



**旌德县人民政府办公室
关于印发《关于建立健全医疗保障基金使用
监管长效机制的实施办法》的通知**

政办〔2022〕51号

各镇人民政府、县直各单位：

《关于建立健全医疗保障基金使用监管长效机制的实施办法》已经县政府第4次常务会议研究通过，现印发给你们，请遵照执行。

旌德县人民政府办公室

2022年7月14日

（此件公开发布）



关于建立健全医疗保障基金使用监管 长效机制的实施办法

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，认真贯彻习近平总书记考察安徽重要讲话指示精神，按照党中央、国务院及省委、省政府决策部署，坚持政府主导、社会共治，完善法治、依法监管，改革创新、协同高效，综合治理、源头防范，惩戒失信、激励诚信原则，加快推进医疗保障基金监管制度体系改革，构建医保基金全领域、全流程、全链条的监管防控机制，提高医保基金使用效能，切实维护人民群众医疗保障权益，不断提高人民群众获得感和满意度，促进我县医疗保障事业健康持续发展。

（二）主要目标

加快建成医疗保障基金监管制度体系和执法体系，形成以法治为保障，信用管理为基础，多形式检查、大数据监管为依托，党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的



全方位监管格局，实现我县医疗保障基金监管法治化、专业化、规范化、常态化，并在实践中不断发展完善。

二、工作举措

（一）强化常态化监管机制

1.严格定点协议管理。切实加强医保经办机构内控制度建设，规范医保服务协议管理。将定点医药机构遵守法律法规、落实医疗保障政策、执行财务管理制度等纳入定点医药机构协议内容。在定点医药机构资格评估过程中，坚持严格审核把关，对存在财务制度不健全，造成无账可查、无源可溯等情况的不予定点。经查实存在严重欺诈骗保等重大违法违规行为的，按照协议约定解除医保协议，并依法依规严肃查处。（责任单位：县医保局）

2.强化定点协议考核。制定完善考核细则，医保经办机构或其委托符合规定的第三方机构，对定点医疗机构开展绩效考核，建立动态管理机制。强化年度检查考核的奖惩激励机制，考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。（责任单位：县医保局）

3.强化医保医师管理。实行医保协议医师积分管理制度，对违反协议约定的医保医师，按规定进行扣分，扣完年度积分即暂停其医保医师资格。定点医疗机构要建立健全医保医师管理激励和约束机制，将医保医师执行医疗保险政策、履行服务协议及参



保人员评价满意度等情况，纳入事业干部年度考核，与其工资待遇、职务职称晋升等挂钩。（责任单位：县医保局、县卫健委、县人社局）

4.坚持全覆盖检查。严格落实属地管理责任，县医保部门统筹经办机构监管力量，每年对区域内定点医药机构上一年度医保基金使用情况至少开展一次全覆盖现场检查。（责任单位：县医保局）

5.组织交叉互查。县级医保部门组织县域内各医共体牵头单位开展交叉互查，或者跨行政区域与其他县级医保部门组织开展交叉互查。（责任单位：县医保局）

6.注重清底彻查。每年3月份对全县上年度办理的医保案件进行结案检查，发现定点医疗机构存在“假病人、假病情、假票据”等恶劣骗保行为的，深挖彻查。协调辖区内各方监管力量，采取“双随机、一公开”直接检查、病历核查、走访调查、聘请第三方检查等方式，依法依规对相关定点医疗机构法定有效追诉期内的所有病历进行逐一核查，确保其骗保问题见底清零。（责任单位：县医保局、县卫健委、县市场监管局、县公安局等）

7.强化专项整治。针对举报反映强烈、违规情节严重、一定范围内普遍存在的典型问题开展专项整治，靶向纠治各类典型违法违规行为。视情开展专项整治“回头看”。（责任单位：县医保



局、县卫健委、县市场监管局等)

8.加强监管力量。理顺医疗保障行政监管与经办机构协议管理的关系，明确各自的职责边界，加强工作衔接沟通。推进县、镇、村三级医保基金监管体系建设，落实医保监管执法经费保障。(责任单位：县医保局、县财政局等)

9.实施驻点监督。落实医保基金监管驻点督导制度，向县域医共体牵头单位等基金使用占比较高的定点医疗机构派出医保督导员，开展医保政策宣传，指导定点医疗机构健全内控管理制度，监督其落实医保政策和规范诊疗服务行为，推动基金监管关口前移。(责任单位：县医保局)

(二) 强化联合监管机制

10.明确部门监管职责。医保部门要切实发挥牵头作用，强化主责意识，认真履行医保基金规范支付的责任，主要负责人要直接参与医保基金监管检查；卫生健康部门要加强医疗机构和医疗服务行业监管，规范医疗机构及其医护人员医疗服务行为；公安部门要加大对欺诈骗保案件的侦办查处力度；审计机关要加强医保基金监管相关政策措施落实情况跟踪审计，督促相关部门履行监管职责。其他相关部门要坚决扛起行业监管职责，各负其责，协同配合，形成合力。(责任单位：县医疗保障基金监管工作联席会议成员单位)



11.推进部门信息共享。充分利用大数据平台，加强部门间信息共享。积极推进户籍信息、死亡信息、参保信息、离退休信息、征缴信息、防止返贫致贫监测对象信息、残疾人员信息等数据归集汇聚和互联互通，堵住因信息不对称导致的医保基金监管漏洞。（责任单位：县数据资源局、县公安局、县民政局、县医保局、县乡村振兴局、县税务局、县委组织部、县退役军人事务局、县残联等）

12.建立案件移送制度。明确案件移送标准和程序，对涉及相关部门职责权限的违法违规案件线索，及时移送相关部门查处或者商请联合查处。对存在欺诈骗保行为的定点医药机构，医保、卫生健康、药品监管等部门依法作出罚款、停业整顿、吊销执业（经营）资格、从业限制等处罚；对涉嫌犯罪、违纪或者职务违法、职务犯罪的，按省市规定程序及时移送处理。（责任单位：县医保局、县公安局、县卫健委、县市场监管局等）

13.探索异地协同监管。认真落实医保基金使用就医地管理责任，加大对异地就医费用监管，加强对外地参保人员在我县定点医疗机构就医报销病案的抽查检查力度，加大对我县参保群众在外地就医情况及费用的核实。（责任单位：县医保局）

（三）强化社会监管机制

14.实行举报奖励制度。发挥新闻媒体打击欺诈骗保正面宣



传和舆论监督作用。畅通电话、网络、来信来访等投诉举报渠道，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程。坚决落实举报奖励制度，对查实的举报线索，按规定给予举报人相应奖励。（责任单位：县医保局、县财政局、县委宣传部）

15.聘请社会监督员监督。建立医保基金社会监督员制度，聘请人大代表、政协委员、新闻媒体工作者和群众代表担任社会监督员，对定点医药机构、经办机构、参保人员等的医保基金使用行为进行广泛深入监督。（责任单位：县医保局）

16.借助第三方力量监管。以政府购买服务的形式常态化引入第三方力量参与监管。充分发挥商业保险机构在经办和监管方面的专业优势。聘请第三方机构及专业人员，协助医保部门对定点医药机构进行病历核查、大数据分析、财务审计等，提高基金监管专业化水平。（责任单位：县医保局、县财政局等）

17.定期曝光典型案例。严格按照《国家医保局关于建立基金监管重大案情曝光台的通知》要求，通过网站、新闻发布会、微信公众号、广播电视台、报纸等新闻媒体或公共平台，依法依规及时曝光欺诈骗保典型案例，切实增强震慑效应，正确引导社会舆论。（责任单位：县医保局）

（四）强化医药机构自主监管机制

18.推动医药机构自我管理。严格执行国家医保局《医疗机



构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，推动定点医药机构建立健全医保管理、财务、价格、统计、医疗质量安全等内控制度，规范设置内部医保管理部门。督促定点医疗机构主要负责人负责医保工作，强化医疗机构医保基金使用主体责任。引导医疗机构加大医保基金使用情况在各类绩效考核中的权重，主动规范医保基金使用行为。（责任单位：县医保局、县卫健委、县市场监管局等）

19.推进医药卫生、医保行业自律。鼓励成立公立医疗机构、社会办医疗机构、零售药店、医师、医保等行业协会，制定自律公约。卫生健康部门要促进临床效果好、成本低的新技术在诊疗服务项目中的运用，对于临床效果差、成本高的旧技术应及时予以停用。定点医药机构的法定代表人，要依法依规签订承诺书，约定承担的责任。（责任单位：县医保局、县卫健委、县市场监管局等）

（五）强化大数据智能监管机制

20.建立统一的智能监控系统。加快建立全县集中统一的智能监控系统，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。在就医、检查、住院、购药等场景对参保人员异常就诊行为进行同步在线监控，实现诊疗数据和服务影像的实时比对，有效收集和锁定违规证据，逐步从稽核人员



现场查验转变为以远程监管、移动监管、预警防控为特征的非现场监管，提升监管精准化、智能化水平。（责任单位：县医保局、县卫健委、县数据资源局、县财政局等）

21.实行大数据筛查监管。打通医保信息系统和医药机构信息系统，实现互联互通和实时数据传输，随时掌握定点医药机构诊疗服务行为原始数据，在实施DIP结算模式下，通过智能审核模块对每一笔医保支付费用进行全面审核。不断完善药品、诊疗项目、医用耗材及医疗服务设施等基础信息标准库和临床指南等医学知识库，完善智能监控规则，提升智能监控功能，实现医保基金使用事前、事中和事后全流程监管。（责任单位：县医保局）

22.创新建立监管制度。将医疗保障基金监管纳入村委会（社区）网格化管理，明确镇、村医保基金监督信息员。完善约谈警示制度，对医保工作不力的定点医药机构有关负责人，进行警示提醒、告诫指导并督促纠正约见谈话。必要时和纪检监察部门及行业主管部门联合开展，并下达警示函。抽取定点医疗机构病案，邀请专家开展“三合理一规范”评查，规范各级医疗机构诊疗行为，防止过度诊疗。明确医保违规行为专项治理触发制度，及时开展专项治理。（责任单位：县医保局、各镇政府）

23.强化基金监管规范保障。规范医保监管执法程序和处罚标准，建立健全医疗保障领域行政执法公示、执法全过程记录、



重大执法决定法制审核制度。完善医保对医疗服务行为的监控机制，将监管对象由医疗机构延伸至医务人员，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗服务绩效双控制。落实医疗卫生行业诊疗标准，逐步开展临床路径管理，完善并落实临床药师制度、处方点评制度，强化临床应用和评价等标准规范运用。（责任单位：县医保局、县司法局、县卫健委）

三、工作要求

（一）加强组织领导。强化县医疗保障基金监管工作联席会议制度，统筹、指导、协调全县医保基金监管工作。医保及相关部门依法履行相应职责，加强信息交流，实现联动响应，推进综合监管结果协同运用，协同推进改革。

（二）建立工作机制。建立激励问责机制，将打击欺诈骗保工作纳入相关工作考核。强化责任担当，积极主动发现问题，依法依规严肃查处问题，对欺诈骗保行为零容忍，公开曝光典型案例。切实落实监管职责，加强工作衔接，确保人员到位、责任到位、措施到位，严肃追究监管不到位责任。

（三）做好宣传引导。大力宣传加强医疗保障基金监管的重要意义，动员社会各方共同推进监管制度体系改革，结合实际创新监管方式方法。加强舆论引导，深入基层、贴近群众，运用群众语言宣传解读医保政策，积极回应社会关切，广泛宣传先进典

型，发挥示范引领作用，努力营造改革的良好氛围。

（四）严肃责任追究。建立医保基金监管责任倒查制度，对医保及相关部门有线索不核查、有案件不查处甚至包庇隐瞒、内外勾结，造成医保基金重大损失或恶劣社会影响的，一律依规依纪依法严肃追责问责，并在一定范围内予以通报。