

济南市医疗保障局文件

济医保字〔2020〕1号

关于做好 2020 年全市医疗保障基金 监管工作的通知

各区县医疗保障局，济南高新区社会事务局，南部山区组织人事局，先行区社会事业部，莱芜高新区社会事务管理局，局机关各工作组、市医保中心，各定点医药机构：

为深入贯彻国家、省医疗保障局部署要求，适应市级统筹的形势需要，健全严密有力的基金监管机制，维护医保基金安全，按照上级有关要求，现就做好 2020 年全市医疗保障基金监管工作通知如下：

一、目标任务

以我市职工医保和居民医保全面实行市级统筹为契机，建立监管队伍，理顺监管机制，健全监管制度，坚持全面检查与重点

检查相结合、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原则，保持打击欺诈骗保的高压态势，坚决维护基金安全，切实保障医疗保障事业健康可持续发展。

二、工作安排

（一）建立健全医疗保障监管体系。一是建立全市协调联动的基金监管队伍。各级医保部门要加强组织领导，强化业务培训，配备专职的基金监管队伍。明确责任分工，对定点医药机构日常监管实行分级管理，市属以上定点医疗机构由市医保中心负责，其余定点医疗机构实行“属地化”、“网格化”管理，由所在区县医保部门负责；定点零售药店由其所在区县医保部门负责日常监管。参保人的医保行为，由其医疗费用结算地或参保地的医保部门负责日常监管。在专项检查、重大案件等检查行动中，市医疗保障局可采取指定检查、交叉检查等方式进行。二是健全综合监管机制。建立健全与卫生健康、市场监管、公安等部门的联动机制，统筹协调重大案件查处工作，加强信息互联互通，通报共享医疗卫生领域的违法违规行为。对检查中发现的涉嫌犯罪案件线索，依法移送司法机关，追究违法当事人刑事责任。三是积极引入第三方力量。开展监管方式创新，引入保险公司、会计事务所、律师事务所等机构，提高监管能力、丰富监管方式。

（二）持续开展打击欺诈骗保。一是制定清单，自查整改。要求全市定点医药机构对本单位医保基金使用情况进行自查自纠。时间自2020年1月17日至3月17日，各定点医药机构要查找自身存在的违法违规违约行为，查找规章制度是否落实到位，

全面深入梳理医保违法违规违约问题，主动退还违规申报的医保基金，形成自查整改报告，经主要负责人签字后报负责日常监管的医保部门。对通过自查发现违法违规违约行为并主动退回医保基金的定点医药机构，根据情节可以从轻、减轻或免于处理。市医保中心、各区县医保局于3月底前将负责日常监管的定点医药机构自查自纠情况，汇总报市医疗保障局。二是加强督查，全面覆盖。时间自2020年3月17日至11月17日，各级医保部门根据各自职责分工和定点医药机构自查情况，结合日常费用审核、系统筛查、大数据对比等信息，制定适合本辖区的检查工作计划，通过多种形式，组织开展对辖区内定点医药机构的检查，确保2020年度监督检查全覆盖。对检查中发现的自查报告存在虚假情况的定点医药机构，加重处理。三是抽查复查，从严惩处。市医保部门组织开展对定点医药机构的抽查。定点医药机构自查、检查后，经抽查发现对已查处的问题拒不改正的，依规依约从严顶格处理。对拒绝检查、不配合检查、甚至威胁恐吓检查人员的，依法依规从严从重处理。

（三）建立健全基金监管工作制度。一是规范投诉举报流程。市、区县医保部门都要设立投诉举报电话，并向社会公布。举报电话专人受理、记录；案件线索受理后，所在医保部门对案件线索进行核查，根据核查情况，提出处理意见。二是落实举报奖励制度。对涉嫌欺诈骗取医疗保障基金行为进行举报，提供相关证据及线索的举报人，经查证属实的，医疗保障行政部门按照相关规定给予奖励。举报奖励实行精神奖励与物质奖励相结合，按照

举报线索中查实欺诈骗保金额的一定比例，对符合条件的举报人予以奖励，最高额度 10 万元。通过举报并避免医疗保障基金损失的，可视情形给予 200 元至 1000 元奖励。三是建立案情报告制度。区县医疗保障行政部门及各级经办机构要及时将上级转办案件的调查进展和初步处理意见报送市医疗保障行政部门。对定点医药机构违规违约行为需要约谈整改、通报批评、暂停拨付、拒付违规费用、扣除履约保证金的，处理意见报送市医疗保障行政部门备案；违法违规违约处理意见涉及暂停协议、解除协议、行政处罚等事项的，报市医疗保障行政部门进行重大案件集体审议。

（四）加强宣传，营造良好的舆论氛围。一是加大宣传报道力度。充分发挥新闻媒体作用，扩大宣传覆盖面，提高社会各界对医保基金的安全意识，自觉参与到医保基金监督工作上来，形成震慑作用。二是曝光典型案例。对检查的工作情况及查处的欺诈骗保典型案例，通过新闻媒体、官方网站等进行曝光，形成打击欺诈骗保高压态势。

（五）强化统计调度，掌握工作进展。一是统计报表月报制度。各区县医保局、市医保中心，根据当月检查情况，认真填写《济南市医保基金监督检查情况统计表》（见附表），于次月 3 日前，报市医疗保障局基金监督工作组。二是工作情况汇总。各区县医保局、市医保中心在 2020 年 12 月底前将全年监督检查的情况汇总，报市医疗保障局基金监督工作组。

三、保障措施

（一）加强组织领导。各级医疗保障部门要高度重视基金监

管工作，加强对这项工作的领导，真正形成打击欺诈骗保的合力。要提高思想认识，认清医疗保障基金监管的严峻形势，切实增强责任感和使命感。对工作中发现的问题，要做到不掩饰、不回避、不护短，严格依法依规、按程序规定处理。

（二）强化稽查协作。各级医保部门要结合自身工作实际，协调一致，密切配合，提高检查效率，确保全市医保基金监管工作统筹协调可持续进行。

（三）注重总结经验。巩固和发挥基金监管在医保管理中的作用，不断总结经验，提升监管质量。医保基金监管工作是一项长期艰巨的工作，各级医疗保障部门要常抓不懈，持续推进，不断总结工作经验，提升医疗保障基金监督管理水平和执法能力，维护基金安全有效运行。

附表：济南市医保基金监督检查情况统计表

济南市医疗保障局

2020年1月13日

（此件主动公开）

济南市医保基金监督检查情况统计表

填报单位：（公章）

年 月 日

填报单位	定点医药机构数			已检查机构数				存在问题机构数		定点医药机构处理情况									追责情况			
	总数	医疗机构	零售药店	总数	多部门联合检查	医疗机构数量	零售药店数量	检查进度(%)	医疗机构	零售药店	约谈限期整改数量	通报批评数量	暂停协议数量	解除协议数量	行政处罚数量	移交司法机关数量	追回医保基金	其他处理情形	医疗机构	经办机构	其他部门	参保人员

单位主要负责人：(签字)

核对人：

制表人：

制表人电话：

备注：1. “定点医药机构数”栏目中“总数”填写辖区内定点医药机构数量；“已检查医药机构数”指的是自 2020 年 1 月 1 日截止到目前检查的机构数，其

中“多部门联合检查”指医保部门联合公安、卫健等部门检查数；检查进度=已检查总数/辖区内定点医药机构数量的百分比；

2.本表以区县、市医保中心为单位每月累加统计，医药机构数量单位为“家”，追回资金单位为“万元”；

3. “追责情况”，统计医疗机构负责人或相关责任人、经办人员、参保人员及准入、审批部门人员的追责情况。

