

云南省医疗保障局文件 云南省卫生健康委员会文件

云医保〔2020〕142号

云南省医疗保障局 云南省卫生健康委员会 关于开展定点医疗机构专项治理 “回头看”的通知

各州（市）医疗保障局、卫生健康委员会：

今年以来，全省各级医疗保障部门、卫生健康部门认真贯彻落实《云南省医保局 云南省卫健委印发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方案的通知》（云医保〔2020〕93号）要求，持续巩固打击欺诈骗保高压态势并

取得了阶段性成效。近日，新闻媒体曝光了安徽省太和县部分定点医疗机构诱导住院、虚假住院等问题，性质恶劣，影响极坏，反映出专项治理还不够深入、欺诈骗保形势依然严峻、医保基金监管仍存漏洞、基层监管责任尚未压实，必须以此为鉴，举一反三，重拳出击，强化监管，坚决杜绝此类问题再次发生。按照国家医疗保障局、国家卫生健康委的安排部署，决定在全省范围内立即开展定点医疗机构专项治理“回头看”，集中打击诱导住院、虚假住院等欺诈骗保问题，请按照要求抓好落实。

一、治理范围及时间

专项治理“回头看”的范围为全省所有医保定点医疗机构。时间为发文之日起，至2021年1月31日结束。

二、治理内容

(一)诱导住院骗取医保基金行为。利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义或者通过“有偿推荐”等方式，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保基金的行为。

(二)虚假住院骗取医保基金行为。采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为。

三、阶段安排

(一)医院自查阶段(2020年12月21日—12月25日)。各统筹区医疗保障部门、卫生健康部门要及时通知辖区内全部定

点医疗机构，对照“回头看”治理内容认真开展自查自纠、主动整改。自查自纠结束后，各级医疗保障部门、卫生健康部门须要求辖区内定点医疗机构作出书面承诺，明确是否存在专项治理“回头看”中涉及的违法行为。对如实上报存在专项治理违法行为的，医疗保障部门和卫生健康部门予以从轻处理；对虚假自查、虚假承诺、虚假整改的，医疗保障部门和卫生健康部门将从严从重处罚。

（二）实地检查阶段（2020年12月26日—2021年1月20日）。各州（市）、县（区）医疗保障部门和卫生健康部门要按照“谁签约、谁负责”，“谁主管、谁负责”的原则，要联合公安、市场监管、纪检监察等部门对定点医疗机构开展实地检查，确保现场实地检查全覆盖，不留死角。对检查发现存在欺诈骗保行为的定点医疗机构，从严从重从快严肃处理。

（三）复查抽查阶段（2020年1月21日—2021年1月30日）。各州市医疗保障部门和卫生健康部门要统筹核查力量、集中安排时间，开展抽查复查。省医疗保障局、省卫生健康委将联合组成检查组采取集中抽查、集中督导等方式对全省开展定点医疗机构专项治理“回头看”适时开展督促检查。

四、工作要求

（一）压实监管责任。各级医疗保障部门和卫生健康部门是本次专项治理“回头看”的牵头单位，要切实提高政治站位、强

化责任意识，做到守土有责、守土尽责。严格按照“谁签约、谁负责”，“谁主管、谁负责”的原则做好专项治理“回头看”，要联合公安、市场监管、纪检监察等部门，建立工作专班，健全工作机制，明确责任分工，落实责任到人。要聚焦重点、建立台账、倒排时间、明确任务进度，切实提升治理成效。

(二) 现场检查全覆盖。各地要通过医保智能审核、智能监控信息系统，筛查辖区内2020年度住院频次较高、入院时间较为集中、出院报销金额接近的疑似违规住院结算数据，重点筛查建档立卡贫困人口、集中供养五保户、老年病轻症患者住院结算情况。要统筹利用好州(市)、县(区)级检查力量，采取交叉互查等方式，对可疑线索开展现场核查、病历审查、走访调查、突击检查，实现监督检查全覆盖无死角。

(三) 加大惩戒力度。在专项治理“回头看”期间，定点医疗机构经查实存在欺诈骗保行为的，由医保部门责令退回医保基金，并处骗取金额2倍以上5倍以下罚款；暂停医保定点服务协议或解除服务协议；定点医疗机构医务人员存在违法行为的，由卫生健康部门依法给予处罚；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，依法依规给予处理；涉及公职人员参与欺诈骗保的，一律移送纪委监委依纪依规处理；涉嫌违法犯罪的，一律移送司法机关处理。

(四) 严肃工作纪律。各级医保部门和卫生健康部门工作人
— 4 —

员要严守工作纪律要求，严禁向被检查对象、利益相关方或其他无关人员等透露敏感信息，影响专项治理“回头看”工作的开展。经查实工作人员存在吃拿卡要、滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊等行为的，将依法依规严肃追责问责。

(五)强化社会监督。加大宣传力度，鼓励动员全民参与监督，积极举报欺诈骗保问题。要完善举报线索处理流程，充分利用举报线索，以举报线索为切入点，举一反三将辖区内类似问题、类似医疗机构一并纳入核查范围。落实举报奖励措施，依法依规重奖快奖，营造全社会关注、参与、支持基金监管工作的协同监管氛围。专项治理“回头看”期间发现的典型案例，只要发现一例，就公开曝光一例，强化震慑作用。

(六)加强工作调度。各州市医疗保障、卫生健康部门要对专项治理“回头看”工作按周开展调度，并于每周五下午18时前将本统筹区本周专项治理“回头看”情况报告(附件1)及统计表(附件2)加盖单位公章，以书面形式同时报送省医疗保障局和省卫生健康委，如遇重大情况随时报告。对本统筹区“回头看”专项治理期间查处的所有案件，按照欺诈骗取医保基金要情报告模板(附件3)连同每周治理情况报告一并上报。2021年1月30日前，各州市医疗保障、卫生健康部门要分别向省医疗保障局、省卫生健康委报送专项治理“回头看”工作总结报告。

联系人：

省医疗保障局 廖靖宇，电话：0871—63886033

省卫生健康委 雷宇靖，电话：0871—67195130



附件 1

XXX 州（市）2020 年定点医疗机构专项治理 “回头看”情况报告（模板）

（2020 年 12 月 XX 日—12 月 XX 日）

一、本周工作开展情况

XX 月 XX 日—XX 月 XX 日，全市共检查定点医疗机构 XX 家，处理违规定点医疗机构 XX 家，其中：暂停医保协议 XX 家，解除医保协议 XX 家，移交司法机关 XX 家，行政处罚 XX 家。追回医保基金 XX 万元，其中：追回医保基金本金 XX 万元，行政罚款 XX 万元，其他方式追回 XX 万元。

二、存在的问题和困难

三、下周工作计划

XXX 市医疗保障局

XXX 市卫生健康委

2020 年 12 月 XX 日

附件 2

云南省定点医疗机构专项治理“回头看”排查情况

类别	违规行为	查处医疗机构数量 (家)	追回医保基金数额(万元)	处罚金额(万元)
诱导住院	通过“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义诱导住院骗取医保基金			
	通过“有偿推荐”诱导住院骗取医保基金			
虚假住院	挂床住院骗取医保基金			
	冒名就医骗取医保基金			
	编造诊疗项目骗取医保基金			
	伪造医疗文书骗取医保基金			
其他	通过其他手段骗取医保基金			

填写说明:

1. 本表由各州、市级医疗保障局统一汇总填报。
2. 本表“违规行为”一栏就“诱导住院”和“虚假住院”进行细化分类，按具体违规类型对应填写即可。
3. 本表“通过其他手段骗取医保基金”一项包括除上述“诱导住院”和“虚假住院”之外，其他骗取医保基金且受到行政处罚的涉案信息。
4. 本表加盖电子签章或分管领导签字后于每周五下午 18:00 前报送至省医保局基金监管处。

云南省定点医疗机构专项治理“回头看”案件处理情况

案件违规情况			处罚处理情况							
序号	医疗机构名称	具体违规行为	是否暂停协议 (是\否)	是否解除协议 (是\否)	是否移交纪检 (是\否)	是否移交司法 (是\否)	退回违规 金额 (万元)	处罚金额 (万元)	处理主管 (直接)责 任人数	备注

填报单位：

填报人：

填报日期：

填写说明：

1. 本表由各州、市级医疗保障局统一汇总填报。
2. 本表“是否暂停协议”、“是否解除协议”、“是否移交纪检”、“是否移交司法”四栏均直接填写“是”或“否”即可。
3. 本表须根据处理情况择一填写“是”。
4. 本表“处理主管(直接)责任人数”为涉案医疗机构直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法依规处理数。
5. 本表“是否移交纪检”一栏填“是”的在备注栏填写移交纪检的人数。
6. 本表加盖电子签章或分管领导签字后于每周五下午18:00前报送至省医保局基金监管处。

附件 3

XXX 欺诈骗保案要情报告（模板）

一、线索来源。简要陈述线索内容。

二、涉事定点医疗机构或相关人员等基本情况。包括医疗机构全称、医疗机构性质、机构类别、登记注册类型、主办单位、经营性质、床位数、年出入院人次以及个人基本情况等。

三、核查过程。包括核查的方式方法、核查的过程等。

四、查实结果。要求违法违规违约事实清楚、时间节点明确、医疗费用数额清晰，经当事人认定并在“医疗保险稽核事实认定书”上签字确认的所有依据。

五、作出处理的部门。司法机关、行政部门、经办机构等主体明确。

六、处理依据。要求依据为法律、行政法规、地方性法规、政府规章、协议范本等，详细到具体条款。

七、被处理单位或个人意见。被处理单位或个人是否申请陈述、申辩、听证或诉讼等。

八、处理结果。处理部门对被处理单位或个人的处理决定和结果。

