附件1：

安丘市医疗保障局

打击欺诈骗保专项治理行动领导小组成员名单

组 长：王跃启 局党组书记、局长

副组长：郑伟才 局党组成员、副局长

王乐溪 局党组成员、副局长

张腾云 局四级主任科员

孙建强 市医保中心主任

成 员：高玉玲 局综合业务组组员

周文荣 局综合业务组组员

王国昌 局综合办公组组员

吕希涛 局综合办公组组员

高守业 局综合办公组组员

袁明玉 局稽核监管组组员

崔国强 局稽核监管组组员

李小红 局稽核监管组组员

韩爱丽 局稽核监管组组员

王其俊 局稽核监管组组员

王惠梅 局财务信息组组员

邹艳君 局财务信息组组员

吴鸿山 局综合业务组组员

李连涛 局综合业务组组员

领导小组下设办公室，办公室设在稽核监管组办公室，张腾云同志兼任办公室主任，邹艳君同志任信息员。

附件2：

安丘市医疗保障局打击欺诈骗保专项治理行动领导包靠分组表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 包靠领导 | 成员 | 定点医疗机构 | 定点门诊 | 定点零售药店 | 备注 |
| 郑伟才 | 李连涛  崔国强  李小红 | 市人民医院、市皮防站、新安街道社区卫生服务中心、凌河中心卫生院、红沙沟中心卫生院、大盛镇卫生院、新兴医院 | 34处 | 77处 |  |
| 王乐溪 | 吕希涛  王其俊  张国伟 | 中医院、开发区卫生院、景芝卫生院、景芝酒厂卫生室、临浯卫生院、石埠子卫生院、兴安卫生院 | 31处 | 76处 |  |
| 张腾云 | 袁明玉  韩爱丽  邹艳君 | 市市立医院、白芬子卫生院、庵上中心卫生院、辉渠镇卫生院、雹泉中心卫生院、柘山中心卫生院、吾山镇卫生院、安丘海吉亚医院 | 34处 | 79处 |  |
| 孙建强 | 吴鸿山  曹 峰  孙 涛 | 市妇幼保健院、市精神卫生中心、大汶河旅游开发区社区卫生服务中心、金冢子镇卫生院、官庄镇卫生院、石堆镇卫生院、慢性病防治所 | 31处 | 76处 |  |

附件3 ：

安丘市打击欺诈骗保专项治理行动工作配档表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **工作阶段** | **时间安排** | **工作内容** | **目标要求** | **备注** | |
| 宣传发动 | 3月下旬-4月上旬 | 1、成立领导小组，制定实施方案。  2、召开动员会议，组织专题培训。  3、广泛开展宣传。 | 1、方案切实可行,任务目标明确。  2、对所有两定机构进行专题培训。  3、通过报刊、网站等途径，发动强大的宣传攻势，建立全社会广泛参与的监督体系。 |  | |
| 自查整改 | 4月中旬 | 组织定点医药机构开展自查自纠，主动发现问题，解决问题。 | 各定点医药机构对照专项治理重点，对本单位近两年的医保基金使用情况进行自查，查找自身存在的违法违规违约行为，深刻剖析问题产生原因，提出整改措施，形成自查整改报告并签署《维护医保基金安全承诺书》。 |  | |
| 全面检查 | 4月下旬-12月中旬 | 1、对定点医药机构集中开展全面检查。  2、明确检查重点：县级公立医疗机构重点查处分解收费、超标准收费、重复收费、重复检查、套用项目收费、不合理诊疗等行为；基层医疗机构重点查处挂床住院、分解住院和无指征住院，串换药品、耗材和诊疗项目等行为；社会办医疗机构重点查处虚假住院、诱导参保人员住院，虚构医疗服务、伪造医疗文书票据、挂床住院、盗刷社保卡等行为；定点零售药店重点查处聚敛盗刷社保卡、诱导参保人员购买化妆品、生活用品等非医保用品行为；参保人员重点查处伪造虚假票据报销、冒名就医、使用社保卡套现或套取药品、耗材倒买倒卖等行为。  3、突出开展医疗收费、化验室项目开展、大型医用设备配备、药品耗材购销存、中医适宜技术等专项检查活动。  4、会同财政部门制定我市《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施办法》。  5、加强与卫生健康、市场监管等部门协调沟通，建立联动机制和信息共享机制，形成持续强化医保基金监管工作的合力。6、建立举报线索受理、交办、查处、反馈等工作流程和工作机制，对国家、省、市转办举报线索，逐案检查形成处理报告。 | 1、采取拉网式逐个过的方式，实现所有定点医药机构检查的全面覆盖。  2、完整保存检查工作的相关资料（通知书、笔录、整改通知书、处理意见及相关证明材料等）。  3、对发现的欺诈骗保及工作不规范对象，实行约谈、限期整改，对违反协议情形严重的予以暂停结算、解除协议处理。  4、发布有奖举报公告，发动群众参与监督，形成全社会打击欺诈骗保的高压态势。  5、查处的违规情况，及时通报卫生健康、市场监管部门，涉及欺诈骗保的，依法予以行政处罚或移交司法机关追究刑事责任。  6、针对国家局、省局、市局移交线索的办理情况，组织开展查抽，重点是事实认定是否清楚、处理方式是否得当、整改是否到位。 |  | |
| 总结提高 | 12月中旬-12月底 | 1、将智能监控应用纳入医药机构协议管理内容，补充完善监控规则、细化监控指标和智能监控知识库，不断提升智能监审水平。  2、严格费用审核，全面建立初审、复审两级审核机制。  3、归纳总结各种违规情形，在定点医院、定点门诊、定点药店三个层面探索建立定点医药机构退出机制。  4、根据省里部署，探索建立我市医保诚信体系。  5、制定我市医保案件查办工作指引。  6、全面总结工作成效，完善制度措施，提出加强医保监管的意见建议。 | 1、全面推进智能监控应用，实现事前预警、事中监控，实现对医疗、医药服务行为的全覆盖。  2、医保智能费用审核实现初审100%,住院费用综合复审不低于5%。  3、针对违规行为对应明确处罚措施，在现场检查、智能监控、费用审核、评估考核、投诉举报等各个环节严格把关、加强监管，建立能进能出的定点医药机构动态管理机制。  4、完善医保诚信体系建设相关标准、规范和指标体系，将违规失信的医药机构、医保医师和参保人员纳入“黑名单”，实施部门联合惩戒，有效预防和制止各类欺诈骗保行为的发生。  5、通过制定全市统一的案件查办工作指引，规范举报线索的调查、处理和反馈机制，统一案件的受理、立案和裁量标准。  6、认真总结好做法、好经验和工作成效，针对问题认真剖析，健全完善制度，加强源头治理。 |  |