

仙桃市医疗保障局 仙桃市公安局文件 仙桃市卫生健康委员会

仙医保发〔2021〕11号

市医疗保障局 市公安局 市卫生健康委关于 印发《2021年打击欺诈骗保专项整治行动 方案》的通知

各医保定点医药机构、市医疗保障服务中心、市医疗保障基金核查中心：

现将《2021年打击欺诈骗保专项整治行动方案》印发给你们，请遵照执行。

(此页无正文)

仙桃市医疗保障局



仙桃市公安局



仙桃市卫生健康委员会

2021年6月18日



2021年打击欺诈骗保专项整治行动方案

为深入贯彻落实《省医疗保障局 省公安厅 省卫生健康委关于印发〈2021年打击欺诈骗保专项整治行动方案〉的通知》（鄂医保发〔2021〕26号）文件精神，市医疗保障局、市公安局、市卫生健康委决定于2021年6月至12月底在全市联合开展打击欺诈骗保专项整治行动，持续加强医保基金监管，坚决打击和查处医保基金违法违规行为，守好人民群众的“保命钱”、“救命钱”。现结合我市实际，制定专项整治工作方案如下。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，始终坚持以人民为中心的发展思想，勇于担当作为、敢于较真碰硬、敢于改革创新，确保打击欺诈骗保专项整治任务高质量完成。重点聚焦“假病人、假病情、假票据”等欺诈骗保问题，在全市范围内开展专项整治行动，深度净化我市医疗保障制度运行环境，建立起不敢骗、不能骗、不想骗的安全理念，筑牢医保基金安全防线。

二、整治重点及内容

此次打击欺诈骗保专项整治行动覆盖全市所有定点医药机构，采取日常监督检查、抽查复查、飞行检查、联合检查等多种形式，集中精力重点打击医疗保障领域“三假”等欺诈骗保行为。

（一）定点医院重点整治内容

1. 通过“假病人、假病情、假票据”方式套取骗取医保基金行为；

2. 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单据；

3. 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；

4. 虚构医药服务项目；

5. 定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的，实施的以下行为：

(1) 分解住院、挂床住院；

(2) 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；

(3) 重复收费、超标准收费、分解项目收费；

(4) 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

(5) 为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

(6) 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；

6. 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

(二) 定点诊所及村卫生室重点整治内容

1. 无法提供参保患者就诊的电子处方；

2. 村卫生室基药涨价销售；

3. 分解处方、分解收费、重复收费、虚记多记医疗费用、用药与病情不符、电子处方与实际用药不符、串换药品；

4. 诱导、协助他人冒名或者虚假购药，提供虚假证明材料或者串通他人虚开费用单据；

5. 留存、盗刷参保人员身份证或医保卡，通过伪造医疗文书、处方单据等手段虚构医疗骗取医保基金；

6. 帮助参保人员刷医保卡套现；

7. 为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品、接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

8. 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

（三）定点药店重点整治内容

1. 诱导、协助他人冒名或者虚假购药，提供虚假证明材料或者串通他人虚开费用单据；

2. 虚构医药服务项目；

3. 串换药品；

4. 帮助慢性病刷卡人员记帐、存账；

5. 帮助参保人员刷医保卡套现；

6. 开展与医保服务消费有关的促销活动；

7. 摆放、销售日用品、化妆品等与医药健康无关的商品；

8. 为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品、接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

9. 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

（四）参保人员重点整治内容

1. 筛查门重、门慢、肝肾移植等患者手工报销异地就医、购药大额票据真实情况；

2. 对《省医疗保障局关于 2020 年全省基本医疗保险基金审计整改工作的通知》审计整改问题清单中的“假票据”问题线索，严格甄别，细密调查，不漏一例。各部门协查联办、信息共享，做好数据筛查、比对，联合查处伪造医疗文书、财务票据等手段骗取医保基金的行为。

三、职责分工

为确保专项整治工作取得成效，市医保局、公安局、卫生健康委要成立工作专班，建立工作机制，确保联合整治效果。责任分工明确如下：

市医疗保障局负责对纳入医疗保障基金支付范围的不规范行为和费用进行监管，依法查处违法违规行为。

市公安局负责依法查处打击各类欺诈骗保犯罪行为，对移送的涉嫌犯罪案件及时开展侦查。

市卫生健康委负责加强医疗机构和医疗服务行业监管，规范医疗机构及其医务人员的医疗服务行为，对医疗机构和相关人员的违法行为依法处理。

1. 查处一批大案要案。市医保、公安、卫生健康等部门建立信息共享、日常联络机制，通报反馈重要情况和发现问题，充分利用大数据筛查等方式，综合运用司法、行政、协议等手段，充分发挥医保、卫生健康等部门专业知识与公安侦查手段的联合优势，深挖欺诈骗保犯罪行为，查处一批大案要案，惩处一批违法犯罪嫌疑人。

2. 曝光一批典型案件。集中宣传近两年打击欺诈骗保工作成

果，加大典型案例的曝光力度，提高群众对各类欺诈骗保行为的识别能力。每个季度分析打击欺诈骗保形势，梳理汇总欺诈骗保案例，曝光典型案例，让违法行为暴露在聚光灯下，形成有力震慑氛围。

3. 树立一批先进典型。组织定点医药机构开展欺诈骗保警示教育，自觉落实医保基金管理主体责任，规范医疗行为和内部管理制度。充分发挥行业协会和社会监督员作用，加强行业自律管理，推进定点医药机构履行行业自律公约，树立一批管理规范、服务优质、遵纪守法的定点医药机构先进典型。

四、整治步骤

（一）自查自纠阶段（6月21日-6月25日）

针对整治重点，各医保定点医药机构全面开展自查自纠。

一是重点自查2020年1月1日至2021年5月31日期间，对履行医保服务协议、执行医保政策以及是否存在骗取套取医保基金等情况进行自查自纠；

二是重点自查定点医疗机构执业人员及其亲属在医院住院病例，筛查困难人群、慢性病患者住院病情与以往身体患病情况差别较大的案例，从中发现采取挂床、冒名顶替、留置医保卡等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造治疗项目、伪造医疗文书，或使用他人参保身份住院转嫁患者医疗费用等“假病人”；

三是重点自查医院医疗行为异常增减、困难人群和老年人高频住院等信息；

四是重点自查利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义或者通过“有偿推荐”、“固定住院金额”等方式，诱导不符合住院指征的参保群众住院等“假病人”；

五是重点自查病情记录、诊疗项目高度相似病例，自查套高收费、过度医疗等“假病情”。

各定点医药机构须在6月25日前向市医疗保障局报送自查自纠整改报告和情况统计表的纸质版和电子版。

（二）集中退款阶段（6月26日-6月30日）

各定点医药机构须在规定的时限内将自查自纠发现的违规金额主动退回医保基金账户。定点医药机构在规定时限内主动、及时清退违约违规资金的，可从轻处理或不处理；不主动退还的，经检查发现存在违规违法行为的，一律从重处理，一律移交公安部门刑事侦查，一律移交纪检监察机关给予党纪政纪处分，一律通报卫生健康部门加强医疗乱象整治和给予行政处理，一律公开曝光。各定点医药机构要根据自查自纠情况，迅速制定整改方案，确保6月30日前集中退款到位、整改到位。

（三）实施检查阶段（7月1日-11月30日）

市医保局、公安局、卫生健康委结合工作实际，制定专项整治具体的工作方案，成立工作专班，明确责任到人，细化工作举措，根据重点整治内容检查定点医药机构自查自纠整改情况。对敷衍整改、虚假整改、表面整改的定点医药机构将严肃追责问责。

（四）总结上报阶段（12月1日-12月20日）

根据要求，市医保局、公安局、卫生健康委须按时向上级部门报送此次打击欺诈骗保专项整治行动总结报告及情况统计表。梳理各种违法违规实例，整理后向社会通报，形成宣传舆论攻势，对定点医药机构的违法违规行为形成强有力的震慑。同时认真总结专项整治行动工作中的好经验、好做法，把专项整治期间形成的有效措施制度化、常态化、规范化。

五、工作要求

（一）强化组织保障。市医保局、公安局、卫生健康委组建专项整治工作专班，要切实履职尽责，提高思想认识，由主要负责同志亲自抓，分管负责同志直接负责，明确责任分工，层层压实责任，确保专项整治行动取得实效。对于因工作不到位、不落实而引起重大欺诈骗保事件的，将严肃追究相关人员责任。

（二）强化宣传引导。各部门要注重宣传引导，充分利用报刊、电视、广播、网络和社区宣传栏、服务窗口等多渠道宣传相关法律法规政策，报道专项整治成效，曝光违规违法案例，持续巩固打击欺诈骗保高压态势。要畅通投诉举报途径，公布投诉举报电话，形成“人人可监督、时时可举报”的立体监管网络，凝聚社会合力推进打击欺诈骗保专项整治工作。

（三）强化社会监督。全面落实2021年基金监管集中宣传月活动要求，开展多种形式宣传解读，充分利用网络、媒体、电视等渠道，全面深入宣讲《医疗保障基金使用监督管理条例》及相关法规政策，营造“人人知法、人人守法”的良好监管环境。畅

通举报投诉渠道，运用好举报奖励办法，鼓励和引导社会各界参与医保基金监管，形成监督合力。

附件1：2021年仙桃市医保定点医院自查自纠情况统计表；

附件2：2021年仙桃市医保定点诊所及村卫生室自查自纠情况统计表；

附件3：2021年仙桃市医保定点药店自查自纠情况统计表

附件 1:

2021 年仙桃市医保定点医院自查自纠情况统计表

填报单位（盖章）:

时间:

序号	涉嫌问题	例/次数	总费用	(拟)退 回费用	备注
			(万元)	(万元)	
	总计				
1	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单据				
2	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				
3	虚构医药服务项目				
4	分解住院、挂床住院				
5	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				
6	重复收费、超标准收费、分解项目收费				
7	串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施				
8	为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利				
9	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				
10	其他骗取医疗保障基金支出的行为				

备注：1. 政策依据：湖北省《基本医疗保险药品目录》《诊疗与服务设施目录》及仙桃市医疗服务价格管理文件、相关医保政策等文件。
2. 自查自纠相关数据的起止时间为 2020 年 1 月 1 日至 2021 年 5 月 31 日。

附件:2

2021 年仙桃市医保定点诊所及村卫生室 自查自纠情况统计表

填报单位（盖章）：

时间：

序号	涉嫌问题	例/次数	总费用	(拟)退 回费用	备注
			(万元)	(万元)	
	总计				
1	无法提供参保患者就诊的电子处方				
2	村卫生室基药涨价销售				
3	分解处方、分解收费、重复收费、虚记多记医疗费用、用药与病情不符、电子处方与实际用药不符、串换药品				
4	诱导、协助他人冒名或者虚假购药，提供虚假证明材料或者串通他人虚开费用单据				
5	留存、盗刷参保人员身份证或医保卡，通过伪造医疗文书、处方单据等手段虚构医疗骗取医保基金				
6	帮助参保人员刷医保卡套现				
7	为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品、接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利				
8	其他骗取医疗保障基金支出的行为				

备注：1. 政策依据：湖北省《基本医疗保险药品目录》《诊疗与服务设施目录》及仙桃市医疗服务价格管理文件、相关医保政策等文件。
2. 自查自纠相关数据的起止时间为 2020 年 1 月 1 日至 2021 年 5 月 31 日。

附件:3

2021年仙桃市医保定点药店自查自纠情况统计表

填报单位（盖章）：

时间：

序号	涉嫌问题	例/次数	总费用	(拟)退回费用	备注
			(万元)	(万元)	
	总计				
1	诱导、协助他人冒名或者虚假购药，提供虚假证明材料或者串通他人虚开费用单据				
2	虚构医药服务项目				
3	串换药品				
4	帮助慢性病刷卡人员记帐、存账				
5	帮助参保人员刷医保卡套现				
6	开展与医保服务消费有关的促销活动				
7	摆放、销售化妆品、日用品等与医药健康无关的商品				
8	为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品、接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利				
9	其他骗取医疗保障基金支出的行为				

备注：1. 政策依据：湖北省《基本医疗保险药品目录》《诊疗与服务设施目录》及仙桃市医疗服务价格管理文件、相关医保政策等文件。
2. 自查自纠相关数据的起止时间为2020年1月1日至2021年5月31日。

仙桃市医疗保障局关于印发《仙桃市基本医疗保险定点医药机构服务协议》的通知

附件

序号	名称	备注	其他	说明
1	基本医疗保险定点医疗机构服务协议			适用于本市行政区域内所有基本医疗保险定点医疗机构
2	基本医疗保险定点零售药店服务协议			适用于本市行政区域内所有基本医疗保险定点零售药店
3	基本医疗保险定点医疗机构服务协议（补充条款）			适用于本市行政区域内所有基本医疗保险定点医疗机构
4	基本医疗保险定点零售药店服务协议（补充条款）			适用于本市行政区域内所有基本医疗保险定点零售药店

仙桃市医疗保障局

2021年6月18日印发