

山丹县医疗保障局
山丹县人民检察院
山丹县公安局文件
山丹县财政局
山丹县卫生健康局

山医保发〔2023〕11号

关于开展2023年山丹县医保领域打击欺诈骗保专项整治工作的通知

全县各定点医药机构:

现将《2023年山丹县医保领域打击欺诈骗保专项整治工作实施方案》印发你们,请认真组织实施。



山丹县医疗保障局



山丹县人民检察院



山丹县公安局



山丹县财政局



山丹县卫生健康局

2023年7月21日

(公开属性：主动公开)

2023 年山丹县医保领域 打击欺诈骗保专项整治工作实施方案

为深入贯彻落实党中央、国务院关于医疗保障工作的决策部署及国家医保局医保基金监管安全规范年行动，持续强化医保基金监管，整治和规范医疗保障秩序，加大对欺诈骗保行为的打击力度，确保医保基金安全高效、合理规范使用，根据市医疗保障局、人民检察院、公安局、财政局、卫生健康委《关于开展医保领域打击欺诈骗保专项整治工作的通知》（张医保发〔2023〕21号）要求，县医保局、县检察院、县公安局、县财政局、县卫生健康局研究决定，即日起在全县范围内开展医保领域打击欺诈骗保专项整治工作，现制定工作实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神和习近平总书记关于加强医疗保障基金监管的系列重要指示批示精神，准确把握贯穿其中的立场、观点和方法，深入领会标本兼治的总体要求和协调联动的系统观念，忠实履职，密切配合，不折不扣抓好贯彻落实。紧密结合全党学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育及全县“三抓三促”行动，深入开展医保领域打击欺诈骗保专项整治行动，不断

拓展打击欺诈骗保工作的广度和深度，切实增强群众的获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则

1. 坚持问题导向。聚焦党中央、国务院重点关注以及人民群众反映强烈的突出问题，聚焦基金监管重点难点问题，着力打击超越底线、屡禁不止的欺诈骗保行为。

2. 坚持信息赋能。以全省统一的医保信息平台为依托，探索构建大数据模型，筛查分析可疑数据线索，不断完善非现场监管与现场监管有机结合的整体布局。建立部门间数据共享与研判机制，精准打击各类欺诈骗保行为。

3. 坚持协调联动。统筹监管资源，明确责任分工，加强各部门间的协同配合和各层级间的上下联动，完善各司其职、各负其责、相互配合、齐抓共管的协同监管机制，确保工作任务落实。

（三）工作目标

通过深入开展医保领域打击欺诈骗保专项整治，聚焦整治重点，严肃查处一批大案要案，严厉打击一批犯罪团伙，公开曝光一批典型案例，形成有力震慑氛围。进一步完善制度规范，健全监管机制，强化协调联动，构筑全流程技术防线，建立健全全方位、多层次、立体化的基金监管体系，坚决守住医保基金安全底线，实现好、维护好、发展好最广大人民根本利益。

二、整治重点

依据《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定，对“假

病人”“假病情”等欺诈骗保行为进行重点打击。一是聚焦骨科、血液净化、心血管内科、检查、检验、康复理疗等重点领域。对骨科、血液净化、心血管内科领域，按照国家医保局印发的《骨科高值医用耗材专项检查工作指南（2023版）》《冠状动脉介入治疗专项检查工作指南（2023版）》《血液净化专项检查工作指南（2023版）》，结合本地实际，全面开展排查整治。对检查、检验、康复理疗领域，通过国家飞检、省飞检、市专项治理工作等，查处欺诈骗保典型案例。二是聚焦重点药品、耗材。运用好现有的监测大数据，对2022年医保结算费用排名靠前的重点药品耗材（附件1）基金使用情况予以监测，对其他出现异常增长的药品、耗材等，也要予以重点关注，分析其中可能存在的欺诈骗保行为，并予以严厉打击。三是聚焦虚假就医、医保药品倒卖等重点行为。特别要针对异地就医、门诊统筹等政策实施后容易发生的违法违规行为（附件2），严厉打击涉嫌违法违规的机构和团伙，采取有效措施加强监管。

三、职责分工

各部门要依法依规开展专项整治工作，确保整治效果。医保部门负责牵头开展专项整治，加强人员力量，强化技术手段，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督，依法查处违法使用医疗保障基金的行为。检察机关负责依法审查逮捕、审查起诉各类欺诈骗保犯罪案件，发挥捕诉一体优势，对重大复杂案件加强提前介入，引导侦查取证，从严从快批捕、起

诉，形成有效震慑。监督公安机关及时立案，协同做好追赃挽损，实现精准惩治。结合专项整治需要，协调解决欺诈骗保司法实践过程中反映突出的法律适用问题。公安部门负责制定医保领域办案指引，规范办案流程，加强打击欺诈骗保专业队伍建设，严厉打击各类欺诈骗保犯罪行为，对医保领域不构成刑事处罚的犯罪嫌疑人需要行政处理的，依法移送医保部门。财政部门依职责对医保基金使用管理情况实施监督，协助完成医疗收费电子票据查验等。卫生健康部门负责加强医疗机构和医疗服务行业监管，督促医疗机构规范诊疗行为，并根据核实的情况，对医疗机构和相关人员的违法行为依规依法处理。各部门要不断完善协同监管机制，强化线索排查和案件情况通报，健全重大案件同步立案和挂牌督办制度，推动行政执法与刑事司法深度衔接。

四、整治措施及步骤

（一）动员部署阶段（6月30日前）

各定点医药机构成立工作专班，召开动员部署会议，及时传达专项整治行动及自查自纠工作要求，确保专项整治工作保质保量按期完成。

（二）自查自纠阶段（7月1日-7月31日）

全县各定点医药机构要针对整治重点，对2022年1月1日至2023年5月31日期间医保基金使用情况全面开展自查自纠。定点医药机构要认真查找问题漏洞，深挖问题根源，制定整改措施，确保自查自纠深入彻底，不走形式。要按照自查自纠情况，

于 2023 年 6 月 30 日前主动将自查出的相关违规资金分类(城乡居民医保基金、城镇职工医保基金)退缴至山丹县医保局医保基金专户,并妥善保留缴款凭证。完成退款后,医疗机构于 2023 年 7 月 25 日前将自查自纠工作报告和问题台账(附件 3)、银行缴款凭证复印件(加盖单位公章)报山丹县医疗保障局基金监管股。城乡居民医保违规所得费用,全额退缴到农行山丹支行医疗保障局城乡居民医保基金账户(账户名称:山丹县医疗保障局,存款账户:27183101040003076,开户银行:农行山丹支行);城镇职工医保违规所得费用,全额退缴到中国建设银行股份有限公司山丹支行医疗保障局城镇职工医保基金账户(账户名称:山丹县医疗保障局,存款账户:62050165040100000745,开户银行:中国建设银行股份有限公司山丹支公司)。退款时请在汇款单用途栏备注:某某机构城乡居民或职工医保自查违规资金。

(三) 督导检查阶段(8 月 1 日 - 10 月 31 日)

我县医保、检察、公安、财政、卫生健康部门将紧盯整治重点,组织专门力量,充分发挥部门优势,采取交叉互查、上下联查、部门协查等方式,对辖区内定点医药机构开展专项检查,确保专项整治全覆盖。同时,强化应用大数据监管和数据筛查分析,为现场检查提供有力支撑。现场检查时将重点对飞行检查、日常检查、病历审查、自查自纠发现的各类问题整改情况进行抽查复查、逐一评估整改成效;对存在敷衍查改、表面查改、虚假整改等问题的定点医药机构,将严肃追责问责、从严处理;对检查过

程中新发现的普遍性和多发性问题，将对辖区内同类机构开展全面排查，进一步扩大检查成效，形成即查即改的联动效应；县医保局、县检察院、县公安局、县财政局、县卫生健康局将适时对投诉举报案件办理及专项整治落实情况开展重点督查，督查结果列入医保重点工作通报内容，通报上报至当地党委和政府，并与年度基金监管综合评价、全县刑侦工作绩效考核等相衔接。

（四）成果巩固阶段（11月1日-12月31日）

县医保、检察、公安、财政、卫生健康部门将对辖区内定点医药机构欺诈骗保等问题专项整治情况及各类监督检查发现的违法违规问题整改情况进行“回头看”，对不主动整改、弄虚作假及反复整改不到位的定点医药机构要从严从重处理，公开曝光。同时，建立舆情应对机制，做好舆情风险评估，制定舆情应对预案，对有重大舆情风险的将及时处置并上报。

五、工作要求

（一）提高政治站位，加强组织领导。各定点医药机构要切实提高政治站位，统一思想认识，充分认识做好联合专项整治的重要政治意义和社会意义。定点医药机构要成立本单位工作专班，主要负责同志亲自抓，分管负责同志直接负责，全面开展自查自纠，做到即知即改、立行立改、以查促改。切实强化责任担当，细化整改举措，健全完善管理机制，不断规范诊疗行为和管理服务，促进行业自律和内部管理，确保专项整治取得实效。

（二）加强协同配合，深化部门联动。县医保、检察、公安、

财政、卫生健康部门是本次专项整治行动的牵头单位，将结合实际联合其他相关部门，强化协同配合和部门间数据共享运用，加强线索排查、案件移送、联查联办、情况通报等工作，充分发挥医保、财政、卫生健康等部门专业知识与公安机关技术侦查、检察机关审查监督手段的联合优势，加强“行刑衔接”。将加强与纪检监察部门的衔接配合，积极移交涉嫌腐败相关问题线索，推进打击欺诈骗保、纠正医药领域不正之风与腐败问题一体纠治。

（三）加大宣传力度，强化社会监督。各定点医药机构要把依法使用医保基金宣传融入到日常诊疗中，采取多形式、多途径、多平台相结合的方式，全面深入开展医保基金监管法律法规及相关政策文件的学习宣传，引导医保医师、参保群众自觉知法、守法，构建良好的监管环境。积极张贴公示举报电话，营造人人知晓、人人遵守、人人维护医保基金安全的良好氛围。

山丹县医疗保障局联系人：杨莉霞

山丹县人民检察院联系人：令文龙

山丹县公安局联系人：张明

山丹县财政局联系人：李海燕

山丹县卫生健康局联系人：高学林

- 附件：1. 2022 年医保结算费用排名靠前重点药品耗材
2. 重点违法违规行为
3. 山丹县定点医药机构自查自纠问题台账

4. 山丹县打击欺诈骗保专项整治行动领导小组及 联合工作专班成员名单

附件 1

2022 年医保结算费用排名靠前重点药品耗材

西 药

序号	药品名称	剂型
1	人血白蛋白	注射剂
2	阿托伐他汀	口服常释剂型
3	硝苯地平 硝苯地平 I 硝苯地平 II 硝苯地平 III 硝苯地平 IV	缓释控释剂型
4	贝伐珠单抗	注射剂
5	甲磺酸奥希替尼片	片剂
6	头孢哌酮舒巴坦	注射剂
7	曲妥珠单抗	注射剂
8	哌拉西林他唑巴坦	注射剂
9	甘精胰岛素	注射剂
10	氯吡格雷	口服常释剂型
11	氨氯地平	口服常释剂型
12	丁苯酞氯化钠注射液	注射剂
13	左氨氯地平（左旋氨氯地平）	口服常释剂型
14	达格列净片	片剂
15	倍他司汀	注射剂
16	美罗培南	注射剂
17	门冬胰岛素 30	注射剂
18	地佐辛注射液	注射液
19	头孢呋辛	注射剂
20	头孢噻肟	注射剂
21	瑞舒伐他汀	口服常释剂型
22	美托洛尔	缓释控释剂型

序号	药品名称	剂型
23	阿司匹林	口服常释剂型（不含分散片）
24	他克莫司	口服常释剂型
25	头孢唑肟	注射剂
26	帕妥珠单抗注射液	注射液
27	银杏叶提取物	注射剂
28	阿莫西林克拉维酸	注射剂
29	司库奇尤单抗注射液	注射液
30	法莫替丁	注射剂

中成药

序号	药品名称
1	复方丹参片（丸、胶囊、颗粒、滴丸）
2	脑心通丸（片、胶囊）
3	麝香保心丸
4	安宫牛黄丸
5	蓝芩口服液
6	金水宝片（胶囊）
7	百令胶囊
8	注射用血塞通（冻干）
9	香丹注射液
10	阿胶
11	参松养心胶囊
12	通心络片（胶囊）
13	华蟾素片（胶囊）
14	稳心片（胶囊、颗粒）
15	连花清瘟片（胶囊、颗粒）
16	强力枇杷露（胶囊、颗粒）
17	蒲地蓝消炎口服液

序号	药品名称
18	苏黄止咳胶囊
19	尿毒清颗粒
20	丹红注射液
21	银杏叶丸（片、颗粒、胶囊、软胶囊、滴丸、口服液、酏
22	舒血宁注射液
23	复方阿胶浆
24	连花清瘟片（胶囊、颗粒）
25	六味地黄丸
26	血塞通片（颗粒、胶囊、软胶囊、滴丸、分散片）
27	注射用血栓通（冻干）
28	肺力咳胶囊（合剂）
29	芪苈强心胶囊
30	速效救心丸

中药饮片

序号	药品名称
1	炒酸枣仁
2	黄芪
3	全蝎
4	党参片
5	当归
6	三七粉
7	西洋参
8	北柴胡
9	茯苓
10	金银花
11	川贝母
12	天麻

序号	药品名称
13	防风
14	砂仁
15	枸杞子
16	人参片
17	太子参
18	麦冬
19	红花
20	地龙
21	酸枣仁
22	丹参
23	蝉蜕
24	白术
25	川芎
26	法半夏
27	蜈蚣
28	羌活
29	阿胶珠
30	红芪

耗材

序号	耗材名称
1	血液灌流（吸附）器及套装
2	磁定位治疗导管
3	血液透析滤过器
4	大血管（≤7mm）封闭刀头
5	弹簧圈
6	冠脉导引导丝
7	切割球囊

序号	耗材名称
8	可吸收性特殊理化缝线
9	冠脉导引导管
10	止血夹
11	电动腔镜切割吻/缝合器钉仓（钉匣）
12	冠脉血管内超声诊断导管
13	腔镜切割吻/缝合器钉仓（钉匣）
14	冠脉药物涂层球囊
15	骨水泥
16	血液透析器
17	磁定位诊断导管
18	冠脉药物涂层球囊
19	颅内支架
20	等离子刀头
21	乳腺活检装置
22	连续性血液滤过器及套装
23	预充式导管冲洗器
24	颅内支架
25	造影导丝
26	单发结扎夹
27	冠脉药物涂层球囊
28	血管鞘
29	双腔起搏器
30	硬脑（脊）膜补片

附件 2

重点违法违规行为

一、定点医疗机构

- (1) 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药等套取医保资金;
- (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) 不执行实名就医和购药管理规定, 不核验参保人员医疗保障凭证;
- (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) 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;
- (9) 其他骗取医保基金支出的行为。

二、定点药店

- (1) 串换药品, 将不属于医保基金支付的药品、医用耗材、医疗器械等, 或以日用品、保健品以及其他商品串换为医保基金可支付的药品、医用耗材、医疗器械进行销售, 并纳入医保基金结算;
- (2) 伪造、变造处方或无处方向参保人销售须凭处方购买

的药品、医用耗材、医疗器械等，并纳入医保基金结算；

（3）超医保限定支付条件和范围向参保人销售药品、医用耗材、医疗器械等，并纳入医保基金结算；

（4）不严格执行实名购药管理规定，不核验参保人医疗保障凭证，或明知购买人所持系冒用、盗用他人的，或伪造、变造的医保凭证（社保卡），仍向其销售药品、医用耗材、医疗器械等，并纳入医保基金结算；

（5）与购买人串通勾结，利用参保人医疗保障凭证（社保卡）采取空刷，或以现金退付，或通过银行卡、微信、支付宝等支付手段进行兑换支付，骗取医保基金结算；

（6）为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店进行医保费用结算；

（7）其他骗取医保基金支出的行为。

三、参保人员

（1）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骗取医保基金支出；

（2）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；

（3）利用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；

（4）其他骗取医保基金支出的行为。

四、职业骗保团伙

（1）违反医保政策，帮助非参保人员虚构劳动关系等享受

医疗保障待遇条件,或提供虚假证明材料如鉴定意见等骗取医保资格;

(2) 非法收取参保人员医保卡或医疗保险证件到定点医疗服务机构刷卡结付相关费用或套现;

(3) 协助医院组织参保人员到医院办理虚假住院、挂床住院;

(4) 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

五、异地就医过程中容易发生的违法违规行为

(1) 定点医疗机构对异地就医患者过度检查、过度诊疗;

(2) 定点医疗机构利用异地就医患者参保凭证通过虚构病历等行为骗取医保基金;

(3) 定点医疗机构以返利、返现等形式诱导异地就医患者住院套取医保基金;

(4) 定点零售药店利用异地参保人员医保电子凭证套刷药品倒卖牟利、串换药品等行为。

附件 3

山丹县定点医药机构自查自纠问题台账

机构信息：名称_____类别_____（①定点医疗机构；②定点零售药店）
性质_（①公立；②民营）；级别_（①三级；②二级；③一级及以下）；医保类型_（①城镇职工②城乡居民）

序号	问题类别	问题内容	涉及违规 资金（元）		退回资金 （元）		整改情况 ①已完成整改 ②未完成整改	整改中或未整改请备注原因
			城镇职工 医保	城乡居民 医保	城镇职工 医保	城乡居民 医保		
1								
2								
3								

- 注：1. 本表由定点医药机构填写，报送各级医保部门汇总。
2. 机构信息中，定点零售药店不填写机构性质与级别，定点诊所级别为一级及以下。
3. 问题类别按照本方案中“整治重点”内容及附件 1、2 有关表述进行填报。

附件 4

山丹县打击欺诈骗保专项整治行动领导小组 及联合工作专班成员名单

成立打击欺诈骗保专项整治行动领导小组，统筹协调全县打击欺诈骗保专项整治行动，研究解决工作中的重大问题。

组 长：车明国 县医疗保障局局长

副组长：何自红 县医疗保障局党组成员、副局长

赵 磊 县人民检察院党组副书记、副检察长

秦 涛 县公安局党委委员、副局长

秦玉兰 县财政局副局长

尹子鑫 县卫生健康局党组成员、副局长

成 员：杨莉霞 县医疗保障局基金监管股股长

戚叶雯 县人民检察院第一检察部主任

邵小春 县公安局刑侦大队大队长

李海燕 县财政局社保股股长

毛莉贵 县卫生健康局医政股股长

领导小组办公室设在县医疗保障局基金监管股，负责组织协

调专项整治工作，督促指导全县开展全面排查和整改工作。

工作专班：钟雅琼 县医疗保障局基金监管股干部

令文龙 县人民检察院检察官助理

张 明 县公安局刑侦大队民警

李海燕 县财政局社保股股长

高学林 县卫生健康局医政股干部

联合工作专班负责协调部门间专项整治有关工作。

