

政策与程序	
标题: 欺诈、浪费与滥用	
部门政策所有者: 合规部	政策编号: CMP05
受影响的部门: 选择负责遵守所述全部或部分政策或程序的部门	
1) <input checked="" type="checkbox"/> 所有部门 2) <input type="checkbox"/> 行为健康部 (BH) 3) <input type="checkbox"/> 福利管理部 (BA) 4) <input type="checkbox"/> 护理管理部 (CM) 5) <input type="checkbox"/> 索赔部 (CLMS) 6) <input type="checkbox"/> 社区市场与会员参与部 (MAR) 7) <input type="checkbox"/> 合规部 (CMP/HPA) 8) <input type="checkbox"/> 配置部 (CFG) 9) <input type="checkbox"/> 医疗服务提供者签约部 (CONT) 10) <input type="checkbox"/> 文化与语言部 (CL) 11) <input type="checkbox"/> 客户服务部 (CS)	12) <input type="checkbox"/> 设施部 (FAC) 13) <input type="checkbox"/> 财务部 (FIN) 14) <input type="checkbox"/> 人力资源部 (HR) 15) <input type="checkbox"/> 信息技术/核心系统部 (IT) 16) <input type="checkbox"/> 药房 (PH) 17) <input type="checkbox"/> 医疗服务提供者网络部 (PRO) 18) <input type="checkbox"/> QI 健康公平部 (GRV/HE/HEQ/PHM/QM) 19) <input type="checkbox"/> 使用管理部 (UM)
产品类型: <input checked="" type="checkbox"/> Medi-Cal	取代政策编号: 无

I. 目的

本政策的目的是确保 Health Plan of San Joaquin 和 Mountain Valley Health Plan（简称为“Health Plan”）遵守监管其运营的所有法律，根据法律和道德标准开展业务，防止针对 Health Plan 组织资产进行的欺诈、浪费和滥用 (FWA)，并与 2005 年《赤字削减法》第 6032 节保持一致，以减少虚假索赔造成的财务损失。

II. 政策

A. 资产保护:

- Health Plan 禁止针对其资产进行的欺诈、浪费和滥用行为。该禁令包括进行此类活动的企图和阴谋，以及协助、教唆或隐瞒此类企图和阴谋。Health Plan 提倡避免欺诈、浪费和滥用的行为并促进组织问责制。

B. 欺诈预防官：

1. 首席合规官 (CCO) 担任欺诈预防官，负责制定、实施和确保遵守 Health Plan 的欺诈预防计划。CCO 直接向首席执行官 (CEO) 和委员会报告。

C. 向 DHCS 提交电子个案报告：

1. 发现疑似欺诈、浪费和滥用的事件或收到此类事件的通知后，无论是由 Health Plan 本身、其分包商、下游分包商还是网络内医疗服务提供者报告，Health Plan 都会在十 (10) 个工作日内向 DHCS 提交初步报告。
2. 调查完成后，Health Plan 向 DHCS 提交一份综合报告，详细说明调查结果、采取的行动以及支持这些行动的所有相关文件。

D. 向 DHCS 提交电子汇总报告：

1. Health Plan 向 DHCS 提供季度报告，详细说明与欺诈、浪费和滥用相关的所有初步、正在进行和已完成的调查的状态。
 - a. 该报告在每个日历季度结束后十 (10) 个工作日内提交。
 - b. Health Plan 根据 DHCS 的要求提供更新和可用文件。
2. 当发现因可疑的欺诈、浪费和滥用导致超额付款时，Health Plan 会在发现或收回这些超额付款后 10 个工作日内向 DHCS 提交报告。¹
3. 作为向 DHCS 提交的年度报告的一部分，Health Plan 报告所有纳入费率制定模板 (RDT) 中的超额付款的收回情况，如 CLMS14 – 服务超额付款：收回所述。²

E. 调查的保密性：

1. Health Plan 会在调查和解决报告事件的整个过程中尽一切合理努力尊重相关人员，并保护他们的机密信息和隐私。与调查相关的信息仅在需要了解的情况下共享，并且可能会受到律师-委托人特权的约束。
2. 在正式刑事诉讼程序公开前，Health Plan 将 DHCS、其他州和联邦机构以及其他 Medi-Cal 管理式护理计划共享的有关欺诈、浪费和滥用的所有信息视为机密。Health Plan 仅使用这些信息调查潜在的欺诈、浪费和滥用活动以及其他计划完整性工作。如果 Health Plan 需要与分包商、下游分包商或网络内医疗服务提供者共享这些机密信息，这些第三方实体也应对这些信息保密。

¹ APL 23-011 - 管理式护理健康计划对向医疗服务提供者超额付款的收回处理

² 42 CFR 438.608(d)(3)

F. 与执法部门合作：

1. Health Plan 与 Medi-Cal 欺诈和老年人虐待司 (DMFEA)、美国司法部 (U.S.D.O.J.) 和/或任何其他执法组织合作进行调查或起诉，包括根据要求提供记录和工作人员。
2. Health Plan 要求其分包商和下游分包商遵守本政策以及 Health Plan 对充分配合指定执法机构的指令所做的承诺。其中包括强制受影响的供应商、承包商、分包商和下游分包商遵守规定，以及确保他们配合 Health Plan 的政策《纠正行动和制裁》中概述的调查和起诉。
3. Health Plan 提供了有关如何遵守 DMFEA 和/或 U.S.D.O.J. 的调查或法律行动的指南，包括与分包商、下游分包商和网络内医疗服务提供者共享这些指南。

G. 联邦《虚假申报法》(FCA) 要求：

1. Health Plan 将《虚假申报法》定义为一项联邦法律，该法律规定，如果任何个人或组织故意就全部或部分由美国政府或任何州医疗保健系统直接资助的任何联邦医疗保健计划（包括任何提供健康福利的计划或方案）做出虚假记录或提交虚假索赔，无论是直接、通过保险还是其他方式，均构成犯罪行为。
2. Health Plan 维护本政策的目的是对员工、分包商、下游分包商和网络内医疗服务提供者进行联邦《虚假申报法》的教育。
3. Health Plan 还要求其员工、分包商、下游分包商和网络内医疗服务提供者在受雇后的前 30 天内参加或证明完成欺诈、浪费和滥用培训，包括虚假申报法培训，此后还应每年进行一次。
4. Health Plan 采用与举报者相关的法律法规。联邦《虚假申报法》保护根据《虚假申报法》举报违规行为的员工（举报者），以免因举报可能存在的欺诈行为而受到歧视、骚扰、停职或终止雇佣关系。举报欺诈行为并因此遭受歧视的员工可能会获得以下赔偿：
 - a. 拖欠工资加利息的两倍
 - b. 恢复职位而不丧失资历
 - c. 赔偿产生的任何费用或损失。

5. 根据 HIPAA 联邦和州法规以及 Health Plan 的政策《举报者和员工犯罪受害者》，Health Plan 的员工不得恐吓、威胁、胁迫、歧视举报道德问题或涉嫌违反法律和监管要求、认证要求的行为，或根据联邦或州法律行使自身权利（包括根据《虚假申报法》对举报者提供保护）的健康计划会员、医师、员工或其他任何个人或实体，也不得对其采取其他报复行动。

H. 加州《虚假申报法》：

1. Health Plan 遵守加州《虚假申报法》的法律法规，加州《虚假申报法》是与联邦《虚假申报法》类似的民事诉讼法，但比联邦《虚假申报法》更为严格。
 - a. 加州《虚假申报法》允许州总检察长提起民事执法诉讼，要求对故意制作或使用虚假陈述或文件以从州政府获取金钱或财产或避免向州政府支付或转移金钱或财产的任何人追讨三倍损害赔偿并进行民事处罚。
 - b. 加州《虚假申报法》还允许“举报者”获得更高比例的追讨金额，并且即使在受到司法部 (DOJ) 或总检察长办公室 (OAG) 起诉时也可以参与。
 - c. 根据加州民事《虚假申报法》的规定，向 Medicare 或 Medi-Cal 收取费用的每件物品或每项服务都算作一次索赔，每次索赔的罚款起步金额为 \$10,000。
2. 根据加州《虚假申报法》的规定，提交虚假索赔的刑事处罚包括监禁和刑事罚款。

I. DHCS 资金回收：

1. Health Plan 了解，如果总检察长办公室、DMFEA 或 US DOJ 根据加州或联邦《虚假申报法》起诉分包商、下游分包商或网络内医疗服务提供者而追回资金，则这些资金专属于 DHCS。Health Plan 放弃对这些资金的任何索赔。

J. 和解通知：

1. Health Plan 与其分包商、下游分包商或网络内医疗服务提供者之间涉及欺诈、浪费和滥用的争议事项的任何和解或解决均包含书面条款，通知他们 DHCS、DMFEA 或 U.S.D.OJ 不受和解约束并可能针对当事人采取进一步行动。

III. 程序

A. 举报方式

1. 根据 Health Plan 的行为与道德准则，Health Plan 的员工必须立即报告可疑的欺诈、浪费和滥用行为。可疑的欺诈、浪费和滥用行为应报告给以下一项或多项：
 - a. 通过合规部 SharePoint 链接中的“Report an Incident”（报告事件）报告
 - b. 向 Health Plan 管理团队的任何成员报告
 - c. 向首席合规官或合规部的任何工作人员报告
 - d. 向人力资源部代表报告
 - e. 通过匿名举报热线报告
2. 欺诈、浪费和滥用线索是对未经证实的潜在欺诈活动指控的初步识别。

B. 识别和来源：

1. 为侦测针对其资产的欺诈、浪费和滥用，Health Plan 从以下活动中获取线索：
 - a. 主动人工和软件辅助数据挖掘，根据一组预先确定的数据选择标准识别异常计费模式。
 - b. 审计期间发现的问题。
 - c. 匿名举报。
 - d. Health Plan 的员工披露。
 - e. 其他外部举报来源包括但不限于：会员、社区成员、第三方在职和离职员工。
2. Health Plan 管理团队负责建立适当的内部控制，以侦测与其保管或控制的资产相关的欺诈、浪费和滥用。

C. 所需的信息：

1. Health Plan 会在识别后的 3 个工作日内调查收到的所有欺诈、浪费和滥用线索，并收集以下信息，其中至少包括以下内容：
 - a. 当事人，包括个人全名、组织、地址、电话号码、电子邮件地址（如有）。
 - b. 识别信息，例如 Health Plan 的识别号、美国国家医疗服务提供者标识符 (NPI)、索赔 ID 和/或执照号码。
 - c. 所举报问题的摘要。

D. 欺诈、浪费和滥用线索调查以及案件转换：

1. 在识别后的 7 个工作日内，将对所有线索进行评估，以确定是否有足够的证据来启动初步调查，或者线索是否会因风险低、信息不足或不涉及欺诈、浪费和滥用而关闭。如果有足够的证据或信息来启动全面调查，将开立欺诈、浪费和滥用案件，并启动全面的欺诈、浪费和滥用调查。
2. 被视为欺诈、浪费和滥用案件的线索将在计划完整性部门收到原始线索之日起 10 个工作日内通过 MC609 向 DHCS 报告。
3. 案件的初步调查期从线索转换为案件之日开始，并在 30 天内完成。这意味着初步调查有时在通过 MC609 报告之前尚未完成。发生这种情况时，Health Plan 会通过 MC609 提交一份调查摘要，该摘要是在截至 MC609 报告日期为止的最新调查摘要。
4. 初步调查过程中需要完成以下调查行动：
 - a. 数据提取与分析
 - b. 执照验证以及联邦和州除外条款检查。
5. Health Plan 的计划完整性部门会在调查期间酌情采取以下附加活动。这些附加调查活动通常在完成初步调查后进行。
 - a. 访谈 – 医疗服务提供者、会员、前会员、前雇员和其他人。
 - b. 对记录进行医疗审查，以确定是否存在超额付款。
 - c. 对记录进行医疗审查，以核实是否按照账单向会员提供了服务。
 - d. 问卷调查。
 - e. 服务预付款审查。
 - f. 加强指定时间段的监测。

E. 针对欺诈、浪费和滥用违规行为的纠正措施

1. 根据 HIPAA 联邦和州法规以及 Health Plan 的员工纪律政策，企图或密谋实施欺诈、隐瞒欺诈、协助和教唆实施欺诈或未举报欺诈的个人将承担适当的纠正措施或受到相应的纪律处分。可以针对员工、分包商、下游分包商和网络内医疗服务提供者采取以下一项或多项行动，但不限于这些行动：
 - a. 额外的教育和培训。
 - b. 寻求超额付款的补偿。
 - c. 服务预付款审查。
 - d. 视情况向州许可委员会和其他机构提交监管报告。

- e. 评估未来的付款扣除，扣留或停止支付服务费用。
- f. 暂停或终止加入网络。
- g. 暂停或终止雇佣关系。

F. 欺诈、浪费和滥用以及虚假申报法培训：

1. 根据合规计划培训和教育以及行为准则，Health Plan 的员工有责任采取适当的措施来阻止识别的所有欺诈、浪费和滥用。定期跟踪和监测 Health Plan 员工的培训报告，其中包含强制性培训完成记录。
2. Health Plan 要求其员工、分包商、下游分包商和网络内医疗服务提供者接受关于《虚假申报法》以及 42 USC 第 1396a(a)(68) 节中所述的其他联邦和州法律的详细信息的培训，包括有关作为举报者受到保护的员工所享有权利的信息。
 - a. 根据 CMP24 – 合规培训和教育的规定，员工在受雇后的前 30 天内接受培训，此后还应每年进行一次。
 - b. 医疗服务提供者在与 Health Plan 签订合同后的前 30 天内参加培训或证明他们及其工作人员已参加培训，此后还应每年进行一次。
 - c. 根据业务伙伴协议的规定，业务伙伴必须按照合同要求维护自己的培训计划，并在要求时证明或出示培训证明。

G. 对执法部门的回应：

1. 当指示执法部门要求暂停或延迟后，Health Plan 将遵循执法部门的指示。³ 案件管理系统中的活跃案件状态将更新为“监测”，子状态为“执法部门暂停”。

H. 收到可信的欺诈指控后采取的行动

1. 在 DHCS 通知医疗服务提供者存在可信的欺诈指控后，Health Plan 会告知 DHCS 对该医疗服务提供者采取了哪些行动。以下是根据 APL 可能采取的行动摘要：
 - a. 将医疗服务提供者从网络中移除。
 - b. 暂停医疗服务提供者加入网络的资格，等待欺诈指控得到解决。
 - c. 暂停向医疗服务提供者付款，等待欺诈指控得到解决；和/或
 - d. 进行额外的监测，包括审计医疗服务提供者的索赔记录和未来提交的索赔，以进行适当的计费。

³ 45 CFR §164.412

2. 如果采用上述选项“iv”，Health Plan 将：
 - a. 实施 30 天的加强监测。
 - b. 在监测期间每周向 DHCS 发送更新。
 - c. 在 DHCS 向 Health Plan 发出通知后 10 天内，对医疗服务提供者的计费做法展开调查，以验证可信的欺诈指控；以及
 - d. 在调查结束后 10 天内，向 DHCS 通报调查结果，包括最终调查报告和纠正行动计划。

IV. 附件

- A. DHCS Medi-Cal 管理式护理计划定义（附录 A，附件 I，1.0 定义）
- B. [术语表链接](#)
- C. Medi-Cal 管理式护理合同缩略语列表（附录 A，附件 I，2.0 缩略语）

V. 参考资料

- A. 45 CFR §164.412
- B. 反回扣法，42 U.S.C. §1320a-7b
- C. 民事罚款法，社会保障法第 1128A 节
- D. CMP24 合规计划培训和教育
- E. 打击医疗保健欺诈的 DHHS 法律资源指南，2015 年 9 月
- F. 排除条款，社会保障法第 1128 节
- G. 虚假申报法，31 U.S.C. §3729-3733
- H. 管理式护理计划使用的欺诈、浪费和滥用转介指南，2012 年 5 月
- I. HPA09 HPSJ 员工处分
- J. HPA10 举报者和员工犯罪受害者
- K. 计划完整性：Medicaid 42 CFR §455
- L. 合同中的计划完整性要求，42 CFR §438.608
- M. 禁止的隶属关系，42 CFR §438.610
- N. Health Plan of San Joaquin 谅解备忘录和 SEIU Local 1021 第 14 节
- O. 2005 年赤字削减法第 6038 条

VI. 修订记录

版本*	修订摘要	日期
001	对 2024 年 DHCS 合同第 R.0238 部分的政策进行了编辑	2023 年 1 月 25 日
002	对纳入 DHCS 2024 年合同第 1.3.6 和 1.3.7 节的政策进行了编辑	2023 年 11 月 1 日
003		
004		
初始生效日期：1999 年 1 月 1 日		

VII. 委员会审查和批准

委员会名称	版本	日期
合规委员会	002	2024 年 2 月 15 日
<ul style="list-style-type: none"> 隐私与安全监督委员会 (PSOC) 		
<ul style="list-style-type: none"> 计划完整性委员会 		
<ul style="list-style-type: none"> 审计与监督委员会 		
<ul style="list-style-type: none"> 政策审查委员会 	002	2023 年 12 月 20 日
质量与使用管理委员会		
<ul style="list-style-type: none"> 质量运营委员会 		
<ul style="list-style-type: none"> 申诉委员会 		

VIII. 监管机构批准

部门	审查者	版本	日期
健康护理服务部 (DHCS)	DHCS 合同经理 (文件和使用)	002	2024 年 1 月 4 日
管理式护理部 (DMHC)			



IX. 批准签名*

签名	姓名 职务	日期
	PRC 主席	
	政策所有者	
	部门主管	
	首席执行官	

*签名已存档，不会出现在已发布的副本上