附件1

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：

|  |
| --- |
| **（一）定点服务机构** |
| 序号 | 处理结果类型 | 处理机构数量 | 备注 |
| 定点医疗机构 | 定点药店 | 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。统筹区内定点药店共 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。 |
| 1 | 约谈期限整改（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） |  |  |
| 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） |
| 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 |  |  |  |