

一医清风

2024 年第五期

2024 年 4 月份，全院医务人员认真落实行风建设各项要求，廉洁自律、规范行医，涌现出一批医德医风先进典范。本月拒收“红包” 26 人次、拒收金额 30400 元，收到锦旗 68 面、感谢信 30 封，拾金不昧 1 人次；

一面锦旗 一份肯定



(部分锦旗照片)

恪守医德 拒收红包

2024年4月拒收“红包”、收到锦旗、感谢信公示

科 室	拒收“红包”		拒收方式(次)	
	人 员	金 额(元)	替患者缴 纳住院费	退回患者
九龙湖骨科	余冬平	5000	1	
九龙湖普外科	毛龙细	1200	1	
青山湖心内科	程宗新	300	1	
肿 瘤 科	游勇飞	600	1	
骨 科	夏剑	1600		1
肝胆胰外科	熊慧	800	1	
胃肠外科	周启旭	1000		1
产 科	朱波	1600	1	
血管介入与 淋巴外科	熊小蔚	2000	1	
青山湖普外科	王俊	1000	1	
	王俊	1000	1	
内 分 泌 科	尹晓玲	300	1	
	朱艳	200		1
脊 柱 外 科	张志平	1000	1	
	张国良	1000	1	
眼 科	肖国蓓	200	1	
	李颖洁	600	1	
心内二科	涂颖洪	600	1	
	肖冬平	600	1	
	涂颖洪	1200	1	
	黄鑫	2000	1	
心内一科	江小杰	2000	1	
	江小杰	1000	1	
	刘丽赞	1000	1	
	陈晖	2000		1
	刘丽赞	600	1	
合 计		30400	22	4

学习材料目录

一、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

二、《2024 年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》政策解读

三、纪法小课 | 打击欺诈骗保三十六计

学习材料一：

**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**

医保发〔2024〕8号

**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**

各省、自治区、直辖市医保局、高级人民法院、人民检察院、公安厅（局）、财政厅（局）、卫生健康委，新疆生产建设兵团医保局，新疆维吾尔自治区高级人民法院生产建设兵团分院，新疆生产建设兵团人民检察院、公安局、财政局、卫生健康委：

现将《2024年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》印

— 1 —

发给你们，请遵照执行。

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

2024年4月2日

(主动公开)

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，不断强化医保基金监管，切实维护医保基金安全，国家医保局联合最高人民法院、最高人民检察院、公安部、财政部、国家卫生健康委在全国范围开展医保基金违法违规问题专项整治工作，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、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，国家医保局将制定下发骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗等重点领域问题清单，各地要督促引导定点医药机构对照开展自查自纠。国家飞行检查、省级飞行检查、市级交叉检查都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。国家层面将继续发挥“指挥棒”作用，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。各地医保部门要

高度重视国家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要列入省内交叉检查，国家医保局将视情况开展抽查复核。

（五）坚持标本兼治，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。国家医保局将筹备建立基金监管“方法库（经验库）”，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。各省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

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，国家医保局联合各部门统筹部署宣传曝光工作。各级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，及时上报国家医保局。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。

学习材料二：

《2024年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》政策解读

近日，国家医保局联合最高人民法院、最高人民检察院、公安部、财政部、国家卫生健康委印发了《2024年医保基金违法违规问题专项整治工作方案》（以下简称《方案》），在全国范围开展医保基金违法违规问题专项整治工作。现对有关内容解读如下。

一、《方案》出台的背景

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，党中央、国务院历来高度重视医保基金安全，习近平总书记多次就维护医保基金安全作出重要指示批示。2023年5月，国务院常务会议审议通过《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》，明确提出要推进专项整治常态化。这些都为我们加强医保基金监管指明了方向，提供了根本遵循。

国家医保局自成立以来，坚决贯彻落实党中央、国务院决策部署，始终把维护医保基金安全作为医疗保障首要任务，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，持续推进医保领域违法违规问题系统治理。2023年，持续推进全覆盖监督检查，处理违法违规人员32690人，协同公安部门共侦破各类诈骗医保基金犯罪案件2179起，抓获犯罪嫌疑人6220名，追缴涉案医保基金11.4

亿元。

部门联动方面，从最初联合国家卫生健康委、公安部开展打击欺诈骗保专项行动“回头看”，到2023年邀请最高人民检察院、财政部加入专项整治，2024年又邀请最高人民法院加入，行政执法与刑事司法进一步有效衔接，部门监管合力逐渐形成。

整治重点方面，从“假病人”“假病情”“假票据”延伸到隐藏在真实诊疗行为中的违法违规行为，也延伸到医院的重点领域、重点药品，监管内涵不断拓展。2023年，国家医保局制定骨科、血液净化、心血管内科、检查、检验、康复理疗六大领域检查指南，指导各地医保部门开展整治。先后针对丁苯酞、司美格鲁肽等下发一批疑点线索，各地通过核实，对超量开药、超范围用药、倒卖医保药品等行为进行查处，医保药品基金使用逐步规范。

监管方式方面，从人工抽单式现场审查到智能审核、智能监控、大数据监管等现代信息技术手段的综合应用，监管精准性、实效性实现整体跃升。2023年通过事中审核实现拒付23.24亿元。

在各方面的共同努力下，专项整治工作从单打独斗到协调联动，从被动应战到主动出击，从点上整治到面上治理，从案件查办到机制建设，综合治理态势初步形成，医保基金使用的生态环境得到了较大改善，“明目张胆”的骗保行为得到有效

遏制。但医保领域违法违规问题具有历史性、广泛性、顽固性等特点，当前医保基金监管仍处在“去存量、控增量”的攻坚阶段，一方面，骗保手段迭代升级、隐蔽性强、处理难。比如个别医院以“免费接送”“包吃包住”“出院送药送钱”为噱头吸引城乡居民住院。在虚假用药、虚构病历、虚设检验、虚记耗材等环节分工明确，甚至设立专人负责“应对医保检查”，组织化、分工化程度越来越高，团伙化、专业化特征愈发明显。另一方面，“跑冒滴漏”仍然存在，规范治理任重道远。比如违反规定收费、串换项目收费、过度诊疗、套餐式打包多收费等情况仍多发频发。此外，随着医保改革深入推进，惠民政策不断深化，门诊统筹全面推开，跨省异地就医快速普及，DRG/DIP支付方式改革深入推进，长期护理险逐步推开，基金监管也面临诸多新情况新问题亟待破解。总的来说，基金监管形势依然严峻，维护基金安全任重道远。

为进一步加强医保基金监管，坚决守住医保基金安全底线，实现好、维护好、发展好最广大人民根本利益，六部门联合制定《方案》，在全国范围开展医保基金违法违规问题专项整治工作。

二、《方案》的主要内容

《方案》对此次专项整治工作的指导思想、工作重点、部门职责分工、工作举措、工作要求等都进行了明确，并重点强调以下内容。

坚持问题导向，突出整治重点。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。三是聚焦骨科、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。

坚持宽严相济，依法分类处置。对恶劣欺诈骗保犯罪行为，依法从严重处。对一般违法违规问题，以规范为主要目的，综合运用协议处理与行政处理，持续推进问题整改。国家医保局将制定有关领域问题清单，督促引导定点医药机构对照开展自查自纠。

坚持守正创新，强化数据赋能。坚持传统监管方式和现代化监管方式相结合。国家医保局将持续发挥已验证有效的大数据模型的作用，筛查分析苗头性、倾向性、趋势性问题，实现精准打击。开展好医保反欺诈大数据监管应用试点工作，探索药品追溯码在医保基金监管中的应用，加快构建更多高效管用的大数据模型，推动大数据监管取得突破性进展。

坚持部门协同，发挥监管合力。在去年联合最高检、公安部、财政部、国家卫生健康委开展整治基础上，邀请最高法加入专项整治，进一步加强行政执法与刑事司法的有机衔接。持续健全与公安、财政、卫健部门的数据共享、线索互移、联查联办机制，强化联合惩戒，推动行业治理。

坚持标本兼治，健全长效机制。国家医保局将筹备建立基金监管“方法库（经验库）”，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。

三、重点事项说明

（一）为什么聚焦虚假诊疗、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？

虚假住院欺诈骗保行为一直是监管重点，部分医疗机构出于盈利目的，通过捏造病人、伪造病历等方式骗取医保基金。近年来，随着监管力度加大，“假病人、假病情、假票据”行为明显减少，更多表现为“真假交织”，将虚假诊疗掺杂在真实就医需求中，手段更隐蔽，但骗保本质不变。

随着门诊统筹政策落地，大部分地区实现普通门诊报销从无到有的转变，越来越多符合条件的定点零售药店纳入门诊保障范围，服务群众、便利群众的同时，监管任务与监管压力剧增。但在利益驱动下，门诊虚开处方、药店空刷医保卡套取医保基金、将保健品等串换为医保药品等虚假购药行为发生几率增加，必须抓早、抓小。

倒卖医保药品行为由来已久，多年来一直顽疾未除，涉及

地域广、涉案金额大、参与人员众多，并逐步呈现链条化、系统化及专业化等倾向。

这些欺诈骗保行为危害性大、社会关注度高，严重损害群众切身利益、危害医保基金安全，必须从严重处。除此之外，骗取生育津贴、隐瞒工伤骗取医保基金、冒用已故人员参保身份骗保等也将是我们打击的重点。

（二）为什么开展自查自纠？

开展自查自纠是落实宽严相济政策的具体体现。国家医保局结合监管实践，邀请有关领域专家，梳理形成了六大领域违法违规问题清单。将指导各地结合实际，实现问题清单本地化，在相关检查开展前，先行组织定点医药机构对照问题清单“真查”“真改”。通过自查自纠进一步压实医药机构的主体责任，不断规范医疗服务行为，持续完善内部制度机制。自查自纠整改落实情况将与日常监管工作“真挂钩”，自查自纠认真整改到位的，可以视情况考虑将来减少现场检查频次。整改不认真不到位的不仅要从严从重处理，还要作为监管重点对象。

（三）为什么强调开展大数据监管，用好线索核查？

2022年，国家医保局就开始探索开展大数据监管，深度挖掘数据内在联系，积极构建大数据分析模型，筛查分析可疑线索并部署各地医保部门开展线索核查。2023年，仅通过对“虚假住院”大数据模型筛查出的可疑线索开展核查，就查实并追回医保资金3亿余元。事实证明，大数据监管手段是推进专项

整治工作取得实效的重要抓手，而线索核查是大数据监管取得实效的关键一环。2024年，国家医保局将继续发挥“指挥棒”作用，运用各类大数据模型筛查分析可疑数据线索，并加强对线索核查工作的培训指导、考核激励以及督查督导，确保线索清仓见底。

四、下一步工作安排

4月8日，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召开2024年医保基金违法违规问题专项整治工作会议，对相关工作进行部署。

下一步，六部门将指导各地聚焦六方面重点，深入开展专项整治。一是用好《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》，严厉打击重点欺诈骗保犯罪行为。二是组织定点医药机构对照问题清单先行开展自查自纠，发挥主体作用，压实主体责任，自主发现问题并认真及时整改到位。三是强化医院端事前提醒、经办端事中审核、行政端事后监管，构筑全流程、全领域、全链条的大数据监管防线。四是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。五是汇聚部门合力，共同构筑综合监管、联合整治的监管生态。六是强化纪律建设和作风建设，打造过硬队伍，坚决守护好人民群众的“看病钱”“救命钱”。

学习材料三：

打击欺诈骗保三十六计



来源：国家医保局公众号

视频链接：

https://mp.weixin.qq.com/s/9bKeT2E0lZfPy3sUodkk_Q