# **国家行动！专项整治至2022年，涉及所有医疗机构**

近日，公安部召开发布会，对会同国家医保局、国家卫健委联合部署开展依法打击欺诈骗保专项整治行动进行介绍。

**国家开会！这个专项行动延长至2022年12月底**

今年4月9日，公安部会同国家医保局、国家卫健委等部门联合部署开展依法打击欺诈骗保专项整治行动，迅速掀起打击整治高潮。在公安机关严厉打击下，诈骗医保基金犯罪势头得到一定遏制。
 会上，公安部刑事侦查局二级巡视员王永明通报，截至9月底，全国公安机关共打掉犯罪团伙251个，抓获犯罪嫌疑人3819名，破获诈骗医保基金案件1246起，追缴医保基金2.3亿元，联合医保部门关停处置医药机构277家，形成了依法严厉打击诈骗医保基金违法犯罪强大震慑。
 国家医保局基金监管司副司长、二级巡视员段政明指出，医保基金监管形势依然严峻，欺诈骗保案件仍然时有发生，如安徽太和县、河北省成安县欺诈骗保案件，都引起社会广泛关注。这再次警示，打击欺诈骗保的任务仍然十分艰巨，需要常抓不懈。
据悉，为确保专项行动取得全胜，公安部与国家医保局、国家卫健委正研究将专项延长至2022年12月底。
 具体行动方面，一是持续加大打击整治力度；二是不断提升主动进攻能力；三是边打边建不断提升打击效能。

**基层医疗机构注意，这些是打击重点**

从发布会介绍的情况足以看出各部门打击诈骗医保基金违法犯罪行为的力度和决心。
 在答记者问时，段政明介绍，国家医保局成立以来，一直把打击欺诈骗保作为首要任务来抓。可通过一组数据来感受下：

**2018年至2020年共检查定点医药机构171万家次，查处86万家次，追回医保基金348.75亿元。**

**今年1至8月份，全国共检查定点医药机构51.66万家，查处21.25万家，其中行政处罚3297家，暂停协议9777家，取消协议2398家，追回医保基金88.12亿元。** 未来一年，打击欺诈骗保的“风暴”会来得更为凶猛，基层医疗机构如何能不被卷入漩涡中？
 **一、挂床住院**

挂床住院一般具有以下特征：

1.住院期间同一床位同时有两人及以上人员住院的；

2.住院期间无固定床位或与主管医师、护士以及参保人员提供的床位号不符的；

3.住院期间在用人单位上班或回家休养的；

4.入院48小时内，病历资料缺入院记录、首次病程记录、长期医嘱以及临时医嘱等项目中任意一项的或出院归档病历资料缺失上述项目的视为挂床住院；

5.一般伴随降低入院标准进行住院治疗。

**二、分解住院**

分解住院一般指未按照临床出院标准规定，人为将一次连续住院治疗过程，分解为二次甚至多次住院治疗，或人为将参保人员在院际之间、院内科室之间频繁转科。

另外，出院14天内无正当理由未向经办机构报备的连续住院也视为分解住院。分解住院意在降低次均费用或分解高额收费以规避监管，使医保基金蒙受损失。
 **三、过度诊疗**
 过度诊疗一般是指由于医生给予患者的医疗超过患者疾病的诊断和治疗的需要，给患者造成额外痛苦与经济上浪费的医疗行为。
 **四、过度检查**

过度检查一般指在医院接受与自身病情无关的检查过多或超出诊疗规范进行临床意义相近的检查。
 **五、分解处方**

分解处方一般指同一病人同一日内产生两张以上处方，并且处方药品相同或药理作用相同，或者处方药品数量超《处方管理办法》规定。
 **六、超量开药、重复开药**

超量开药、重复开药一般是指超过《处方管理办法》及各项政策规定的最大开药量，如一些地方规定“急诊处方一般不得超过3日用量。
 **七、重复收费**

重复收费即医疗机构对某一诊疗项目、耗材、药品等的收费次数大于实际使用次数的行为。
 **八、超标准收费**

超标准收费即医疗机构违反物价规定擅自提高药品、医用耗材、诊疗项目收费标准或擅自扩大收费内涵的行为。
 **九、假病人**
 个人使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的行为，定点医药机构诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药的行为。
 **十、假病情**

定点医药机构、个人虚构医药服务项目，或者定点医药机构提供虚假证明材料的行为。
 **十一、假票据**

通过伪造、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，骗取医疗保障基金支出的行为。

错误无论大小都是错误，并没有本质的区别。会上透露，国家接下来将努力实现“打早打小、露头就打”，最大限度减少医保基金损失。因此，规避风险最好的方法就是守法依约，而不是投机取巧。