

宿迁市医疗保障局
宿迁市卫生健康委员会
宿迁市公安局
宿迁市市场监督管理局

宿医保发〔2019〕16号

关于印发2019年宿迁市打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作实施方案的通知

各县（区）医疗保障局、卫生健康局、公安局、市场监督管理局：
为深入开展打击欺诈骗取医保基金专项治理工作，市医疗保障局制定了《2019年宿迁市打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作实施方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)



2019年4月26日

宿迁市医疗保障局

2019年4月26日印发

2019年宿迁市打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作实施方案

为加强医保基金监管，确保医保基金安全平稳运行，根据国家医疗保障局《关于做好2019年医疗保障基金监管工作的通知》精神，决定在全市范围内开展打击欺诈骗取医保基金专项治理工作（以下简称“专项治理工作”）。具体实施方案如下：

一、工作目标

通过开展专项治理工作，建立医保相关部门常态化的监管联动机制，加强信息共享，实施联合惩戒。规范定点医疗机构诊疗行为，做到合理检查、合理诊疗、合理用药，提高医保基金运行质效，保障医保基金安全平稳运行。加大医疗保障反欺诈工作力度，保持打击欺诈骗取医保基金高压态势，遏制欺诈骗保行为。

二、组织领导和工作机构

为确保专项治理工作顺利开展，成立宿迁市打击欺诈骗取医保基金专项治理工作领导小组（以下简称“市领导小组”）。市领导小组组长由市医疗保障局主要领导担任，成员由市医疗保障局、市卫生健康委员会、市公安局、市市场监督管理局分管负责人组成。市领导小组下设办公室，办公室设在市医疗保障局，具体负责专项治理工作的组织协调。各成员单位职责分工如下：

市医疗保障局：负责拟定专项治理工作方案并牵头组织实

施，全程跟踪并汇总专项治理工作开展情况。具体负责对定点医疗机构、定点零售药店服务行为和参保人员就医购药行为的检查，对专项治理工作中发现的违反医疗保障政策的行为实施协议处理、行政处罚，对涉嫌犯罪的，视情形分别移送公安机关或纪委监委处理。

市卫生健康委员会：按照行业管理职责，规范医疗机构诊疗行为，加强临床路径管理，控制自费用药比例，遏制重复检查、滥检查，严肃查处过度医疗、医托等违规违法行为。督促医疗机构配合专项治理工作，参与定点医疗机构医疗行为的检查。对专项治理工作中发现的违规违法行为配合医疗保障部门依法依规进行处理。

市公安局：办理医保领域发生的依法由公安机关管辖的刑事案件；协助相关部门加强医保领域行政执法与刑事司法的衔接。

市市场监督管理局：协助开展对定点医疗机构和定点零售药店的监督检查。

各县（区）要成立专项治理工作检查队伍，开展检查工作。

三、范围和内容

对全市所有定点医药机构及各县（区）医保经办机构（包括承办基本医保和大病保险、大病补充保险的商保公司）医保基金使用情况开展全覆盖检查。对有举报线索的案例，开展重点检查。检查重点如下：

（一）检查医疗机构

1.一级医疗机构：

- (1) 通过虚假宣传、以体检等名目诱导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) 不合理用药、不合理诊疗及其他违法违规和欺诈骗保等行为。

2.二级、三级医疗机构：

- (1) 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；
 - (2) 重复检查、滥检查、不合理诊疗、不执行临床路径等违规行为；
 - (3) 滥用辅助用药、自费药品使用比例超标准及其他违法违规和欺诈骗保等行为。
- (二) 检查定点零售药店。检查药店要覆盖辖区所有定点零售药店，重点查处聚敛盗刷社保卡、诱导参保人员购买化妆品、

生活用品等行为。

(三)检查参保人员。重点查处伪造虚假票据报销、冒名就医、使用社保卡套现或套取药品、耗材倒买倒卖等行为。包括：

1.复查大额医疗费用票据。对 2019 年以来住院单次医疗费用超过 5 万元的票据全面复查。结合智能监控数据，对医疗费用 5 万元以下票据按照不低于 10% 的比例抽样复查；对 2018 年 7 月以来，反复轻症住院达 3 次以上的患者，抽查住院病历，对比前后病史、检查、化验资料的一致性。

2.复查过高门诊费用的真实性。重点复查 2018 年 7 月以来，门慢、门特、特药等门诊费用排名前 100 位的参保人员就诊情况。结合智能监控情况，对其他参保人员就医行为抽样复查。

(四)医保经办机构。重点检查内审制度是否健全、医保基金稽核是否全面、履约检查是否到位、是否存在违规办理医保待遇、违规支付医保费用，内部人员“监守自盗”、“内外勾结”等行为。

四、工作安排

此次专项治理工作采取分级实施，各级自查，上级抽查的方式。专项治理工作为期 3 个月，从 2019 年 4 月到 6 月，具体分为以下五个阶段：

(一) 部署启动阶段（2019 年 4 月 30 日前）

根据《宿迁市“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月活动方案》要求，开展集中宣传月活动。市领导小组制定并印发《2019

年宿迁市打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作实施方案》，部署启动全市专项治理工作。各县（区）按照市统一部署，成立打击欺诈骗取医保基金专项治理工作领导小组，结合本地实际制定具体工作方案，公布投诉电话，抓好专项治理。

（二）自查整改阶段（2019年5月1日-5月15日）

对全市各级各类定点医药机构组织拉网式培训，解读医疗保障基金监管法律法规与政策规定，服务协议内容。督促定点医药机构按照本次专项治理工作检查项目开展自查自纠，排查医保工作存在的问题，切实做好自查问题整改。5月15日前，向医疗保障部门报送自查情况。

（三）开展检查阶段（2019年5月16日-6月10日）

各级医保部门和成员单位要认真组织学习医疗保障相关政策和有关制度的规定，按照市专项治理工作要求，组织开展检查。根据日常监管、智能监控和投诉举报等线索，重点梳理、集中检查，不留死角。对检查中发现滥用辅助用药、自费药品超限定比例、重复检查、重复治理、不合理收费等违法违规问题，相关医保费用一律不予支付。市专项治理工作领导小组对各县（区）查实的违法违规案例进行抽查和复查，保证检查结果真实可靠。

（四）处理验收阶段（2019年6月10日—6月20日）

对查出的各类疑似违规费用一律暂缓结算。对违法违规案例，根据医疗保障管理有关规定进行处理。对违反医疗保险协议约定的，按协议约定进行处理，并对机构主要负责人和违规参保人员进行约谈。市医疗保障局会同市卫生健康委等部门依法对违

违法违规行为进行行政处罚；对涉嫌犯罪的，视情形分别移送公安机关或纪委监委处理。市专项治理工作领导小组将组织相关人员组成检查组，对县（区）自查工作按照 20%的检查面进行抽查。

（五）总结报告阶段（2019 年 6 月 30 日前）

市领导小组办公室对各县（区）上报的检查结果进行分析和汇总，评价全市医保基金监管现状，梳理各种违法违规实例，向社会通报。形成全市专项治理工作总结。

五、工作要求

（一）加强组织领导。各县（区）要高度重视，切实加强组织领导，扎实做好专项治理工作。要精心制定方案，认真组织实施，确保完成检查任务。对专项治理工作中发现的问题，严格依法办事、按规定程序处理。

（二）形成工作合力。专项治理工作涉及面广、政策性强，各部门要密切配合，齐抓共管。市领导小组要进行中期调度，通报进度，推动专项治理工作向纵深开展。

（三）强化宣传引导。印制并广泛张贴打击欺诈骗保宣传单，充分运用电视、电台、网络等媒体宣传专项治理工作，畅通群众投诉渠道，提升社会参与度，营造社会监督氛围，对医保领域违规违法行为形成震慑。

（四）认真分析总结。请各县（区）4 月 30 日前报送专项治理工作实施方案，专项治理工作领导小组成员名单及一名联系人名单，向社会公布医疗保障投诉电话。6 月 25 日前将本地区自查情况形成报告，包括专项治理工作开展情况、发现问题、整改

情况和工作建议等内容。填写《打击欺诈骗取医保基金专项治理工作情况统计表》（见附件 2、3），报市领导小组办公室。

市医疗保障局

联系人：胡方雷 联系电话：84368112

市卫生健康委员会

联系人：徐展 联系电话：84389320

市公安局

联系人：朱云龙 联系电话：84352313

市市场监督管理局

联系人：何志明 联系电话：84358602

附件：1.宿迁市打击欺诈骗取医保基金专项治理工作领导小组成员

- 2.《打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况统计表》（处理结果表）
- 3.《打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况统计表》（违规行为表）

附件 1:

宿迁市打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理 工作领导小组成员

组 长：葛翔宇 市医疗保障局局长

副组长：马彩梅 市医疗保障局副局长

张 勇 市卫生健康委副主任

刘芝玲 市公安局一级高级警长

贾庆伟 市市场监督管理局副局长

领导小组办公室

主 任：马彩梅 市医疗保障局副局长

成 员：王 霓 市医疗保障局基金监督处负责人

王 元 市卫生健康委医政医管处主任科员

寇 岩 市公安局经侦支队副支队长

孙建中 市市场监督管理局价格监督与反不正当
竞争处主任科员

附件 2:

打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况统计表（处理结果表）

统筹区：

序号	处理结果类型	(一) 定点服务机构		备注
		定点医疗机构	定点药店	
1	约谈期限整改（家）			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）			
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）			家，检查定点药店合计_____家，其中现场检查_____家。追回资金_____万元，其中：医保基金_____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 3：

打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理情况统计表（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	使用社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	伪造编造医疗文书、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			

