

薛城区医疗保障局
枣庄市公安局薛城分局
薛城区卫生健康局
薛城区审计局

文件

薛医保发〔2021〕3号

关于开展打击欺诈骗保专项整治行动的通知

为全面落实国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》，严厉打击欺诈骗保行为，持续加强医保基金监管，按照枣庄市医疗保障局《关于开展打击欺诈骗保专项整治行动的通知》（枣医保发〔2021〕25号）文件精神，现就在全区范围内开展打击欺诈骗保专项整治行动通知如下。

一、提高政治站位

2019年以来，按照市局统一要求，区医保局、区公安分局、区卫生健康局、区审计局等部门立足职能依法查处医疗保障领域

违法违规问题，取得了阶段性成效，但医保基金违规使用、欺诈骗保问题依然屡禁不止。区医保局、区公安分局、区卫生健康局、区审计局从落实党中央决策部署、做到“两个维护”的高度，充分认识专项整治行动的重要意义，进一步提高政治判断力、政治领悟力和政治执行力，通过开展打击欺诈骗保专项整治行动，着力规范医保医疗服务行为，持续打击欺诈骗保，重抓大案要案，曝光典型案例，树立先进典型，保持医保基金监管高压态势，守牢基金监管底线，确保医保基金安全合规使用。

二、认真组织实施

（一）活动时限和范围

按照市局文件要求，自文件下发开始到年底，由区医保局、区公安分局、卫生健康局、区审计局联合开展专项行动。专项行动范围覆盖全区所有定点医药机构，以及2020年1月1日以来医保基金支付的医药服务行为和医药费用。重点打击医疗保障领域“假病人”“假病情”“假票据”等欺诈骗保行为，依法查处违规使用医保基金问题，全面规范医疗服务行为，提高医保基金使用效能。

（二）活动形式

区医保局、区公安分局、区卫生健康局、区审计局是专项整治行动的牵头单位，4部门联合在全区范围内开展医保基金使用情况检查，成立联合检查组，制定联合检查方案，召开联合检查动员会，采取联合执法、循环交叉检查、抽查复查等形式，确保专项行动取得实际效果，对本辖区内的医保定点医药机构进行全

合理检查、合理用药、合理治疗；建立定点医疗机构基金使用内部管理制度，强化医疗机构规范管理的主体责任，监督执行医疗行业诊疗标准和技术规范，落实实名就医购药管理、医疗文书管理、药品耗材出入库和财务管理等规定；对查实违规的医疗机构及医务人员，依法依规作出停业整顿、吊销执业资质、从业限制等处理。

4. 区审计局：负责核查审计查出违规使用医保基金、重复收费、超标准收费、串换项目收费、虚开项目收费等问题的整改情况，重点检查是否按照原渠道退回医保基金，是否将多收取患者的费用及时退还患者或作相关处理。对有关定点医疗机构后续收费情况进行抽查，检查审计整改后是否仍存在重复收费、超标准收费、串换项目收费、虚开项目收费等侵害人民群众利益的问题，对屡查屡犯金额巨大、性质严重的及时移送有关部门处理。

三、加强组织领导

（一）强化责任落实。区医保局、区公安分局、区卫生健康局、区审计局要进一步提高思想认识，切实履职尽责，建立健全专项行动联合工作机制，主要负责同志亲自抓，分管负责同志直接负责，切实明确责任分工，层层压实责任，细化工作措施，确保专项行动取得实效。对因工作不到位、不落实而引起恶性或重大欺诈骗保案件的，要严肃追究相关人员责任。

（二）强化督导考核。建立健全案件办理督查通报制度和专项整治行动要情报告制度，重大案情及时报送。区医保局、区公安局、区卫生健康局、区审计局将对专项整治开展情况进行联

合督查。

(三)明确报送要求。按照市局要求,专项行动实行每月调度通报制度,区医保部门及时汇总区公安分局、区卫生健康局、区审计局专项行动相关情况,填写《2021年打击欺诈骗保专项行动情况统计表(一)(二)》(附件1)、《2021年打击欺诈骗保专项行动典型案例》(附件2)、《举报案件线索办结情况表》(附件3),对专项行动进展情况定期通报。

区医保局联系人:赵刚

联系电话:4416277

区公安局联系人:潘健

联系电话:7623020

区卫健局联系人:王志恒

联系电话:4435192

区审计局联系人:蒋超

联系电话:4468446

投诉举报电话:4441310

薛城区医疗保障局

枣庄市公安局薛城分局

薛城区卫生健康局

薛城区审计局

2021年5月6日

附件 1

2021 年打击欺诈骗保专项行动情况统计表（一）

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)		
			暂停 医保 (家)	解除 医保 (家)	移交司 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 (人 次)	案例数 (例)	金额 (元)					
												小计	基 金本 金	违 约金								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
总计																						
合计																						
小计																						
三级																						
公立 医院																						
二级																						
一级及 以下																						
小计																						
三级																						
民营 医院																						
二级																						
一级及 以下																						
合 计																						
定点药 店																						
连锁药 店																						

注：1. 一个定点医药机构有多种处理结果，3≤4+5+6+7+8+9+10+11+12
2. 本表于次月第一周填报，填报 1 月 1 日至统计月的累计数据

附件 2

2021 年打击欺诈骗保专项行动典型案例（格式）

题目：关于****查办情况的典型案例

一、线索来源。简要陈述线索内容，如为市局移交线索的须标明线索编码。

二、涉事定点医药机构或相关人员等基本情况。包括医药机构全称、机构性质、机构类别、登记注册类型、主办单位、经营性质、床位数、年出入院人次等。个人基本情况包括姓名、性别、年龄、单位、参保人员参保类型等。

三、核查过程。如核查的方式方法、核查的程序等。

四、核查结果。要求违法违规违约事实清楚、时间节点明确，套取、骗取医保基金、违规费用、医疗费用等数额清晰，金额表述前后一致、单位统一。

五、作出处理的部门或部门协作移送情况。司法机关、行政部门经办机构等主体明确，是否有公安、卫生健康、审计等部门参与，向有关部门移送案件的时间及后续处理情况等。

六、处理依据。要求法律、行政法规、地方性法规、政府规章、协议范本等应详细到具体条款。如《中华人民共和国社会保险法》第*章第*条、《定点医疗机构服务协议》第*章第*条等。

七、被处理单位(个人)意见。被处理单位(个人)是否认同处理结果,是否申请陈述、申辩、听证或诉讼等。

八、处理结果。处理部门对被处理单位或个人的处理结果。

举报案件线索办结情况表

填报单位：单位：万元（保留两位小数）

线索情况			处理情况								反馈情况				
序号	线索 编码(用于 市局转发 举报案件)	举报 对象	是否 约谈 限期 整改 (是\否)	是否 暂停 协议 (是\否)	是否 解除 协议 (是\否)	是否移交 司法 或纪检监察 (是\否)	处理 结果	拒付 金额 (万 元)	追回 金额 (万 元)	处罚 金额 (万 元)	是否告知 举报人 处理 结果 (是\否)	举报人 是否满意 (是\否)	奖励金 额(万 元)	奖励 依据	备注