

枣医保发〔2018〕26号

关于开展打击欺诈骗取医疗保障基金 专项行动的通知

各区（市）医疗保险经办机构、枣矿集团医疗保险处：

为切实加强我市医疗保障基金监管，整顿规范医疗保障运行秩序，严厉打击医疗保障领域欺诈骗保行为，根据国家医保局等四部委下发的《关于开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动的通知》（医保发〔2018〕13号）的要求，我市将开展为期1个月的专项行动，现将有关事项通知如下：

一、专项行动内容

（一）检查定点医疗机构

市级医疗保险经办机构检查市立医院、市立二院、市妇保院和市中医医院四家定点医疗机构，其余各定点医疗机构由各区（市）按照属地管理原则检查，枣矿集团所属医院由枣矿集团检查，二级（含二级）以上医疗机构全部检查，二级以下医

疗机构检查数量不低于 10% (不得低于 10 家), 应包含各种等级、类型、所有制形式的医疗机构, 以上检查以医疗机构为单位, 不区分就医患者参保地, 检查后将情况说明汇总后报市级医疗保险经办机构。重点检查定点医疗机构通过违法违规和欺诈骗保等手段, 骗取、套取医保基金的行为。包括:

- 1、通过虚假宣传、以体检等名目诱导、骗取参保人员住院等行为;
- 2、留存、盗刷、冒用参保人员社会保障卡等行为;
- 3、人证不符、恶意挂床住院、虚构医疗服务、伪造医疗文书或票据行为;
- 4、协助参保人员开具药品用于变现, 从而套取医保基金等不法行为;
- 5、虚记、多记药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施费用的行为;
- 6、串换药品、器械、诊疗项目等行为;
- 7、分解收费、超标准收费、重复收费、套用项目收费等违规收费行为;
- 8、不合理诊疗和其他违法违规及欺诈骗保等行为;
- 9、重点检查一些特殊治疗项目: 肿瘤放化疗、移植抗排异治疗、肾功能衰竭透析治疗等项目。

(二) 检查定点零售药店

市级医疗保险经办机构检查大病特药定点零售药店, 其余各定点零售药店按照属地原则由各区(市)检查, 检查比例不

低于 10%，检查后将结果汇总后及时上报。重点检查骗取基本医疗保险基金支出或者造成基金损失的行为。包括：

- 1、虚记、多记药品费用；
- 2、替其它单位或个人代结算费用；
- 3、使用社保卡结算不能支付的费用；
- 4、将生活用品等超经营范围的物品上架销售的；
- 5、销售假劣药品、过期药品等的；
- 6、无医师药师处方拿药结算的；
- 7、搭车配药、以药易药、以药易物的；
- 8、门诊慢性病超病种范围开药的；
- 9、进货、销售、存货系统数量不一致的。

（三）检查参保人员

1、复查异地就医手工报销大额医疗费用票据。市级医疗保险经办机构对全市 2017 年 1 月 1 日至 2018 年 8 月 31 日期间所有在异地就医手工报销且单次医疗费用 5 万元及以上的票据进行异地复查，并对 5 万元以下票据按照比例进行抽查。

2、对于反复轻症住院的参保人员，各级医疗保险经办机构按参保地原则抽查一段时间内住院病历，对比前后病史、检查、化验资料的一致性，原则上抽查不低于 10%，发现骗取医疗保障基金的行为，可以向前追溯。

3、复查过高门诊费用的真实性。市级医疗保险经办机构将对全市 2017 年以来，门诊医疗费用总额排名职工医保前 100 位和居民医保前 100 位的参保人员进行全面复查。

二、行动步骤

本次行动自 10 月 8 日开始, 11 月 9 日结束, 为期五周(可根据工作进展情况适当延长), 每周五上午召开情况分析及汇总例会。

三、工作要求

(一) 高度重视, 加强领导。各区(市)及枣矿集团要高度重视, 切实加强组织领导, 落实工作责任, 扎实做好本次专项行动, 严格按要求完成检查任务。对行动中发现的问题, 要做到不掩饰、不回避、不推诿、不护短, 严格执法办事、按规定程序处理。

(二) 及时反馈, 密切配合。各区(市)及枣矿集团将检查中发现的问题, 及时反馈, 协调配合, 真正形成反欺诈专项行动的合力, 确保此次行动顺利进行。

(三) 严肃纪律, 廉洁公正。各区(市)及枣矿集团在行动中, 要严格遵守国家法律法规, 依法行政, 严格遵守廉政规定, 严禁利用工作之便刁难检查对象, 不得收受检查对象的财务和宴请等。不得因检查影响医疗机构和药店的正常工作。

(四) 剖析总结, 完善制度。专项行动结束后, 全面总结, 对发现的问题的认真剖析, 分析原因, 找准症结, 举一反三, 堵塞漏洞, 完善管理措施, 从源头治理。

枣庄市医疗保险经办机构 打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动 领导工作小组成员

组 长：李华基（市医疗保险处 主 任）
副组长：薛 松（市医疗保险处 副主任）
李永振（滕州市医保处 主 任）
陈秋惠（市中区医保处 主 任）
张 琦（薛城区医保处 主 任）
李 琳（峄城区医保处 主 任）
孙延生（山亭区医保处 主 任）
张国明（台儿庄区医保处 主 任）
曹海涛（枣矿集团医保处 主 任）
成 员：李 超（市医保处 居民医保科 科 长）
杜保民（市医保处 医疗管理科 科 长）
谷成军（市医保处 居民医保科 副科长）
满文秀（市医保处 医疗管理科 副科长）
黄 芳（市医保处 财务结算科 科 员）
彭明月（市医保处 医疗管理科 科 员）
张育臣（滕州市医保处 稽核科 科 长）
潘智韬（市中区医保处 医管科 副科长）

孟 民 (薛城区医保处 副主任)
刘 凌 (峄城区医保处 稽核科 科长)
陈 凯 (山亭区医保处 稽核科 科长)
苏开亮 (台儿庄区医保处 稽核科 科长)
魏 刚 (枣矿集团医保处 稽核科 科长)

二〇一八年九月三十日

附件:

- 1、打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动情况统计表（处理结果表）
- 2、打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动情况统计表（违规行为表）

附件 1:

打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动情况统计表（处理结果表）

统筹区：

| (一) 定点服务机构 | | | |
|------------|--------------------|--------|--|
| 序号 | 处理结果类型 | 处理机构数量 | 备注 |
| 1 | 约谈限期整改（家） | 定点医疗机构 | 统筹区内定点医疗机构共_____家, 检查定点医疗机构合计_____家, 其中现场检查_____家。 |
| 2 | 通报批评（家） | 定点药店 | 统筹区内定点药店共计_____家, 检查定点药店合计_____家, 其中现场检查_____家。 |
| 3 | 暂停医保服务（家） | | |
| 4 | 解除定点协议（家） | | |
| 5 | 列入医保黑名单（家） | | |
| 6 | 行政处罚（家） | | |
| 7 | 移交司法机关（家） | | |
| 8 | 追回医保基金（万元, 小数点两位） | | 追回资金_____万元, 其中: 医保基金_____万元, 个人_____万元。 |
| 9 | 为患者追回资金（万元, 小数点两位） | | |
| 10 | 其他处理情形（家, 如有请注明） | | |
| | 合计（不重复数） | 家, 万元 | 家, 万元 |

(二) 参保人员

| 序号 | 处理结果 | 处理参保人员人数 |
|----|----------------------|----------|
| 1 | 约谈 (人) | |
| 2 | 暂停医保卡结算 (人) | |
| 3 | 行政处罚 (人) | |
| 4 | 移交司法机关 (人) | |
| 5 | 其他处理形式 (人, 如有请注明) | |
| 6 | 追回骗取医保基金 (万元, 小数点两位) | |
| | 合计 (不重复数) | 人 万元 |

附件 2:

打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动情况统计表（违规行为表）

统筹区：

| (一) 医疗服务行为违规 | | | | | |
|--------------|---|------|---------|-----------|--|
| 序号 | 违规行为类型 | 违规例数 | 追回金额(元) | 其中医保基金(元) | |
| 1 | 通过虚假宣传、以体检等名目诱导、骗取参保人员住院等行为 | | | | |
| 2 | 留存、盗刷、冒用参保人员社会保障卡的行为 | | | | |
| 3 | 人证不符、恶意挂床住院、虚构医疗服务、伪造医疗文书或票据行为 | | | | |
| 4 | 协助参保人员开具药品用于变现，从而套取医保基金等不法行为 | | | | |
| 5 | 虚记、多记药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施费用 | | | | |
| 6 | 串换药品、器械、诊疗项目等行为 | | | | |
| 7 | 分解收费、超标准收费、重复收费、套用项目收费等违规收费行为 | | | | |
| 8 | 不合理诊疗和其他违法违规和欺诈骗保等行为 | | | | |
| 9 | 重点检查一些特殊治疗项目：肿瘤放化疗、移植抗排异治疗，肾功能衰竭透析治疗等项目 | | | | |
| | 合计 | | | | |

(二) 定点药店服务行为违规

| 序号 | 违规行为类型 | 违规例数 | 追回金额(元) | 其中医保基金(元) |
|----|---------------------------|------|---------|-----------|
| 1 | 虚记、多记药品费用 | | | |
| 2 | 替其它单位或个人代结算费用 | | | |
| 3 | 使用医保卡结算不能支付的费用 | | | |
| 4 | 药品进销存不符(药品实际销售数量少于医保记账数量) | | | |
| 5 | 其他违规行为(如有请注明) | | | |
| | 合计 | | | |

(三) 参保人员违规

| 序号 | 违规行为类型 | 违规例数 | 追回金额(元) | 其中医保基金(元) |
|----|---|------|---------|-----------|
| 1 | 冒用他人的社保卡就诊 | | | |
| 2 | 将本人社保卡转借他人使用 | | | |
| 3 | 伪造变造医疗文书、医疗费用票据等虚假材料骗取医保待遇 | | | |
| 4 | 与医保定点服务机构串通，串换、多记、虚记医保项目费用、空刷社保卡及配购与本人疾病无关药品等 | | | |
| 5 | 恶意超量或者重复配购同类药品 | | | |
| 6 | 其他违规行为(如有请说明) | | | |
| | 合计 | | | |