乌政办发〔2025〕13号

乌审旗人民政府办公室关于做好2025年严厉打击欺诈骗保 全面加强医保基金监管

工作的通知

旗人民法院、人民检察院、公安局、网信办、财政局、卫生健康委员会、市场监督管理局、政务服务与数据管理局、医疗保障局：

按照自治区医疗保障局等九部门《关于印发2025年内蒙古自治区严厉打击欺诈骗保 全面加强医保基金监管工作方案的通知》（内医保发〔2025〕6号）、鄂尔多斯市医疗保障局等九部门《关于转发2025年内蒙古自治区严厉打击欺诈骗保 全面加强医保基金监管工作方案的通知》（鄂医保发〔2025〕5号）文件要求和全旗医保基金管理突出问题专项整治工作暨严厉打击欺诈骗保全面加强医保基金监管会议精神，为全力做好我旗2025年度医保基金监管工作，经旗人民政府同意，现将《乌审旗2025年严厉打击欺诈骗保 全面加强医保基金监管工作方案》印发给你们，请认真遵照执行。

乌审旗人民政府办公室

2025年4月24日

乌审旗2025年严厉打击欺诈骗保

全面加强医保基金监管工作方案

为深入贯彻落实国家、自治区关于加强医保基金监管的决策部署，严厉打击欺诈骗保行为，维护医保基金安全。按照《关于转发〈2025年内蒙古自治区严厉打击欺诈骗保全面加强医保基金监管工作方案〉的通知》（鄂医保发〔2025〕5号）精神，结合我旗实际，制定本方案。

一、工作目标

坚持监督检查全覆盖与突出重点检查相结合，聚焦整治重点，加强部门协作，严厉打击欺诈骗保行为，巩固“全覆盖、无禁区、零容忍”监管高压态势，深度净化医疗保障制度基金运行环境，筑牢医保基金安全防线。

二、基本原则

（一）坚持对欺诈骗保零容忍出重拳。多措并举严厉打击欺诈骗保和整治违规使用医保基金行为，构筑起“利剑高悬、监管常在”的高压态势。

（二）坚持参保人与定点医药机构同查同处。打破传统监管重机构轻个人的倾向，加强对骗保行为的全链条追责，双向约束堵住基金监管漏洞。

（三）坚持聚焦重点与全面覆盖相结合。零售药店、小医院聚焦“盯事”,医疗机构聚焦“盯人”,重点关注民营医疗机构和纳入医保定点嘎查村卫生室等机构，实现对各类医保基金使用主体全覆盖。

（四）坚持行业自律与预防为主相结合。积极指导和引导定点医药机构开展自查自纠，强化行业自律约束。加强宣传引导，激发定点医药机构和参保人员自觉合规的内生动力，共同营造全社会“共治共管”的良好氛围。

（五）坚持“温度”与“法治”并重。既要严格依法依规开展基金监管，又要注重人性化和社会关怀，实现更高效、更公平、更透明的监管效果。

三、职责分工

各部门要切实履职尽责，依法开展专项整治工作，确保监管工作取得实效。旗医疗保障局负责合理规划配置医疗资源，对纳入医疗保障基金支付范围的医药服务行为和费用进行监管，依法查处违法违规行为，加强医保基金收支管理的监督检查。旗卫生健康委员会负责加强医疗机构监管，规范医药服务及收费计费行为，强化医务人员职业操守和职业道德教育。积极处理医疗保障局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法问题进行处理。旗市场监督管理局负责加强医药卫生行业价格监督管理，依法依规查处价格违法行为。健全完善药品安全追溯体系，加强执业药师队伍管理，加强药品经营和使用环节管理。旗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。旗人民检察院负责依法审查逮捕、审查起诉各类欺诈骗保犯罪案件，并对相关案件办理实施法律监督。加强对医疗保障领域相关案件指导，进一步解决欺诈骗保司法实践过程中反映突出的法律适用问题，并探索形成典型案例。旗公安局负责依法查处打击各类欺诈骗保犯罪行为，对移送的涉嫌犯罪案件及时开展侦查。旗财政局负责依法监督医保基金的收支、管理情况，协助开展医疗收费电子票据查验。旗政务服务与数据管理局负责12345热线受理相关工作，做好医保信息平台运维和部门间信息共享、互通工作。旗委网信办负责监控舆情动态，做好预警研判，指导做好应对处置。定点医药机构要建立健全与医保基金使用相关的内部管理制度，合理、规范使用医保基金，及时开展自查自纠，配合旗医疗保障局做好医保基金审核、监督检查工作。参保人要严格遵守医保政策规定，如实提供就医购药相关信息，不得将本人医保凭证转借他人使用，或冒用他人医保凭证获取医保待遇。

四、工作任务

（一）聚焦6个专项行动

1.全面推进药品追溯码采集和监管应用。旗医疗保障局组织定点医药机构、参保人在药品结算、医保支付环节强制扫码，实现全品种、全过程追溯。完善医保药品自动识别系统，实现医保药品首次支付自动记录、再次支付自动识别，扫码即可查看生产流通销售各环节信息，有效掌握开药机构、购药数量、购药周期、药品流通等关键信息。4月1日前定点零售药店、5月1日起一级及以下医疗机构、6月1日起二级医疗机构实现“依码结算”“无码不付”,定点医药机构未扫码销售药品，医保不予结算。

2.落实定点医药机构相关人员支付资格管理。旗医疗保障局3月起开展定点医药机构相关人员医保支付资格记分、暂停和终止工作，做好对医护人员的宣传培训，推进行为监管到人。旗卫健委组织医疗机构将计分结果以适当方式公开，确保参保患者知晓。5月底前报送工作落实情况。

3.严厉查处参保人骗保。落实参保人骗保问题专项整治，按照国家医保局《参保人员违法问题处置参考指引》,旗医疗保障局探索通过降低参保人享受医保服务便利度等方式，对违法违规使用医保基金特别是参与欺诈骗保的参保人进行教育约束。

4.严打执业药师“一证多挂”。旗市场监督管理局牵头深入全旗各定点零售药店，对执业药师不在岗、挂证等情况进行重点检查，及时反馈工作开展情况。

5.讲好医保“亮家底”公开课。旗医疗保障局要向定点医药机构、社会“亮家底”,内容包括医保基金收支情况、预算执行情况、DIP付费等。加强对医保基金、医药机构行为相关数据的公布，讲好医保数据公开课。

6.规范优化医保经办管理服务。3月至5月，自治区医疗保障局将对全区医保基金预算管理、执行情况、应收尽收、应付未付、账实相符等情况开展专项审计。同时，围绕医保经办领域存在的风险点，对全区医保经办机构开展全面检查。旗医疗保障局主动做好迎接上级医疗保障部门医保基金专项审计和医保经办机构核查检查准备工作。

（二）加强常态化监管

1.扎实推进自查自纠。旗医疗保障局、卫健委、市场监督管理局要对定点医药机构开展政策培训，通过案例分析、观看警示教育片等形式，让定点医药机构工作人员清晰把握政策界限与合规操作标准。并深入定点医药机构核查医保基金使用自查自纠工作开展情况。

2.配合做好飞行检查工作。旗医疗保障局按照上级医疗保障部门飞行检查工作要求，扎实做好医保基金监管工作，对追溯码、处方流转等重点领域突出问题进行重点核查，严惩违法违规行为。

3.强化大数据智能监管。旗医疗保障局要对国家、自治区、市推送的疑点数据举一反三开展核查，组织全旗定点医药机构接入并用好事前提醒功能，持续完善事中审核“两库”,强化事中审核应用。

4.合理规划配置区域医保定点资源。旗医疗保障局实施定点医药机构医保结算分级管理与医保定点协议有效衔接，引导医药机构主动规范服务行为，按要求做好医保定点医药机构资源配置工作。

5.健全问题线索双向移送机制。旗医疗保障局要及时移送问题线索，各相关部门要依法依规及时予以处理处置，并将结果反馈旗医疗保障局。各相关部门在工作中发现存在违法违规使用医保基金风险的，要及时移送旗医疗保障局核查处理。

6.广泛开展宣传教育。旗医疗保障局组织开展好4月医保基金监管集中宣传月活动，通过宣传折页、海报、短视频、集中宣讲等方式大力宣传医保基金监管正面典型、曝光反面案例，激发参保人主动守护医保基金安全的意识。

7.持续强化社会监督。进一步完善举报投诉机制，严格核查处理，积极回应社会关切，持续增强全旗各族人民群众对医保基金安全稳定运行的信心。

五、工作要求

（一）加强组织领导。成立乌审旗2025年医保基金监管工作小组，综合运用信息共享、情况通报、联合执法等机制，不定期召开调度会，研究部署重要事项，听取工作进展，协调推进具体工作。

组 长：旗人民政府副旗长 范春慧

副组长：旗医疗保障局局长 张东阳

旗卫健委主任 呼日亚图

旗市场监督管理局局长 党新峰

成 员：旗人民政府办公室副主任 高 军

旗人民法院副院长 额尔德尼布拉格

旗人民检察院副检察长 韩明宇

旗公安局政委 张国栋

旗财政局局长 杨志远

旗政务服务与数据管理局局长 李 琛

旗网络安全应急指挥中心主任 毕肇南

工作小组办公室设在旗医疗保障局，办公室主任由旗医疗保障局局长张东阳担任。负责制定工作方案并组织实施，督导工作进展，总结工作情况等。

（二）严格依法依规。旗医疗保障局及各有关部门要严格按照法律法规要求，规范、公正、文明开展医疗保障基金监管工作。从严遵守执法、安全、保密、廉洁等各项规定，依法忠实履职。

（三）加强宣传力度。旗医疗保障局要对查处的违规行为加大曝光力度，凡查处的违法违规行为都要予以通报，加强警示教育和震慑作用。如遇查处的重大案件要及时上报。

（四）健全完善协同监管工作机制。各部门要加强协同联动，健全由旗医疗保障局牵头、各有关部门共同参与的监管工作机制，不断完善行刑衔接工作机制，形成监管打击合力，综合运用协议处理、行政处罚、刑事打击等手段，依法严厉惩治欺诈骗保行为。

附件：使用医疗保障基金行为负面清单(2025年)

附件

使用医疗保障基金行为负面清单

（2025年）

一、定点医疗机构

（1）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药等套取医保基金；

（2）收集医保凭证空刷套刷；

（3）无资质人员冒名违法开展诊疗活动；

（4）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；

（5）虚构医药服务项目；

（6）分解住院、挂床住院；

（7）不执行实名就医和购药管理规定，不核验参保人员医保凭证；诊断与患者性别或年龄不符；

（8）重复收费、超标准收费、分解项目收费；

（9）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

（10）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；

（11）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；

（12）超药品政策限定使用药品报销、超医疗服务项目政策限定收费报销、超医用耗材政策限定使用报销；

（13）频繁住院或无指征住院；

（14）未按要求上传、采集药品、医用耗材追溯码；

（15）存在人为主观因素，将部分医用耗材截留不计费，造成医院收入不真实情况；医用耗材少用多计；

（16）低值医用耗材替代高值医用耗材，超标准收取费用；

（17）将本不应单独收费的医用耗材单独收费，或者将包含在手术项目内的一段治疗费用单独收费；

（18）部分一次性医用耗材尤其是高值一次性医用耗材重复使用；

（19）公立医疗机构未按规定在自治区医药采购平台采购所需的药品和医用耗材；

（20）未按规定在采购周期内完成集采药品耗材约定采购量；

（21）同通用名集采非中选药品采购量高于中选药品采购量；

（22）医疗机构在未按时完成协议采购量的前提下，采购集采非中选产品；

（23）未按规定保存病历、处方等资料；

（24）不配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，医疗保障行政部门监督检查时不按规定提供相关材料；

（25）对医疗救助人员占住院患者60%以上的非医疗救助定点医疗机构重点核实，对医疗机构平均医疗费用、高额费用患者数量排名情况、多次住院加强重点监测；

（26）其他骗取医保基金支出的行为。

二、定点药店

（1）串换项目，将不属于医保基金支付的药品、医用耗材、医疗器械等，或以日用品、保健品以及其他商品串换为医保基金可支付的药品、医用耗材、医疗器械进行销售，并纳入医保基金结算；

（2）伪造、变造处方或无处方向参保人销售须凭处方购买的药品，并纳入医保基金结算；

（3）超医保限定支付条件和范围向参保人销售药品，并纳入医保基金结算；

（4）超量开药。药店自建诊所或与社会办诊所合作，根据售药需要随意开具与患者病情不符、用量不符的药品处方；超量多开药品，申请医保基金结算相关费用；

（5）不严格执行实名购药管理规定，不核验参保人医保凭证，或明知购买人所持系冒用、盗用他人的，或伪造、变造的医保凭证，仍向其销售药品、医用耗材、医疗器械等，并纳入医保基金结算；

（6）诱导或协助购买人、与购买人串通勾结，利用参保人医保凭证采取空刷，或以现金退付，或通过银行卡、微信、支付宝等支付手段进行兑换支付，骗取医保基金结算；

（7）虚构医药服务。收集并空刷参保人员医保凭证，在未真实销售药品的情况下，骗取医保基金结算；

（8）为门特门慢待遇参保人员，开具非认定病种治疗用药，申请使用医保门特门慢待遇支付相关费用；

（9）伪造变造资料。伪造、变造医保药品、医用耗材、医疗器械“进、销、存”票据和账目，伪造参保人员费用清单等方式套取医保基金；

（10）为非定点医药机构、中止医保协议期间的定点医药机构进行医保费用结算；

（11）参与或协助倒卖“回流药”;

（12）特殊药品使用中的“假病人”、药店自行伪造或勾结医药代表开具“假处方”以及倒卖“回流药”等；

（13）未按要求上传、采集药品、医用耗材追溯码；

（14）未建立药械进销存登记，或未定期开展药械盘点，未对药械出入库和实时库存情况开展计算机管理；

（15）未保存真实、完整的药械进销存记录；或以各种理由或原因，无法提供真实、完整的进销存台账数据；

（16）药械进销存未按规定注明通用名、生产厂家、剂型、规格、批号、数量、进（销）价格、进（销）金额、生产日期、购进日期、有效期、批文号等信息；

（17）未及时如实向统筹地区经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息，未定期向经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据；

（18）药械未明码标价；

（19）未按规定保存参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等；

（20）未经药师审核、签字即调剂、配发药品；

（21）重大信息发生变更但未办理变更的；

（22）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（23）未组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训；

（24）药店提供的药品销售小票、医保结算单与医保系统结算数据显示的药品名称、数量、金额不一致；

（25）不配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，医疗保障行政部门监督检查时不按规定提供相关

材料；

（26）为参保人员提供转卖药品、接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

（27）其他骗取医保基金支出的行为。

三、参保人员

（1）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骗取医保基金支出；

（2）将本人的医保凭证交由他人冒名使用；

（3）重复享受医保待遇；

（4）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；

（5）困难群众1年内住院3次以上、5次以上的予以关注；

（6）其他骗取医保基金支出的行为。

四、职业骗保团伙

（1）违反医保政策，帮助非参保人员虚构劳动关系等享受医疗保障待遇条件，或提供虚假证明材料如鉴定意见等骗取医保资格；

（2）非法收取参保人员医保凭证到定点医疗服务机构刷卡结付相关费用或套现；

（3）协助医院组织参保人员到医院办理虚假住院、挂床住院；

（4）其他骗取医保基金支出的行为。

五、异地就医过程中容易发生的违法违规行为

（1）定点医疗机构对异地就医患者过度检查、过度诊疗；

（2）定点医疗机构利用异地就医患者医保凭证通过虚构病历等行为骗取医保基金；

（3）定点医疗机构以返利、返现等形式诱导异地就医患者住院套取医保基金；

（4）定点零售药店利用异地参保人员医保凭证套刷药品倒卖牟利、串换药品等行为；

（5）其他骗取医保基金支出的行为。

乌审旗人民政府办公室 2025年4月23日印发