酉阳土家族苗族自治县医疗保障局

关于转发《重庆市医保定点医疗规范使用
医保基金行为专项治理工作方案》的通知
酉阳医保发〔2020〕10号

各定点医疗机构：

为促进医保基金规范使用，提升医保服务水平，现将《重庆市医保定点医疗规范使用医保基金行为专项治理工作方案》转发给你们，请认真遵照执行。

酉阳自治县医疗保障局
2020年8月14日

重庆市医保定点医疗机构

规范使用医保基金行为专项治理工作方案

根据《中华人民共和国社会保险法》和《医疗机构管理条例》等法律法规的要求，按照国务院办公厅《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）和国家医保局、国家卫生健康委《关于开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作的通知》（医保函〔2020〕9号）精神，市医疗保障局、市卫生健康委决定2020年在全市开展医保定点医疗机构使用医保基金行为专项治理。现将有关事项通知如下。

一、总体要求和目标

 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实习近平总书记关于医疗保障工作系列重要指示批示精神，按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》部署，加强政策引导和部门联合执法，以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为，规范定点医疗机构诊疗服务和收费行为，提高医疗机构精细化管理水平，确保基金安全、高效、合理使用，增强全市人民群众获得感、幸福感和安全感。通过医保定点医疗机构自查整改，医保和卫生健康行政部门抽查复查、飞行检查等措施，强化医保基金监管工作合力，规范定点医疗机构诊疗服务和医保基金使用，督促定点医疗机构健全落实内部医保管理制度，提升医保管理水平和风险防控能力，切实维护基金安全。

二、治理对象和范围

（一）全市所有医保定点医疗机构。

（二）2018年1月1日以来，纳入基本医疗保险基金支付范围的所有医疗服务行为和医疗费用。

 三、治理重点和内容

（一）不合理收费问题。将收费诊疗项目分解成多个项目收费；将已有明确项目内涵的诊疗项目重复计费；超出规定的收费标准收费；未批准纳入医保支付的自创医疗服务按医保价格项目收费；各套餐项目之间重复收费；高套病种（病组）结算等。

（二）串换医保项目收费。将目录外药品、诊疗项目、医用耗材串换为目录内收费；将低价药品、诊疗项目、医用耗材套用高价收费等。

（三）不规范诊疗行为。将患者的住院诊疗过程分解成二次及以上住院治疗；收治明显未达到住院指征的患者入院治疗；超医保目录支付限定范围使用药品或医用耗材纳入医保结算的。

（四）虚构医疗服务。伪造、变造、虚构医疗服务结算；伪造患者信息结算；挂名住院；伪造、变造财务凭证与进销存票据结算等。

（五）其他违法违规问题。开展与自身资质不符的诊疗服务并纳入医保结算；将药物临床试验项目违规纳入医保结算；私自为未获得定点资格的医疗机构转接医保网络结算等。

公立医疗机构重点治理违规收费、重复收费、超医保支付范围、无指征诊疗、套餐式检查、套餐式治疗、高套病种、将临床试验项目违规纳入医保报销等行为；非公立医疗机构重点治理虚假结算、人证不符、诱导住院、无指征住院等行为。

 四、实施步骤和时间

各区县（自治县）依据当地新冠疫情防控工作情况，合理安排时间，开展专项治理工作。

（一）方案制定阶段（7月24日前）。按照医保函〔2020〕9号要求，市医保局会同市卫生健康委制定下发专项治理工作方案，部署开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为联合专项治理的工作。

（二）自查自纠阶段（8月15日前）。各区县（自治县）医保部门联合卫生健康行政部门组织本辖区内定点医疗机构对照治理内容逐项自查整改，对自查出的违法违规问题进行深入剖析，明确整改措施、完成时限和责任人，涉及的违法违规金额在自查整改结束前足额退回基金账户，并于8月15日前将自查自纠情况报市医保局基金监管处和市卫生健康委医政医管处。

（三）区县专项检查阶段（8月16日—10月30日前）。各区县（自治县）医保部门会同卫生健康行政部门根据本辖区内定点医疗机构自查整改情况，结合数据分析比对和网络审核情况，明确专项检查重点和范围，制定细化专项检查具体工作方案，组织进行现场检查，原则上实现对本辖区内所有定点医疗机构全覆，并于10月30日底前将专项治理工作总结

报送市医保局基金监管处和市卫生健康委医政医管处。

（四）市级抽查阶段（9月1日—10月30日）。市医保局、市卫生健康委在对区县专项检查情况进行分析的基础上，结合医保系统数据审核比对情况，抽查部分定点医疗机构（包括但不限于各区县专项检查对象）。市级抽查工作完成后，组织当地相关部门召开座谈会，并将现场移交检查资料。区县（自治县）医保部门和卫生健康行政部门要按照相关职责，认真复核市级抽查组移交的检查资料，依法依规做好后续处理工作。

（五）总结评估（11月1日—11月30日）。依据各区县专项检查、市级抽查等情况，由市医保局、市卫生健康委对此次开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为联合专项治理工作情况进行总结评估。

五、违规处理

对自查整改期限结束前，主动足额退回违法违规所得，全部整改到位的定点医疗机构，可依法依规从轻、减轻或免于处罚；对自查整改期限结束后，在区县专项检查、市级抽查或国家飞行检查中，仍然存在违法违规使用医保基金的行为，要依法依规进行处理；对涉及欺诈骗保的，要加大打击力度，情节严重的直接解除医保服务协议，并公开曝光；对涉嫌犯罪的，移交司法机关处理。

六、工作要求

（一）提高站位，抓好整改落实。医疗保障基金是人民群众的“保命钱”，必须始终把维护基金安全作为首要任务。各级医保部门和卫生健康行政部门要切实增强政治意识、提高政治站位，加强组织领导，明确时间表和路线图，确保按时保质完成专项治理工作任务，全面提升医保基金管理水平，充分发挥医保基金最大保障绩效。

（二）举一反三，全面排查整改。各级医保部门和卫生健康行政部门要坚持问题导向，针对医疗机构自查发现问题，举一反三，全面查堵漏洞，督促整改落实；要制定规范使用医保基金的行为标准，对于违法违规行为，依法依规分类处置；要结合基金监管新形势、新任务和新要求，及时调整工作思路，创新工作举措，加强风险防控，切实将医保基金监管工作抓细抓实抓出成效。

（三）建章立制，加强内部管理。定点医疗机构要强化行业自律，总结提炼好的做法，形成机构内部加强医保管理的长效机制。要健全院内医保管理制度，完善岗位职责、风险防控和责任追究等相关制度，实行医保工作院长负责制；要建立追责机制，对于发生欺诈骗保行为的医护人员，在晋升聘岗、评先评优、绩效考核等方面实行一票否决；要加强医保办公室能力建设，规范药品及耗材进销存管理和财务管理，主动适应医保基金监管工作需要；要利用每年“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月，开展多种形式的宣传教育。

（四）加强协同，形成监管合力。各级医保部门、卫生健康行政部门要加强沟通协调，共同督促指导定点医疗机构加强自查整改；发现涉及其他领域的违法违规问题线索，要及时主动通报移交公安、市场监管等相关部门，积极探索建立一案多查的工作机制，加快形成监管合力。对于违法违规行为性质恶劣、情节严重的公立医疗机构，可将相关问题线索移交同级纪检监察机关，按规定追究医疗机构相关管理员及直接有关责任人的责任。

七、其他要求

（一）各区县（自治县）开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理，要与重庆市医疗保障局《关于做好2020年全市医疗保障基金监管工作通知》（渝医保发〔2020〕30号）部署的2020年我市定点医疗机构专项治理和日常监管工作相结合，同步推进。

（二）各区县（自治县）开展现场检查期间，要严格遵守检查纪律，严禁接受被检查对象的请客送礼等行为。

（三）各区县（自治县）要严格按照市级要求，按时报送相关资料，不得无故延误；重大事项要第一时间报送市医保局、市卫生健康委，严禁谎报、瞒报。

|  |  |
| --- | --- |
| 酉阳土家族苗族自治县医疗保障局办公室 |  2020年8月14日印发 |