

宜昌市医疗保障局 文件 宜昌市卫生健康委员会

宜医保发〔2020〕19号

市医疗保障局 市卫生健康委 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

各县市区医疗保障局、卫生健康局，各有关单位：

按照《省医疗保障局 省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》（鄂医保发〔2020〕60号）以及省医保局关于做好2020年医保基金监管工作的具体要求，拟在全市范围内开展以“医保定点医疗机构规范使用医保基金”为内容的专项治理工作。现将有关事项通知如下：

一、指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，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，牢固树立以人民健康为中心的理念，深入贯彻党的十九届三、四中全

会和十九届中央纪委四次全会及省纪委十一届四次、市纪委六届五次全会精神，以零容忍的态度打击欺诈骗保行为，进一步规范定点医疗机构使用医保基金行为，促进医疗保障事业高质量发展，不断提高人民群众的幸福感和获得感。

二、工作目标

以定点医疗机构为重点，分类推进医保违法违规行为专项治理。坚持监督检查“全覆盖”与“抓重点，补短板”相结合，坚持自查自纠与复查抽查相结合，坚持强化外部监管与加强内控管理相结合，通过自查整改、复查抽查、飞行检查等措施，建立健全医疗机构内部医保管理制度，形成医保基金部门联合监管工作机制，切实加强医保基金监管，充分发挥医保基金保障效能。

三、工作原则

（一）全面覆盖，不留死角。一是覆盖所有定点医疗机构，二是覆盖所有 2018 年 1 月 1 日以来纳入医保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，靶向施策。公立定点医疗机构：重点治理违规收费、重复收费、高套病种收费、超医保支付范围、无指征诊疗、套餐式检查、套餐式治疗、将临床实验项目违规纳入医保报销等行为。非公立定点医疗机构：重点治理虚假结算、人证不符、诱导住院、无指征住院等行为。

各级医保部门应对 2019 年全省联合检查移交的问题线索逐条逐项核查处理、清单式销号，要坚决查处违规问题，并按照医

保服务协议追回医保基金，涉嫌违法犯罪的依法移送司法部门。

（三）统筹推进，务求实效。一是结合 2019 年移交问题线索自查同步进行复查抽查；二是结合举报问题核查同步进行复查抽查；三是结合省局审查同步进行复查抽查；四是结合飞行检查同步进行复查抽查；五是结合骨科高值耗材专项整治同步进行复查抽查，实现任务一起部署、自查一同开展、问题一次定性、整改一步到位，不搞重复检查、反复核查。

（四）分类处理，加强引导。鼓励和引导定点医疗机构自查自纠、自我整改。对于自查整改期限结束前，主动足额退回违规所得，全部整改到位的，可依法从轻、减轻或免于处罚；自查整改期限结束后，在复查抽查或飞行检查中，发现自查整改不力，未按时足额退回违法违规所得，或仍然存在违法违规行为的，要依法从重处罚，并公开曝光。

四、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）高值医用耗材问题。将低价医用耗材套用高价收费，超医保目录支付限定范围使用耗材，以及串换、假冒、虚计骨科高值耗材纳入医保结算等。

（六）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。

五、工作步骤

（一）动员启动阶段（8月底以前）

各级医保部门联合卫健部门结合定点医疗机构违法违规突出问题以及医疗行业不正之风治理内容，明确自查自纠问题清单和专项治理工作重点，做好定点医疗机构宣传发动，统一部署、共同推进、形成合力。

（二）自查自纠阶段（9月底以前）

各级医保部门联合卫健部门组织对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的内容逐项自查整改，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。自查自纠及整

改落实后，各定点医疗机构分别向所在地医保和卫健部门书面报送自查整改情况。

（三）复查抽查阶段（10-11月底以前）

各级医保部门联合卫健部门根据定点医疗机构自查整改情况，合理安排时间，开展复查抽查，原则上实现对所有定点医疗机构全覆盖。全面梳理前期医保违规违法问题，同步开展2019年省打击欺诈骗保联合复查抽查移交的问题线索核查和骨科高值耗材检查。

（四）片区核查及省级终审阶段（11-12月底以前）

省医疗保障局将组织开展片区核查和省级核查终审，重点检查专项治理开展不力、违规问题解决不彻底、整改措施制度不到位等问题。各级医保部门要做好相关工作准备，确保省级检查顺利开展，确保我市专项治理获得实效。

六、工作要求

（一）提高政治站位，加强组织领导。医保基金是人民群众的“看病钱”、“救命钱”，必须始终严守基金安全红线。各级医保部门和卫健部门要切实增强政治意识、提高政治站位，加强组织领导和工作协调，明确时间表、路线图，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。

（二）严明纪律规矩，坚持依法行政。要严格遵守廉政纪律规定和履职尽责要求，全面落实基金监管责任制和问责制。坚决杜绝“串案、包庇、内外勾结”等违法行为，坚决杜绝“吃、拿、

卡、要”不正之风，筑牢廉洁自律思想防线，锻造风清气正监管作风。

（三）创新监管方式，拓展监管渠道。一是充分落实举报奖励政策，及时对符合条件的举报人员按规定兑现奖励；二是充分运用数据筛查，利用大数据分析技术深挖违规线索，扩大查处的广度和深度；三是智能审核与现场检查相结合，实现数据筛查的全面覆盖和现场检查的重点突破，提升监管效率和工作质量；四是加强部门联合，共享监管数据，形成监管合力。

（四）营造宣传声势，扩大社会影响。以“打击欺诈骗保 维护基金安全”为宣传主线，依托微信、微博、短信、动漫、公众号等新型手段，以及医保部门官网、广播、电视等宣传平台，结合疫情防控实际，持续深入开展覆盖广泛、形式多样、深入人心的医保基金监管宣传工作，通过政策法规宣传和案例曝光，引导社会公众正确认知和主动参与医保基金监管，为开展专项治理工作营造良好社会氛围和外部环境。

七、其他事项

（一）各定点医疗机构于9月30日前向所在地医保和卫健部门报送《2020年定点医疗机构自查自纠情况统计表》（附件1），各级医保部门汇总后于10月10日前报送市医疗保障局。

（二）各级医保部门自复查抽查工作开展后于每月13日、28日前报送《2020年医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作进度表》（附件2）。

(三)各级医保部门于12月25日前报送年度专项治理工作总结。

(四)联系人：市医保局 王进峰 6553315

市卫健委 王 涛 6221452

附件：1. 2020年定点医疗机构自查自纠情况统计表
2. 2020年医保定点医疗机构规范使用医保基金行为
专项治理工作进度表



宜昌市医疗保障局



宜昌市卫生健康委员会

2020年8月25日

附件 1

2020 年定点医疗机构自查自纠情况统计表

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

宜昌市医疗保障局办公室印发

2020年8月26日印发
