

舟山市医疗保障局 文件 舟山市卫生健康委员会

舟医保发〔2021〕11号

舟山市医疗保障局 舟山市卫生健康委员会 关于开展全市定点医药机构规范使用 医保基金自查自纠工作的通知

各县（区）医疗保障局、卫生健康局、各定点医药机构：

为维护医保基金安全，保护参保人合法权益，督促定点医药机构严格执行医保政策，根据《浙江省医疗保障局 浙江省卫生健康委关于开展全省定点医药机构规范使用医保基金自查自纠工作的通知》（浙医保联发〔2021〕10号）要求，决定在全市范围内开展定点医药机构规范使用医保基金自查自纠工作，现将有关事项通知如下：

一、对象和范围

自查对象：市内所有定点医药机构。自查自纠范围：2020年1月1日至2021年4月30日期间执行医保政策情况。

二、主要内容

定点医药机构对照《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第四十条（附件1）和《浙江省医保基金监管手册》全面自查纳入基本医疗保险基金支付范围的所有医药服务行为和医药费用，重点聚焦“假病人”、“假病情”、“假票据”等欺诈骗保行为。

三、工作时间安排

（一）2021年5月10日前，各县（区）医疗保障局、卫生健康局完成自查自纠工作部署；

（二）2021年5月25日前，定点医药机构完成自查自纠，并将自查自纠报告、《2021年定点医药机构自查自纠情况汇总表》（附件2）、《2021年定点医药机构自查自纠违规项目明细表》（附件3）统一报当地医疗保障局，各县（区）医疗保障局在5月28日前将汇总情况报市医疗保障局和市卫健委，5月31日前市医疗保障局将汇总情况报省医疗保障局。

四、工作方式

市医疗保障局、市卫健委统筹安排全市定点医药机构自查自纠工作，各县（区）医疗保障局、卫生健康局具体组织实施。

五、工作要求

（一）高度重视，加强领导。各县（区）医疗保障局、卫生健康局、各定点医药机构要提高站位，充分认识加强医保基金监管的重要意义，加强领导，认真组织，抓好自查自

纠工作。

（二）强化督导，保证质量。各县（区）医疗保障局、卫生健康局要加强对定点医药机构自查自纠工作的指导，加强对重点医药机构的督导，及时掌握自查自纠工作进展情况，确保自查自纠质量。

（三）认真总结，积极整改。各县（区）医疗保障局、卫生健康局要认真梳理自查自纠发现的问题，分析存在问题的深层次原因，分类施策，完善制度，补齐短板，督促定点医药机构整改到位。

市医保局联系人：夏文琪 联系电话：0580-2292230

市卫健委联系人：刘建武 联系电话：0580-2261272

- 附件：1. 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第四十条所列情形
2. 2021年定点医药机构自查自纠情况汇总表
3. 2021年定点医药机构自查自纠违规项目明细表



《医疗保障基金使用监督管理条例》 第三十八条第四十条所列情形

- 一、分解住院、挂床住院；
- 二、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；
- 三、重复收费、超标准收费、分解项目收费；
- 四、串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；
- 五、为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品等，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；
- 六、将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；
- 七、造成医疗保障基金损失的其他违法行为；
- 八、诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用清单；
- 九、伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；
- 十、虚构医药服务项目；
- 十一、其他骗取医疗保障基金支出的行为。

附件 2

2021 年定点医药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、服务设施项目药 品和医用耗材
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	二、串换收费问题合计				包含诊疗、服务设施项目药 品和医用耗材
7	1.目录外项目串换				
8	2.目录内项目串换				
9	3.低价项目高套				

序号	涉嫌问题	例/次数	总费用 (万元)	(拟) 退回费用 (万元)	备注
10	三、不规范诊疗问题合计				包含诊疗、服务设施项目药 品和医用耗材
11	1.无指征检查、化验				
12	2.无指征治疗（过度治疗）				
13	3.套餐式检查、化验				
14	4.超医保限定支付范围				
15	5.无指征住院				
16	6.挂床住院				
17	7.分解住院				
18	8.超量开药				
19	9.重复开药				
20	四、虚构服务问题合计				包含诊疗、服务设施项目药 品和医用耗材
21	1.虚构医药服务项目、药品、耗材				
22	2.虚构病人				
23	3.虚构病情				

序号	涉嫌问题	例/次数	总费用 (万元)	(拟) 退回费用 (万元)	备注
24	4. 诱导、协助他人冒名或虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开住院费用单据				
25	5. 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料				
26	五、进销存不符问题合计				
27	1. 药品进销存不符				
28	2. 耗材进销存不符				
29	六、其他问题合计				
30	1. 人员资质不符				
31	2. 单方让利				
32	3. 将临床试验项目违规纳入医保结算				
33	4. 为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品等，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利				
34	5. 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算				
35	6. 其他（以上不能涵盖的情形简述）				

序号	涉嫌问题	例/次数	总费用 (万元)	(拟)退回费用 (万元)	备注
36	7.....				

单位负责人：

部门负责人：

填表人：

联系方式：

注：1. “填报单位”为各定点医药机构、市和各县（区）医疗保障部门；

2. 政策依据：《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. “总费用”是指该违规项目总费用；

5. “(拟)退回费用”不包括智能审核、各类专项检查已退费用；

6. 自查自纠相关数据的起止时间为2020年1月1日至2021年4月30日。

附件 3

2021 年定点医药机构自查自纠违规项目明细表

填报单位：

涉嫌问题明细	例/次数	总费用 (万元)	(拟) 退回费用 (万元)	备注
一、重复收费				
1.....				
2.....				
二、分解收费				
1.....				
2.....				
三、超标准收费				
1.....				
2.....				
四、自立项目收费				
1.....				

涉嫌问题明细	例/次数	总费用 (万元)	(拟) 退回费用 (万元)	备注
2.....				
五、目录外项目串换				
1.....				
2.....				
六、目录内项目串换				
1.....				
2.....				
七、低价项目高套				
1.....				
2.....				
八、无指征检查、化验				
1.....				
2.....				
九、无指征治疗（过度治疗）				
1.....				

涉嫌问题明细	例/次数	总费用 (万元)	(拟)退回费用 (万元)	备注
2.....				
十、套餐式检查、化验				
1.....				
2.....				
十一、超医保限定支付范围				
1.....				
2.....				
十二、无指征住院				
1.....				
2.....				
十三、挂床住院				
1.....				
2.....				
十四、分解住院				
1.....				

涉嫌问题明细	例/次数	总费用 (万元)	(拟)退回费用 (万元)	备注
2.....				
十五、超量开药				
1.....				
2.....				
十六、重复开药				
1.....				
2.....				
十七、虚构医药服务项目、药品、耗材				
1.....				
2.....				
十八、虚构病人				
1.....				
2.....				
十九、虚构病情				
1.....				

涉嫌问题明细	例/次数	总费用 (万元)	(拟)退回费用 (万元)	备注
2.....				
二十、诱导、协助他人冒名或虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开住院费用单据				
1.....				
2.....				
二十一、伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料				
1.....				
2.....				
二十二、药品进销存不符				
1.....				
2.....				
二十三、药品进销存不符				
1.....				
2.....				
二十四、人员资质不符				
1.....				

涉嫌问题明细	例/次数	总费用 (万元)	(拟) 退回费用 (万元)	备注
2.....				
二十五、单方让利				
1.....				
2.....				
二十六、将临床试验项目违规纳入医保结算				
1.....				
2.....				
二十七、为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品等，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利				
1.....				
2.....				
二十八、将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算				
1.....				
2.....				
二十九、其他（以上不能涵盖的情形简述）				

涉嫌问题明细	例/次数	总费用 (万元)	(拟)退回费用 (万元)	备注
1.....				
2.....				

单位负责人：

部门负责人：

填表人：

联系方式：

注：1. “填报单位”为市级医疗保障部门；

2. 政策依据：《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. “总费用”是指违规项目总费用；

5. “(拟)退回费用”不包括智能审核、各类专项检查已退费用；

6. 自查自纠相关数据的起止时间为2020年1月1日至2021年4月30日。

抄送：市、县（区）医保经办机构

舟山市医疗保障局办公室

2021年5月8日印发
