南通市医疗保障局文件

通医保办发〔2021〕71号

南通市医疗保障局转发江苏省医疗保障局关于进一步加强基本医保门诊医疗费用支付审核和监督管理的通知

各县（市）、区医疗保障局，市医疗保险基金管理中心：

为严厉打击极少数人利用享受门诊医疗保障待遇转卖药品，获得非法利益，骗取医保基金的行为，现将《江苏省医疗保障局关于进一步加强基本医保门诊医疗费用支付审核和监督管理的通知》（苏医保发〔2021〕67号）转发给你们，并提出如下意见，请一并认真贯彻落实。

一、提高认识，认真贯彻落实

加强医保基金监管是医疗保障部门首要的政治任务。各地医保部门要提高政治站位，认清少数人员利用享受门诊医疗保障待遇之际，贪图小利，铤而走险的侥幸心理，有病多开、无病虚开药品，非法骗取医保基金，单次金额虽小，但量大，影响恶劣，

要统筹系统内外力量，多措并举，认真落实，坚决打击蚂蚁搬家式的欺诈骗保行为。

二、加强梳理，及时调整完善

各地医保部门要及时梳理门诊慢性病、门诊特殊病（简称“门诊慢特病”）等门诊保障政策，仔细分析政策风险和漏洞，完善管理措施，加强针对性的监管举措，对系统性、普遍性风险及时预警，完善相关政策调整。

三、强化监管，落实主体责任

各地医保经办机构要根据文件要求落实好日常结算支付审核、事后稽查审核的责任和任务；要督促定点医疗机构切实落实自我管理主体责任。

四、加大打击，保持高压态势

各地医保部门要常态化开展门诊待遇结算稽核，实施有针对性的监督检查，对发现的问题及时严肃处理，对涉嫌违法违规需要给与行政处罚的，及时移交当地医保基金监管行政部门处理。综合运用司法、行政、协议等手段，及时惩处违法犯罪分子，加大移送、宣传和曝光力度，总结经验做法，着力构建“不敢违、不能违、不愿违”的长效监管机制，维护好医保基金安全。

附件：江苏省医疗保障局关于进一步加强基本医保门诊医疗费用支付审核和监督管理的通知

南通市医疗保障局

2021年11月25日

江苏省医疗保障局文件

苏医保发〔2021〕67号

江苏省医疗保障局关于进一步加强基本医保门诊医疗费用支付审核和监督管理的通知

各设区市医疗保障局：

为严厉打击极少数人利用享受门诊医疗保障待遇转卖药品，获得非法利益，骗取医保基金的行为，织密扎牢制度笼子，着力构建全领域、全流程的基金安全防控机制，切实维护广大参保人员的医疗保障权益。现就有关事项通知如下：

一、坚决打击医保门诊医疗费用欺诈骗保行为。加强医疗保障基金监管是医疗保障部门首要的政治任务，党中央国务院、省委省政府高度重视医保基金安全，习近平总书记多次对医保基金监管工作作出批示指示。各地医保部门一定要把思想统一到党中

央国务院和省委省政府的决策部署上来，认清少数人利用享受医疗保障待遇，特别是利用门诊医疗保障的机会，有病多开、无病虚开，通过非法手段倒卖获利，骗取医保基金的危害性，统筹系统内外力量，多措并举，狠抓落实，促进医疗保障制度持续健康发展。

二、加强门诊慢性病和门诊特殊病等待遇支付的管理。各地医保部门要梳理门诊慢性病、门诊特殊病（简称“门诊慢特病”）等门诊保障政策，合理确定参保人员门诊起付线、封顶线和分担比例并动态调整。要严格按照国家药品目录及支付范围规定，与门诊慢特病种治疗无关的药品不得纳入门诊慢特病待遇支付范围。要加强“双通道”药品的使用管理，实施对参保患者用药全流程监管，对单独支付药品，严格执行“三定”和实名制管理，防范和打击通过伪造、变造、涂改医学文书，冒名虚假就医、购药等骗取医保基金的行为。要根据定点医疗机构服务人头、服务项目的变化以及基金监管等因素，动态调整定点医疗机构门诊医疗费用总额预算标准，加强门诊保障基金使用管理，提高医保基金使用效益。

三、落实经办机构日常结算支付审核。各地医保经办机构要规范医疗保障日常结算支付审核，健全医保经办机构结算支付审核负面清单制度，防范和化解运行风险。对定点医药机构申报的费用建立规范的初审、复审两级审核制度，逢单必审，对上传医

疗费用信息进行100%全覆盖初审，对初审通过的费用按照不低于5%的比例随机抽查进行复审，根据当地规定按比例对单笔大额医疗费用进行复审。完善智能监控系统知识库和规则库，覆盖监控所有医疗保障基金和资金、门诊和住院项目、参保人员和定点医药机构，多维度分析就诊频次和费用发生情况，做到事前、事中和事后全流程提醒，对监控提醒开展后台约束处理。通过智能监控、专家审查、第三方监督检查等多种方式，实现本地异地、门诊住院医疗费用审核全覆盖，对违规使用的医药费用应不予支付。要将医药机构门诊医疗费用和个人账户使用情况纳入重点监控与绩效考核范围，建立动态管理机制；考核结果与年终清算、质量保证金退还和协议签约等挂钩。

四、强化经办机构稽查审核责任。各地医保经办机构要依法依规开展医保待遇稽查审核工作，强化稽核审查责任，做到疑点必查。制定年度稽核计划，对疑似违规的就医购药、超范围和标准支付、费用结算、两定机构协议履行等行为进行稽核检查，实现定点医药机构年度稽核检查全覆盖，原则上每家定点医疗机构每年至少开展1次专项稽核检查。对参保人员门诊跨机构就诊多，就诊频次高，年度门诊累计支付金额高、个人账户使用异常等情形开展专项稽核，及时追回违规费用。对待遇稽核检查中发现的违约行为，及时责令改正并按协议约定处理；对涉嫌违法违规需给予行政处罚的，及时移交当地医保基金监管行政部门处理；并

向行政部门移送日常支付审核和稽核检查中发现的欺诈骗保线索。

五、强化定点医药机构使用医保基金的主体责任。各地医保部门要督促定点医疗机构切实落实自我管理主体责任，建立医疗保障基金使用内部管理制度，开展基本医保门诊医疗费用和待遇政策培训，督促医保责任医师严格执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，不得超量开药、重复开药，管好“医生一支笔”，抓好“药店一本账”。督促定点医疗机构定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金不规范行为。确保定点医药机构，按医保协议要求做好自我管理，自觉履行法律公约。

六、持续保持打击欺诈骗保高压态势。各地医保部门要针对参保人享受医保门诊待遇时欺诈骗取医保基金行为特点，采取数据筛查、病案核查等方式，聚焦年度门诊费用异常、就诊异常等关键点实施有针对性的监督检查。严格依法行政，综合运用司法、行政、协议等手段，落实行刑衔接工作要求，及时移送欺诈骗保案件线索，及时惩处违法犯罪分子。要做好欺诈骗保案件线索向纪检监察、卫生健康、药监等部门移送，推进欺诈骗保案件“一案多查、一案多处”，提高基金监管综合监管水平，提升案件惩处力度和震慑力。要提高举报欺诈骗保线索办结率，缩短办结时长，及时兑现奖励资金，促进群众和社会各方积极参与监督。及时曝

光欺诈骗保典型案例，营造全社会关心、关注医保基金安全的良好氛围。

打击欺诈骗保，维护基金安全是一项系统性工程，涉及医保政策、支付管理、基金监督等多项职能，各级医疗保障部门要统筹系统内工作力量，分工负责、分级实施、狠抓落实，织密扎牢基金监管制度笼子，着力构建“不敢违、不能违、不愿违”的长效监管机制，守护好老百姓的“救命钱”“保命钱”。

江苏省医疗保障局

2021 年 11 月 2 日

（此件公开发布）

江苏省医疗保障局办公室　　2021年11月3日印发

南通市医疗保障局办公室　　2021年11月25日印发