

南通市医疗保障局 南通市卫生健康委员会

通医保发〔2020〕65号

转发《江苏省医疗保障局 江苏省卫生健康委员会关于转发国家医保局 国家卫生健康委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

各县(市)、通州区医疗保障局,各县(市)、区卫生健康委员会:

现将《江苏省医疗保障局 江苏省卫生健康委员会关于转发国家医保局 国家卫生健康委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》(苏医保发〔2020〕56号)转发你们,请遵照执行。



2020年7月7日

江苏省医疗保障局 文件 江苏省卫生健康委员会

苏医保发〔2020〕56号

江苏省医疗保障局 江苏省卫生健康委员会 关于转发国家医保局 国家卫生健康委开展 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

各设区市医疗保障局、卫生健康委：

医保基金是老百姓的“看病钱”、“救命钱”。近年来，医疗保障和卫生健康部门加强部门联动，形成工作合力，在打击欺诈骗保，规范医疗服务行为方面取得成绩。为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，常抓不懈纵深推进基金监管，现将国家医保局 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》（医保函

〔2020〕9号）转发给你们，并结合基金监管源头治理工作部署，提出如下要求：

一、提高思想认识，深入推进基金监管专项治理

维护基金安全是首要政治任务。各级医疗保障和卫生健康部门要始终坚持以人民为中心的发展思想，增强政治意识、提高政治站位，加强组织领导，采取有力措施，统筹协调推进定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作，压实定点医疗机构合理合规使用医保基金的主体责任，引导约束定点医疗机构及其工作人员规范医疗服务行为，自觉维护参保人员医疗保障权益，更加有力地推动基金监管专项治理往实里走、深里走。

二、开展联合检查，按序时进度完成各阶段工作

各设区市医疗保障部门要按《医疗保障基金监管源头治理工作方案》的要求，在6月底完成定点医疗机构自查自纠工作的基础上，医疗保障和卫生健康部门要加强合作，联合开展抽查复查和飞行检查等检查工作，形成医保基金监管合力。

（一）明确抽查复查重点。对于公立医疗机构重点检查是否存在违规收费、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检查是否存在虚假结算、人证不符、诱导住院、无指征住院等行为。

（二）联合开展抽查复查。8月底前，各设区市医疗保障和卫生健康部门要联合组织力量，对辖区内定点医疗机构自查自纠情

况开展抽查复查，将自查自纠开展不认真、发现问题少的定点医疗机构作为重点抽查复查对象，抽查复查比例不低于辖区内定点医疗机构总数的 10%，其中三级定点医疗机构抽查复查数量不少于 2 家。

（三）联合开展飞行检查。7—11 月，配合国家医保局在我省开展定点医疗机构飞行检查，抓好移交线索的办理；同时，各设区市医疗保障和卫生健康等部门要联合开展辖区范围内的飞行检查，各设区市飞行检查三级医疗机构不少于 2 家。各定点医疗机构要积极配合国家、省和设区市组织开展的飞行检查，按要求提供真实有效数据资料，确保飞行检查顺利开展。

三、实施联合惩处，持续规范医保基金使用行为

各级医疗保障和卫生健康部门要督促指导定点医疗机构加强自查自纠、抽查复查和飞行检查中发现问题的整改落实。要举一反三，在辖区内开展全面排查，依法依规分类处置违法违规行为，合力规范定点医疗机构诊疗服务和收费行为。对自查自纠结束前，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。抽查复查或飞行检查期间，发现定点医疗机构未如实退回违规使用的医保基金，或自纠不到位，继续违规使用医保基金的，将依法依规作出严肃处理，并公开曝光。对涉及相关领域的违法违规行为，要移交公安、市场监管等部门协同查处，实行“一案多查、一案多处”，实施联合惩处。要落实信用联合惩戒，让失信人“一处失信、处处受限”。对公立医疗机构重大欺诈骗保行为，

及时向纪检监察部门进行通报。

各设区市医保部门于 11 月 15 日前，向省医保局报送专项治理工作总结。

附件：《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》（医保函〔2020〕9号）



（此件公开发布）

附件

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“对症下药”。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，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)

抄送：国家医疗保障局、国家卫生健康委员会

江苏省医疗保障局办公室

2020年6月30日印发

南通市医疗保障局办公室

2020 年 7 月 8 日印发