021年医疗保障基金监管学习培训的重点工作，要积极采取线上线下多种渠道、多种形式相结合的方式系统宣传解读，实现医疗保障行政部门、经办机构、定点医药机构、参保人员等监管主体和监管对象全覆盖，营造“人人知法、人人守法”的良好监管环境。

14.全面开展业务培训。加强基金监管工作人员业务学习，

积极借鉴好经验和好做法，采取“走出去”、“请进来”等培训举措，对全市基金监管队伍开展培训，重点培训基金监管法律法规、违法违规典型案例、查处方式方法等。以案说法，以案教学，提高监管队伍业务能力。同时要开展针对定点医药机构工作人员法律法规和医保政策的教育培训工作。

三、工作要求

（一）提高政治站位，强化组织领导。各级医疗保障部门要统一思想，提高政治站位，要落实基金监管“一把手”负责制，切实增强责任意识，切实将打击欺诈骗保作为本部门政治任务抓实抓细，守护好百姓的救命钱。在全市医疗保障经办机构、定点医药机构树立起严格执行医保管理规定、违法违规必查必纠的意识，持续保持基金监管高压态势。

（二）搞好协同配合，合力推进工作。要充分发挥联防联控打击欺诈骗保的工作机制，在加强内部管理的基础上，通过发挥相关职能部门和新闻媒体的职能作用，发挥举报奖励的激励措施，调动全社会力量积极参与监督，对发现的违法违规行为线索一追到底，从严处理，联合惩戒。

（三）加大整治力度，健全长效机制。对发现的违法违规行为不断进行回访、复查，查实一批典型案件，曝光一批典型案例，健全惩戒机制，堵塞管理漏洞，形成部门联动，相互配合，共同执法，有效震慑，联合惩戒的长效工作机制。

（四）坚持信息报送，促进工作落实。市医疗保障经办机构、

各县（区）医疗保障部门指定专人填报专项治理工作相关材料。加大对医疗保障经办机构、定点公立医疗机构和公职人员的监督执纪问责力度，建立与纪检监察机构重大案件通报、案件移送和信息反馈机制，坚决查处内外勾结欺诈骗保行为。

是否宜公开选项：宜公开

西宁市医疗保障局

2021年2月19日印