

宜昌市医疗保障局

宜昌市医疗保障局关于 2020 年度规范使用医保基金专项治理案例通报

2020 年度，按照国家医保局、省医保局安排部署，我市持续开展了规范使用医保基金专项治理。为提升医保治理能力，以案促学、以案释法，现集中通报一批违规案例以及住院医疗机构典型违规行为，各级医保部门、各定点医疗机构要高度重视，严格对标对表进行整改，举一反三、引以为戒。

通报 1. 关于近两年住院医疗机构典型违规行为的通报

通报 2. 关于宜昌高新区三一堂大药房违规处理意见的通知

通报 3. 关于宜昌华西骨科医院违规处理意见的通知

通报 4. 关于点军区致康堂大药房违规处理意见的通知

通报 5. 关于宜昌博大泌尿外科医院违规处理意见的通知

通报 6. 兴山县医疗保障局关于使用虚假发票骗取医保基金的典型案例

通报 7. 当阳市医疗保障局关于开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理情况通报

通报 8. 关于枝江市董市镇洪治村卫生室违规行为处理决定的通知

通报 9. 秭归意外伤害骗保案

通报 10. 五峰意外伤害骗保案



关于近两年住院医疗机构典型 违规行为的通报

各县市区医疗保障局、各定点医疗机构：

按照国家、全省统一安排部署，2019年至2020年宜昌市各医保经办机构及定点医疗机构接受了国家飞行检查、省医保基金监管方式创新试点第一片区第三方联合交叉检查及市委巡视组专项检查等，我局结合政策文件、医疗机构提供的相关证据，根据实事求是的原则，依法依规进行了判别，现将相关情况通报如下：

一、不合理收费

1. 分解收费：收取椎管内麻醉费用的同时，收取椎管内置管术；收取脊柱椎间融合器植入植骨融合术同时，收取腰椎间盘突出摘除术、椎管扩大减压术、脊髓和神经根粘连松解术；收取剖宫产手术同时收取手取胎盘术等；

2. 将已有明确项目内涵的诊疗项目及耗材重复计费：一次性心电电极、随弃式电极、钙石灰（全身麻醉中使用）、体温计、一次性使用备皮包、一次性使用手术单等；

3. 串换项目收费：血生化检查中直接法、化学发光法、干化学法、荧光免疫层析法等方法串换收取；将膀胱冲洗串换成引流管冲洗；将静脉输液串换成静脉穿刺置管术；将骨质疏松治疗仪（低频脉冲磁疗机）、脉冲磁疗仪应按丙类收费的磁疗、磁热疗

法串换成医保甲类的“场效应治疗”；将低周波治疗仪进行低频脉冲治疗串换成中频脉冲电治疗；将神经阻滞治疗串换成神经阻滞麻醉；将无痛皮试串换成直流电治疗、中频脉冲电治疗；将玻璃体切除术手术刀串换成玻璃体切除术；将视网膜手术刀串换成视网膜手术；将椎间孔镜下髓核摘除术串换成脊髓和神经根粘连松解术、经皮穿刺颈腰椎间盘突出术、椎管扩大成形术、椎间盘微创消融术等；

4. 超物价标准收费：基础麻醉与椎管内麻醉同时收取时，辅助麻醉未按照 60%收取；共同性斜视矫正术与非常规眼外检手术同时收取时，同一切口第二个手术未按照 60%收取等；

5. 重复收费：运动疗法重复计费（在收取“运动疗法—器械训练”、“运动疗法—步态平衡功能训练”等具有具体治疗方式的收费项目时，同时收取“运动疗法”的费用）；医养结合定点医疗机构养老床位费、护理费与医疗床位费、护理费重复收费等。

二、不规范诊疗

1. 提高护理级别收费

将本是三级护理的护理级别按二级护理收费；将本是二级护理的护理级别按一级护理收费；

2. 无指征（过度）检查

无指征进行检查：B 型钠尿肽、粪便隐血试验、粪寄生虫卵计数、粪寄生虫镜检、降钙素原检查、同时进行电脑血糖监测和葡萄糖测定、乙型肝炎核心抗体 IGM+乙型肝炎病毒外膜蛋白前

S1 抗原测定、血液流变学检查、同型半胱氨酸测定、血清胱抑素、C 反应蛋白和超敏 C 反应蛋白、血清载脂蛋白 A1、血清载脂蛋白 B、 $\beta 2$ 微球蛋白测定、血浆 D-二聚体等；

3. 无指征用药：无指征使用转化糖注射液、神经节苷脂注射液、脑蛋白水解物注射液等。

三、将目录限定支付范围外药品及项目纳入医保结算

1. 超药品目录限制范围支付：多索茶碱注射液、盐酸氨溴索注射液、注射用谷胱甘肽、注射用泮托拉唑钠、盐酸昂丹司琼注射液、注射用奥美拉唑、香丹注射液、注射用奥扎格雷、复方氨基酸注射液、注射用鼠神经生长因子等；

2. 超诊疗目录限制范围支付：偏瘫肢体综合训练与运动疗法同时收费并报销（根据湖北省诊疗目录，偏瘫肢体综合训练与运动疗法同时使用时只支付其中 1 项）；将未做手术病人的外固定材料按照“肌肉骨骼系统手术—外固定材料”报销。

四、分解住院

在患者住院治疗尚未达到出院条件的前提下，为其办理多次出、入院手续，例如患者出院后当天或者次日再次入院等。

五、药品及耗材进销存管理混乱

例如一次性注射器各种规格混用导致某一规格注射器溢库等。

各县市区医疗保障局及各定点医疗机构要高度重视医保基金监管工作，严格对照通报内容进行整改，举一反三、引以为戒。

对可能存在的欺诈骗保重点可疑对象，从严查处；对“仍不整改、仍不收手”的定点医疗机构，加重处罚，进一步补牢监管漏洞、维护基金安全。

宜昌市医疗保障服务中心

关于宜昌高新区三一堂大药房 违规处理意见的通知

编号：20200201

宜昌高新区三一堂大药房：

市医疗保障服务中心接到举报，反映你药房存在刷社保卡购药送生活用品的行为。5月7日，经中心人员现场核查：你药房存在购药送抽纸、醋等生活用品违规促销方式及刷卡明细与实际不符的违规行为。据《宜昌市医保定点零售药店管理暂行规范》、《宜昌市基本医疗保险定点零售药店服务协议书》第十八条、第十九条的相关规定，经研究，对你药房违规行为作出如下处理决定：

- 1、暂停医保服务三个月（期限为2020年5月12日—2020年8月11日）；
- 2、限期整改，并将书面整改报告于2020年5月31日前报送我中心。

特此通知。

宜昌市医疗保障服务中心

2020年5月11日



宜昌市医疗保障服务中心

关于宜昌华西骨科医院违规 处理意见的通知

编号：20200203

宜昌华西骨科医院：

2020年8月，省医疗保障局和市医疗保障局先后收到关于宜昌华西骨科医院违规行为的举报信。9月2日-5日，省局核查中心、市医保服务中心与抽取专家一同对华西骨科医院进行现场核查，并于10月28日将核查结果《宜昌华西骨科医院现场核查问题清单》反馈市医疗保障局。核查发现你院存在“不合理收费”、“不合理用药”两项违规行为，涉及金额71184.7元，你院已签字认可。

根据《宜昌市城区基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》（三类）第五十六条第四款“发生重复收费、分解收费、不规范诊疗（包括无指征检查化验、无指征治疗、套餐式检查化验、超医保限制支付范围）等违规违约诊疗行为导致增加费用的”、第六款“违反用药管理规定，超限定使用范围及适应症用药，无指征、超疗程或超剂量用药，过度使用辅助、营养用药，不合理使用抗生素或违背药物说明书等不合理用药的”规定，经研究，对你院作出如下处理决定：

一、将《宜昌华西骨科医院现场核查问题清单》中涉及的违规金额71184.7元足额退回到市医保中心医保基金账户。

二、立即全面整改，市医保服务中心将进行现场复核。

请你院接此通知后，立即按要求进行整改，严格按照医保服务协议加强管理，整改到位并经医保部门检查合格后再行开通医保结算。

宜昌市医疗保障服务中心

2020年11月5日



宜昌市医疗保障服务中心

关于点军区孜康堂大药房违规处理意见的通知

编号：20200104

点军区孜康堂大药房：

2020年10月28日，市医疗保障服务中心在进行定点零售药店规范化管理抽查中，发现你药房违规摆放元和蒲公英复合颗粒固体饮料等支付范围外商品，根据《宜昌市医保定点零售药店管理暂行规范》及《宜昌市基本医疗保险定点零售药店医疗服务协议》第二十七条的相关规定，经研究，对你药房违规行为作出如下处理决定：

- 1、暂停医保结算三个月（期限为2020年11月13日—2021年2月12日）；
- 2、限期整改，并将书面整改报告于2020年11月18日前报送我中心。

宜昌市医疗保障服务中心

2020年11月10日

宜昌市医疗保障服务中心

关于宜昌博大泌尿外科医院违规 处理意见的通知

编号：20200204

宜昌博大泌尿外科医院：

2020年6月28日，市医疗保障服务中心接到市民现场实名举报，内容涉及宜昌博大泌尿外科医院血透室“科室外包、耗材管理混乱、减免病人自费费用”等违规行为。市医疗保障服务中心联合市卫健委、市市场监督管理局于7月9日就办件举报内容对你院进行了核查，发现你院存在虚增医疗费用、低价项目高套、分解收费、以减免参保人员自负费用或给参保人员发放补助等方式诱导参保人员就医的违规事实。

根据《宜昌市城区基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》（三类）第五十六条第四款“发生重复收费、分解收费、不规范诊疗（包括无指征检查化验、无指征治疗、套餐式检查化验、超医保限制支付范围）等违规违约诊疗行为导致增加费用的”、第八款“乙方提供的票据、费用清单、处方、医嘱、检查结果及病程记录等不吻合，或与实际使用情况不一致的。参保人员住院期间有诊疗费用（含药品、检查、医用材料等）无医嘱的；有医嘱有费用无相应检查报告或记录的，或记录与医嘱数量不符等虚增医疗费用行为的”、第二十三款“将医疗保险支

付范围外的药品、诊疗项目、医用材料、医疗服务设施或生活用品、保健滋补品等费用串换为医疗保险政策范围内费用或将目录内低价项目高套，申请医疗保险结算，套取基金支付的”、第二十八款“以减免参保人员自负费用或给参保人员发放补助等方式诱导参保人员不合理就医的”规定，经研究，对你院作出如下处理决定：

一、拒付违规费用 198757.33 元；

二、暂停血透中心医保结算三个月（期限为 2020 年 11 月 13 日—2021 年 2 月 12 日）；

三、立即整改，形成书面材料报送我中心。

请你院接此通知后，立即按要求进行整改，严格按照医保服务协议加强管理。

宜昌市医疗保障服务中心

2020 年 11 月 10 日

兴山县医疗保障局

兴山县医疗保障局关于 使用虚假发票骗取医保基金的典型案例

一、案情简介

李 XX，男，63 岁，县关破企业退休职工。2008 年 12 月申报纳入肾移植术后抗排异治疗慢门管理，2016 年 4 月申报纳入慢性肾功能衰竭透析治疗慢门管理，因随子女长期在重庆居住，定点在重庆建设医院门诊治疗，2012 年至今在药店购买肾移植抗排异药品，近年来一直通过邮寄报销资料方式在我县医保经办机构报销。

4 月 24 日，医疗保障服务中心经办工作人员在审核其慢门医药费用报销票据时，发现 3 张药店发票疑似虚假。通过国家税务总局全国增值税发票查验平台，输入发票代码及发票号码、识别码查询，均显示查无此票。该疑似虚假增值税发票上盖有南京医药湖北有限公司 420106695144931 发票专用章，销货方名称：南京医药湖北有限公司；纳税人识别号：420115695144931；地址、电话：武汉市武昌区民主路 786 号华银大厦 1106，027-87339673；开户行及帐号：中国民生银行武汉分行武昌支行 0515014130000450。通过国家企业信用信息公示系统查询，与南

京医药湖北有限公司取得联系，经电话确认，李 XX 提供增值税发票上地址、纳税人识别号、发票专用章税号均与实际不符，且该公司不对个人开展药品销售业务，所有个人提供的该公司增值税发票均不属实。

6 月 12 日现场询问李 XX，自诉在武汉进行换肾手术治疗期间，结识贩卖肾移植相关药品人员李 X 明，并请李 X 明代开增值税发票用于医保报销，除药品费用外，以发票面额的 5% 支付增值税发票费用，其李 X 明提供的发票面额远大于实际药品费用。

经调阅李 XX 历年慢门医保报销档案，自 2013 年至 2020 年 4 月，医保经办机构共收到疑似虚假增值税发票 55 张，总票面金额 382503.6 元，其中 2020 年 6 张疑似虚假增值税发票面额 39975.6 元。按照《兴山县器官移植人员医疗费管理暂行办法》（兴人社字〔2013〕4 号）在总限额范围内以 70% 比例支付费用，已报销约 239769.6 元。

二、案件处理

根据《中华人民共和国行政处罚法》第二十二条“违法行为构成犯罪的，行政机关必须将案件移送司法机关，依法追究刑事责任”。李 XX 使用虚假发票骗取医保基金涉案金额巨大，已涉嫌犯罪，现已将该案件线索移交公安机关处理，同时建议公安机关将骗取的医保基金划拨至兴山县社保基金专库。

三、吸取教训和工作建议

这是一起典型的参保人员利用手工报销、医保异地审核难而

实施的骗保案件。该案应该吸取的教训和建议如下：

（一）伪造虚假发票手段越来越高，手工报销时医保经办机构审核人员很难肉眼辨识真伪。建议：一是通过与税务部门联动，增强发票真伪的鉴别技能，提高经办能力；二是积极推行异地就医直接结算，取消手工报销，从而堵住虚假发票报销的漏洞。

（二）参保患者购买虚假大额增值税发票，由经办工作人员审核相关报销资料后予以报销，由此暴露出医保经办机构在办理医保报销过程中，查验、审核等环节存在漏洞，导致医保基金流失。建议经办机构要制定严密的审核内控制度和管理办法，通过完善内控制度和经办风险排查评估，及时发现业务经办管理中存在的风险和问题，进一步提高业务经办能力并对风险点予以防范。

（三）该案例涉及金额较大，建议公安机关对制假团伙进行严厉打击，捣毁造假产业链，从源头予以治理，对参保对象欺诈骗保行为形成震慑。



当阳市医疗保障局

当阳市医疗保障局关于 开展医保定点医疗机构规范使用医保 基金行为专项治理情况通报

各定点医疗机构：

根据《宜昌市医疗保障局关于开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作的通知》（宜医保发〔2020〕19号）精神及省医疗保障局关于做好2020年医保基金监管工作的相关要求，市医保局联合市卫健局组织专班对定点医疗机构开展了规范使用医保基金行为专项治理。现将相关情况通报如下：

一、工作开展情况

（一）自查自纠情况。9月30日前，各定点医疗机构按要求成立了自查自纠工作专班，并制定了专项治理工作方案。重点对照将收费诊疗项目分解成多个项目收费、将已有明确项目内涵的诊疗项目重复计费、超出规定的收费标准收费、未批准纳入医保支付的自创医疗服务按医保价格项目收费、各套餐项目之间重复收费和高套病种（病组）结算等不合理收费问题；将目录外药品、诊疗项目、医用耗材串换为目录内收费、将低价药品和诊疗项目套用高价收费等串换项目（药品）问题；将患者的住院诊疗过

程分解成二次及以上住院治疗、收治明显未达到住院指征的患者入院治疗和超医保目录支付限定范围使用药品纳入医保结算等不规范诊疗问题；伪造、变造、虚构医疗服务结算、伪造患者信息结算、挂名住院和伪造、变造财务凭证与进销存票据结算等虚构服务问题；将低价医用耗材套用高价收费、超医保目录支付限定范围使用耗材以及串换、假冒、虚计骨科高值耗材纳入医保结算等高值医用耗材问题治理的内容逐项自查自纠。同时，相关医疗机构对 2019 年省打击欺诈骗保联合复查抽查移交的问题线索进行认领。自查、认领问题 1970 条，违规金额 278477.45 元。

（二）复查抽查情况。10 月底前市医疗保障局联合市卫生健康局组织专班对所有定点医疗机构进行了复查抽查。重点对医疗机构自查自纠整改情况，结合本年度我市开展打击欺诈骗取医保基金整治工作情况、日常巡查情况、随机抽取 2459 份城乡居民基本医疗保险出院病人病历及报销资料的审核情况及骨科高值耗材检查情况，以问题为导向，对全市医疗机构进行了复查抽查。发现问题 617 条，查处违规金额 73502.22 元。

二、存在的问题

（一）不合理收费。所有医疗机构均存在重复计费、虚计费用现象，如氧气吸入、药品，验光、超敏 C 反应蛋白等检查项目无医嘱有收费；两河镇卫生院、草埠湖镇卫生院和坝陵办事处卫生院等医疗机构存在升级收费现象，如小换药、中换药、大换药按中换药、大换药、特大换药标准收取费用；河溶镇卫生院、玉泉办事处卫生院、当阳百姓医院、精神卫生中心和市妇幼保健院等存在自创医疗服务项目收费、收费项目编码对应不准确等现

象；当阳长坂坡医院中医治疗和理疗项目收费较为混乱，如小针刀按部位收费界定不清，对收费政策理解不够；当阳仁爱眼科医院存在超标准收费现象。

（二）不合理检查。所有医疗机构普遍存在不合理检查、过度检查现象，市直医疗机构存在过度使用昂贵医疗仪器检查现象，导致医疗费用不合理上涨。

（三）不合理治疗。市人民医院、半月镇卫生院等对无监测指征的入院病人进行血氧饱和度监测；涪溪镇卫生院、王店镇卫生院存在急诊监护费、护理级别与病情不符现象。

（四）串换项目(药品)。玉阳社区卫生服务中心、坝陵办事处卫生院等存在串换收费项目现象，如将胶片串换为医疗服务项目，诊疗费串换成材料费，静脉输液注射串换为静脉输液（静脉留置针）或者串换为静脉输液（泵加收），静脉推注串换为静脉注射等。

（五）入院指征把关不严。少数定点医疗机构存在入院指征把关不严情况，尤以乡镇卫生院住院理疗病人较为突出，如部分腰椎疾病、颈椎疾病等，能够在门诊理疗的，很多也收治住院；市直医疗机构内科及儿科部分住院病人亦存在达不到住院标准现象。

三、处理措施及下一步工作

（一）加强整改，及时清退到位。各医疗机构要针对2019年全省联合检查移交的问题线索、医疗机构自查发现的问题，我市开展打击欺诈骗取医保基金行动发现的问题、日常巡查发现的问题、医疗审核发现的问题，举一反三，深刻剖析原因，进一步

进行整改，有的放矢制定整改措施，查堵漏洞，不断规范诊疗及医保服务行为，做到合理入院、合理检查、合理治疗、合理收费。并将违规 351979.67 元足额退回，对部分医疗机构负责人进行约谈整改。

（二）完善机制，强化内部管理。各定点医疗机构要加强行业自律，不断完善内控制度，建立健全医保管理制度，建立责任追究制度，切实加强医疗行为监管，规范医保服务行为，主动适应新形势下医保基金监管工作需要。

（三）强化监管，维护基金安全。各定点医疗机构要将维护基金安全作为重点工作来抓，严明政治纪律，强化责任担当。医疗保障局将进一步加强医保基金监管，将打击欺诈骗保专项治理行动工作作为常态，持续保持打击欺诈骗保高压态势，积极营造齐抓共管的良好氛围。对欺诈骗保行为零容忍，对违法违规行为发现一起、查处一起，绝不姑息，一经发现进行顶格处理，切实维护基金安全。

附件：当阳市规范使用医保基金行为专项治理查处问题情况表



抄送：市卫健局、市医共体

附件.

当阳市规范使用医保基金行为专项治理查处问题情况表

医疗机构名称	查处违规问题条数	查处违规金额（元）
当阳市人民医院	210	64185.09
当阳市中医医院	102	97494.25
当阳市妇幼保健院	35	4942.7
当阳长坂坡医院	1209	107370.31
当阳市精神卫生中心	1	134
当阳百姓医院	37	3103.96
当阳爱尔眼科医院	7	456
当阳德众口腔医院	84	3380
当阳仁爱眼科医院	38	1050.74
玉阳社区卫生服务中心	53	28762.37
坝陵办事处卫生院	65	4842.62
玉泉办事处卫生院	46	3093.44
涪溪镇卫生院	60	5177.93
河溶镇卫生院	50	2613.03
王店镇卫生院	63	8295.5
半月镇卫生院	41	6880.64
两河镇卫生院	31	2486.94
庙前镇卫生院	35	4172.79
草埠湖镇卫生院	73	3537.36
合计	2240	351979.67

枝江市医疗保障服务中心

关于枝江市董市镇洪治村卫生室 违规行为处理决定的通知

枝江市董市镇洪治村卫生室：

2020年7月8日，我局接到巡察组移交的关于你卫生室医保违规行为的案件线索，局党组高度重视，于7月9日召开党组会，决定由我局牵头，联合卫生健康局执法局到洪治村进行现场检查。经查，发现你卫生室存在以下违规行为：一是卫生院以外购药55个品规；二是违规医保刷卡26人次，涉及医保支付金额458.19元。

根据2020年《枝江市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》（三类）第六十四条“经查实，乙方有下列违约情形之一且未能提供合理解释的，甲方可要求乙方限期整改，视其情节轻重予以暂停拨付、拒付违规费用、对已支付的违规费用予以追回。扣除违规费用2-5倍、暂停医院（科室）结算3-6个月等处理，并在其总额预算中扣除相应额度：”的规定，经研究，对你卫生室违规行为作出如下处理决定：

一、在董市镇卫生院以外违规购进的药品移交给董市镇卫生院，按医院管理规定处理；

二、追回违规医保费用458.19元，扣除5倍的违规医保费用2290.95元；

三、限期整改（15个工作日），并将整改书面报告给董市镇卫生院、市医保局。

特此通知。

枝江市医疗保障服务中心

2020年7月28日



意外伤害有第三方责任人蓄意骗保

线索描述

12月9日秭归县医保局接到举报投诉电话，要求实名举报杨林桥镇凤凰岭村杨某外伤住院，属于被雇佣工伤，有第三方责任人，不应纳入基本医保报销。杨某在秭归县人民医院申报外伤原因陈述是在给自家修整房屋时摔倒致肩胛骨粉碎性骨折，证明人杨传道、杨成双证明情况属实，加盖有村委会的公章。考虑该参保人员有蓄意骗保的可能。

核实检查

外围调查：2020年12月14号电话联系杨林桥镇凤凰岭村卫生室村医杨某，证实该患者是在给同村村民谭某拆猪圈屋时不慎从高处摔下致伤。

人员口供核实：医院医保办工作人员跟患者及家属沟通，患者承认是在给他人做事时受伤，有第三方责任人。

结论及处理

经核实检查，参保人杨某存在意外伤害有第三方责任人却意图骗取医保基金的违规行为。

一、对参保人杨某作出如下处理意见：

- 1、对杨某本次意外伤害住院费用医保不予报销。
- 2、因他人及时举报未形成骗保事实，对杨某及家属进行严肃批评教育。

二、对举报人按照《宜昌市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施

细则（试行）》给予 373 元的奖励。

防范措施

- 1、 进一步加大医保法律、法规和政策宣传力度，营造“不敢骗、不能骗、不想骗”的震慑氛围。
- 2、 加强意外伤害住院患者的管理和核查力度，确保核查效果，不流于形式。
- 3、 建立诚信管理机制，促进参保人增强诚信意识，自觉规范就医行为。
- 4、 严格执行举报奖励制度，鼓励社会各界举报打击欺诈骗保行为，加大对骗保行为的打击力度，维护参保群众的合法权益，保障医保基金安全。



合规享受医保权益，欺诈骗保难逃监管

2020年5月8日12点18分，在医保监管人员及保险查勘员的监督下，向某某(参保普通居民人员)办理了骗取的2336.37元的医疗保险基金退款手续，鉴于当事人及时弥补错误，未造成社会影响，被免于2至5倍罚款。

2020年5月8号，五峰医保局监管人员会同太平洋保险公司查勘员，联合查实：今年4月11日，向某某因意外伤害住院治疗，并出具意外伤害承诺书，谎称自己砍柴使得左手2/3/4指受伤。4月23日办理结算手续出院，共计医药费2914.50元，医保基金报销2336.37元。而事实上是向某某4月11日上午应邻居要求去帮忙推车(皮卡车发生事故)，前面一丰田霸道帮助拖车，拖车过程中皮卡车撞到向某某，致使其左手指受伤。这是一起有明确第三人的医外伤害，理应由第三人支付医疗费用，而向某某故意隐瞒事实，骗取医保基金，属违法行为。

今年打击欺诈骗取医保基金的违法行为，将是五峰医保局的常态化、重点工作，欲骗取医保基金的违法人员莫心存侥幸心理，以身试法要不得。同时五峰医保将更好地维护参保人员的合法权益，让其充分享受知情权、选择权，为职工、居民的身心健康而努力。