

# 晋城市医疗保障局文件

晋市医保发〔2020〕21号

## 晋城市医疗保障局 关于印发《2020年医疗保障基金监管 工作方案》的通知

各县（市、区）医疗保障局，各直属单位：

为持续巩固深化打击欺诈骗保专项行动，切实维护医保基金安全，根据国家医疗保障局和省医疗保障局工作部署，市医疗保障局制定了《2020年医疗保障基金监管工作方案》，现印发给你们，请结合工作实际，认真组织实施。



# 2020年医疗保障基金监管工作方案

为深入贯彻落实习近平总书记重要批示指示精神，持续巩固深化打击欺诈骗保专项行动，切实维护医保基金安全，按照国家医疗保障局和省医疗保障局相关工作要求，制定本方案。

## 一、指导思想

以习近平总书记重要批示指示精神为指导，紧贴市委“五个三”战略部署，紧盯省医保局提出的“5个100%”工作目标（即定点医药机构监督检查率、医疗费用初审率、国家局移交线索办结率、符合条件的举报奖励兑现率、监管岗位人员培训率），建立健全基金监管长效机制，纵深推进打击欺诈骗保专项行动，全面提升基金监管能力和打击欺诈骗保专项治理成效。

## 二、工作任务

省局明确，今年是医保基金监管规范年和持续深化专项治理工作的关键之年。各级要以开展全覆盖式现场检查和专项治理为重点，统筹抓好八项工作。

**(一) 开展全覆盖式现场检查(9月底前完成)。**以各县(市、区)医保局为责任主体，对辖区内全部定点医药机构开展一次预先告知的全覆盖式现场检查，严格按规定向社会公开行政执法基本信息、结果信息。市、县两级要落实属地监管责任，切实保障基金安全。省、市医保局将通过飞行检查、专项检查、明察暗访

等方式进行抽查复查。

(二) 分类推进专项治理。采取“三结合”(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、强化外部监管与加强内控管理相结合)的方式分类推进以“两类机构”为重点的专项治理。针对经办机构，重点治理内审制度不健全、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、虚假缴费、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”等行为。针对定点医疗机构，重点治理挂床住院、诱导住院、虚构医疗服务、伪造医疗文书票据、超标准收费、重复收费、串换项目收费、不合理诊疗及其他违法违规行为。

实施步骤。今年的专项治理工作分制定方案、自查自纠和抽查复查三个阶段进行，11月底前完成(具体工作方案另发)。

第一阶段：制定方案(4月底前完成)。结合省局具体工作方案，制定相应工作计划及部署，明确自查自纠问题清单、抽查复查工作安排、制度体系建设与政策完善等专项治理重点、协同参与单位、具体工作要求等。

第二阶段：自查自纠(6月底前完成)。检查相关数据起止时间为2018年1月1日—2020年5月31日。各县(市、区)按照全市统一的工作方案，组织两类机构对照开展自查自纠和整改落实。自查结束后，两类机构按要求向所在地医保部门书面报

送自查报告，列明自查问题和整改落实情况。

第三阶段：抽查复查（11月底前完成）。各县（市、区）医保部门可通过购买第三方服务或邀请财政、审计、卫生健康等部门共同参与等方式，对两类机构开展抽查复查，同时邀请新闻媒体参与，提高监督检查透明度。市医保局重点对各县（市、区）相关工作展开抽查复查。抽查复查工作中发现自查自纠不到位、仍然存在违法违规使用医保基金的行为，依法从严顶格处理，并公开曝光。

（三）加强基金监管行政执法规范化建设。重点建立健全三项制度。建立健全行政执法公示制度。及时通过各级医保部门网站及相关平台向社会公开基金监管行政执法基本信息、结果信息。建立健全基金监管执法全过程记录制度。推进基金监管执法装备标准化建设，现场检查、抽查复查等基金监管行政执法要通过文字、音像等形式全程记录并归档。建立健全基金监管重大执法决定法制审核制度。作出重大执法决定前，要严格进行法制审核，未经审核或者审核未通过的，不得作出决定。同时，建立和完善决策程序、监管规则，有效约束规范行政自由裁量权。年底前，基本实现及时准确公示执法信息、执法全过程留痕和可回溯管理、重大执法决定法制审核全覆盖。

（四）强化“双随机、一公开”监管。建立健全随机抽取被检查对象、随机选派执法人员、抽查情况及查处结果及时公

开的工作机制，制定细则规范，完善程序流程，确保监督检查公开公平公正。建立医保基金监管执法人员名录库和检查对象名录库，制定随机抽取的原则、程序和具体方法。建立协助执法人员名录库，人员范围可覆盖临床医师、药师、医保专家、信息技术人员、律师、会计师、审计人员、新闻媒体人员等，并动态调整维护。

（五）健全完善基金监管长效机制。及时承接《山西省医保基金使用监管办法》，研究制定贯彻落实的具体举措。持续加强智能监控系统建设，全力推进系统对接和视频设备部署，提高数据质量，推动医保智能监控工作提速增效。建立完善引入第三方力量参与基金监管的工作机制，推进政府购买服务制度化、规范化、常态化。高平市要先行先试，加快推进以制定和完善信用评价标准、推进行业自律、开展联合惩戒等为重点的信用体系建设，加快形成针对定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、参保人员、经办机构等主体的基金监管信用评价指标体系。市医保局将加强对试点工作的督促指导，总结阶段性进展和成效。

（六）开展医保基金监管集中宣传月活动。结合疫情防控形势，按照《晋城市开展打击欺诈骗保维护基金安全集中宣传月活动实施方案》（晋市医保发〔2020〕18号）要求，高质量抓好宣传活动，确保实现“六进三覆盖”目标。

（七）畅通群众监督和投诉举报渠道。畅通监督渠道，支持

和动员社会各界参与监管。在医保部门官网和微信公众号开辟曝光平台，及时公开公示案情信息，加大典型案件曝光力度。健全完善举报奖励工作机制，规范举报线索督办和反馈流程，落实奖励措施，简化奖励程序，对符合条件的举报人员实行“快奖”“重奖”。探索建立“吹哨人”制度，对举报严重违法违规行为和重大风险隐患的有功人员按规定及时兑现奖励，依法保护举报人合法权益。

### 三、相关要求

（一）强化思想认识。各级医保部门要认真贯彻落实习近平总书记关于基金监管工作的重要批示指示精神和党中央、国务院决策部署，始终把维护基金安全作为首要任务，提高政治站位，严肃纪律规矩，保质保量完成各项工作任务。

（二）强化责任落实。严格落实基金监管行政执法和协议监管、费用监控、稽查审核责任。对忠于职守、履职尽责的，要给予表扬和鼓励；对未履行、不当履行或违规履行监管职责的，严肃追责问责；涉嫌违法犯罪的，移送司法机关依法处理。

（三）强化素质提升。充分利用各级平台，继续推进监管岗位人员培训全覆盖，不断提升监管能力，全力打造职业化、专业化监管队伍。

（四）强化部门联动。完善打击欺诈骗保领导小组联席会议制度，加强与成员单位的沟通协作。通过运用协议管理、行政处

罚、司法移送等手段增强打击合力，持续保持打击欺诈骗保的高压态势。

（五）强化信息报送。各县（市、区）和市医保中心要加强信息统计和报送工作，保证信息报送质量和时效。严格落实要情报告制度，对移交司法机关处理的、医药机构涉及金额 50 万元以上的、医保部门工作人员参与的骗保行为，须在 5 个工作日内将核查过程、违法违规事实、处理结果等有关情况报告市局，其他重要情况按季报送。市局每季度对全覆盖现场检查和专项治理情况进行集中通报。

晋城市医疗保障局

2020年4月10日印发