

深圳市医疗保障局 深圳市卫生健康委

深医保函〔2020〕57号

深圳市医疗保障局 深圳市卫生健康委员会 关于转发《广东省医疗保障局 广东省卫生 健康委员会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》 的通知

各医保分局、区卫生健康行政部门、医保定点医疗机构：

为建立和强化医保基金监管长效机制，坚决查处我市医保领域违法违规行为，持续推进全市医保基金监管工作，现将《广东省医疗保障局 广东省卫生健康委员会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》（粤医保函〔2020〕233号）转发给相关单位，就有关事项通知如下：

一、各定点医疗机构要对照治理内容逐项自查整改，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，于2020年7月27日前将自查统计表、自查明细表、自查整改情况书面报告各医保分局和同级主管卫生健康行政

部门。市医保局将提供银行账户，各定点医疗机构于2020年7月31日前将违法违规所得足额退回。

二、市医保局和市卫生健康委组织统筹我市定点医疗机构全面开展自查整改工作，自2020年8月至9月开展抽查复查工作。各医保分局牵头对所在辖区的定点医疗机构开展抽查复查，各区卫生健康行政部门给予积极配合，督导所属公立医疗机构整改落实。

三、各医保分局、各区卫生健康行政部门于2020年9月20日前将复查抽查情况汇总分别上报市医保局和市卫健委；市医保局牵头市卫健委汇总专项治理工作情况，于2020年9月30日前将专项治理工作总结联合报送省医保局和省卫生健康委。

特此通知。

附件：广东省医疗保障局 广东省卫生健康委员会关于
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



(联系人：市医保局 刘涛华，联系电话：18682099217)

联系人：市卫健委 刘乃璋，联系电话：13556818832)

附件

广东省医疗保障局 广东省卫生健康委员会

粤医保函〔2020〕233号

广东省医疗保障局 广东省卫生健康委员会 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

各地级以上市医疗保障局、卫生健康局（委）：

为建立和强化医保基金监管长效机制，坚决查处全省医保领域违法违规行，持续推进全省医保基金监管工作，根据国家医保局和国家卫生健康委《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》，决定在全省范围内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、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，医保和卫生健康行政部门抽查复查、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

（一）全面覆盖。一是覆盖全省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。

（二）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。

（三）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。

三、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。

四、步骤措施

(一) 开展机构自查自纠。各地市医保部门和卫生健康行政部门于7月底前组织辖内定点医疗机构完成自查和整改工作。各医疗机构已按《2020年广东省医保基金监管专项治理工作方案》完成自查自纠的相关治理内容可不重复进行。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，7月31日前将自查整改情况书面报告当地医保部门和卫生健康行政部门。

(二) 开展省市抽查复查。各地市级医保部门联合卫生健康行政部门根据辖区内定点医疗机构自查整改情况及疫情影响，于8-9月组织开展抽查复查，原则上实现对统筹区内所有定点医疗机构全覆盖。各地市级医保部门于9月30日前将医疗机构自查整改和本级抽查复查情况报省医保局和省卫生健康委。省医保局和省卫生健康委将在10-11月对各地区定点医疗机构自查整改情况开展抽查复查。

(三) 配合飞行检查做好后续处理。省医保局和省卫生健康委将结合抽查复查开展飞行检查，国家医保局和国家卫生健康委也将组织开展对我省进行飞行检查。各地市医保部门和卫

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）增进协同配合，形成监管合力。各地医保部门、卫生健康行政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，形成监管合力。对于违法违规性质恶劣、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。



（省医保局联系人：李丹艳，联系电话：020-83260271；
省卫生健康委联系人：郭未艾，联系电话：020-83813746）

公开方式：主动公开

抄送：国家医保局、国家卫生健康委；
省纪委监委驻省卫生健康委纪检监察组。

生健康行政部门要积极配合国家和省飞行检查，按要求提供有关资料，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。

五、工作要求

（一）切实提高站位，加强组织领导。医保基金是人民群众的“保命钱”，各地要把维护基金安全作为重要的政治任务，切实增强政治意识、提高政治站位，加强组织领导，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）坚持问题导向，全面排查整改。各地要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）加强建章立制，强化内部管理。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

公开方式：主动公开

抄送：广东省医疗保障局、广东省卫生健康委员会
市纪委监委第十二派驻组