

青岛市医保局持续保持基金监管高压态势，构建内外协同、上下联动的大监管格局

# 安全规范用基金，守好人民“看病钱”

医保基金是老百姓的“看病钱”“救命钱”，有人却把医保基金看成“唐僧肉”，想方设法从中“滴漏渗透”，甚至骗取医保基金。骗保手段有哪些？如何保护好“救命钱”？近年来，国家和省医保局陆续出台了《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《山东省医疗保障基金监督管理办法》，赋予打击欺诈骗保的“法律利剑”，向医保基金违约违规违法使用行为“亮重拳”。全市各级医保部门坚持系统集成、协同高效、综合施策，对欺诈骗保行为严厉打击，坚决守住守牢医保基金安全底线。

## 警惕！违约违规违法手段五花八门

随着欺诈骗保违法手段隐蔽化，全国各地基金监管工作正由“遭遇战”转向“持久战”。从目前看，明目张胆骗取医保基金的行为得到了一定程度的遏制，但违约违规违法使用基金的问题仍屡禁不止，成为阻碍医保高质量发展、降低医保基金使用效益、侵害人民群众合法权益、影响社会公平正义的突出问题和短板。近年来，医保违约违规违法手段不断升级，可谓“五花八门”——

如住院定点医院存在过度医疗、超量开药、未按医疗服务项目和药品管理规定收费、未按实际诊疗收费、无医嘱收费、非正规渠道采购药品、伪造医疗文书、虚假医疗、串换药品耗材和诊疗项目、叠床住院、在床率低、挂床住院、冒名住院、诱导参保人员住院等行为；

社区定点医院存在虚假医疗、虚假采购药品、将虚假医疗行为上传结算、伪造医疗文书和财务票据、无医嘱收费、串换药品耗材和诊疗项目、药品管理不规范、非正规渠道采购药品、套取个人账户资金等行为，机构与机构之间串换药品、空刷统筹基金、用统筹基金支付保健类项目等；

定点零售药店存在伪造异地就医医疗票据范围外商品、刷卡销售个人账户范围外商品、套取个人账户资金、超备案地址刷卡等行为，特别是个人账户资金购买生活类用品普遍存在；

参保人员主要存在伪造异地就医医疗票据和医疗文书报销、冒名就医、出借社保卡给他人使用、串通定点医院医护人员通过虚假住院或挂床住院的方式办理门诊慢特病、协助定点医院机构发生虚假医疗费、倒卖享受医保待遇开具的药品等行为。

## 违约违规违法须承担法律后果

违约违规违法将承担法律责任，切忌存在侥幸心理。根据《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》)等，违法违规使用医保基金，将给相关主体带来不利的法律后果，主要包括：

承担协议违约责任。对未按约定履行医保服务协议约定的定点医药机构，医保部门将根据不同违约情形和医保协议约定，分别给予约谈、通报、限期整改、纳入年度考核、追回或拒付违规费用、暂停医保基金拨付、暂停相关医保业务、解除医保服务协议等处理；对违规的责任医保医师，将根据不同违约情形和医保医师管理的有关规定，分别给予考核扣分、暂停半年或一年医保服务资格的处理。

承担行政法律责任。对违反《条例》但尚未构成犯罪的定点医药机构，医保部门将依法给予责令改正、约谈有关负责人、责令退回医保基金、行政处罚、责令暂停相关医保服务直至解除服务协议的处理；对违反《条例》但尚未构成犯罪的参保人员，医保部门将依法给予责令改正、责令退回医保基金、暂停医疗费用联网结算3至12个月的处理。

承担刑事责任。对医保部门查实的欺诈骗保数额在6000元以上的定点医药机构或者参保人员，将依法移送公安机关追究刑事责任。其



■市医保局启动2023年度“安全规范用基金守好人民‘看病钱’”医保基金监管集中宣传月活动。

中，对构成诈骗医保基金犯罪的责任医保医师，将依法吊销执业医师资格。同时，对因诈骗医保基金被追究刑事责任的犯罪人员信息，相关司法机关将依法进行记录并对外提供查询，犯罪记录会对犯罪人员本人及其子女考录公务员、警察、服现役和入党政审等造成一定影响。

承担党纪政务责任。因骗保被行政处罚，因违反医保协议约定被作出暂停或解除医保服务协议、取消医保服务资格等处理，以及未依法依规履行医保基金管理责任的，涉及中共党员涉嫌违反党纪、监察对象涉嫌职务违法、职务犯罪的问题线索，医保部门将依法移送纪检监察机关，依规依纪依法追究党纪政务责任。

承担严重失信惩戒责任。对因欺诈骗取医保基金、违反医保协议等被认定为严重失信的定点医药机构或参保人员，其严重失信信息将被依法推送、共享至其他相关职能部门，对严重失信者或其法定代表人、主要负责人、实际控制人等实施跨部门、跨区域、跨地区的联合惩戒，使其“一处失信，处处受限”。

## 重拳“精准狙击”骗保行为

近年来，全市医保系统持续保持基金监管高压态势，切实强化医保基金监管，积极构建内外协同、上下联动的大监管格局，构筑起一道坚实的防火墙，切实守护好老百姓的“看病钱”“救命钱”。

全市医保系统陆续组织开展了医保基金综合监管、定点医疗机构精准自查、飞行检查、区交叉检查等多轮行动。不断完善行刑、行纪衔接机制，完善与公安机关的联合办案机制、与纪检监察部门的线索移交机制，与卫生健康、市场监管等部门的闭环监管机制，积极开展跨部门“双随机、一公开”检查。对涉嫌犯罪、违反党纪政纪或其他领域法律法规的，及时移送相关部门处理，努力形成部门协同监管合力。

仅去年，全市医保系统就现场检查医保定点医药机构6707家，追回医保基金5153万元，行政处罚10家，解除服务协议15家，暂停医保业务163家，曝光典型案例15起，向公安机关移送(报

案)3起……

有效打击欺诈骗保的重点还在于在做好综合监管的“文章”。今年，全市各级医保部门结合日常监管、审核稽核、举报办理、智能监控和大数据分析等渠道发现的突出问题和线索，针对使用医保基金的不同主体，在持续整治常见违约违规违法行为的基础上突出DRG付费、门诊共济等重点领域，聚焦检查检验、康复治疗等重点项目，不断扩大打击欺诈骗保工作的广度和深度。

## 参保人要向骗保“说不”

近年来，为鼓励人民群众举报违法违规使用医疗保障基金行为，动员社会力量共同维护医疗保障基金安全，各级举报奖励机制日益完善。

医疗保障行政部门对符合奖励条件的举报人按照案值的一定比例给予一次性资金奖励，最高不超过20万元，最低不少于200元。对违法违规使用医疗保障基金的举报，根据违法违规行为人及其不同违法违规行为表现分类确定奖励标准。如举报定点医药机构以欺诈骗取医保基金或者其他手段骗取医疗保障基金支出的，按照不超过查实案值的3%奖励；举报参保人员等个人以欺诈骗取医疗保障基金或者其他手段骗取医疗保障基金待遇的，按照不超过查实案值的5%奖励；举报定点医药机构分解住院、挂床住院，违反诊疗规范提供不必要的医药服务、重复收费、超标准收费、分解项目收费、为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品接受返还现金、实物或者获得其他利益提供便利，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等造成医疗保障基金损失的违法行为的，按照不超过查实案值的2%奖励……

此外，市医保局提醒广大参保人，面对骗保，自己也要擦亮眼睛，提高自我保护意识，要向骗保“说不”。欢迎广大群众积极参与医保基金社会监督，及时向医保部门举报违法违规违约使用医保基金行为。如发现相关问题线索，可及时拨打相关医保部门举报电话，符合规定条件的将给予奖励。

(郭菁荔)

## 青岛市医保领域打击欺诈骗保行为举报电话

市内三区定点医院:0532-85751052  
市南区所辖定点社区、护理机构和定点药店:0532-85971819  
市北区所辖定点社区、护理机构和定点药店:0532-85620095  
李沧区所辖定点社区、护理机构和定点药店:0532-84650830

崂山区:0532-88996881  
西海岸新区:0532-86131866  
城阳区:0532-58659929  
即墨区:0532-88539902  
胶州市:0532-82289168  
平度市:0532-87367812  
莱西市:0532-83969957

## 定点医药机构使用医保基金“十严禁”

1. 严禁分解住院、挂床住院。
2. 严禁违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或提供其他不必要的医药服务。
3. 严禁重复收费、超标准收费、分解项目收费。
4. 严禁串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施。
5. 严禁为参保人员利用其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提供便利。
6. 严禁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。
7. 严禁诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据。
8. 严禁伪造、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。
9. 严禁虚构医药服务项目。
10. 严禁故意骗取医疗保障基金支出的其他行为。

### 温馨提醒：

定点医药机构如果违反规定，将责令改正，并退回造成的医保基金损失，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，责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

如故意骗取医保基金，将处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至由医疗保障经办机构解除服务协议；有执业资格的，由有关主管部门依法吊销执业资格。

## 个人使用医保基金“五不可”

1. 不可将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用。
2. 不可重复享受医疗保障待遇。
3. 不可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. 不可使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药。
5. 不可通过伪造、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。

### 温馨提醒：

参保人如果违反规定，不仅要退回医保基金损失，还可能被暂停医疗费用联网结算3-12个月；故意骗取医保基金的还将处骗取金额2-5倍罚款，构成犯罪的将依法追究刑事责任。

扩大医保基金与医药企业直接结算品种覆盖范围，加快建设医保政企直联服务开放平台——

# 优化营商环境，青岛医保在行动

加快建设医保政企直联服务开放平台，平台完成后企业可直接办理人员增减、补缴补缴、生育津贴申报等业务；持续推进异地就医直接结算，新增普通门诊、门诊慢特病跨省联网结算医疗机构分别达113家、643家……今年开年以来，市医保局迅速行动，把“深化作风能力优化营商环境”专项行动摆在重要位置，接连推出多项实招妙招，按下优化营商环境的“加速键”。

## 提高效能，为企业减负

一分部署，九分落实。近年来，市医保局始终坚持把创一流营商环境作为“头号工程”，聚焦医疗保障民生领域“难点、堵点、痛点”问题，努力在提高效能上出亮点，在改进服务上出品牌，在创新工作上出成效。

在支持生育政策落地方面，市医保局提高产前检查、分娩及生育并发症的医疗待遇。其中，产前检查费补助标准由700元提高到1600元；分娩的结算标准平均提高40%以上，惠及5.9万余名孕产妇。其中，一级医院由2000元提高到2800元，二级医院由3300元提高到4600元，三级医院由4200元提高到5900元。

在优化医药行业营商环境方面，市医保局推进药械货款结算平台与省平台融合统一，依托省平台与353多家药品生产(流通)企业直接结算

集采的药品耗材款超过10.3亿元，药企回款周期从平均180天缩短到30天以内，缩短医保支付链条，节约企业资金成本，保障了集采药品供应。

此外，市医保局全力支持中医药事业发展，推动中医日间病房医保试点医院由4家扩大到全市二级及以上定点医院，试点病种由9种扩大到19种，87.6%的中医医疗服务项目纳入医保报销范围。

## 定下更高目标，实现“三个大提升”

营商环境优化只有进行时，没有过去时。全市“作风能力提升年”活动总结暨“深化作风能力优化营商环境”专项行动动员大会举行后，市医保局把打造一流营商环境摆在更加突出位置，定下更高的目标。从今年3月至年底，市医保局将通过开展优化政策环境专项提升行动、优化服务环境专项提升行动、优化要素环境专项提升行动、优化市场环境专项提升行动、优化法治环境专项提升行动、优化人文环境专项提升行动等六大专项行动，实现营商环境、作风能力、发展质量“三个大提升”。

市医保局将结合实际推出更多为参保企业

纾困解忧的政策举措，切实提高企业获得政策的便利度和实效性。继续执行2022年降低职工医保单位缴费费率政策，实行免申即享，减轻企业负担。提升异地就医结算便利度，扩大异地就医联网结算定点医疗机构范围，开展门诊慢特病跨省直接结算试点工作，畅通异地就医联网结算通道。

市医保局将打造更统一、更适老、更便捷、更精细、更高效的服务环境，全面落实医保政务服务事项清单制度，引入第三方力量开展全市行风检查，推动经办管理服务规范化建设。完善“好差评”服务评价体系。推进医保数字化转型。推广应用医保就医保资格“空中认证”和医药机构“电子地图”，为参保人提供无接触的就医购药和医保经办服务。建设码上就医医保结算系统，满足预约挂号、复诊购药的医保统筹金结算需求，打造“不见面”购药服务。

市医保局将为优质项目开辟“绿色通道”，畅通保障渠道，提高配置效率。重点查找整治对定点医药机构、医药企业支付结算是否存在“中梗阻”，支持企业创新发展是否到位等问题，切实打

造保障有力的要素环境。发挥医保战略购买作用，支持重点优势学科发展，支持医疗新技术、新服务、新药品创新应用。扩大医保基金与医药企业直接结算品种覆盖范围，促进医药产业创新发展。大力培育支持健康养老产业发展。

全面落实深化市场准入改革部署，坚持“非禁即入”，向各类经营主体平等开放场景资源，对新技术新业态新模式实施包容审慎监管，提升市场开放透明度。坚决打破各类隐形壁垒，打造充分开放、活力迸发的市场环境。科学合理制定实施全市医保定点医药机构、定点护理机构资源配置规划，实现民营机构和公立机构同台竞技、公平竞争。加强定点护理机构管理。建设医保政企直联服务开放平台。

市医保局将大力弘扬企业家精神，营造亲清政商关系，助力企业高质量发展。重点查找整治对企业重视程度不够、“官本位”思想较重、医保服务便利化水平不高、联系服务企业载体不足等问题，切实增强经营主体获得感和满意度。

(郭菁荔)