

武汉市医疗保障局 武汉市公安局文件 武汉市卫生健康委员会

武医保〔2021〕44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 工作方案》的通知

各区医疗保障局、公安分局、卫生健康局，各医保经办机构：

现将《2021年打击欺诈骗保专项整治行动工作方案》印发给你们，请遵照执行。

市医保局联系人：方 旗 18672361868

市公安局联系人：肖 楷 18302796130

市卫生健康委联系人：邓 玥 15871756361



武汉市医疗保障局



武汉市公安局



武汉市卫生健康委员会

2021年6月27日

2021 年打击欺诈骗保专项整治行动工作方案

根据《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）要求，市医保局、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”。为确保专项整治行动取得实效，制定工作实施方案如下：

一、总体要求

按照《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20 号）要求，加强政策引导和部门联动，推动医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化，建立健全监管机制体制。坚持全面覆盖与突出重点并重，坚持预防与查处并重，坚持行业自律与专项治理并重，坚持短期突破与长效机制并重，聚焦 2020 年 1 月 1 日以来“假病人”、“假病情”、“假票据”（以下简称“三假”）等欺诈骗保行为，强化检查督查，开展联合专项整治，扭转医保欺诈骗保行为频发态势，逐步形成打击欺诈骗保的压倒性态势。

二、整治重点

2021 年打击欺诈骗保专项整治行动，要认真贯彻落实国家和省专项整治文件要求，覆盖所有定点医药机构，突出重点机构和对象，采取自查自纠、日常监督检查、专项检查、联合检

查、抽查复查、督查检查等形式，集中精力，重点打击医疗保障领域“三假”等欺诈骗保行为。

（一）打击“假病人”欺诈骗保行为。一是重点筛查定点医疗机构执业人员及其亲属在医院住院病例，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”。二是重点筛查救助、困难人群，重症、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，查处伪造、冒名认定资格，虚假享受相关医保待遇的情况。三是搜集舆情民情反馈、投诉举报线索、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，及时发现利用“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”。

（二）查处“假病情”欺诈骗保行为。重点筛查病情记录、诊疗项目大量高度相似病例，实行 DRG 付费的定点医疗机构病例病情记录与诊疗情况差别明显病例等“假病情”。重点检查医疗机构委托三方开展的检验项目，查处伪造检验单据、结果的“假病情”。要利用第三方机构专业技术人员力量，对病例认真审查研判，查处套高收费、过度医疗等“假病情”。

（三）惩处“假票据”欺诈骗保行为。重点筛查慢病、重症患者手工报销的异地就医、购药大额票据真实情况。对 2020 年全省基本医疗保险基金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。加强各部门间线索协查联办、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、责任分工

此次专项整治行动由各区医保局牵头负责，公安、卫健部门是专项整治行动的联合组织单位，各区可结合实际联合其它部门，建立工作机制，开展专项整治行动，确保联合整治效果。医保部门负责专项行动的组织、协调工作，依职能对纳入医疗保障基金支付范围的医药服务行为和费用进行监管，依法查处违法违规行为；公安部门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；卫生健康部门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。

（一）查处一批大案要案。各区医保、公安、卫生健康等部门加强建立日常联络机制，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。

（二）曝光一批典型案例。每个季度分析一次打击欺诈骗保形势，梳理汇总欺诈骗保案例，曝光典型案例，集中宣传近两年打击欺诈骗保工作成果，让违法行为暴露在聚光灯下，提

高群众对各类欺诈骗保行为的识别能力，形成有力震慑氛围。

（三）树立一批先进典型。增强政府监管、社会监督、行业自律和个人守信。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，规范执业行为和内部管理服务。发挥行业协会和监督员作用，树立一批监管骨干、监督专业组织、热心群众和管理规范、服务优质、遵纪守法的定点医药机构等先进典型。

四、工作措施和安排

（一）动员准备阶段（6月15日前）。中心城区医保局联合辖区公安分局、卫健局、医保经办机构，新城区医保局联合辖区公安分局、卫健局，明确打击医疗保障领域“三假”等欺诈骗保行为专项整治重点，制定专项整治工作方案，并报市医保局、市公安局和市卫健委，做到统一部署、共同推进、形成合力。

（二）数据筛查阶段（7月底前）。市医保局建立工作专班，抽调各相关部门业务骨干制定数据筛查规则，负责通过医保信息系统和医保智能审核、智能监控信息系统，进行大数据分析，各区根据筛查规则开展数据筛查和分析评估，确定重点整治对象。

1. 定点医疗机构。对照专项整治三个方面的整治内容，对2020年以来住院频次较高、入院时间较为集中、出院金额接近的疑似违规住院结算数据进行分析，重点筛查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者住院结算情况。

2. 定点零售药店（包括门诊重症（慢性）病药店）。重点筛查 2020 年 1 月 1 日以来各定点药店医保结算数据，与医保定点零售药店的药品购、销、存数据进行比对。

3. 门诊重症（慢性）病支付数据。重点筛查自医保局成立以来，门诊重症（慢性）病患者资格准入与注销情况，与公安、卫健部门核对门诊重症（慢性）病患者死亡的数据，以及取得重症身份且一直没有购药的患者数据。

（三）自查自纠阶段（8 月底前）。按照市区分级管理原则，市医保中心负责组织同济、协和、人民、中南和中部战区总医院等 5 家医疗机构、互联网医院和门诊重症药房开展自查整改工作。各区医保局和卫健局组织辖区内定点医药机构开展自查整改工作。各定点医药机构要对照专项整治的内容逐项自查整改，于自查整改结束前将违法违规所得足额退回，并深入剖析违法违规问题根源，明确整改措施、完成时限和责任人。自查自纠及整改落实后，各定点医药机构于 8 月 25 日分别向辖区医保和卫健部门书面报送自查自纠情况报告和《2021 年定点医药机构专项整治自查自纠情况统计表》（附件 2），同济、协和、人民、中南和中部战区总医院等 5 家医疗机构、互联网医院和门诊重症药房按照规定时间向市医保中心报送。

市医保中心、各区医保局和卫健局按分工汇总情况，于 8 月 27 日前分别报市医保局和卫健委。

（四）抽查复查阶段（9 月 - 10 月底前）。制定印发全市抽查复查工作方案，结合大数据筛查、各两定机构自查情况和举

报投诉线索，采取抽查和专项检查的方式，市医保部门联合市卫健等部门对重点对象和重点医药机构开展抽查复查。各区医保部门联合卫健等部门组织开展对辖区内定点医药机构及重点项目的专项检查。

（五）督查处置阶段（10月-12月底前）。市医保局联合市公安局、市卫健委组织督查检查组，加强对各区打击欺诈骗专项整治工作的督查检查。各区对专项整治过程检查发现的问题，要依据《医疗保障基金使用监督管理条例》相关规定依法依规作出处理。对“三假”案件，要根据案件移交的相关规定及时移交公安或纪检部门。同时，各区要认真分析检查中存在的管理环节问题，不断完善管理制度，推进医保依法行政和依法监管工作的落实。

五、工作要求

（一）加强组织领导，压实监管责任。全市专项整治工作由市医保局牵头，公安、卫健部门是联合组织单位。市医保、公安、卫健部门要明确由分管领导和具体责任人，具体负责全市专项整治工作的组织，调度，协调和督办。各区医保、公安、卫生健康部门要进一步提高思想认识，主要负责同志亲自抓，分管领导直接负责，明确职责分工，层层压实责任，确保专项整治行动取得实效。各区相关部门要认真履职尽责，提升监管能力，做到行政执法规范，刑事司法严肃。加强宣传引导，督促定点医药机构切实履行基金监管主体责任，翻印三部委《“三假”等欺诈骗保行为具体表现情形》（附件1），公示或发放，定

点医疗机构存在欺诈骗保行为的，不仅要处理直接责任人，还要追究相关领导责任，规范医药服务行为，促进行业规范和自我约束，引导依法、合理使用基金。

（二）完善法治保障，增强联合监管能效。各区医保、公安、卫生健康部门要坚持问题导向，法治思维，强化医保基金监管法治能力建设，以贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》及相关配套文件为契机，依法依规加强对基金监管。对“三假”案件，要严格依据《国务院关于修改〈行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定〉的决定》（国务院第730号）、《国家医疗保障局关于医疗保障部门向纪检监察机关移送医疗保障基金监管中发现问题线索的通知》（医保发〔2021〕13号）和相关规定，依法查处，通报卫生健康部门加强医疗乱象整治和给予行政处理，构成犯罪的，依法移交属地公安机关追究刑事责任，涉嫌或者职务违法、职务犯罪的问题线索，移送纪检监察机关。

（三）加强督促检查，严肃责任追究。各区医保、公安、卫生健康部门要加强督促检查，建立案件办理督查考核机制，完善法制保障，提升监督检查能力，强化社会监督。市级部门每季度采取“四不两直”等形式，对整治落实情况开展督查检查，分片召开一次情况汇报会，分析形势。对专项整治不认真、监管能力质量不高的单位要约谈、通报，对因工作不到位、不落实而引起重大欺诈骗保事件的，要严肃追究相关人员责任，对未认真履职尽责，在今后国家或省组织的检查中查出存量问题的，要实行责任倒查，严肃追责问责。

(四) 做好经验总结，按时报送相关情况。各区医保、公安、卫生健康部门于 12 月 16 日前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，其中，各区医保局还需将《2021 年打击欺诈骗保专项整治行动情况统计表》(附件 2)一并报送。12 月 23 日前市公安局、市卫生健康委将全市本系统开展打击欺诈骗保专项整治情况汇总后函送市医保局。

- 附件：1. “三假”等欺诈骗保行为具体表现情形
2. 2021 年定点医药机构专项整治自查自纠情况统计表
3. 2021 年打击欺诈骗保专项整治行动情况统计表

附件 1

“三假”等欺诈骗保行为具体表现情形

一、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；

二、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；

三、虚构医药服务项目；

四、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：

（一）分解住院、挂床住院；

（二）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；

（三）重复收费、超标准收费、分解项目收费；

（四）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

（五）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；

（六）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；

五、其他骗取医疗保障基金支出的行为。

附件 2

2021 年定点医药机构专项整治自查自纠情况统计表

填报单位:

填报日期:

序号	涉嫌问题	例/次数	违法违规费用(万元)	退回费用(万元)	备注
	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				

单位负责人:

部门负责人:

填表人:

联系方式:

注:违法违规费用只填报 2021 年专项整治行动期间的数据,不含 2020 年各项检查发现问题的数据。

附件 3

2021 年打击欺诈骗保专项整治行动情况统计表

填报单位:

填报时间: 2021 年 月 日

项目	统筹区内 定点医药 机构数 (家)	检查定点 医药机构 数(家)	定点医药机构违法违规处理														举报奖励			主动 公开曝光 (例)	备注	
			小计	暂停 医保 (家)	解除 医保 (家)	移送司 法机关 (家)	拒付/ 追回资 金(家)	行政 罚款 (家)	约谈 (家)	限期 整改 (家)	通报 批评 (家)	其他 (家)	金额(万元)				人次 数 (人次)	案例数 (例)	金额 (元)			
													基金 本金	违约 金	行政 罚款	其他						
总计	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
定点医疗机 构	合计																					
	小计																					
	三级																					
	二级																					
	一级及 以下																					
	小计																					
	三级																					
	二级																					
	一级及 以下																					
	小计																					
定点 药店	合计																					
	单体药店																					
	连锁药店																					

单位负责人:

部门负责人:

填表人:

联系方式:

- 注: 1. “填报单位”为区级医疗保障部门
 2. 一个定点医药机构有多种处理结果, $3 \leq 4+5+6+7+8+9+10+11+12$
 3. 本表报 2021 年 4 月-2021 年 12 月 31 日专项整治行动期间的累计数据

