

## 关于印发《徽县医保基金管理突出问题工作方案》的通知

各县直有关部门：

现将《徽县医保基金管理突出问题专项整治工作方案》

印发给你们，请遵照方案内容，加快推进实施。

徽县医疗保障局    徽县人民法院    徽县人民检察院

徽县公安局    徽县财政局    徽县市场监督管理局

徽县卫生健康委员会（徽县中医药管理局）

2025年4月30日

抄送：县纪委监委群众身边不正之风和腐败问题集中整治工作领导小组办公室、县纪委监委驻县委宣传部纪检监察组

# 徽县医保基金管理突出问题 专项整治工作方案

根据国家、省、市统一部署，县医保局联合县法院、检察院、公安局、财政局、卫生健康委（中医药管理局）、市场监管局在全县范围内开展医保基金管理突出问题专项整治，特制定本方案。

## 一、目标任务

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻习近平总书记关于医保基金监管工作重要讲话精神和党中央、国务院重要决策部署，按照省市关于医保基金管理突出问题专项整治工作部署，聚焦欺诈骗保和违规使用医保基金问题、聚焦医保基金使用监督管理不力问题、聚焦制度机制难点堵点问题，紧盯定点医药机构、职业骗保人等重点对象和涉及医保基金使用监督管理的相关行业部门，严厉打击欺诈骗保和违规使用医保基金行为，全力配合纪检监察机关做好纠风治乱反腐各项工作，推动形成医保基金监管高压态势，保障医保基金安全高效、稳健持续运行，守好群众的“看病钱”、“救命钱”。

## 二、组织领导

在县纪委监委群众身边不正之风和腐败问题集中整治工作领导小组的统一部署下，县医保局牵头与县法院、检察院、公安

局、财政局、卫生健康委（中医药管理局）、市场监管局等部门，共同开展医保基金管理突出问题专项整治工作，并成立县级医保基金管理突出问题专项整治工作专班，负责组织召开工作协调会、调度工作进展情况、沟通协调解决有关问题，以及向县纪委监委群众身边不正之风和腐败问题集中整治工作领导小组办公室报告工作。各部门根据工作职责和任务分工，推进专项整治工作，按要求向工作专班报送相关工作材料。工作专班办公室设在县医保局，组成人员如下：

- 组 长：程江宝 县医疗保障局党组书记、局长
- 副组长：吴炳学 县医疗保障局党组成员、副局长
- 成 员：宋浩之 县人民法院党组副书记、副院长
- 方建新 县人民检察院党组成员、副检察长
- 曹 俊 县公安局党委委员、副局长
- 汪义元 县财政局三级调研员
- 徐玉宏 县卫生健康委员会副主任、县中医药管理局局长
- 潘明新 县红十字会副会长（分管县卫生健康委员会医政股）
- 郑劲松 县市场监督管理局党组成员
- 联络员：江之祥 县医疗保障局基金监管中心工作人员
- 徐云飞 县人民法院法官助理
- 鲍佳敏 县人民检察院检察官助理
- 姜 林 县公安局刑侦大队三级警长

胡筱华 县财政局社保股股长

姚 磊 县卫生健康委员会医政股负责人

吴建国 县卫生健康委员会中医股负责人

罗润金 县市场监督管理局经济监管股股长

### 三、部门责任

医保部门负责牵头开展医保基金管理突出问题专项整治工作；加强医保基金使用监督管理，严厉打击欺诈骗保和整治各类违规使用医保基金行为，健全医保基金管理制度机制；对违法违规使用医保基金的机构或人员依法依规处理，涉嫌违反医药领域法律法规的移送相关行政部门，涉及医疗机构向群众多收款项问题移送市场监管部门，涉嫌违纪违法的移送纪检监察机关、公安机关；狠抓医保工作全链条的纪律建设和作风建设，为人民群众提供优质高效的医保服务。人民法院做好各类欺诈骗保刑事案件的审判和执行，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。对涉医保骗保刑事案件办理依法开展法律监督。公安机关负责严厉打击各类欺诈骗保犯罪行为，及时接收、调查、处理医保部门移交的涉嫌犯罪线索，处理处置结果通报医保部门；工作中发现的涉医保违法违规问题线索，及时向医保部门移送；加大医保基金管理领域违法犯罪的刑事打击力度。财政部门加强对医保基金使用管理情况的财会监督检查；确保医保相关财政补助资金及时拨付到位。卫健部门

（含中医药管理部门）负责加强医疗机构监管，及时核查医保部门移交的涉及医疗行为的问题线索，处理处置结果通报医保部门；工作中发现的涉医保违法违规问题线索，及时向医保部门移送；探索建立区域医疗资源规划合议机制；配合指导医疗机构积极做好药品追溯码采集规范应用工作。市监部门开展医疗机构价格检查，常态化打击医药领域商业贿赂违法行为；强化药品生产、经营、使用质量监督管理，督促药品上市许可持有人、药品生产企业、药品批发企业、药品零售企业（药品零售连锁总部、连锁门店及单体药店）建立并实施药品追溯制度，按照规定提供追溯信息，保证药品可追溯。

#### 四、整治内容

##### （一）严厉打击欺诈骗保和违规使用医保基金问题

**1. 定点医疗机构：**通过车接车送，提供免费吃喝、免费体检，赠送礼品、返还现金等方式，诱导参保人虚假住院骗保；通过给予人头费、奖励提成等方式，拉拢参保人虚假住院骗保；与养老、康复、护理机构等勾结，诱导无住院需求的供养老人、康复人员、失能人员虚假住院骗保；聚敛参保人医保卡，通过空刷套刷等方式骗保；雇佣无资质人员冒用他人名义开展诊疗活动骗保；伪造篡改CT、X线、核磁共振、超声等医学影像资料和临床检验检查报告骗保；通过编造麻醉记录、手术记录、理疗记录等方式，虚构诊疗服务项目骗

保；通过伪造医嘱、处方，篡改药品耗材进销存记录，虚假开具药品耗材等骗保；将自费整形美容类项目串换为医保目录内项目收费骗保；重复收费、分解收费、超标准收费、过度诊疗、串换医疗项目或药品耗材等违法违规使用医保基金问题；未严格执行实名制就医管理规定，造成医保基金重大损失；未严格执行出入住院指征管理规定，低指征住院、分解住院、挂床住院、超长住院、频繁住院、结队住院等问题；严查收受回扣、“带金销售”等威胁医保基金安全行为；公立医疗机构向科室和医务人员下达创收指标，将医务人员薪酬与药品、检查、化验等收入挂钩；未严格执行药品耗材带量采购政策，无正当理由超过规定要求使用高价非中选产品；医疗机构超编制设立床位，违规购置大型医疗设备；非法执业、超范围执业；利用过期医疗设备开展检查化验；无指征开展检验外送项目；其他欺诈骗保和违规使用医保基金行为。

**2. 定点零售药店：**通过私自印刷定点医疗机构空白处方，私刻医疗机构公章、医师个人签章等方式伪造药品处方骗保；与医药企业勾结伪造药品处方骗保；通过互联网医院，借助人工智能自动生成虚假处方骗保；聚敛参保人医保卡，通过空刷套刷等方式骗保；将食品、保健品、日用品、化妆品等串换为药品骗保；组织本单位员工空刷套刷医保凭证骗保；组织前往其他单位、企业，诱导员工虚假购药骗保；诱导或协助参保人购药后倒卖“回流药”骗保；通过非法渠道采购“回

流药”二次销售；诱导或协助他人冒名购药、超量购药；未严格执行实名制购药管理规定，造成医保基金重大损失；“双通道”药品无处方销售或骗保问题；药店有组织套取基金问题；其他欺诈骗保和违规使用医保基金行为。

**3.职业骗保人：**“黑中介”拉拢、诱导参保人虚假住院骗保；药贩子、卡贩子、职业开药人倒卖“回流药”骗保；组织或参与空刷套刷医保基金，或骗取生育保险待遇等；组织或参与伪造处方、发票单据，伪造、篡改基因检测报告等病历资料骗保；协助非参保人骗取医保待遇资格；非法收集参保人员医保信息虚假报销；协助医院组织参保人员虚假住院；重复享受医保待遇，参与或配合他人欺诈骗保；冒用他人医保凭证就医购药；其他欺诈骗保和违规使用医保基金行为。

**（二）坚决整治医保基金使用监督管理不力、损害群众利益问题**

**1.医保行政部门：**履行行政监管责任不到位，对巡视巡察、纪检监察、审计监督移交线索，上级医保部门下发的重点线索，重大舆情反映的线索，以及群众反映强烈、反复举报、有明确指向的信访举报线索等，无正当理由不受理、不核查或核查不深不实、敷衍了事等问题；在监督检查工作中向被监督检查对象通风报信，泄露监督检查敏感信息，徇私枉法、包庇纵容；对上级医保部门明确提出处理意见的违法违规使用医保基金案件，无正当理由不予处理或避重就轻、

弄虚作假等问题；未科学确定医保第三方商业保险承办机构。

**2. 医保经办机构：**在办理参保业务工作中，违规为尚在医保待遇等待期的人员办理医保待遇；在办理困难群众医疗救助、门诊慢特病认定、医疗费用手工报销、医保关系转移接续、异地就医备案等业务工作中，不按规定条件、程序和时限办理，对符合条件的群众故意拖延、推诿刁难；在医保定点资格准入认定工作中，不认真审核申报材料，将不符合医保定点条件的纳入定点范围；履行经办机构审核检查责任不到位，对智能监管系统提示的重大疑点问题审核核查不严，对参保人员手工报销医疗费用审核不严，对应当由医保行政部门处理的问题线索未及时移交等问题；在医保基金结算清算、资金拨付等工作中审核不严；对协议履行情况管理不严，对该中止或解除医保协议的定点医药机构不依法依规处理；医保经办机构业务、财务、安全和风险管理制度不健全，内控流程存在重大漏洞，导致医保基金存在重大安全隐患问题；无正当理由克扣、拖欠定点医药机构医保资金；医保经办机构内部控制管理情况，制度建设、组织机构建设、业务运行、内控监督检查情况是否健全。

**3. 定点医药机构：**履行定点医药机构自我管理主体责任不到位，医保基金使用相关内部管理制度不健全，自查自纠不认真，造成严重违法违规使用医保基金甚至欺诈骗保问题；对各级医保部门开展的各类检查等发现的问题不认真及时整

改，甚至屡查屡犯问题；通过集体串供、篡改病历、销毁凭证、删除数据等对抗检查问题；不按照医疗行为规范，违规诊疗、过度诊疗，危害群众健康权益问题。

**4.相关行业主管部门：**履行行业部门主管责任不到位，对涉及医保基金使用的本部门职责范围内的违法违规问题，无正当理由不受理、不核查或核查不深不实、敷衍了事等问题；违规降低医药机构审批准入标准，审批设立不符合法定要求的医药机构，造成医保基金安全运行风险；对移交的涉及医保基金违法违规使用的问题线索不核查、不处理；挤占挪用医保基金、财政供养单位医保费缴纳不到位，造成医保基金出现重大支付风险；基金管理方面，是否存在挤占挪用医保基金、违规编制赤字预算、预算执行不利造成基金赤字等问题；因履行责任不到位，本地医保基金安全存在重大风险隐患或造成严重后果。

**（三）配合纪检监察机关查处不正之风和腐败问题**

一是党员干部、公职人员在参保缴费工作中，贪占群众缴费款、违规超标准收取费用问题。

二是党员干部、公职人员贪污挪用医保基金问题。

三是党员干部、公职人员内外勾结，通过伪造处方、发票单据，伪造、篡改基因检测报告等病历资料参与或协助欺诈骗保。

四是党员干部、公职人员利用医药机构审批、定点医药

机构资格准入以及其他业务管理等职权，以权谋私、收受贿赂。

五是党员干部、公职人员利用医保基金结算清算、资金拨付等职权，以拨付金额或办理时限为要挟，谋取私利、收受贿赂。

六是党员干部、公职人员在药品耗材挂网、药品耗材集中带量采购、医保目录谈判、基本药物目录制定过程中，利用职权以权谋私、收受贿赂。

七是党员干部、公职人员在医院采购过程中，利用职权以权谋私、收受贿赂；漠视群众利益，长期对药品耗材有中选品牌不采、采非中选品牌，且涉及“带金销售”情形。

八是党员干部、公职人员在行政检查、行政执法、协议处理等工作中徇私枉法、谋取私利、收受贿赂。

九是党员干部、公职人员、医务人员收受医药生产经营销售企业“回扣”问题。

十是党员干部、公职人员利用职务便利优亲厚友、吃拿卡要，为管理服务对象在行政许可、日常监督和行政执法方面提供照顾以牟取利益。

十一是党员干部、公职人员接受可能影响公正执行公务的宴请、娱乐、健身、旅游等活动；向行政相对人及相关单位报销应由个人支付的费用。

## 五、工作安排

第一阶段：部署启动（4月底前完成）。一是做好前期准备。组建本地工作专班，制定工作方案，明确整治目标、整治内容和整治措施，为专项整治工作打好基础。二是正式部署启动。在县纪委监委群众身边不正之风和腐败问题集中整治工作领导小组办公室的指导下，会同相关部门召开医保基金管理突出问题专项整治部署推进会。

第二阶段：自查自纠（2025年6月底前完成）。一是梳理问题清单。根据整治重点和工作实际，各部门对医保基金管理突出问题进行全面梳理，形成问题清单，确保摸清问题底数，不留盲区死角。二是深入开展自查自纠。涉及医保基金使用监督管理的相关部门和人员要真正把自己摆进去、把职责摆进去，对照整治内容，严肃深入开展自查自纠。同时督促定点医药机构对照整治问题和问题清单，深入开展自查自纠。三是推动立行立改。坚持“自查从宽、被查从严”政策导向，推动主动发现问题、列出整改措施，明确整改时限。由县医保局牵头督办自查自纠问题整改，并结合国家及省级飞行检查、市级专项检查等工作安排开展整改“回头看”。

第三阶段：集中整治（2025年11月底前完成）。一是严厉打击欺诈骗保。充分运用大数据线索靶向确定检查对象，提高打击精准性。多渠道拓宽线索来源，对近三年涉及欺诈骗保和违规使用医保基金的问题线索进行全面排查，分类加快处置。对群众反映强烈、社会影响恶劣的案件，重点督办，

严肃依规处理，形成有力震慑。二是支持配合做好纠治不正之风和腐败问题查处工作。对存在医保基金使用监督管理不力的相关人员，根据管理权限，由主管部门依规依纪依法进行处置，对涉嫌违纪违法人员，按程序移送纪检监察机关、公安机关处理。

第四阶段：总结提升（2025年11月上旬）。一是确保整改到位。坚持边查边改，切实抓好问题纠治，逐一对账销号。坚持严厉打击惩治、规范权力运行、警示教育引导相结合，强化综合施策、系统施治、以案促改。二是健全完善制度机制。深化以案促治，深入开展个案剖析、类案分析，深挖问题症结根源，研究提出针对性举措，将制度机制建设贯穿专项整治全过程各阶段，推动出台一批管用有效的医保基金管理长效制度机制。三是做好总结上报。11月初，县医保局要会同相关部门及时梳理、总结专项整治进展情况，主要包括打击欺诈骗保情况、协助查办腐败案件情况、医保基金管理相关长效制度机制建设情况和解决群众“急难愁盼”问题工作情况，形成总结报告报送市医保局、县纪委监委群众身边不正之风和腐败问题集中整治工作领导小组。

## 六、工作要求

（一）提高政治站位，压实各方责任。要深刻学习领会习近平总书记关于医保基金监管工作的重要讲话指示精神，深刻认识做好医保基金监管工作的特殊重要性，坚决维护医

保基金安全。压实医保行政部门监管责任、医保经办机构审核检查责任、定点医药机构自我管理主体责任、行业部门主管责任和地方政府属地监管责任。医保部门要主动向县委、县政府汇报工作情况，解决工作中的问题和困难，确保各项工作任务有力有序有效落实。

（二）加强协同联动，坚持严查严处。强化相关行业部门的横向联动，健全线索双向移送和联合惩戒机制，推进对欺诈骗保责任单位和人员的多重查处。增加与卫生健康行业内部审计监督协同联动，形成监督合力，推动规范公立医院医保基金使用。探索开展跨区域医保基金监管工作，打通异地案件协查、线索移送、数据比对等工作中的难点堵点，贯彻落实全省统一的违法违规认定规则和执法尺度。推动专项检查扩面提质，实现专项检查全覆盖定点医疗机构、定点零售药店、医保经办机构等。严厉打击惩治欺诈骗保，强化行纪衔接、行刑衔接，做好案件移送、受理等工作，促进监管结果的协同运用，提高监管效能。

（三）把握政策导向，做实舆论引导。要坚持依法依规、公正执法，防止专项整治工作简单化、“一刀切”；加强政策宣贯力度，引导定点医药机构主动自查自纠；坚持底线思维、强化整治为民，严厉打击恶劣的欺诈骗保等行为，坚决防止出现严重侵害群众利益的行为。广泛收集举报线索，倾听群众声音，回应群众关切；加强舆情跟踪监测和分析研判，及

时处置不良舆情，加强与宣传、网信部门密切沟通，做好舆情风险管控，严防蓄意抹黑、恶意炒作，防止出现极端事件及重大舆情。

（四）健全制度机制，严肃工作纪律。全面落实医保支付资格管理制度，对违法违规情形严重的医务人员和药店经营管理人员予以扣分或暂停医保支付，实现“监管到人”“处罚到人”。探索建立责任追究、尽职免责机制，在进一步压实责任的同时，明确尽职免责情形，营造鼓励较真碰硬、担当作为的良好氛围。从源头上加强医保基金收支管控，坚决避免违规编制赤字预算以及预算执行不力造成医保基金赤字问题。要严守政治纪律和工作纪律，严格执行重大事项请示报告和保密制度，不得擅自对外发布相关工作情况。要加强对工作人员的教育、监督、管理，强化自我约束，将廉政风险防控贯穿专项整治履职尽责全过程。