

广东省医疗保障局

粤医保办函〔2020〕77号

转发国家医保局基金监管司《关于报送欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况的通知》

各地级以上市医疗保障局：

现将国家医保局基金监管司《关于报送打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况的通知》（医保监管函〔2020〕31号，以下简称《通知》）转发给你们，并结合我省实际，提出如下工作要求：

一、11月3日前将《通知》附件1、2，以及《2020年广东省医保基金监管专项治理工作方案》附件1填写后报送至省局基金监管处，《2020年广东省医保基金监管专项治理工作方案》附件2、3、4不再要求填报。

二、7-11月每月3日前将《通知》附件3、4填写后报送省局基金监管处。1-6月情况于7月7日前报送。

三、请各地及时填写相关表格并报送至邮箱：
gdybjgc@gd.gov.com。

附件: 1.关于报送打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况
的通知

2.国家医保局 国家卫生健康委关于开展医保定点医疗
机构规范使用医保基金行为专项治理工作的通知


广东省医疗保障局办公室
2020年6月19日

(联系人: 基金监管处 李丹艳、林妍, 联系电话: 020-83260271、
83260246)

公开方式: 不公开

国家医疗保障局司便函

医保监管函〔2020〕31号

关于报送打击欺诈骗取医疗保障基金 专项治理情况的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

根据《国家医疗保障局关于做好2020年医疗保障基金监管工作的通知》（医保函〔2020〕1号）与《国家医疗保障局 国家卫生健康委关于开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作的通知》（医保函〔2020〕9号）要求，为了解工作进展情况，做好工作总结，请各省级医保部门认真填写定点医疗机构自查自纠情况汇总表（附件1、2）与专项治理情况表（附件3、4），并于11月15日前报送定点医疗机构自查自纠情况汇总表；下半年起，于次月第一周报送专项治理情况表（1~6月情况于7月15日前报送）。

以上材料报送至邮箱：ybzxjgc@nhsa.gov.cn。

联系人：何 坤

联系电话：010-89061408

政务微信：15201590680

- 附件：1. 2020 年定点医疗机构自查自纠情况汇总表
2. 2020 年定点医疗机构自查自纠（医用耗材）情况汇总表
3. 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）
4. 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）
5. 指标释义



附件1

2020年定点医疗机构自查自纠情况汇总表

填报单位:

序号	涉嫌问题	例/次数	总费用 (万元)	(拟) 退回费用 (万元)	备注
	总计				
1	一、不合理收费问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品, 不包含医用耗材
2	1. 重复收费				
3	2. 分解收费				
4	3. 超标准收费				
5	4. 自立项目收费				
6	5. 高套病种(病组)、规避入组				
7	二、串换收费问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品, 不包含医用耗材
8	1. 目录外项目串换				
9	2. 低价项目高套				
10	三、不规范诊疗问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品, 不包含医用耗材
11	1. 无指征检查、化验				
12	2. 无指征治疗				
13	3. 套餐式检查、化验				
14	4. 超医保支付政策范围				
15	5. 无指征住院				
16	6. 挂床住院				
17	7. 分解住院				
18	四、虚构服务问题合计				包含诊疗、服务设施项目与药品, 不包含医用耗材
19	1. 虚假结算				
20	2. 人证不符(冒名就医)				
21	3. 诱导住院				
22	五、其他问题合计				
23	1. 私自联网				
24	2. 资质不符				
25	3. 将临床试验项目违规纳入医保结算				
26	4. 其他1(以上不能涵盖的情形简述)				其他1问题的详细描述
27	5. 其他2(以上不能涵盖的情形简述)				其他2问题的详细描述
28	6.				

单位负责人:

部门负责人:

填表人:

联系方式:

注: 1. “填报单位”为省级医疗保障部门

2. 政策依据: 各省《基本医疗保险药品目录》《诊疗与服务设施目录》及各统筹区医疗服务价格管理文件、医保结算政策等文件

3. “涉嫌问题”各地可根据本统筹区具体情况增减相应条目

1. 自查自纠相关数据的起止时间为2018年1月1日至2020年5月31日

附件2

2020年定点医疗机构自查自纠（医用耗材）情况汇总表

填报单位：

序号	涉嫌问题	(拟) 退回费用 总计 (万元)	材料费不同价格区间分别统计					备注
			<100元	≥100, <200	≥200, <500	≥500, <1000	≥1000元	
1	项目内涵材料单独收费							
2	未按规定加价							
3	目录外材料串换为目录内							
4	低价材料套用高价收费							
5	一次性材料重复收费							
6	违反物价规定收费							
7	虚记多记材料费							
8	其他进销存不符（以上不能涵盖的情形简述）							详细描述
9	其他耗材问题（以上不能涵盖的情形简述）							详细描述
10								详细描述

单位负责人：

部门负责人：

填表人：

联系方式：

注：1. “填报单位”为省级医疗保障部门

2. 政策依据：各省《基本医疗保险药品目录》《诊疗与服务设施目录》及各统筹区医疗服务价格管理文件、医保结算政策等文件

3. “涉嫌问题”各地可根据本统筹区具体情况增减相应条目

4. 自查自纠相关数据的起止时间为2018年1月1日至2020年5月31日

附件3

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）

填报单位：

填报时间：2020年 月 日

填报时间: 2020年 月 日

项目		统筹区内定点医药机构数(家)	检查定点医药机构数(家)	定点医药机构违法违规处理														举报奖励			主动公开曝光(例)	备注	
				小计	暂停医保(家)	解除医保(家)	移交司法机关(家)	拒付追回资金(家)	行政处罚(家)	约谈(家)	限期整改(家)	通报批评(家)	其他(家)	金额(万元)									
														小计	基金本金	违约金	行政罚款	其他					
总计		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
定点医疗机构	合计																						
	小计																						
	公立医院	一级																					
		二级																					
		一级及以下																					
	小计																						
	民营医院	一级																					
		二级																					
		一级及以下																					
定点药店	合计																						
	单体药店																						
	连锁药店																						

单位负责人: 填报人: 审核人:

单位负责人：

部门负责人：

填报人：

联系方式：

注：1. “填报单位”为省级医疗保障部门

2. 一个定点医药机构有多种处理结果，3≤1+5+6+7+8+9+10+11+12

3. 本表于次月第一周填报，填报1月1日至统计月的累计数据

1. 2020年1月1日至2020年6月30日的累计汇总数据于7月15日前填报

附件4

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）

填报单位：

填报时间：

填报时间:

项目	参保人员违法违规处理										举报奖励			主动公开曝光(例)	备注
	违法违规例数(例)	违法违规参保人数(人)					金额(万元)								
		小计	约谈	暂停医保卡结算	移交司法机关	其他	小计	基金本金	行政罚款	其他	人次数(人次)	案例数(例)	金额(元)		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
合计															
城镇职工															
城乡居民															

项目	经办机构违法违规处理									举报奖励			主动 公开曝光 (例)	备注
	违法违规 例数 (例)	经办机构违法违规人数(人)				金额(万元)								
		小计	约谈	移交司法 机关	其他	小计	基金 本金	行政 罚款	其他	人次数 (人次)	案例数 (例)	金额 (元)		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
合 计														

单位负责人：

部门负责人：

填表人：

联系方式：

注：1. “填报单位”为省级医疗保障部门

2. 参保人员违规处理有多种结果，2=3+4+5+6

3. 经办机构违规处理有多种结果，2=3+4+5

4. 本表于次月第一周填报，填报1月1日至统计月的累计数据

5. 2020年1月1日至2020年6月30日的累计汇总数据于7月15日前填报

附件 5

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. 人次数（人次）：举报定点医药机构违法违规案件涉及的受奖人次数。

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。

国家医疗保障局

医保函〔2020〕9号

国家医保局 国家卫生健康委 关于开展医保定点医疗机构规范使用医保 基金行为专项治理工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医保局、卫生健康委：

为贯彻落实党中央、国务院决策部署，建立和强化医保基金监管长效机制，坚决查处医保领域违法违规行为，长抓不懈纵深推进基金监管工作，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗机构管理条例》等有关法律法规，国家医保局、国家卫生健康委决定2020年在全国开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理。现将有关事项通知如下：

一、总体要求

（一）指导思想。

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神以及十九届中央纪委四次全会精神，认真落实习近平总书记关于医疗保障工作系列重要批示指示精神，按照《中共中央 国务院关于深化医疗保障制

度改革的意见》部署，加强政策引导和部门联合执法，以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为，规范定点医疗机构诊疗服务和收费行为，提高医疗机构精细化管理水平，确保医保基金安全、高效、合理使用，增强人民群众的获得感、幸福感和安全感。

（二）工作目标。

通过定点医疗机构自查整改，医保和卫生健康部门抽查复查、飞行检查等措施，强化医保基金监管工作合力，督促定点医疗机构健全内部医保管理制度，提升医保管理水平和风险防控能力，切实维护医保基金安全。

（三）基本原则。

1. 全面覆盖。一是覆盖全国所有医保定点医疗机构；二是覆盖2018年1月1日以来，纳入基本医疗保险基金支付范围的所有医疗服务行为和医疗费用。

2. 突出重点。针对不同类型医疗机构及其诊疗服务行为，突出治理重点，分门别类“对症治理”。对于公立医疗机构重点治理违规收费、重复收费、超医保支付范围、无指征诊疗、套餐式检查、套餐式治疗、高套病种、将临床实验项目违规纳入医保报销等行为；对于非公立医疗机构重点治理虚假结算、人证不符、诱导住院、无指征住院等行为。

3. 分类处理。对于自查整改期限结束前，主动足额退回违法违规所得，全部整改到位的定点医疗机构，可依法依规从轻、减轻或免于处罚。自查整改期限结束后，在抽查复查或飞行检查中，发现定点医疗机构自查整改不力，未按时足额退回违法违规

所得，或仍然存在违法违规使用医保基金的行为，要坚持零容忍，依法依规从重处罚，并公开曝光。

二、治理内容

（一）不合理收费问题。将收费诊疗项目分解成多个项目收费；将已有明确项目内涵的诊疗项目重复计费；超出规定的收费标准收费；未批准纳入医保支付的自创医疗服务按医保价格项目收费；各套餐项目之间重复收费；高套病种（病组）结算等。

（二）串换项目（药品）问题。将目录外药品、诊疗项目、医用耗材串换为目录内收费；将低价药品、诊疗项目、医用耗材套用高价收费等。

（三）不规范诊疗问题。将患者的住院诊疗过程分解成二次及以上住院治疗；收治明显未达到住院指征的患者入院治疗；超医保目录支付限定范围使用药品或医用耗材纳入医保结算的。

（四）虚构服务问题。伪造、变造、虚构医疗服务结算；伪造患者信息结算；挂名住院；伪造、变造财务凭证与进销存票据结算等。

（五）其他违法违规问题。开展与自身资质不符的诊疗服务并纳入医保结算；将药物临床试验项目违规纳入医保结算；私自为未获得定点资格的医疗机构转接医保网络结算等。

三、时间安排

（一）制定工作方案。各地根据当地新冠肺炎疫情防控工作情况，分阶段分批次开展专项治理工作。原则上6月底前，各省级医保部门联合卫生健康部门结合本地区医保领域违法违规突出

问题及基金监管薄弱环节，在充分研究论证的基础上，制定专项治理工作方案，并报国家医保局和国家卫生健康委备案；督促指导本地区内各统筹区医保部门和卫生健康部门制定专项治理工作具体方案。疫情防控工作任务重的省份，可向国家医保局申请延后开展专项治理工作的启动时间，适时开展自查自纠、抽查复查、飞行检查等后续工作。

（二）开展自查自纠。10月底前，各统筹区医保部门和卫生健康部门组织统筹区内定点医疗机构全面开展自查整改工作。各定点医疗机构要对照治理内容逐项自查整改，于自查整改结束前将违法违规所得足额退回，并深入剖析违法违规问题根源，明确整改措施、完成时限和责任人，将自查整改情况书面报告当地医保部门和卫生健康部门。

（三）开展抽查复查。各统筹地区医保部门联合卫生健康部门根据统筹区内定点医疗机构自查整改情况及疫情影响，合理安排时间，开展抽查复查，原则上实现对统筹区内所有定点医疗机构全覆盖。各省级医保部门和卫生健康部门要加强统筹协调和督促检查，适时对本地区定点医疗机构自查整改情况开展抽查。各省级医保部门于11月底前将专项治理工作总结报国家医保局和国家卫生健康委。

（四）开展飞行检查。国家医保局和国家卫生健康委将适时组织开展覆盖全国所有省份的飞行检查。各地医保部门和卫生健康部门要积极配合国家飞行检查，按要求提供有关资料。各省级医保部门和卫生健康部门要按照有关文件要求，认真复核飞行检

查组移交的问题线索，依法依规做好后续处理工作。

四、工作要求

（一）提高站位，抓好整改落实。医疗保障基金是人民群众的“保命钱”，必须始终把维护基金安全作为首要任务。各级医保部门和卫生健康部门要切实增强政治意识、提高政治站位，加强组织领导，明确时间表和路线图，确保按时保质完成专项治理工作任务，全面提升医保基金管理水平，充分发挥医保基金最大保障绩效。

（二）举一反三，全面排查整改。各级医保部门和卫生健康部门要坚持问题导向，针对医疗机构自查发现问题，举一反三，全面查堵漏洞，督促整改落实；要制定规范使用医保基金的行为标准，对于违法违规行为，依法依规分类处置；要结合基金监管新形势、新任务和新要求，及时调整工作思路，创新工作举措，加强风险防控，切实将医保基金监管工作抓细抓实抓出成效。

（三）建章立制，加强内部管理。定点医疗机构要强化行业自律，总结提炼好的做法，形成机构内部加强医保管理的长效机制。要健全院内医保管理制度，完善岗位职责、风险防控和责任追究等相关制度，实行医保工作院长负责制；要建立追责机制，对于发生欺诈骗保行为的医护人员，在晋升聘岗、评先评优、绩效考核等方面实行一票否决；要加强医保办公室能力建设，规范药品及耗材进销存管理和财务管理，主动适应医保基金监管工作需要；要利用每年“打击欺诈骗保 维护基金安全”集中宣传月，开展多种形式的宣传教育。

(四) 加强协同，形成监管合力。各级医保部门、卫生健康部门要加强沟通协调，共同督促指导定点医疗机构加强自查整改；发现涉及其他领域的违法违规问题线索，要及时主动通报移交公安、市场监管等相关部门，积极探索建立一案多查、一案多处的工作机制，努力形成监管合力。对于违法违规行为性质恶劣、情节严重的公立医疗机构，可将相关问题线索移交同级纪检监察机关，按规定追究医疗机构领导班子及有关责任人的责任。



(主动公开)