

上海市普陀区医疗保障局 上海市公安局普陀分局

普医保〔2023〕2号

关于加强普陀区查处骗取医保基金案件 行刑衔接工作的通知

各相关单位：

为完善行政执法与刑事司法衔接机制，加强医疗保障行政部门与公安机关的协作配合，依法惩处骗取医保基金犯罪行为，切实保障医保基金安全，维护参保群众合法权益，促进社会诚信和法治建设，根据《中华人民共和国刑法》《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》（国务院令第730号）以及《上海市医疗保障局 上海市公安局关于加强本市查处骗取医保基金案件行刑衔接工作的通知》（沪医保基管〔2023〕3号）等法律法规规定，现就进一步加强本区查处骗取医保基金案件行刑衔接工作通知如下

下:

一、切实加强查处骗取医保基金案件行刑衔接工作

区医保局、公安分局要高度重视查处骗取医保基金案件行刑衔接工作，坚持以人民为中心的发展思想，贯彻宽严相济的刑事司法政策，切实加强医保基金监管行政执法与刑事司法有效衔接，形成工作合力，依法打击骗取医保基金违法犯罪行为，切实守护好人民群众的“治病钱、救命钱”。

区医保局、公安分局要按照职责权限，切实做好骗取医保基金案件的调查、移送、立案、侦查、查处等工作，做到应移尽移、应收尽收，不得以行政处罚代替刑事责任追究。

二、明确查处骗取医保基金案件移送范围

区医保局在医保基金监管执法过程中，发现公民、法人和其他组织有《骗取医保基金案件移送情形》（详见附件 1）所列行为，涉嫌犯罪的，应当依法向区公安分局移送。

三、依法履行行政监督检查和调查处理的职责

按照“谁主管、谁监管，谁监管、谁移送”的原则，区医保局应当依法履行医保行政监督检查职责，依法受理医保欺诈举报、投诉。对涉嫌骗取医保基金的案件应当立案调查，经检查和调查，对违法违规事实清楚、证据确凿的，应当按规定程序作出行政处理处罚决定。涉嫌犯罪的，应当依法向区公安分局移送。

四、规范查处骗取医保基金案件和线索的移送程序

（一）涉嫌骗取医保基金案件的移送程序

1. 移送办理。区医保局移送涉嫌骗取医保基金的案件，应确定不少于 2 名行政执法人员组成专案组，核实情况后，提出移送涉嫌犯罪案件书面报告，报本部门分管领导审批，本部门分管领导应当自接到报告之日起 3 日内作出批准移送或者不批准移送的决定。决定批准的，在 24 小时内向区公安分局移送；决定不批准的，应当将不予批准的理由记录在案。

区医保局立案调查的案件，符合移送条件的，应当向区公安分局移送。

2. 移送材料。移送案件应当附以下材料：《涉嫌犯罪案件移送书》（详见附件 2），并附骗取医保基金涉嫌犯罪《案件调查报告》（详见附件 3）、涉案物品清单及有关书证、物证、检验报告或者鉴定结论及其他有关涉嫌犯罪的材料。移送案件时，区医保局已经作出行政处罚决定的，应当将行政处罚决定书一并抄送。

3. 案件受理。区公安分局对区医保局移送的骗取医保基金案件，应当予以受理，并在《涉嫌犯罪案件移送书（回执）》（详见附件 4）上盖章。区公安分局认为区医保局移送的案件材料不全的，应当在接受案件后 24 小时内通知区医保局在 3 日内补正，但不得以材料不全为由不接受移送案件。区公安分局认为区医保局移送的案件不属于本机关管辖的，应当在 24 小时内转送有管辖权的机关，并书面告知移送案件

的区医保局。

4. 立案审查。区公安分局应当自接受案件之日起进行立案审查，立案审查期限原则上不超过 3 日，涉嫌犯罪线索需要查证的，立案审查期限不超过 7 日，重大疑难复杂案件，经区公安机关负责人批准，立案审查期限可以延长 30 日。经济犯罪案件情况特殊的，经上一级公安机关负责人批准，可以再延长 30 日作出决定。决定立案的，应当在 3 日内书面告知区医保局，并及时侦查，查明事实。决定不予立案的或立案后又撤销案件的，应当说明理由，在 3 日内书面告知区医保局，并退回案卷材料。区医保局对于区公安分局不予立案的决定有异议的，可以自接到通知后 3 日内向区公安分局提出复议，也可以建议区人民检察院依法进行立案监督。

对于犯罪事实清楚、证据确凿应当追究刑事责任的，移送区人民检察院起诉。

（二）涉嫌骗取医保基金案件线索的移送程序

区医保局发现涉嫌骗取医保基金数额较大、取证受到客观条件限制的案件线索，应当会同区公安分局对案件线索进行分析和研究。认为符合移送条件的，由区医保局与区公安分局比照案件移送程序执行，但可根据实际情况适当简化。

（三）强化涉嫌骗取医保基金案件的双向移送

除区医保局移送的涉嫌骗取医保基金案件外，区公安分局对于通过其他渠道发现、受理的涉嫌骗取医保基金案件，

经与区医保局研判，认为涉案人员、机构依法应当追究行政责任的，应当及时将所掌握的涉案人员、机构具体信息、违法违规情况移送区医保局，区医保局应当依法作出处理。

五、健全查处骗取医保基金案件协作机制

（一）夯实行刑衔接联络员制度。区医保局、公安分局要确定本单位行刑衔接联络员，具体负责本单位行刑衔接过程中的移送、协调、配合等工作。联络员名单应当上报区医保局、公安分局备案，如有调整应当及时报备。区医保局、公安分局的联络员要统筹协调全区行刑衔接工作。

（二）深化移送案件查办协作。区医保局对应当移送的案件，要及时向区公安分局提供相关医保信息、佐证材料和政策依据等，并对区公安分局关于政策性、专业性问题的咨询予以协助配合；对案件移送和查处过程中，发现可能逃匿、转移资金和销毁证据等情况，要及时通报区公安分局，由其协助区医保局采取紧急措施，必要时双方协同加快移送进度，依法采取紧急措施予以处置。案件侦办过程中，区公安分局应以书面形式及时向区医保局通报案件侦办进度和结果。区公安分局要加大对骗取医保基金案件查办力度，及时追缴违规使用的医保基金并退回医保基金专户，对幕后组织操纵者、骨干成员、职业收卡人、职业贩药者要坚持依法从严处罚，对社会危害不大、涉案不深的初犯、偶犯从轻处理，对认罪认罚的医务人员、患者依法从宽处理。

（三）建立联席会议和情况通报制度。由区医保局、区公安分局共同牵头，邀请区人民检察院、区人民法院、区卫生健康委、区市场局、区民政局等有关部门分管领导和联络员参加。通过会议，互通骗取医保基金案件查处以及行政执法与刑事司法衔接工作情况，协调解决工作中存在的问题。参会单位要加强案件查处、媒体曝光等方面的情况通报，通过工作简报、信息网络等形式，及时通报和交换相关信息，实现信息共享。联席会议办公室设在区医保局，会议原则上每季度末召开一次，因工作需要也可临时召开。

（四）健全信息互通和案件管理制度。区医保局在向区公安分局移交案件（线索）时，应及时上报市医保局备案；区公安分局在立案侦办通过其他渠道发现、受理的涉嫌骗取医保基金案件后，应及时通报区医保局，并上报刑侦总队备案。区医保局、公安分局、检察院、法院要建立规范、有效的案件管理制度，加强案件跟踪督办和汇总报告，每季度末向区联席会议办公室报告骗取医保基金案件情况。持续加强骗取医保基金违法犯罪典型案例分析，总结和把握案件规律特点，强化业务培训，不断提高案件查办能力和执法水平。

（五）加强重大案件查办会商。区公安分局对区医保局移送的大案要案，要集中优势警力，运用多种侦查手段，快侦快破。对案情复杂、社会影响较大的案件，要组织专门力量侦办，全力破案攻坚，将查办结果适时向社会公布。要加

强案件会商，严格依法办案，按照法定职责、权限和程序，严格区分罪与非罪，既要防止以罚代刑，降格处理，又要防止扩大打击面。

六、工作要求

(一)强化组织领导。区医保局、公安分局要进一步提高政治站位，加强组织领导，健全工作机制，明确职责分工，压实工作责任，强化督查考核，狠抓工作落实。要做好案件移送、接受、立案、查处等各环节的衔接，形成合力，依法打击骗取医保基金违法犯罪行为，切实守护好人民群众的“治病钱、救命钱”。

(二)加强部门协同。区医保局、公安分局应当加强骗取医保基金案件信息沟通互联，密切协同、加大联合执法力度，实现职能部门力量整合、信息互通共享、行政执法协调联动，形成部门联合、问题联处、执法联动、优势互补的工作格局。

(三)实行挂牌督办。公安部、国家医保局针对大案要案的查处实行“双挂牌”督办。区公安分局、医保局对于挂牌督办案件，要实行主要负责人负总责，组建专班办理，确保如期完成。对于确有困难的，应及时上报市公安局、市医保局。

(四)加大宣传曝光。区医保局、公安分局应当通过多渠道加强查处骗取医保基金政策宣传力度，鼓励动员全民参与监督，积极举报骗取医保基金违法犯罪行为。要完善举报线

索处理流程，落实举报奖励措施，依法依规重奖快奖。严格执行举报保密制度，保护举报人合法权益，营造社会关注、参与、支持基金监管工作的良好氛围。要加大骗取医保基金违法犯罪案件曝光力度，共同做好舆论宣传引导工作，有效发挥警示教育作用，从而更好地惩处违法犯罪行为、震慑犯罪分子。

本通知自下发之日起施行。

- 附件：
- 1、骗取医保基金案件移送情形
 - 2、涉嫌犯罪案件移送书
 - 3、案件调查报告
 - 4、涉嫌犯罪案件移送书（回执）



附件 1

骗取医保基金案件移送情形

区医保局在医保基金监管执法过程中，发现公民、法人和其他组织骗取医保基金行为，涉嫌构成犯罪的，应依法向区公安分局移送。

（一）医保经办机构。主要情形：伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出；侵占、挪用医疗保障基金构成犯罪的；泄露、篡改、毁损、非法向他人提供个人信息、商业秘密构成犯罪的；骗取医保基金案件的其他犯罪行为。

（二）定点医药机构。主要情形：

1. 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、住院、购药，提供虚假证明材料，串通他人虚开费用单据；伪造、变造、隐匿、涂改、擅自销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；虚构医药服务项目。

2. 以骗取医疗保障基金为目的，实施下列情形之一的：分解住院、挂床住院；违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；重复收费、超标准收费、分解项目收费；串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；为参保人员利用其享受医

疗保障待遇的机会转卖药品耗材，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；违规为非定点医药机构或处于中止医保协议期间的医药机构提供医保结算；盗刷医保凭证非法获利。

3. 其他以骗取医保基金为目的的犯罪行为。

（三）参保个人。主要情形：

1. 个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了下列规定行为之一，造成医疗保障基金损失的：将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；重复享受医疗保障待遇；利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。

2. 使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；或者通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的。

3. 骗取医保基金的其他犯罪行为。

附件 2

涉嫌犯罪案件移送书

医保案移字〔 〕 号

_____公安分局（支队）：

_____案，经查，_____的行为已涉嫌触犯《中华人民共和国刑法》_____的规定。根据《中华人民共和国社会保险法》和国务院《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》，现将有关材料移送你单位，请审查决定是否予以立案侦查，并将审查结果书面告知我单位。

联系人：_____联系电话：_____

- 附件： 1.涉嫌骗取医保基金犯罪案件情况的调查报告
2.涉案的有关书证、物证
3.有关检验报告或者鉴定结论
4.其他有关涉嫌犯罪的材料

案卷____册____页

（医疗保障行政部门印章）

年 月 日

附件 3

案件调查报告

承办单位：_____

一、被调查对象基本情况：

法人：名称、组织机构代码证号、住所/地址、法人代表（负责人）的基本情况、联系电话等。

（自然人：姓名、性别、年龄、民族、文化程度、身份证号码、家庭住址、联系电话、工作单位）。

二、案件调查经过

案件来源：

骗取医保基金案件线索来源（包括举报人相关信息等），初步查证的事实与证据等。

违法事实与证据：

被调查对象违法事实的具体行为，违法违规证据证明等。

办案程序和结果：

行政立案审批、调查取证、执法文书送达、行政处罚处理等执法相关情况。

被调查对象意见：

被调查人是否承认查证核实的违法行为以及态度、整改等情况。

案件处理建议：先对案件事实进行归纳，然后根据引用有关法律法规的条、款、项、目，进行准确的定性，提出移送处理建议。 承办人员：（签字） 年 月 日
单位意见： （签字、盖章） 年 月 日

附：1.来访来信举报材料；2.涉案物品清单；3.其他证据材料（病史、检验报告或鉴定意见、现场照片、询问笔录、检查笔录、电子数据、视听资料、认定意见、责令整改通知书等）。

附件 4

涉嫌犯罪案件移送书 (回执)

_____医疗保障局：

今收到你单位移送的《涉嫌犯罪案件移送书》(医保案
移字〔 〕__号)_____案件。

案卷____册____页。

有关文书和证据：

(公安机关印章)

年 月 日