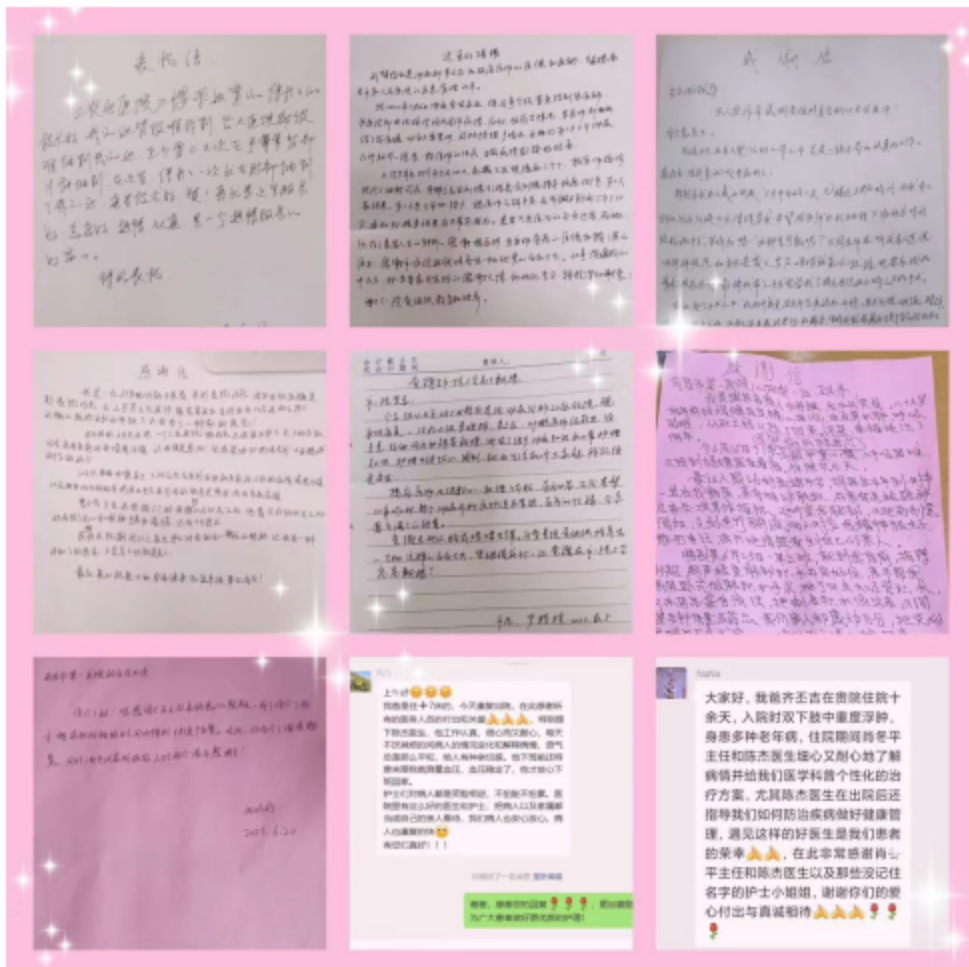


一医清风

2023年第四期

2023年6月份，全院医务人员认真落实行风建设各项要求，廉洁自律、规范行医，涌现出一批医德医风先进典范。本月拒收“红包”18人次、拒收金额22200元，收到锦旗24面、感谢信9封；

纸短情长 浓浓心声



一面锦旗 一份肯定



(部分锦旗照片)

恪守医德 拒收红包

2023年6月拒收“红包”、收到锦旗、感谢信公示

科室	拒收“红包”		拒收方式(次)		患者信息
	人员	金额(元)	替患者缴纳住院费	退回患者	
血管介入与 淋巴外科	熊小蔚	2000	1		住院号: 0769654
		1200	1		住院号: 0769815
北院骨科	吴鸿亮	2000	1		住院号: 0788817
		500	1		住院号: 0788914
眼 科	元芳秀	2000		1	住院号: 0769871
	李颖洁	3000	1		住院号: 0769873
骨 科	夏剑	600		1	住院号: 0769628
	魏国文	500		1	住院号: 0770963
肝胆胰外科	涂伟	600	1		住院号: 0771464
	何平	800	1		住院号: 0771661
脊柱外科	林时凡	2000	1		住院号: 0770217
肿瘤科	熊萍	2000		1	住院号: 0785181
消化科	么玲	200		1	门诊患者
心内二科	陈杰	2000	1		住院号: 0770734
北院心内科	许家伟	600		1	住院号: 0788891
神经内科	邓幼清	600	1		住院号: 0770314
北院普外科	王俊	1000	1		住院号: 0788842
胃肠外科	王志凌	600	1		住院号: 0770715
合 计		22200	12	6	

每一封感谢信，字里行间都传达着患者及家属对医护人员的感激之情。每一面熠熠生辉的锦旗，都承载着患者对医院的信任，蕴含着浓浓的医患情深，是患者对医生护士仁心仁术的肯定。每一句“谢谢”都鼓励和鞭策着全体医护人员不断进取。

学习材料目录

一、国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见（国办发〔2023〕17号）

二、[中国政府网] 关于加强医保基金使用常态化监管，这场发布会权威回应

三、纪法小课：这些违规兼职取酬行为不能有！

学习材料一：

国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化 监管的实施意见

（国办发〔2023〕17号）

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

医疗保障基金（以下简称医保基金）是人民群众的“看病钱”、“救命钱”。加强医保基金使用常态化监管，对保障医保基金安全运行、提高基金使用效率、规范医疗服务行为、减轻群众看病就医负担具有重要意义。为进一步贯彻落实党中央、国务院决策部署，扎实推进医保基金使用常态化监管工作，经国务院同意，现提出以下意见。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神，认真践行以人民为中心的发展思想，立足新发展阶段，完整、准确、全面贯彻新发展理念，加快构建新发展格局，着力推动高质量发展，扎实推进依法行政，加大医保基金监管执法力度，切实落实各方监管责任，加强基金监管能力建设，综合运用多种监管方式，不断完善长效监管机制，加快构建权责明晰、严密有力、安全规范、法治高效的医保基金使用常态化监管体系，以零容忍态度严厉打击欺诈骗保、套保和挪用贪占医保基金的违法行为，坚决守住医保基金安全底线，实现好、维护好、发展好最广大人民根本利益。

二、明确各方职责

（一）强化医保行政部门监管责任。各级医保行政部门要加强对医保经办机构医保协议签订、履行等情况的监督，促进医保经办机构业务规范。强化对定点医药机构纳入医保基金支付范围的医疗服务行为、医疗费用，以及参保人员医保基金使用情况等方面的监督。国家医保局负责监督指导全国医保基金使用常态化监管工作，省级医保行政部门负责监督指导本行政区域内医保基金使用常态化监管工作，地市级以下医保行政部门要落实好常态化监管任务。

（二）强化医保经办机构审核检查责任。各级医保行政部门要督促医保经办机构建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，加强内部全流程管理。医保经办机构要提高日常审核能力，强化对定点医药机构医保费用申报和参保人员医疗费用报销的审核。医保经办机构通过智能审核等方式，对参保人员在定点医药机构就医购药所产生的费用进行审核后，由医保基金按规定时限及时予以结算支付。对定点医药机构履行医保协议、执行医保报销政策情况，以及参保人员享受医保待遇情况实施核查。作出中止或解除医保协议等处理的，要及时向医保行政部门报告。发现或接收的问题线索应当由医保行政部门处理的，应及时移交处理。

（三）强化定点医药机构自我管理主体责任。定点医药机构要建立健全与医保基金使用相关的内部管理制度，合理、规范使用医保基金，明确专门机构或者人员负责医保基金使用管理工作，按要求组织开展医保基金相关政策法规培训，及时开展自查自纠，配合医保部门审核和监督检查。加强医药服务规范管理，做好就诊患者和购药人员医保身份核验、医保目录适用认定、记录和检

查检验报告存档等工作。紧密型医联体牵头医疗机构要落实内部管理责任，加强医保基金使用管理。

（四）强化行业部门主管责任。卫生健康、中医药、市场监管、药品监管、审计等部门要按照职责分工，落实相关监管责任。聚焦过度诊疗、欺诈骗保、非法收购和销售利用医保骗保购买的药品等违法违规问题，持续加强医药机构监管，规范医药服务行为，强化医务人员职业操守和职业道德教育。加强医药服务价格监督检查，治理乱收费现象，切实维护消费者权益。对于未纳入医保协议管理，但其行为与医保基金使用密切相关、影响基金合理使用的机构等，要按照“谁审批、谁监管，谁主管、谁监管”的原则，落实监管责任。

（五）强化地方政府属地监管责任。地方各级人民政府对本行政区域内医保基金使用常态化监管工作负领导责任，统筹区域内各部门资源，形成监管合力。进一步完善医保基金使用监管机制和执法体制，组织督促所属相关部门和下级人民政府认真履行监管职责，加强监管能力建设，积极推进跨部门综合监管，及时协调解决监管工作中的重大问题，为医保基金使用常态化监管工作提供有力保障。

三、做实常态化监管

（一）推进飞行检查常态化。建立健全部门联合检查机制，制定并公开飞行检查方案。完善飞行检查管理办法，细化操作规程，规范飞行检查及后续处置，建立飞行检查年度公告及典型案例曝光制度。发挥飞行检查带动引领作用，用好飞行检查结果，聚焦典型性、顽固性、复杂性违法违规问题，及时汇总建立飞行

检查发现问题清单，为强化日常监管、防范同类问题系统性频发提供参照借鉴。

（二）推进专项整治常态化。强化跨部门综合监管合力，加强医保、公安、财政、卫生健康、市场监管等部门的协调联动，常态化开展专项整治行动。聚焦重点领域、重点机构、重点行为，加强部门间数据共享和监测分析，强化案件线索通报，完善行刑衔接机制，健全重大案件同步立案和挂牌督办制度，积极开展部门联合执法，形成一案多查、一案多处的联合惩戒机制。推动专项整治工作成果转化为管用有效的查办经验及监管规范标准，推进完善医药服务价格和医保支付政策并建立健全相关机制。

（三）推进日常监管常态化。研究制定医保基金使用日常监管办法，健全完善工作机制，细化监督检查工作规范和要求。出台统一明确的监督检查事项清单、检查工作指南等，提高日常监管规范化水平。合理制定并严格执行年度监督检查计划，对数据指标异常的定点医药机构加强现场检查，对上级部门交办的问题线索、举报投诉涉及的定点医药机构开展现场核查，依法依规处理。强化医保经办支付环节费用审核，落实日常核查全覆盖。

（四）推进智能监控常态化。依托全国统一的医保信息平台，充分运用医保智能监管子系统，建立行政检查和执法全流程指挥调度平台，加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管全过程智能监控，提升精准化、智能化水平。加快医保基金智能监控知识库、规则库建设和应用，加强动态维护升级，不断提升智能监控效能。实施国家医保反欺诈智能监测项目，常态化开展医保数据筛查分析，通过大数据分析

锁定医保基金使用违法违规行为，发现欺诈骗保行为规律，有针对性地加大宏观管控、现场检查执法和精准打击力度。

（五）推进社会监督常态化。进一步完善举报投诉机制，依托全国医保基金举报投诉管理系统，畅通投诉渠道，规范处置流程，严格核查处理。落实举报奖励制度，调动全民参与医保基金使用监督的积极性。持续开展典型案例曝光，强化警示震慑。探索开展定点医药机构医保基金使用情况向社会公示制度，鼓励社会监督。

四、健全完善制度机制

（一）完善监管制度机制。进一步完善以上查下、交叉检查的工作机制，破解同级监管难题。建立抽查复查、倒查追责工作制度，压实监管责任。实施分类处置，综合运用协议、行政、司法等多种手段分类施策。对于存在主观故意、影响恶劣的欺诈骗保行为，依法从严从重查处，同时做好协议处理与行政处罚的有效衔接。建立健全激励与约束并重的监管机制，更大激发医疗机构规范使用医保基金的内生动力。

（二）完善部门间协同监管机制。加强医保部门与公安、财政、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门的贯通协同，推进信息互通共享，实现部门间线索互移、标准互认、结果互通。加强行政执法和刑事司法事前、事中、事后的有效衔接，依法严厉打击医保领域违法犯罪行为。对涉嫌违纪和职务违法、职务犯罪的问题线索及时移送纪检监察机关，建立健全重要线索、重大案件联查联办和追责问责机制，强化震慑效应。

（三）建立健全信用管理制度。推进定点医药机构、医药企业、人员信用分级分类管理，探索建立医保基金监管告知承诺制，

将履行承诺情况纳入信用记录，与监督检查频次、处罚裁量等挂钩，推动定点医药机构通过自查自纠规范医保基金使用行为，主动履行医保基金使用主体责任。根据信用评级，对失信定点医药机构，可通过协议管理在资金结算等方面采取惩戒措施；对相关责任人员，可按照医保协议中止医保支付资格；对失信医药企业，可按规定在医保目录准入、价格招采信用评价、医药集中采购、挂网资格等方面采取处置措施；对失信参保人员，可按规定采取暂停医疗费用联网结算等措施。强化跨行业、跨领域、跨部门守信联合激励和失信联合惩戒，探索建立信用修复、异议申诉等机制。鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，促进行业规范和自我约束。

（四）建立异地就医跨区域监管工作机制。创新方式方法，完善异地就医协同监管制度和跨区域工作机制，落实就医地和参保地监管责任。各级医保行政部门要将异地就医作为飞行检查、日常监管等工作的重点，防范异地就医过程中的欺诈骗保风险。

（五）建立健全重大事项处置机制。加强日常监管信息报送，做好预警监测和提前研判，完善处置及应对规程，加强针对性培训，提升各级医保行政部门应对处置重大事项能力。对医保基金监管政策落实不到位、出现医保基金监管严重问题或存在重大风险隐患的，国家医保局可采取函询或约谈等方式，督促指导相关医保行政部门及定点医药机构等严格履行相关责任并抓好整改落实。

五、强化保障措施

（一）加强组织实施。各地区各有关部门要充分认识加强医保基金使用常态化监管的重要意义，加强组织领导，细化目标任

务，明确职责分工，强化责任落实，统筹推进各项工作。健全部门联动机制，协同开展医保基金使用常态化监管。

（二）提升监管能力。各地区各有关部门要加大人员、车辆、装备、技术、经费等方面的支持力度，为医保基金监管工作提供有力保障。建立健全监管人员考核考勤、岗位晋升等各项制度，加强监管人员业务能力培养，经常性开展政策法规培训，着力建设复合型监管队伍，不断提升法治化、规范化、专业化水平。

（三）强化责任追究。县级以上地方人民政府要切实履行监管职责，对监管不力、执法不严导致医保基金安全存在重大风险隐患或造成严重后果的，以及在监管工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，要严肃追究责任。各级医保行政部门要建立健全医保基金监管综合评价制度，定期通报基金监管工作进展情况。积极探索建立责任追究、尽职免责事项清单，细化追责免责情形，做好容错纠错工作。

（四）做好宣传教育。各地区各有关部门要加大医保基金监管政策法规宣传力度，充分利用各种媒介平台，加强医保基金监管政策宣传解读。持续做好集中宣传月工作，聚焦打击欺诈骗保等相关主题，常态化开展维护医保基金安全宣传教育，营造良好舆论氛围。

国务院办公厅

2023年5月26日

内容来源：中国政府网

内容链接：

https://www.gov.cn/zhengce/content/202305/content_6883811.htm

学习材料二：

关于加强医保基金使用常态化监管，这场发布会权威回应

《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》已经国务院常务会议审议通过，并于近日印发。国务院新闻办公室6月9日下午举行国务院政策例行吹风会，介绍加强医疗保障基金使用常态化监管有关情况。在加强医疗保障基金使用常态化监管方面，将会采取哪些举措？一起来看——

Q 医保部门采取哪些有效措施对医保基金进行常态化监管？

A 具体来说，可以概括为“三个结合”“五个常态化”。

一是点线面结合，推进飞行检查、专项整治和日常监管常态化。其中，飞行检查侧重于点，专项整治侧重于线，日常监管侧重于面，这三者有机结合、相辅相成。通过点线面相结合，努力做到检查一个、查透一个、规范一个，这样成体系地推进医保基金监管工作不断走深走实。

二是现场和非现场相结合，推动智能监控常态化。医保基金监管对象多、难度大，监管力量相对不足，现场检查难以及时有效广泛地覆盖，这就要求创新理念和方法，运用现代信息技术寻求破解之道，用新技术赋能。在这方面，医保智能监控是破解监管痛点难点问题的重要举措之一。通过智能监控的推广应用，可以实现医院前端提醒、经办端事中审核、行政端事后监管的全流程防控。

三是政府监管和社会监督相结合，推进社会监督常态化。不断完善社会监督制度，畅通举报投诉渠道，全面推进举报奖励制度的落实。截至今年4月，全国累计曝光典型案例达到25.5万例，传递了以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保等违法行为的强烈信号，取得了很好的警示震慑作用。接下来，将按照《意见》要求，强化社会协同共治，用好举报投诉和宣传曝光这两个机制，筑牢医保基金监管的人民防线。

Q 在开展打击欺诈骗保专项整治工作方面，国家医保局今年的工作重点有哪些？与以往相比有什么不同？

A 一是聚焦骨科、血液净化、心血管内科、检查检验、康复理疗等重点领域。二是聚焦医药结算费用排名靠前的重点药品、耗材等。三是聚焦虚假就医、医保药品倒卖等重点行为，对异地就医、门诊统筹政策实施后的易发高发违法违规行也专门提出工作要求。

与以往工作相比，此次专项整治工作有两个突出特点：一是更加强化部门协同，进一步明确和细化了医保、公安机关及卫生健康部门的职责，并首次邀请了检察机关和财政部门加入了医保领域打击欺诈骗保专项整治工作，五部门综合监管的态势初步形成，为专项整治工作的深入开展奠定了基础。二是更加重视大数据监管。2023年，国家医保局将在大数据监管方面着重发力，开展大数据监管试点，通过强化已有医保反欺诈大数据模型应用，推动建立一批重点领域的反欺诈大数据模型，逐步构建非现场监管和现场监管有机结合的监管新模式，推进医保基金监管能力提升。

Q 国家卫生健康委如何规范医疗服务行为和医疗机构的收费计费行为？

A 第一，持续提高医疗服务的规范化水平。通过不断完善医疗管理相关规章制度，制定和修订相关病种的疾病诊疗指南、技术操作规程和临床路径，来不断完善医疗服务规范制度体系。修订发布《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》。

第二，加强医疗机构内控管理。持续落实《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》，不断健全医疗机构内控管理的制度规范，特别是健全医疗服务价格行为管理规范。

第三，加强教育培训和激励引导。持续加强医保普法教育和医保相关规定的培训，提高医疗机构和医务人员合理使用医保基金的意识。

第四，完善监测监督管理体系。建立全国监测体系，对医疗质量指标、临床路径应用情况、临床合理用药情况和重点监控药品临床使用情况等进行监测。把规范医疗服务行为纳入医疗机构执业许可证定期校验的内容，纳入医师定期考核内容，也纳入大型医院巡查，加强监督管理。同时持续推进行业作风和医德医风建设，将加强医保基金使用监管、整治欺诈骗保等纳入纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点，依法依规严肃惩处违法违规行为。同时突出重点，开展不合理医疗检查专项治理、“民营医院管理年”等专项行动，重点查处、集中整治医疗机构不合理使用医保基金等行为。

Q 公安机关如何打击诈骗医保基金违法犯罪活动？

A 公安机关按照加强医保监管常态化的要求，重拳打击诈骗医保基金违法犯罪活动，加强事前、事中、事后的行刑衔接，坚决维护国家医保基金安全。一是保持高压严打态势，对诈骗医保基金违法犯罪保持零容忍，发现一起，立案查处一起，重点惩处团伙组织者和职业骗保人，全力追缴赃款赃物，最大限度挽回国家医保基金损失。二是强化部门联动，公安机关将会同医保、卫健等部门持续联合开展专项打击整治，切实增强打击整治的工作合力。三是全面加强宣传引导，通过新闻媒体及时曝光一批典型案件，揭露其犯罪手法，形成警示震慑，教育引导群众知法守法，依法用好医保基金，切实维护合法权益。

Q 国家医保局将如何落实《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》要求，切实守护好老百姓的“看病钱”“救命钱”？

A2023年，国家医保局将坚决贯彻落实《意见》要求，不断压实各方监管责任，切实加强医保基金使用常态化监管，综合运用飞检、专项整治等多种监管手段，以零容忍的态度严厉打击各类欺诈骗保的违法违规行为，坚决守住医保基金安全底线。同时，我们还将从以下几个方面进一步落实《意见》要求。

一是推进智能监控做实做细。研究出台《关于全面推进医疗保障基金智能审核和监控的通知》，初步实现全国智能监控“一张网”。

二是进一步强化依法行政。在系统总结《医疗保障基金使用监督管理条例》贯彻落实情况的基础上，我们正在研究《条例》的实施细则，对《条例》中的一些原则性、授权性规定进一步细化。

三是用好医保基金监管综合评价制度。有效发挥综合评价的“指挥棒”作用。

四是加强政策宣传。用好用活正反两方面的典型，对违法违规使用医保基金的反面典型，要严厉惩处，及时公开曝光，发挥警示震慑作用；对于合规使用医保基金的先进典型，要加大正面宣传，发挥正向激励作用。

内容来源：中国政府网

内容链接：

https://www.gov.cn/zhengce/202306/content_6885527.htm

学习材料三：

纪法小课：这些违规兼职取酬行为不能有！

这些违规兼职取酬行为不能有！

廉洁江西 2023-07-02 21:56 发表于江西



来源：中央纪委国家监委网站

视频链接：

<https://mp.weixin.qq.com/s/lqbelipfFrXUzyrouCDq3g>