

济源市医疗保障局文件

济医保办〔2023〕1号

济源市医疗保障局 关于印发重点领域监管事项清单制度的 通知

局机关各科室、医保中心：

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻落实党中央、国务院有关决策部署，以“双随机、一公开”监管为基本手段、以重点监管为补充、以信用监管为基础，坚持“全面覆盖、规范透明、问题导向、协同推进”原则，切实做到监管到位、执法必严。为进一步加强医疗保障基金监管，持续打击医疗保障领域欺诈骗保行为，确保基金稳健运行，特制定重点监管事项清单。

一、制定原则

(一) 依法监管原则。坚持依法设立重点监管事项，对明确的监管事项，必须严格落实监管责任。

(二) 权责一致原则。坚持谁审批、谁监管，谁主管、谁负责，建立审批与监管相统一的监管机制。加强各职能部门间的协同监管，形成监管合力。

(三) 动态监管原则。坚持与改革同步，及时调整重点监管事项清单，不断更新和完善监管措施。

(四) 公开透明原则。坚持把公开贯穿于监管的全过程保证群众的知情权、参与权和监督权。

二、工作任务

(一) 梳理重点监管事项清单。对辖区内定点医药机构逐项列出监管清单，重点监管事项清单包括监管部门、监管事项名称、监管依据、监管对象等内容。

(二) 公开重点监管事项清单。通过政府及部门网站、新闻媒体、政务公开栏、服务窗口等各类公开载体，向社会公开重点监管事项清单，方便定点医药机构、参保人和群众查询和监督。严格按照重点监管事项清单实施监管，防止重点监管事项监管不到位。

三、监管措施

(一) 建立信用分类监管。根据定点医药机构的信用状况、医保基金使用情况、整改或处理次数等划分不同类别，实施不同程度的监管措施，提高监管的针对性和有效性。

(二) 建立协同监管。通过各部门监管信息共享，实行“一

家发现，信息互送，协同监管”，发挥部门监管合力、提高协同监管执法能力，形成监管部门各司其职、相互配合、齐抓共管的工作机制。

（三）建立监管信息共享。建立健全辖区内定点医药机构的信用信息收集、披露和运用，实现跨部门、多领域的信用信息综合管理运用。

（四）建立信用约束。进一步推进“企业经营异常名录”和“严重违法失信企业名单”管理应用，在以企业法定代表人、负责人任职限制为主要内容的失信惩戒机制的基础上，建立联动响应机制。

（五）建立监管记录。及时将各职能部门形成的监管信息数据录入互联网+监管平台，逐步实现重点监管和执法办案的全程信息化、标准化，全面提升监管的科学化水平。

四、工作要求

各相关科室和医保中心要加强对重点监管事项清单管理工作的协调配合，按职责分工落实责任，建立常态化和长效性机制，扎实推进建立重点监管事项清单管理工作的顺利开展，采取多种形式、多种措施，加强对建立重点监管事项清单管理的培训宣传，充分发动社会公众参与医保基金监管，维护医保基金安全。

附件：济源市医疗保障局重点监管事项清单

2023年3月15日



济源市医疗保障局重点监管事项清单（2023版）

序号	监管事项		监管对象	监管措施		设定依据	监管主体	备注
	事项名称	主要监管内容		监管方式	检查形式			
1	单位或个人是否存在欺诈骗取医疗保障待遇	<p>1.定点医疗机构及其工作人员是否存在以下行为：为参保人员提供虚假发票、为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇；涉及定点医疗机构及其工作人员的其他欺诈骗取医疗保障待遇的行为；</p> <p>2.定点零售药店及其工作人员是否提供虚假发票；涉及定点零售药店及其工作人员的其他欺诈骗取医疗保障待遇的行为；</p> <p>3.参保人员是否存在以下行为：伪造医疗保障票据，骗取医疗保障基金；将本人的医疗保障凭证借给他人就医；或持他人医疗保障凭证就医；非法使用他人医疗保障凭证，套取药品耗材等费用；或冒名顶替他人就医；或参保人员其他欺诈骗取医疗保障待遇的行为；</p> <p>4.其他机构欺诈骗取医疗保障待遇的行为。</p>	辖区内定点医疗机构、参保人	一般监管	实地核查	<p>《中华人民共和国社会保险法》第八十八条以欺诈骗取或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；</p> <p>《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十条 医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及其工作人员和参保人员等人员不得通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金。</p>	济源市医疗保障局	

2	<p>定点医疗机构是否存在欺诈骗、证明材料或者其他手段骗取医保基金支出行为</p>	<p>1. 定点医疗机构及其工作人员是否存在以下行为：虚构医药服务项目，伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，骗取医疗保障基金；</p> <p>2. 将由个人负担的医疗费用计入医疗保障基金支付范围，将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；</p> <p>3. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务；</p> <p>4. 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药等套取医保资金，挂名住院骗取医疗保障基金支出；</p> <p>5. 分解住院、挂床住院；</p> <p>6. 违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；</p>	<p>辖区内定点医院</p>	<p>重点监管</p>	<p>实地核查</p>	<p>《中华人民共和国社会保险法》第八十七条 社会保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等社会保险经办机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险基金支出的，由社会保险行政部门责令退回所骗取的社会保险金，解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。</p> <p>《社会保险法》第八十八条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回所骗取的社会保险金，解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。</p> <p>《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条 定点医疗机构及其工作人员应当执行国家统一的药品、医疗器械采购管理制度和流程，不得以任何方式违法违规购买、使用医保目录外药品、医疗器械、医用耗材等，不得分解项目收费，不得串换药品、医疗器械、医用耗材项目，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，不得将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；</p> <p>《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条 定点医疗机构有下列行为之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令停业整顿，处1万元以上5万元以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。</p> <p>《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条 定点医疗机构有下列行为之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令停业整顿，处1万元以上5万元以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。</p> <p>《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条 定点医疗机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令停业整顿，处1万元以上5万元以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。</p>	<p>济南市医疗保障局</p>
---	---	--	----------------	-------------	-------------	---	-----------------

3	<p>个人是否存在欺诈骗、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出的行为</p>	<p>1.将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用； 2.重复享受医疗保障待遇； 3.利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。 4.使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的； 5.通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的行为。</p>	参保人	一般监管	实地核查	<p>《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条 个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：</p> <p>(一) 将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用； (二) 重复享受医疗保障待遇； (三) 利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了前款规定行为之一，造成医疗保障基金损失的；或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；或者通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的，除依照前款规定处理外，还应当由医疗保障行政部门处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。</p>	济源市医疗保障局	
---	--	--	-----	------	------	---	----------	--

