

邢台市医疗保障局文件

邢医保字〔2024〕3号

邢台市医疗保障局 关于印发《医保基金监管效能提升年活动 工作方案》的通知

各县（市、区）医疗保障局，市本级医疗保障经办机构：

按照省政府主要负责同志在省政府第二次廉政工作会议上的部署要求，根据国家医保局《关于做好2024年医保基金监管工作的通知》和河北省医保局《医保基金监管效能提升年活动工作方案》精神，市医保局研究制定了《医保基金监管效能提升年活动工作方案》，现印发你们，请结合实际认真抓好贯彻落实。

(此页无正文)



(主动公开)

医保基金监管效能提升年活动工作方案

为深入贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府关于加强医保基金监管工作决策部署，进一步提升医保基金监管效能，坚决守住医保基金安全底线，按照省政府主要负责同志在省政府第二次廉政工作会议上的部署要求，根据国家医保局《关于做好2024年医保基金监管工作的通知》和河北省医保局《医保基金监管效能提升年活动工作方案》精神，决定在全市组织开展医保基金监管效能提升年活动，制定如下工作方案。

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，始终把维护医保基金安全作为全省医保部门首要任务，牢固树立大监管理念，持续推动医保基金监管效能提升，持续巩固不敢骗的高压态势，织密不能骗的天罗地网，构建不想骗的长效机制，守好人民群众“看病钱”“救命钱”。

（二）工作原则。一是坚持问题导向。对群众反映强烈、社会影响恶劣的欺诈骗保案，综合运用协议处理、行政处罚、行刑衔接等手段依法依规从严快处。二是坚持点线面结合。深入推进飞行检查、专项整治、日常监管，精准打击各类欺诈骗保行为，不断提升基金监管的有效性。三是坚持大数据赋能。以全国统一的医保信息平台为依托构建大数据模型，常态化筛查分析可疑数

据线索，实现非现场监管与现场监管有机结合，推动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。四是坚持标本兼治。将完善医保基金监管制度机制贯穿活动始终，及时发现问题，制定有效措施，不断健全打击欺诈骗保长效机制。

二、工作举措

（一）强化定点医药机构自我管理主体责任。省市医保局将结合既往年度国家飞行检查、省级飞行检查、市级飞行检查、线索核查、专项整治中发现的普遍问题和典型案例，系统梳理并制定定点医药机构自查自纠问题清单。各县（市、区）医保部门依照问题清单，组织辖区内定点医药机构举一反三，深入开展自查自纠，推动存量问题全面整改。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，加强医药服务规范管理，合理、规范使用医保基金。紧密型医联体牵头医疗机构要履行好内部医保基金使用管理责任。

（二）做实日常监管。压实县（市、区）医保部门监管责任，各级医保部门要科学制定年度日常监督检查计划，实现日常核查年度全覆盖。强化医保支付环节费用审核责任，对数据指标异常的定点医药机构加大现场核查力度。强化对定点医疗机构落实缩小住院实际报销比例与政策范围内报销比例差距的监督检查，持续对医保目录内药品、耗材、诊疗项目使用以及参保群众住院实际报销比例变化情况进行监测，确保到年底实际报销比例比2022

年提高 5 个百分点。强化对门诊保障定点药店的监管，在年终岁尾等重点时间节点，通过明察暗访等形式有针对性防止突击划卡等违法违规行为。持续畅通举报渠道，实现举报线索处理全流程留痕留档，用好举报奖励政策，对举报投诉集中的定点医药机构及时拓宽检查范围，依法依规处理到位。

（三）做精飞行检查。按照“以上查下、交叉互查”原则，综合考虑定点医药机构性质和类别、基金支出排名等因素，制定市级飞行检查计划，明确检查对象范围，2024 年飞行检查聚焦重症医学、麻醉、肺部肿瘤等重点领域，同时开展挤占挪用医保基金问题专项检查，实现市对县（市、区）全覆盖。对上年度飞行检查发现问题整改情况进行“回头看”，对屡查屡犯、屡教不改的，依法依规从严惩处。加大飞行检查后续处置和整改力度，实现飞行检查全流程闭环管理。举一反三，对飞检发现的问题，在全市范围内延伸核查，强化后续跟踪问效。

（四）做细专项整治。2024 年市医保局将继续联合市检察院、市公安局、市财政局、市卫健委等部门，聚焦虚假诊疗、倒卖医保药品、虚假购药等欺诈骗保行为，聚焦检查、检验、康复治疗等重点领域，聚焦医保基金使用金额大、存在异常变化的重点药品和医用耗材，开展打击欺诈骗保专项整治。加强部门间数据共享和协调联动，形成一案多查、一案多处联合惩戒机制。加强行政执法和刑事司法有效衔接，依法严厉打击医保领域违法犯罪行为。对涉嫌违纪和职务违法、职务犯罪的问题线索及时移送

纪检监察机关，强化震慑效应。

（五）强化智能监管。依托全国统一的医保信息平台，充分运用医保智能监管子系统，加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管全过程智能监控，提升精准化、智能化水平。加快医保基金智能监控知识库、规则库建设和应用，加强动态维护升级，不断提升智能监控效能。高质量完成全国医保反欺诈大数据应用监管试点，常态化开展医保数据筛查分析，通过大数据分析锁定医保基金使用违法违规行为，发现欺诈骗保行为规律，有针对性地加大宏观管控、现场检查执法和精准打击力度。开展医保药品追溯码智能识别试点，实现对定点医药机构串换、倒卖药品全流程监管。强化事前提醒，督促指导定点医药机构加快对接智能监管子系统，引导医务人员自觉遵守医保政策和临床诊疗规范，合理合规开展医药服务，从源头减少违规行为发生。强化事中审核，各级医保经办机构要对全量费用进行全面智能审核，建立结算单据疑点问题核查处理机制，加大违规问题的协议处理力度。强化事后监管，完善大数据分析子系统功能，加强对高风险人群、机构的诚信画像及对欺诈骗保行为的风险识别，提升精准打击能力。强化防挂床监管系统运用，加大抽查频次，有效防范虚假住院和挂床住院。加大定点医药机构视频监管系统推广应用力度，加快实现门诊统筹定点药店全覆盖。

（六）强化宣传和社会监督。继续在2024年4月份组织开

展医保基金监管集中宣传月活动，应用短视频、警示教育片等群众喜闻乐见的宣传形式，加强对医保基金监管相关政策措施的宣传解读和对定点医药机构、医护人员的宣传引导。统筹各县（市、区）医保政策宣传教育资源，采取“一城带全市”方式，对定点医药机构开展常态化政策宣传。加大面向定点医药机构的典型案例内部通报力度，强化对高发频发违法违规行为的警示教育和震慑作用。健全完善医保基金社会监督员制度，鼓励和支持社会各界参与监督。强化对医保基金使用相关舆情的监测预警，完善基金监管应急处置机制，做好提前研判和有效应对，遇有重大事项要及时主动向市医保局报告。

（七）持续完善基金监管长效机制。进一步完善以上查下、交叉检查的工作机制，破解同级监管难题。建立抽查复查、倒查追责工作制度，压实基层医保部门监管责任。认真落实《河北省医疗保障医师考核办法》，完善医保基金使用“监管到人”的机制，引导医务人员自觉规范“处方笔”。建立健全医保基金信用管理机制，针对定点医疗机构、定点零售药店、参保人等主体，完善基金监管信用评价体系，将信用评价结果与监督检查频次、处罚裁量、医保资金拨付等挂钩，树立守信激励和失信惩戒的价值导向。完善异地就医协同监管制度和跨区域工作机制，落实就医地和参保地监管责任，防范异地就医过程中的欺诈骗保风险。深入研究基金监管面临的新形势新问题，加快推进门诊统筹、异地就医、按病组和病种分值付费、互联网+医疗、长期护理保险

等领域的医保基金监管工作。

三、工作要求

(一)提高政治站位。各级医保部门要充分认识医保基金监管效能提升年活动的重要意义，强化责任担当，切实履职尽责。要全面贯彻落实国务院办公厅《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）精神，以组织实施医保基金监管效能提升年活动为主线，以扎实推进缩小住院实际报销比例与政策范围内报销比例差距行动为抓手，进一步压紧压实医保基金常态化监管责任。要及时向当地党委、政府报告提升年活动进展情况，强化全市医保系统联动，主动加强与卫健、公安等部门的协同配合，形成监管合力，确保活动取得全市性整体效果。

(二)加强组织领导。市医保局成立由主要负责同志任组长，分管负责同志任副组长，各科室中心主要负责同志为成员的全市医保基金监管效能提升年活动工作专班，统一调度指导全市提升年活动。各县（市、区）要建立相应工作机制，加强领导、统筹协调、扎实推进。建立提升年活动月报告、季调度制度，各县（市、区）每月1日前报告活动进展情况，季度调度会在每季度第一个月第二周召开，各县（市、区）医保部门分管负责同志汇报上季度活动进展情况和本季度工作安排，研究提出进一步改进的措施。各县（市、区）提升年活动总结报告要于12月31日前经局主要负责同志签字后报市医保局。

(三)坚持统筹推进。将提升年活动与专项整治、飞行检查、日常监管、缩小住院实际报销比例与政策范围内报销比例差距行动等统筹谋划、一体推进，确保相互协同、效应叠加，不断提升医保基金监管水平。牢固树立大监管理念，坚持医保政策实施到哪，医保监管就覆盖到哪，确保监管无死角、无盲区。

(四)持续加强监管能力建设。加强行政执法培训，强化以案释法、案例教学，依法依规开展行政执法，规范行政处罚和自由裁量权，高质量完成国家医保行政执法试点，提高监管法治化水平。加快推进国家医保信息平台基金监管各模块应用，及时准确报送基金监管数据信息，提高监管规范化水平。加强检查能力培训，进一步完善各类检查指南，提高监管专业化水平。深入推进医保基金监管领域廉洁文化建设三年行动，切实防范风险隐患，完善廉洁监管制度机制，全力构建风清气正的医保基金监管政治生态。

