

广东省医疗保障局

粤医保函〔2018〕132号

广东省医疗保障局关于转发《国家医疗保障局 办公室关于加强医保协议管理确保基金安全 有关工作的通知》的通知

各地级以上市人力资源和社会保障（社会保障）局：

现将《国家医疗保障局办公室关于加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（医保办发〔2018〕21号，以下简称《通知》）转发你局，请你局按照《通知》要求，切实加强医保协议管理，确保基金安全。

附件：国家医疗保障局办公室关于加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知（国医保办发〔2018〕21号）



2018年12月10日

（联系人：周亮，联系电话：020-83260219）

公开方式：主动公开

抄送：国家医疗保障局。

国家医疗保障局办公室

医保办发〔2018〕21号

关于当前加强医保协议管理 确保基金安全有关工作的通知

各省、自治区、直辖市、新疆生产建设兵团医疗保障局：

基本医疗保险经办机构根据管理服务的需要，与定点医药机构签订服务协议并进行协议管理，是规范定点机构医药服务行为、维护参保人员基本权益、确保医保基金安全的根本管理措施和主要抓手。各级医疗保障管理部门要充分认识协议管理的重要作用，在定点申请、协议履行、费用审核、评估考核等各环节中严格把关、加强监管，对违反协议约定骗取医保基金的行为保持高压、重拳出击。现就做好当前协议管理有关工作部署如下。

一、完善协议内容，健全退出机制

各统筹地区医保经办机构要参照《人力资源社会保障部办公厅关于印发基本医疗保险定点医药机构协议管理经办规程的通知》（人社厅发〔2016〕139号）、《关于印发基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议范本（2016版）的通知》（人社险中心函〔2016〕136号）等文件，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。

定点医疗机构发生以下违约行为的，一律解除服务协议：1. 通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”骗取医保基金的；2. 为非定点医疗机构、暂停协议医疗机构提供医疗费用结算的；3. 协议有效期内累计3次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；4. 被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》的；5. 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展必要监督检查的；6. 其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

定点零售药店发生以下违约行为的，一律解除服务协议：1. 伪造虚假凭证或串通参保人员兑换现金骗取基金的；2. 为非定点零售药店或其他机构提供费用结算的；3. 将医保目录范围之外的项目按照目录内项目申报医保结算的；4. 协议有效期内累计3次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；5. 被吊销《药品经营许可证》或《营业执照》的；6. 拒绝、阻

挠或不配合经办机构开展必要监督检查的；7. 其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

被解除服务协议定点医药机构，3年内不得申请医保定点。

二、加强协议管理，加大查处力度

(一) 各统筹地区医保经办机构要按照医保行政部门公布的条件，及时受理医药机构申请，通过专家评估、社保信息系统核查、函询相关部门意见等多种形式对医药机构申报材料和信息进行审核。对于医药机构受到卫生健康、药监、物价、市场监管等部门行政处罚的，在评估中要予以充分考虑，情节严重的不予定点。评估过程接受社会监督，结果进行社会公示，对接到的相关投诉举报要认真调查核实，未经核实的，不得与相关医药机构签订服务协议。

(二) 各统筹地区医保经办机构对定点医药机构申报的费用要建立规范的初审、复审两级审核机制。逐步实现通过医保信息系统对定点医药机构申报的费用进行100%全覆盖初审，初审发现的疑似违规费用应当通过调阅病历、现场核查等方式进行核实。对初审通过的费用采取随机抽查方式进行复审，其中住院费用的抽查比例不低于总量的5%。审核查实的违规费用，可按照抽查比例放大后拒付。

(三) 各统筹地区医保经办机构要加强对定点医药机构履行协议情况的监督检查，构建现场检查与非现场检查、自查与抽查、人工检查与智能监控、事先告知与突击检查相结合、互补

充、多维度、全覆盖的检查模式。监督检查重点为医药机构是否具有诱导参保人员住院、盗刷和冒用参保人员社会保障卡、伪造医疗文书或票据、协助参保人员套取医保基金、虚记或多记医疗服务费用等行为。

对定点医疗机构应采取日常检查、专项检查和年终检查的方式。日常检查：各地根据实际情况确定检查频率和检查程序，原则上每家医疗机构每年至少进行2次实地检查。专项检查：结合医保大数据分析、费用审核等发现的集中问题，经办机构应统一制定检查方案，开展专项行动，进行重点检查，原则上每年不少于4次。年终检查：结合年底清算，通过相关信息系统筛查有异常指标的医疗机构，发放书面核查书，由被检查医疗机构提交相关材料，审核不通过的，开展实地核查。

对零售药店应采取日常检查、专项检查等方式，探索建立核查药品进销存系统、远程视频监控等信息化监控方法，并针对可能存在问题的重点机构加大突击检查频次和范围。

(四) 对查实违规的定点医药机构，要严格按照协议约定进行处罚。对查实具有骗取医保基金等违规行为的医师，视情节严重程度给予停止1-5年医保结算资格的处理，并将违规行为通报卫生健康行政部门。对具有骗取医保基金或倒卖药品等违规行为的参保人，可给予暂停医保直接结算等处理。涉嫌违反法律或行政法规的，经办机构应提请行政部门进行行政处罚或由行政部门移送司法机关依法追究刑事责任。

三、强化监管责任，依法严肃问责

各级医保基金监管部门要加强行政监督，规范医保经办行为，督促经办机构建立内控机制，依法依规严厉查处各种违法违规行为。要加强监督检查，通过组织开展联审互查、“双随机一公开”抽查等方式，督促统筹地区经办机构加强和规范协议管理。要畅通举报投诉渠道，鼓励社会监督，促进社会各方举报欺诈骗取医疗保障基金行为。要组织开展综合监管，加强与公安、卫生健康、药监等部门的协调配合，形成监管合力。要加强监管能力建设，积极引入会计师事务所、商业保险公司等第三方力量参与监管，不断提高工作人员业务素质和工作能力。要加快推进诚信体系建设，建设基金监管长效机制。根据工作需要，国家医保局每年确定重点内容，组织开展跨省联审互查和抽查复查。



信息公开选项：主动公开

国家医疗保障局办公室

2018年11月29日印发