

碑林区 2020 年打击欺诈骗保专项治理 工作方案

根据陕西省医疗保障局《关于做好 2020 年医疗保障基金监管工作的通知》（陕医保发〔2020〕16 号）和《关于印发 2020 年打击欺诈骗保专项治理工作方案的通知》（陕医保发〔2020〕70 号）通知精神，结合西安市医疗保障局《关于印发 2020 年全市打击欺诈骗保专项治理工作方案的通知》（市医保发〔2020〕14 号）和《关于做好 2020 年医保基金监管工作的通知》、2019 年底国家医疗保障局飞检检查情况、2020 年国家移交异地就医违规线索情况和当前医保基金监管工作实际，现制定 2020 年打击欺诈骗保专项治理工作方案如下。

一、专项治理工作目标

通过专项治理，进一步规范医疗服务行为和落实内部管理制度，纠治执行医保政策不到位问题，杜绝医保领域违法行为，着力解决医保政策不清、落实制度不严、执行政策偏松的问题，持续巩固“全覆盖、无禁区、零容忍”监管高压态势，促进基金监管工作从治标向治本转变。

二、专项治理工作原则和方式

2020 年专项治理工作坚持监督检查全覆盖与抓重点补短板相结合、自查自纠与抽查复查相结合、监督检查与综合治理相结合、自查自纠问题处理从宽与检查发现问题处理从严的原则，主要采取医保服务机构自查自纠与各级医保职能部门、机构抽查复查相结合的方式开展。

三、专项治理重点对象

根据西安市医疗保障局通知和年度工作安排，为切实加强医保基金监管，2020 年，碑林区打击欺诈骗保专项治理工作重点围绕医保经办机构和定点医疗机构（以下简称“两类机构”）展开。

四、专项治理主要内容

（一）对医保经办机构治理

按照“医保经办机构专项治理自查清单”和《西安市医疗保障局关于做好 2020 年医保基金监管工作的通知》相关内容执行。

（二）对定点医疗机构的治理

按照“定点医疗机构专项治理自查清单”和《西安市医疗保障局关于做好 2020 年医保基金监管工作的通知》相关内容执行，并纳入异地就医治理内容，具体如下：

异地就医主要治理内容。按照《西安市医疗保障局关于加快推进异地就医直接结算工作实施方案》（市医保发〔2020〕25 号）关于建立健全稽核审查协调机制的要求，对异地就医协议定点医疗机构的管理实行参保地和就医地同时监管、双稽核，异地就医人员纳入我市统一管理。结合今年国家移交关于西安市 52 家定点医疗机构异地就医违规线索及问题，此次活动，重点检查治理超适应症诊疗、超限定频次、超临床常规治疗频次、分解住院、住院天数（频次）异常、费用日期不在住院期间审核、重复收费、自费率异常、超限定价格（诊疗项目、医疗器械、药品）、超限定报销总额（诊疗项目、医疗器械、药品）等行为。

（三）对定点零售药店等的治理

按照《西安市医疗保障局关于做好 2020 年医保基金监管工作的通知》执行。

五、专项治理工作步骤

（一）工作准备阶段（4 月-5 月中旬）。按照西安市专项治理活动安排和本年度专项治理主要内容，结合 2019 年专项治理存在主要问题，成立碑林区专项治理工作领导小组，制定《碑林区打击欺诈骗保专项治理工作方案》，5 月 15 日前上报西安市医疗保障局备案。

区经办中心要及时做好工作动员，宣传解读专项治理工作内容和医保政策规定。组建以医药、价格、诊疗服务和医保信息专业人员为主的专项治理辅导组，有计划、分批次地对定点医疗机构进行医保政策培训，提高医疗机构政策法规意识，准确把握政策规定标准，指导医疗机构做好自查自纠准备。区经办中心、医疗机构要按照方案要求及自查清单内容，做好自查自纠、专项检查治理工作准备。

（二）全面自查自纠阶段（5 月下旬-7 月份）。经办中心：全面业梳理经办工作，逐项对照清单自查，开展内部警示教育和组织预防职务犯罪讲座。组织专项治理辅导组对医疗机构自查自纠工作的疑难问题进行解答，及时了解掌握自查自纠进度，收集整理审核医疗机构自查自纠问题清单、书面承诺整改情况，汇总上报医疗机构自查情况报告及自查自纠情况统计表。两类机构：要切实认真执行医保政策和各项管理办法，严格按照专项治理重点内容和其他违法违规及欺诈骗保等行为认真开展

自查，对照清单开展自查自纠，自查时间范围自 2018 年 1 月 1 日至 2020 年 4 月底。经办中心和专项治理辅导组：一是加大指导，开展培训，逐项讲解，专人解答；二是深入机构，及时对接，掌握进度，收集清单和书面整改情况；三是查检并行，认真梳理自查中发现的问题、分析研究问题原因，及时对相关机构进行约谈，督促及时整改。各定点医疗机构上报的自查问题，按本方案处理原则和《定点医疗机构服务协议书》规定处理。“两类机构”要认真梳理自查自纠问题，分析违规原因，研究措施方法，对自查自纠发现问题涉及违规资金及时退回，进行全面整改。

（三）抽查复查阶段（8-11 月份）。全面开展监督检查，整合各方资源，集中专门力量。以协议稽核为基础，同步开展定点医疗机构、定点零售药店的日常检查，逐一排查辖区内医保违规行为，现场检查覆盖率要达到 100%。8-9 月份，我局将组织开展对本级定点医疗机构的抽查复查，比例不低于 15%；市医疗保障局、市医保经办服务中心将重点组织对全市一级以上定点医疗机构自查自纠情况进行抽查，抽查比例不低于 10%。9-11 月份，省医疗保障局以交叉检查和飞行检查相结合的形式组织开展复查，重点检查“两类机构”对专项治理工作的落实效果。复查将提取被检医疗机构 2018 年 1 月 1 日至检查日期前的相关数据，对医疗机构承诺不再违反的问题抽查再次发现，将依照社会保险法及定点协议从严处理。

（四）总结经验阶段（12 月份）。对专项治理工作进行总结回顾，对发现问题进行梳理，对查实的医疗保障违规案例，通过警示教育会或微信公众号形式定期向社会通报，形成宣传舆

论攻势。坚决做到查处一批、打击一批，对欺诈骗取医疗保障基金、损害群众利益违法违规行为“出重拳，零容忍”。同时总结经验，迎接省市抽检，将抽检之抽检日期前的所有资料，抽检率不低于 10%。

六、专项治理工作要求

（一）高度重视。打击欺诈骗保专项工作开展以来，中央领导同志多次作出重要指示批示，中纪委四次全会上首次提出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。各级职能部门、机构要切实提高思想认识和政治站位，高度重视，把加强医保基金监管作为践行初心使命的岗位责任担当，认真研究，全面部署，确保专项治理工作取得实效。

（二）严密组织。积极做好对医疗机构的培训提高工作，坚持治理与指导相结合，对医疗机构自查自纠中反映的普遍性问题及时主动研究解决办法，明确政策标准，做到问题发现及处理合理合规。对确实难以确定标准的，要及时向市医疗保障局、市医保经办服务中心反映。

（三）确保效果。各级职能部门、机构要组织定点医疗机构和经办机构认真对照清单开展自查自纠，确保清单所列问题得到全面纠正，并制定措施，防止问题复发。

（四）从严执纪。全面落实基金监管行政执法责任制和问责制，强化廉洁自律、公平公正监管，坚决防止以情代法、徇私枉法的违纪违法行为，并加大对欺诈骗取医保基金的惩处。

（五）加强报送。按时按要求报送月专项治理统计报表；8 月 1 日前定点医疗机构汇总报送自查自纠工作开展情况报告及

相关附件（附件 3）给医保经办机构“两定”办公室；12 月 21 日前区医保局向市医疗保障局报送医保基金专项治理年度工作总结。市医疗保障局将定期对各级医保部门、经办机构工作进展情况综合排名通报。

本方案与《西安市医疗保障局关于做好 2020 年医保基金监管工作的通知》中活动时间等不一致的，按此方案执行。

- 附件：1. 定点医疗机构专项治理自查清单
2. 医保经办机构专项治理自查清单
3. 定点医疗机构自查自纠情况统计表
4. 医保经办机构自查自纠情况统计表

西安市碑林区医疗保障局

2020 年 5 月 15 日



附件 1

定点医疗机构专项治理自查清单

序号	违规行为	违规行为说明	举例说明
1	重复收费	重复收取某一项目费用	套餐式检查部分项目重复等。
2	分解收费	将诊疗服务项目实施过程分解成多个环节逐个收费,或将诊疗项目内涵中已包含的内容,单独收费。	将 15 通道导联分解成 12 通道和 3 通道导联收费;全麻分解收取气管插管费用。
3	超标准收费	超医院级别使用限定类的药品和诊疗项目;超过规定的价格标准、数量标准进行收费,且超出部分纳入医保结算。	二级医院按三级医院标准收费;医用耗材违规加价收费;按日收费的项目,实际累积收费次数,超出住院天数较多等,超出费用且均纳入医保结算。
4	串换收费	不执行原药品、诊疗项目、医用耗材、器械或医疗服务设施的支付名称及价格标准,或无收费标准的项目,但将其串换为医保目录内名称和价格标准结算。	将医保目录外或医保丙类项目,串换为医保甲、乙类项目结算;或套用高标准收费,“留置针封管费”串换为“动静脉置管护理”,“一次性传感器”串换为“测压套件”,“小换药”串换为“大换药”,普通 CT 串换为螺旋 CT 计费;部分手术、检查、新设备项目未获有关部门审批或无收费标准,但套用医保诊疗服务项目收费。
5	不实收费	纳入医保结算的收费项目与实际内容(或相关操作)不符。	对不能与其他手术另行收费的探查术,在相关手术时同时收费;腹部手术时无相关适应症收取肠粘连松解术;产科新生儿收取“住院诊察费”等。
6	虚假结算	伪造、变造医疗文书、财务票据凭证或结算数据等行为。	编造医疗文书,虚构医疗行为,篡改诊断骗取医保基金;收取“遥测心电监护”项目费用,但相关科室并无遥测心电监护仪器;申报的医保结算的实际处置内容与医院病历记录的处理内容不符等;产生费用日期不在住院期间。
7	超医保支付政策范围	临床药品、诊疗项目与服务设施使用,超出医保目录限制性支付范围并纳入医保结算。	临床中无医保结算限定范围内适应症,却将其纳入医保结算:“鼠神经生长因子”医保结算范围限定为“限外伤性视神经损伤或正己烷中毒”,“聚乙二醇化重组人粒细胞刺激因子注射液”限定为前次化疗发生过重度中性粒细胞减少合并发热的病人。对限定儿童使用的药品给其他人员使用并报销。
8	人证不符	医保待遇享受人非持卡人。	患者住院时,院方未认真核验病人社会保障卡,造成冒名住院行为发生;对限定性别的诊断名称应用于其他性别患者;男性患者开取限女性诊疗的项目、用药等,或者相反。

9	私自联网	未经批准接入或转接医保结算网络	取得定点协议资格的医药机构，私自将医保网络转接给未取得医保定点资格的医药机构；或直接为未签订医保协议的医药机构提供结算服务等。
10	违反协议	未按医保协议规定执行	医保病人的自费章超出医保协议规定等。
11	无指征检查、化验	无疾病指征的情况下，向患者提供了不必要的检查、化验等服务。	开具的检查化验项目在病程中无相关记录，对检查中的阳性指标未进行分析和进一步处理；将“乙肝五项”、“肿瘤标志物”检查作为常规化验和检查项目；对入院病人常规行血常规感染疾病检查。
12	无指征治疗	与疾病无关，或无治疗依据反复多次治疗。	无明确感染类型、无药敏实验证据的情况下，使用多种抗生素药物；几种相同功能药物同时使用的行为等。
13	无指征住院	不符合住院指征收入院	病情明显轻微不需住院治疗，慢性疾病病情平稳无住院治疗目的收治住院，体检式住院；医疗总费用中检查、化验费占80%以上，治疗与药品费用占比偏低。
14	挂床住院	虚构患者住院诊疗文书或患者不在院期间发生诊疗项目	虚构诊疗文书或病人长期不在床，但发生医疗费用并纳入医保结算。
15	分解住院	将患者住院治疗分解为二次及以上住院	较短时间（7天）内同一病人在同一科室因同一种疾病再次入院（急诊除外）
16	违规采购	违反相关制度规定采购药品及耗材等	违反药品与耗材采购规定，私自采购；以折让价格入库、网采备案价格纳入医保结算等。
17	资质不符	违反卫健、市场监管等部门相关法规，且违规费用纳入医保结算。	超执业地点、执业范围、执业类别、诊疗科目等开展诊疗服务并纳入医保结算行为；无精神卫生资质，开展精神专科治疗且费用纳入医保结算等。
18	诱导住院	未经批准减免医保费用、虚假宣传等方式吸引病人。	减免伙食费、空调费及其他个人自付费用等，免费接送吸引未达到住院指征的病人入院等。
19	高套病种（病组）、规避入组	高套单病种（病组）诊断骗取基金；恶意规避单病种疾病入院。	实施按病种付费（分值、分组）的医院，把符合的入组条件的病例改为其他非按病种诊断或加上并发症诊断，以达到规避入组的目的。将费用较低的急性单纯性阑尾炎高套为费用高的急性坏疽性阑尾炎骗取医保基金，
20	其他		定点医疗机构收取 GCP（药物临床试验质量管理规范）项目经费，但又纳入医保重复报销；一些药品与高值耗材医保结算量与实际进销存严重不符等。

注：1. 认定具体行为是否违规，以医疗服务价格管理和医保结算政策等文件为主要依据。

2. “举例”仅是对违规行为说明，并不限于所列内容。

附件 2

医保经办机构专项治理自查清单

项目	内容	具体要求
内控机制建设	组织机构控制	制定具体的内部控制实施办法或细则，并有效执行。设立稽核部门并配备稽核人员，制定年度内部稽核计划，工作记录、资料齐全，稽核发现的问题及时反馈业务部门和中心领导，提出意见、建议并对发现的问题监督整改。
		建立不相容岗位相互分离制度。财务处理与业务经办、信息数据处理分离。业务经办建立初审、复核的岗位制约机制，各项业务办理严格实行授权管理。出纳员不兼任会计工作。
		定期排查基金风险点，建立风险分析报告制度，制订风险处置预案，全面实行风险管理。
	业务经办控制	依据国家社会保险有关法规和政策，结合本地区实际制定业务操作管理办法和工作制度等，明确参保登记管理、账户管理、定点服务机构管理、待遇审核、待遇支付、费用结算、基金财务、稽核监督等业务环节的操作流程。
		参保登记、关系变更、转移和接续手续完备，相关材料齐全。
		对死亡、终止参保人员的个人账户和待遇支付及时作出处理。
		待遇或费用结算的审核、复核资料齐全、手续完备，审批程序健全完善。
		定期与参保单位或个人核对医疗保险个人账户。
	基金财务控制	建立业务档案资料管理制度，严格执行经办过程中涉及的相关资料的留存、归档、立卷和保管的规定。
		有会计制度及操作规程，有明确的会计负责人（主管）、记账、复核、出纳等岗位责任制。
		基金收支按基金类型分别建账、分别核算，帐户基金按规定计算利息。
按规定编制基金预、决算。原始凭证、记账凭证合法有效，更正会计记录要有依据，对基金收支实行分级授权，有审核、复核和审批手续。		
	定期与税务部门、国库部门、财政部门、开户银行等部门对帐，做到账帐、账表、账单相符。	
	印章管理符合规定，使用审批手续完备。	

内控机制建设	信息系统控制	具有与业务流程相匹配的信息系统操作流程，按操作流程的规定录入、修改、访问、使用、维护数据，并建立应急处理预案。 按规定建立计算机场地设施和安全管理制度，业务系统要与外部互联网完全隔离，建立信息系统和网络安全防护系统，并对计算机病毒实时进行检测。
	协议管理控制	信息系统处理事项应具有可复核性、追溯性、责任认定性和责任追究制。有关数据及资料及时备份，建立数据远程备份机制。 按照国家医保局医保办发（2018）21号文件要求完善两定机构服务协议，进一步完善和细化协议内容，重点对限期整改、暂停结算、暂停协议、解除协议等处理措施明确对应的违约行为。 按规定每年对每家定点医疗机构至少进行2次实地检查；结合医保费用审核等发现的集中问题，制定检查方案开展专项行动，进行重点检查，原则上每年不少于4次。 对两定医药机构违规处理符合医保服务协议有关规定，重大处罚坚持会议研究确定。被解除服务协议的定点医药机构，3年内不得重新申请医保定点。 按照服务协议规定的时限与两定医药机构结算费用，没有拖欠两定医药机构医疗费用现象。
履职尽责情况		建立统一的城乡居民基本医疗保险经办机构及信息系统，使用医保智能监控系统，对两定机构直接结算费用网上审核全覆盖。
	基金支付控制	建立大额医疗费用抽查复核制度，对单笔5万元以上医疗费用进行抽查。 执行全省统一的医保“三大”目录，医保结算系统能够识别药品、诊疗项目、材料支付限制并具备提醒扣费功能。结算系统中医保基金支付的药品、诊疗项目、材料的增删更改符合政策规定并有规范操作程序。 严格按政策落实医保待遇、支付医保费用，无违规扩大基金支付范围现象，没有无故拒付或扣减参保人员合规医疗费用现象。慢性病待遇认定、费用审核符合程序、标准，相关资料齐全。 工作人员清正廉洁、恪尽职守，无“监守自盗”、“内外勾结”等违纪违法现象。

附件 3

定点医疗机构自查自纠情况统计表

填报单位：

填报日期：

序号	定点医疗机构名称	违规内容	违规例数	违规基金额（元）	追回基金额（元）	备注
1						
2						
...						

附件 4

医保经办机构自查自纠情况表

填报单位：

填报日期：

序号	医保经办机构名称	存在问题	是否涉及具体工作人员	解决措施	备注
1					
2					
...					