

索引号:	11220000MB19566296/2024-01464	分类:	医保基金监管;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2024年05月23日
标题:	关于印发吉林省2024年医保基金违法违规问题专项整治工作方案的通知		
发文字号:	吉医保联〔2024〕14号	发布日期:	2024年05月31日

# 关于印发吉林省2024年医保基金 违法违规问题专项整治工作方案的通知

吉医保联〔2024〕14号

各市（州）医疗保障局，长白山管委会医疗保障局，梅河口市医疗保障局，省直各相关部门：

现将《吉林省2024年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》，印发给你们，请对照工作要求，抓好贯彻落实。

吉林省医疗保障局 吉林省高级人民法院  
吉林省人民检察院 吉林省公安厅  
吉林省财政厅 吉林省卫生健康委员会  
2024年5月23日

## 2024年医保基金违法违规问题 专项整治工作方案

为进一步贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府的决策部署，不断强化医保基金监管，按照国家医保局 最高人民法院 最高人民检察院 公安部 财政部 国家卫生健康委等六部门《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，以及2024年4月8日全国医保基金违法违规问题专项整治工作视频会议精神，切实维护医保基金安全，现制定如下方案。

### 一、目标任务

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疗保障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”、“点上整改”和“面上规范”、“集中整治”和“全员改进”、“一般问题自纠”和“重大问题移送”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。

### 二、工作重点

（一）突出重点领域。一是对精神疾病、康复理疗、血液透析等专科领域医保基金使用行为开展专项整治；二是对生育保险津贴待遇支付、应由工伤保险支付、冒用死亡人口信息、应由交通事故责任方支付等专项领域骗取医保基金的行为进行专项整治。

（二）聚焦纠治一体。一是对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。二是对心血管内科、骨科、血液净化、康复、医学影像、临床检验等以前年度已经重点检查的

领域，按照定点医疗机构违法违规使用医疗保障基金典型问题清单，组织开展自查自纠，退回违法违规使用的医保基金。三是把线索核查作为专项整治的重要抓手，对上级部门下发、相关部门移交的线索，逐条开展核查，确保线索清仓见底。

（三）推进问题整改。一是聚焦群众反映问题比较强烈和医保基金使用问题比较突出的领域，加大医保领域违法违规问题的查处和纠治力度，做好问题整改“回头看”工作。二是按照压茬推进、逐个解决思路，分批分期推动问题逐个查深查透、逐步规范解决。三是引导定点医药机构强化自律、自我约束、自我管理，主动规范。

### 三、职责分工

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地规范办案。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、时间安排

（一）工作部署。方案印发后，各部门要在本系统内及时进行工作部署，明确专项整治工作任务。（2024年5月中旬前完成）

#### （二）组织实施。

1. 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《医疗保障基金使用监督管理条例》实施以来发生的所有医疗服务行为及医疗费用，并立行立改。（2024年5月底前完成）

2. 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10月底前完成）

3. “回头看”抽查。相关部门组成联合工作组，对各市、州专项整治工作情况进行督导调研。（2024年12月中旬前完成）

（三）总结上报。各市、州及时梳理专项整治进展情况，分析典型案情，做好工作总结。按照相关统计要求，定期报送专项整治工作数据，及时上报全年专项整治工作情况。（2024年12月底前完成）

### 五、工作要求

（一）强化高压震慑，严打欺诈骗保。对践踏底线、触碰红线、性质恶劣的欺诈骗保行为，要坚持零容忍态度，实施重拳打击。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。要用好“两高一部”发布的《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》（法发〔2024〕6号），重点打击虚假诊疗、倒卖医保药品、虚假购药等欺诈骗保行为，健全重大案件同步上案和挂牌督办制度。强化针对违法使用医保基金问题和重大案件的部门间会商研判，通过线索核查、联合侦办、督查督导等“集群”行动，深挖涉及医保基金使用的犯罪行为，主动加强工作对接，同步提升刑事打击和行政查处效能，共同维护医保基金安全。

(二) 开展自查自纠，纠治一体推进。深入开展自查自纠工作，医保部门围绕国家医保局制定下发骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗等重点领域问题清单，督促引导定点医药机构建立问题台账，对照开展自查自纠。重在压实医药机构的主体责任，发挥其内生动力，规范医药服务行为和收费行为。按照宽严相济、分类处置的原则，医保部门开展国家飞行检查、省级飞行检查、市级交叉检查工作，都要将上述六个领域作为检查重点，对以往检查发现问题要求整改或自查自纠后，仍屡查屡犯的，要从严从重处置；对主观恶意的欺诈骗保问题，要综合运用司法、行政、协议等手段严厉打击。

(三) 强化数据赋能，用好线索核查。依托国家医保信息系统，强化医保数据赋能，不断完善非现场监管与现场监管有机结合的监管布局。积极构建多维度、多场景下的反欺诈大数据监管模型，不断强化数据赋能下的部门联合监管。开展常态化数据筛查，分析深藏数据中的可疑线索，推动大数据监管在医保基金监管中的应用。把线索核查作为专项整治的重要抓手，加强考核激励、督查督导，实现上下联动，同向发力。对风险等级较高、但核查进度缓慢的线索列入省内交叉检查，省医疗保障局将视情况开展抽查复核。通过筛查比对数据、线索疑点分析，精准打击各类欺诈骗保行为。

(四) 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，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。

各地要梳理专项整治工作情况，分析总结典型经验，加大典型案例曝光力度。注重发挥宣传作用，强化警示震慑，引导广大群众、定点医药机构等自觉知法、守法，大力营造共同维护基金良好的社会氛围。要建立舆情应对机制，完善舆情应对机制及应对预案，做好舆情风险评估，对重大舆情风险要及时处置并第一时间上报，避免形成负面舆情。