

市医保局 市法院 市检察院 市公安局 市财政局 市卫健委关于开展医保基金违法违规问题 专项整治工作的通知

济医保发〔2024〕9号

各县（市、区）医疗保障局、法院、检察院、公安局、财政局、卫生健康局，济宁高新区人力资源部，太白湖新区社会保障事业服务中心，济宁经济技术开发区人力资源部，兖矿能源集团有限公司人力资源服务中心，市局各科室、直属单位：

根据省医疗保障局联合5部门印发的《关于转发<国家医保局最高人民法院最高人民检察院公安部财政部国家卫生健康委关于开展医保基金违法违规问题专项整治工作的通知>的通知》（鲁医保发〔2024〕13号）要求，我们研究制定了《济宁市2024年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》，现印发给你们，请结合实际抓好贯彻落实。

济宁市医疗保障局

济宁市人民法院

济宁市人民检察院

济宁市公安局

济宁市财政局

济宁市卫生健康委员会

2024年5月17日

(主动公开)

济宁市2024年医保基金违法违规问题专项整治 工作方案

为贯彻中央和省决策部署，落实我市打击欺诈骗保联席会议精神，不断强化医保基金监管，市医保局联合市法院、市检察院、市公安局、市财政局、市卫健委在全市范围开展医保基金违法违规问题专项整治工作，严厉打击各类欺诈骗保行为，切实维护医保基金安全，制定本方案。

一、总体要求

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和习近平总书记关于加强医保基金监管的重要指示批示精神，针对医保领域各类违法违规问题深入开展专项整治，重拳打击欺诈骗保，举一反三完善长效机制，通过“当下改”和“长久立”相结合，实现查办一案、警示一片、治理一域，推动医保基金监管高质量发展迈上新台阶。

二、工作重点

(一)聚焦虚假诊疗、虚假购药、倒卖医保药品等欺诈骗保违法犯罪行为，开展严厉打击。

(二)聚焦医保基金使用金额大、存在异常变化的重点药品耗材，动态监测基金使用情况，重点查处欺诈骗保行为。

(三)聚焦纠治一体，对骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗等重点领域，全面开展自查自纠，持续推进问题整改。

三、职责分工

各部门要依职责开展专项整治工作，统筹监管资源，发挥监管合力，确保整治效果。医保部门负责牵头开展专项整治，查处各类违法违规使用医保基金的行为。人民法院负责审理各类欺诈骗保犯罪案件，依法惩治医保骗保犯罪。检察机关负责依法审查逮捕、审查起诉医保骗保犯罪案件，并对相关案件办理实施法律监督，结合专项工作需要，必要时出台典型案例指导各县（市、区）规范办案。公安部门负责严厉打击各类欺诈骗保犯罪行为，及时接收、调查医保部门移交的涉嫌犯罪线索。财政部门根据职责对医保基金使用管理情况实施监督并协助查验医疗收费电子票据等工作。卫生健康部门负责加强医疗机构监管，规范医药服务及收费计费行为，积极处理医保部门移交的涉及医疗行为的线索，并对医疗机构和相关人员的违规问题进行处理。

四、工作举措

(一)坚持宽严相济，依法分类处置。对欺诈骗保等违法犯罪行为，始终保持高压态势，重点打击在犯罪中起组织、指使、教唆等主要作用的幕后组织者、职业骗保人等。对一般违法违规问题，注重加强协议处理与行政处罚相衔接，持续推进问题整改。深入开展自查自纠，对照下发的的心血管内科、骨科、血液净化、康复、医学影像、临床检验等重点领域问题清单，各县（市、区）

要督促引导定点医药机构对照开展自查自纠。市、县两级检查要将上述六个领域作为检查重点，对自查自纠整改不到位或者屡查屡犯的，要依法依规从严处置。

(二) 坚持守正创新，强化数据赋能。总结提升现场检查等传统监管方式，用好检查指南和典型案例，提高监管法治化、规范化、专业化水平。发挥好已验证有效的大数据模型的作用，实现常态化筛查。结合医保反欺诈大数据监管应用试点工作，加强药品追溯码在医保基金监管中的应用，探索构建多维度大数据模型，筛查分析深藏数据中的可疑线索，推动大数据监管取得突破性进展。

(三) 坚持部门协同，发挥监管合力。医保部门要持续健全与人民法院、检察机关的沟通会商机制，共同研究打击整治欺诈骗保实践疑难问题，发布典型案例，强化以案释法。持续健全与检察机关、公安部门的数据共享、线索互移、联查联办机制，同步提升刑事打击和行政查处效能，推动行政执法与刑事司法双向衔接。联合财政部门查验医疗收费电子票据，合力落实举报奖励制度。与卫生健康部门建立线索移送机制，对涉及的医疗规范问题等，从前端加大监管力度。各部门要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。有关部门要把医药领域腐败问题集中整治与专项整治一体谋划、一体部署、一体推进。

(四) 坚持上下联动，用好线索核查。各县（市、区）医保部门要高度重视国家医保局、省医保局下发的可疑数据线索，逐条

开展核查，确保线索清仓见底。对风险等级较高但核查进度缓慢的线索将列入市内交叉检查，市医保局也将视情况开展抽查复核。

(五)坚持标本兼治，健全长效机制。各县（市、区）要把整治工作与完善医保基金监管制度机制结合起来，深入查找并逐步解决医保基金监管制度机制短板和薄弱环节，健全防范欺诈骗保长效机制，总结提炼问题类型、作案手法、检查路径、大数据监管模型等，持续提升基金监管风险识别和查处能力；探索将专项整治工作与信用管理相结合，进一步强化定点医药机构自我管理主体责任，促进医药机构不断完善内部管理制度，自觉规范医药服务行为，合理有效使用医保基金，共同维护医保基金安全。

五、工作安排

(一)启动部署。六部门联合召开 2024 年医保基金违法违规问题专项整治工作会议，对整治工作进行动员部署。（2024 年 4 月完成）

(二)自查自纠。督促定点医药机构对标问题清单开展排查，全面排查自《医疗保障基金监督使用管理条例》实施以来发生的所有医疗服务行为及医疗服务费用，并立行立改。（2024 年 5 月完成）

(三)集中整治。聚焦工作重点，开展联合整治，确保专项整治工作取得实效。（2024 年 11 月完成）

(四)总结上报。各县（市、区）医保部门要及时梳理专项整治进展情况，分析典型案例，加强经验总结并上报专项整治工作情况。（2024年12月初完成）

六、工作要求

各县（市、区）医疗保障、人民法院、检察机关、公安、财政、卫生健康部门要加强组织领导，严守纪律规矩，严格规范执法，忠实履职尽责。要加强宣传引导，市医保局联合各部门统筹部署宣传曝光工作。各县（市、区）医保部门要建立重大事项上报机制，对查处的重大案件及拟曝光的重要案例，及时上报市医保局。要加强舆情监测预警，完善应急处置机制，避免形成负面舆情。要建立内部通报机制，加大面向定点医药机构的典型案例内部通报力度，强化警示教育和震慑作用。