

## 指标释义

### · 2020年定点医疗机构自查自纠情况汇总表（附件1）

#### 一、不合理收费问题

1. 重复收费：重复收取某项目费用。
2. 分解收费：将诊疗服务项目实施过程分解成多个环节逐个收费，或将诊疗项目内涵中已包含的内容单独计费。
3. 超标准收费：超过规定的价格标准，数量标准进行收费，且超出部分纳入医保结算。
4. 自立项目收费：将未批准纳入医保支付的自创医疗服务项目按医保项目价格收费。
5. 高套病种（病组）、规避入组：高套单病种（病组）诊断进行医保基金结算；恶意规避按单病种结算方式进行诊疗活动。

#### · 二、串换收费问题

1. 目录外项目串换：将无收费标准的项目串换为医保目录内名称和价格标准进行医保结算。
2. 低价项目高套：不执行原药品、诊疗项目、器械或医疗服务设施的支付名称及价格标准，将低价项目套用高价项目的价格标准结算。

#### 三、不规范诊疗问题

1. 无指征检查、化验：无疾病指征的情况下，向患者提供了不必要的检查、化验等服务。
2. 无指征治疗：与疾病无关，或无治疗依据而反复多次治疗。
3. 套餐式检查、化验：无疾病指征的情况下，以组套形式开展检查、化验项目。
4. 超医保支付政策范围：临床药品、诊疗项目与服务设施使用，超出医保目录限制性支付范围并纳入医保结算。

5. 无指征住院：不符合住院指征收入院。

6. 挂床住院：为患者办理了住院手续，实际未按照住院诊疗标准进行规范化管理，或允许患者无特殊情况不在院（床）累计3天以上。

7. 分解住院：在患者住院治疗尚未达到出院条件的前提下，为其办理多次出、入院手续。

#### 四、虚构服务问题

1. 虚假结算：伪造、变造、虚构医疗文书、财务票据凭证与进销存票据进行医保结算的行为。

2. 人证不符（冒名就医）：持非本人身份证件和社保卡（或医保凭证）到定点医药机构就医、刷卡，进行医保基金结算。

3. 诱导住院：医院采取虚假宣传、向患者提供额外优惠（如未经批准减免医保费用）等方式吸引其住院，虚构医疗服务进行医保基金结算。

#### 五、其他问题

1. 私自联网：未经批准将非医保定点机构接入或转接医保结算网络。

2. 资质不符：开展与自身资质不符的诊疗活动纳入医保结算。

3. 将药物临床试验项目违规纳入医保结算：将药物临床试验项目服务合同中约定的药品、检查、化验、治疗、医用材料等项目纳入医保结算。

4. 其他：以上之外的情形，需在备注中详细描述问题情形。

#### 2020年定点医疗机构自查自纠（医用耗材）情况汇总表（附件2）

1. 项目内涵材料单独收费：将诊疗项目内涵中已包含的不得另行收费的医用材料，单独计费并纳入医保结算。

2. 未按规定加价：未按照所在地区医用材料加价政策执行，私

自违规加价。

3. 目录外材料串换为目录内：将医保不予支付的医用材料串换为可报销医用材料，违规纳入医保结算。

4. 低价材料套用高价收费：不执行原医用耗材的支付名称及价格标准，将低价项目套用高价项目的价格标准结算。

5. 一次性材料重复收费：一次性医用材料重复使用，并计费纳入医保结算。

6. 违反物价规定收费：超过规定的价格标准、数量标准进行收费，且超出部分纳入医保结算。

7. 虚记多记材料费：虚记多记材料费，导致医用耗材的销售数量大于实际出库数量。

8. 其他进销存不符（以上不能涵盖的情形简述）：以上之外的情形，需在备注中详细描述问题情形。

9. 其他耗材问题（以上不能涵盖的情形简述）：以上之外的情形，需在备注中详细描述问题情形。

### 定点医药机构统计信息

#### 2020年1月~\*月打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况表 (一) (附件3)

1. 统筹区内定点医药机构数(家)：统筹区内定点医药机构的总家数。

2. 检查定点医药机构数(家)：检查定点医药机构总数，多次检查的机构按一家上报，不可按检查次数重复上报。

3. 小计：检查定点医药机构中涉及违法违规处理的机构总数。

4. 暂停医保(家)：检查定点医药机构中处以暂停医保服务的机构总数。

5. 解除医保(家)：检查定点医药机构中处以解除医保服务的机构总数。

6. 移交司法机关(家): 检查定点医药机构中移交司法机关处理的机构总数。

7. 拒付/追回资金(家): 检查定点医药机构中根据医保服务协议被拒付或责令退回基金本金, 和(或)处以2~5倍违约金的机构总数。

8. 行政罚款(家): 检查定点医药机构中处以行政罚款的机构总数。

9. 约谈(家): 检查定点医药机构中被约谈的机构总数。

10. 限期整改(家): 检查定点医药机构中限期整改的机构总数。

11. 通报批评(家): 检查定点医药机构中被通报批评的机构总数。

12. 其他(家): 不能归类于上述处理方式的其他方式, 请备注具体的处理方式。

13. 小计: 违规处理的总金额。

14. 基金本金: 违规处理的基金本金总额。

15. 违约金: 违规处理的违约金(缴入基金专户)总额。

16. 行政罚款: 对违规机构给予行政罚款(上缴国库)总额。

17. 其他: 其他来源违规金额总额, 请备注具体来源, 多种来源依次罗列。

18. 人次(人次): 举报定点医药机构违法违规案件涉及的受奖人次。

19. 案例数(例): 举报定点医药机构违法违规行为涉及的案件数。

20. 金额(元): 定点医药机构违法违规案件举报人领取的奖励总金额。

21. 主动公开曝光(例): 医保部门主动在各类媒体或平台公开曝光的定点医药机构违法违规案例数。



**· 参保人统计信息**

**2020年1月~\*月打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况表**

**(二) (附件4)**

1. 违法违规例数(例): 参保人违法违规案件例数。
2. 小计: 违法违规参保人总数。
3. 约谈: 约谈的违法违规参保人总数。
4. 暂停医保卡结算: 暂停医保卡结算处理的违法违规参保人总数。
5. 移交司法机关: 移交司法机关处理的违法违规参保人总数。
6. 其他: 未进行约谈、暂停医保卡、移交司法处理的情况, 请备注具体的处理方式, 多种方式依次罗列。
7. 小计: 参保人员违法违规案例处理的总金额。
8. 基金本金: 参保人员违法违规案例处理的基金本金总额。
9. 行政罚款: 对违法违规参保人给予行政罚款(上缴国库)总额。
10. 其他: 其他来源违规金额总额, 请备注具体来源, 多种来源依次罗列。
11. 人次数(人次): 举报参保人违法违规案件涉及的受奖人次数。
12. 案例数(例): 举报参保人违法违规行为涉及的案件数。
13. 金额(元): 参保人违法违规案件举报人领取的奖励总金额。
14. 主动公开曝光(例): 医保部门主动在各类媒体或平台公开曝光的涉及参保人违法违规案例数。

**经办机构统计信息**

**2020年1月~\*月打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况表**

**(二) (附件4)**

1. 违法违规例数(例): 经办人员违法违规案件例数。

2. 小计：违法违规经办人员数。
3. 约谈：约谈的违法违规经办人员数。
4. 移交司法机关：移交司法机关处理的违法违规经办人员数。
5. 其他：未进行约谈、移交司法处理的情况，请备注具体的处理方式，多种方式依次罗列。
6. 小计：经办人员违法违规案例处理的总金额。
7. 基金本金：经办人员违法违规案例处理的基金本金总额。
8. 行政罚款：对违法违规经办人员给予行政罚款（上缴国库）的总额。
9. 其他：其他来源违规金额总额，请备注具体来源，多种来源依次罗列。
10. 人次数（人次）：举报经办机构（人员）违法违规案件涉及的受奖人次数。
11. 案例数（例）：举报经办机构（人员）违法违规行为涉及的案件数。
12. 金额（元）：经办机构（人员）违法违规案件举报人领取的奖励总金额。
13. 主动公开曝光（例）：医保部门主动在各类媒体或平台公开曝光的涉及经办机构（人员）违法违规案例数。