

淮 安 市 医 疗 保 障 局
淮 安 市 中 级 人 民 法 院
淮 安 市 人 民 检 察 院
淮 安 市 公 安 局
淮 安 市 财 政 局
淮 安 市 卫 生 健 康 委 员 会

文件

淮医保发〔2024〕31号

关于转发《省医疗保障局 省高级人民法院
省人民检察院 省公安厅 省财政厅 省卫生健康
委员会关于开展江苏省医保基金违法违规问题
专项整治工作的通知》的通知

各县（区）医疗保障局、人民法院、人民检察院、公安（分）局、财政局、卫生健康委员会，淮安经济技术开发区人社局、社会事业局：

现将省医疗保障局 省高级人民法院 省人民检察院 省公安厅 省财政厅 省卫生健康委员会《关于开展江苏省医保基金违法

违规问题专项整治工作的通知》（苏医保发〔2024〕32号）转发给你们，请认真抓好贯彻落实，开展专项整治工作。

附件：省医疗保障局 省高级人民法院 省人民检察院 省公安厅 省财政厅 省卫生健康委员会《关于开展江苏省医保基金违法违规问题专项整治工作的通知》（苏医保发〔2024〕32号）



2024年7月15日

（此件公开发布）

江苏省医疗保障局
江苏省高级人民法院
江苏省人民检察院
江苏省公安厅
江苏省财政厅
江苏省卫生健康委员会

文件

苏医保发〔2024〕32号

关于开展江苏省医保基金违法违规问题 专项整治工作的通知

各设区市医疗保障局、人民法院、人民检察院、公安局、财政局、卫生健康委员会：

为贯彻落实党中央、国务院决策部署，不断深化医保基金

监管，切实维护医保基金安全，根据《国家医保局 最高人民法院 最高人民检察院 公安部 财政部 国家卫生健康委联合印发关于开展医保基金违法违规问题专项整治工作的通知》（医保发〔2024〕8号）要求，现将《江苏省2024年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》印发你们，请遵照执行。



（此件公开发布）

江苏省2024年医保基金违法违规问题 专项整治工作方案

为贯彻落实党中央、国务院决策部署，不断深化医保基金监管，切实维护医保基金安全，根据《国家医保局 最高人民法院 最高人民检察院 公安部 财政部 国家卫生健康委联合印发关于开展医保基金违法违规问题专项整治工作的通知》（医保发〔2024〕8号）要求，制定本方案。

一、工作目标

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，重拳出击打击欺诈骗保，举一反三完善长效机制，实现“点、线、面”结合，推动我省医保基金监管高质量发展迈上新台阶。

二、整治内容

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。一是聚焦虚假诊疗、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。二是聚焦

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。三是对骨科、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。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、整治措施

（一）强化大数据监管。以医保信息平台为依托，以智能监管子系统为抓手，结合反欺诈大数据监管应用试点工作，筛查分析可疑数据线索，精准打击各类欺诈骗保行为。

1. 充分发挥医保大数据优势，分阶段分领域聚焦重点欺诈骗

骗保行为，构建重点欺诈骗保行为数据监测模型，逐步实现对重点领域、地区、机构、药品耗材、人员等的监管全覆盖。

2. 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。

3. 对国家医保局下发的可疑数据线索，各地要逐条开展核查，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要提级办理、下查一级。

（二）深入开展自查自纠。各地要督促引导定点医药机构全面开展自查自纠，包含但不限于骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗等重点领域。定点医药机构应将自查发现并整改的问题明细报送至统筹地区医保部门，主动退回涉及问题资金。

（三）开展省级监督检查。省医保部门联合相关部门共同开展省级监督检查，聚焦重症医学、麻醉、肺部肿瘤、孕检、基因检测等重点领域，发现违法违规问题；聚焦以往检查发现问题，压实定点医药机构管理责任；聚焦自查自纠发现问题，督促定点医药机构整改到位。

（四）健全长效机制。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。

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5月完成）

（二）自查自纠。督促定点医药机构全面开展自查自纠，重点对《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进行排查，并立行立改。（2024年5月启动，持续开展）

（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。各级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月完成）

六、工作要求

（一）坚持部门协同，形成监管合力。各地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中的疑难问题。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。

（二）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。

（三）坚持履职尽责，强化宣传引导。各级医疗保障、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，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，及时上报省医保局。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。

