附件1

**岚关乡基本医疗保监督管理工作制度**

为保障基本医疗保险参保人员合法权益，进一步规范基本医疗保险监督管理，维护基本医疗保险基金安全，结合我乡实际，制定本制度。

1. 监管范围

医保中心经办内控管理；辖区内定点医药机构管理、参保个人使用医保基金情况。

1. 监管内容

（一）医保中心经办内控管理

加强对我乡医保中心内控制度日常管理，定期开展管理制度建设、重点岗位风险防控、医保业务经办、数据信息安全等情况开展检查，及时发现并整改伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医保经办有关资料和数据信息行为。

1. 辖区内定点医药机构管理

加强对辖区内定点医药机构（医保定点医疗机构、定点零售药店）使用医保基金进行监管，规范医药服务行为。及时查处以下违法行为：

1、定点医疗机构

（1）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药等套取医保资金；

（2）虚构医药服务项目；

（3）分解住院、挂床住院；

（4）不执行实名就医和购药管理规定，不核验参保人员医疗保障凭证；

（5）重复收费、超标准收费、分解项目收费；

（6）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

（7）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；

（8）不按政策规定落实群众医保待遇行为；

（9）其他骗取医保基金支出的行为。

2、定点零售药店

（1）串换药品，将不属于医保基金支付的药品、医用耗材、医疗器械、日用品、保健品等以及其他商品串换为医保基金可支付的药品、医用耗材、医疗器械进行销售，并纳入医保基金结算。

（2）伪造、变造处方或无处方向参保人销售须凭处方购买的药品、医用耗材、医疗器械等，并纳入医保基金结算；

（3）超医保限定支付条件和范围向参保人销售药品、医用耗材、医疗器械等，并纳入医保基金结算；

（4）不严格执行实名购药管理规定，不核验参保人医疗保障凭证，或明知购买人所持系冒用、盗用他人的，或伪造、变造的医保凭证（社保卡），仍向其销售药品、医用耗材、医疗器械等，并纳入医保基金结算；

（5）与购买人串通勾结，利用参保人医疗保障凭证（社保卡）采取空刷，或以现金退付，或通过银行卡、微信、支付宝等支付手段进行兑换支付，骗取医保基金结算；

（6）为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店进行医保费用结算；

（7）其他骗取医保基金支出的行为。

3、个人医疗保障行为监管，加强对我乡所辖范围内个人的医疗保障行为进行监管。及时查处以下违法行为：

（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）其他骗取医保基金支出的行为。

三、监管方式

1. 经办自查由分管医保领导牵头，组织相关人员，对医保中心制度建立执行情况、业务经办程序、医保网络数据信息安全进行自查，做好风险防控。现场检查由分管医保领导牵头，成立检查组，采取明察暗访等方式对全乡范围内定点医疗机构、定点零售药店进行专项核查。
2. 联合检查联合县医疗保障局开展医保基金监管，必要时协调乡内所涉部门、站所资源，抽调卫生院人员参与联合检查。
3. 如实记录检查结果将检查结果及资料交由县医保局处理；涉及欺诈骗保案件及时移交县公安局立案调查。
4. 畅通举报投诉渠道，按程序进行受理，及时将举报线索反馈县医疗保障局。
5. 开展医保政策宣传，提高参保群众对医保政策的知晓率和满意度。
6. 聚焦医疗保障基金使用监督管理中的突出问题，紧盯老百姓在医疗保障基金使用方面反映强烈的烦心事、操心事、揪心事，发挥监督管理职能，发现重大事项和重要问题及时汇报。
7. 严肃工作纪律，坚决杜绝医保基金监督管理过程中的任何贪污腐败，杜绝有线索不反馈、有案件不查处、系统内外勾结等行为。