



# 淮南市人民政府办公室关于印发 淮南市医疗保障基金使用监管长效机制 实施方案的通知

淮府办〔2021〕22号

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《淮南市医疗保障基金使用监管长效机制实施方案》已经市委、市政府同意，现印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

淮南市人民政府办公室

2021年10月28日

# 淮南市医疗保障基金使用监管 长效机制实施方案

为全面提升医保治理能力，堵塞医保基金监管漏洞，维护医保基金安全，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》和《安徽省人民政府办公厅关于建立健全医疗保障基金使用监管长效机制的若干意见》（皖政办〔2021〕9号），经市委、市政府同意，结合我市实际，制定本实施方案。

## 一、总体要求

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻习近平总书记关于医保工作的重要指示批示精神，严格落实党中央、国务院和省委、省政府关于医保基金监管的决策部署，将医保基金监管作为医保工作的“生命线”，深入落实医保基金监管制度改革要求。坚持行政监管与协议监管相结合、医保部门常态监管与相关部门联合监管相结合、传统方式监管与智能监管相结合、长效机制建设与专项整治相结合、强化主体责任与构建信用体系相结合、全链条监管与全方位服务相结合，对欺诈骗保问题严处快查、全面清查、深挖彻查、回头倒查、人事同查，实现对医保基金使用全过程、全周期、全链条、全系统、全方位监管，推动形成以法治为保障，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、多层次监管格局，切实维护医保基金安全，管好用好人民群众“看病钱”“救命钱”，不断提高人民群众获得感、幸福感、安全感。

## **二、重点工作**

### **（一）强化医保部门常态监管机制。**

**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。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。对于医药机构受到卫生健康、市场监管等部门行政处罚的，在评估中要予以充分考虑，情节严重的依据相关规定不予定点。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：市医保局）

**2. 强化医保医师管理。**医保部门与涉及医保基金使用的医护人员签订服务协议，将监管对象由医疗机构延伸至医护人员。严格落实医保医师积分管理制度，根据医保违规行为性质扣减相应积分，扣完年度积分即暂停其医保医师资格。（责任单位：市医保局）

**3. 坚持全覆盖检查。**严格落实属地管理责任，各级医保部门统筹经办机构力量，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。市医保局对各县（区）全覆盖检查落实情况进行抽查。（责任单位：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局等。排在第一位的是牵头责任单位，下同）

**4. 开展突击检查。**落实突击检查工作制度，完善突击检查工作流程和操作规程，不定期通过突击检查督促指导各县区工作。按照“双随机、一公开”原则，针对智能监控、数据筛查和投诉举报反映医保基金可能存在安全风险的，采取“四不两直”方式，开展突击检查。（责任单位：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局、市公安局等）

**5. 组织交叉互查。**统筹全市医保部门监管力量每年开展跨行政区域检查，县级医保部门在开展检查时，可以组织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：市医保局）

**6. 注重清底彻查。**发现医疗机构存在“假病人、假病情、假票据”等恶劣骗保行为的，盯住不放、全面起底、深挖彻查。协调辖区内各方监管力量，通过病历核查、走访调查等方式，依法依规对相关定点医疗机构法定有效追溯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：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局、市公安局等）

**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：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局、市公安局等）

**8. 加强监管力量。**建立健全市、县（区）医保基金监管机构，完善医保基金监管执法体系。高度重视医保部门领导班子和干部队伍建设，注重选配有医药、医保等专业背景的人员，增强医保部门领导班子业务能力。开展医保监管培训，提升在医药、医疗、法律法规、信息化、财务管理等方面监管能力。完善市、县、乡、村四级医保基金监管体系，推进网格化管理。市、县（区）设立医疗保障社会监督员，乡镇（街道）、村（社区）设立医保网格员，明确网格员的工作内容和工作流程并及时上墙公示，设立工作标志牌，网格员负责对所承包的网格内定点医药机构及其工作人员提供医药服务、使用医保基金，以及参保人员享受医保待遇等进行监督，发现的违法线索交由所属医保部门查处。落实日常监管执法经费保障。（责任单位：市医保局、市财政局等）

**9. 实施驻点监督。**实施医保基金监管驻点督导制度，由医保部门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，或者受到举报投诉较多、违规频次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：市医保局）

**10. 实行联系督导。**建立基金监管联系督导制度，对下级医保部门基金监管工作职责履行、监督检查落实及宣传警示开展等情况进行督促指导，市医保部门定期对县区医保基金监管工作和定点医药机构进行督导检查，每年不少于两次，重点抽查问题较多、群众反映强烈和举报线索集中的县区和定点医药机构，及时了解医保基金监管存在困难和工作建议。（责任单位：市医保局）

**（二）强化大数据智能监管机制。**

**11. 建立统一的智能监控系统。**建立统一、高效、兼容、便捷、安全的医保智能监控系统。推广视频监控、生物特征识别等技术应用。开展药品、医用耗材进销存实时监管，随时掌握使用数量并与医保结算数据进行核对。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：市医保局、市卫生健康委、市数据资源局等）

**12. 实行大数据筛查监管。**利用大数据技术手段常态化对基金使用情况进行筛查，结合 DIP 试点和慢病管理系统建设等，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，通过智能审核模块对每一笔医保支付费用进行全面审核。对发现苗头性的问题，有针对性的组织力量严厉查处，防患于未然。每年定期全

面筛查，对发现的问题及时查处和予以解决。（责任单位：市医保局）

（三）强化相关部门联合监管机制。

**13. 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。（责任单位：市维护医保基金安全领导小组成员单位）

**14. 推进部门信息共享。**充分利用大数据中心平台，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：市数据资源局、市公安局、市民政局、市医保局、市乡村振兴局、市税务局等）

**15. 常态开展部门会商。**在各级维护医保基金安全领导小组的统一领导下，医保、卫生健康、公安、市场监管、人力资源社会保障等部门定期会商，分析研判医保基金监管形势，讨论医保基金监管工作中的重大问题，协同推进重点案件查处。（责任单

位：市维护医保基金安全领导小组成员单位）

**16. 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。对查实的违法违规线索，及时移交相关部门，综合运用司法、行政等手段，严肃查处欺诈骗保的单位和个人，提升惩处威慑力。对存在欺诈骗保行为的定点医药机构，医保、卫生健康、市场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；对涉嫌犯罪的，依法移交司法机关追究刑事责任；对涉嫌违纪或者职务违法、职务犯罪的，按规定程序及时移送纪检监察机关处理。（责任单位：市医保局、市公安局、市卫生健康委、市市场监管局等）

**17. 推行医保信用监管。**加强医保基金监管信用体系建设，围绕医保法律法规和政策落实情况、医保基金管理制度建立执行情况、医保基金规范使用情况等，对医保经办机构、定点医药机构和参保人开展信用评价。强化信用评价结果与预算管理、检查稽核、协议管理等相关联，依法依规实施守信激励和失信惩戒。（责任单位：市医保局、市信用办等）

**18. 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。对省内异地就医的，由就医地纳入年度工作计划统一监管。对省外就医的，通过发送协查函等方式商请就医地医保部门进行核查。同时，探索推动建立长三角



地区异地就医协同监管体制和运行机制，加强信息共享，统一标准，开展联审互查。（责任单位：市医保局）

（四）强化医药机构自主监管机制。

**19. 推动医药机构加强自我管理。**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。鼓励医疗机构在临床、检验、影像等科室设置医保联络员，负责本科室医保政策宣传和执行工作。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：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局等）

**20. 推进医药卫生、医保行业自律。**鼓励并促进公立医疗机构、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，促进行业自我规范和自我约束，提升行业诚信水平。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。定点医药机构所使用的每一分医保基金，都要让监管部门和群众“看得见”。定点医药机构涉及医保相关的所有数据端口应当向医保部门开放互联，自觉接受检查。（责任单位：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局等）

(五) 强化社会力量协同监管机制。

**21. 实行举报奖励制度。**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。认真落实举报奖励制度，对查实的举报线索，给予举报人相应奖励。（责任单位：市医保局、市财政局等）

**22. 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：市医保局）

**23. 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。聘请医学、大数据、财务、审计、统计及商业保险等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：市医保局、市财政局、淮南银保监分局等）

**24. 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，各级医保部门通过门户网站、主流媒体等向社会通报主要工作情况，尤其向社会公开案件查处情况，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，全方位接受社会参与监督。（责任单位：市医保局）

### 三、组织保障

(一)强化组织领导。各县区要高度重视医保基金监管工作，主要负责同志要靠前指挥、一抓到底。充分发挥政府在医保基金监管法治建设、标准制定、行政执法、信息共享等方面的主导作用。市、县(区)分别成立由政府负责人任组长，医保、卫生健康、市场监管、财政、审计、公安、司法行政等有关部门负责人参加的维护医保基金安全领导小组，统筹协调基金监管重大行动、重大案件查处等工作。

(二)加强行业党建。切实把维护基金安全作为医药领域全面从严治党的重要抓手，筑牢医保基金监管的政治保障。各级医保、卫生健康部门和医药机构要切实加强党组织建设，切实做到抓党建促医保基金监管、抓党建促医疗服务规范、抓党建促基金合理使用，严格落实“一岗双责”，牢固树立为人民执政用权的理念，对各种腐败现象“零容忍”。党建及党风廉政建设基础性工作全面到位，纳入基金监管工作内容，力戒形式主义、官僚主义，不断强化为人民服务的宗旨意识，共同管好用好医保基金。

(三)加强宣传培训。对医保基金监管人员，每年开展业务培训，并强化实战练兵，全面提升监管能力。对定点医药机构及其工作人员。大力开展基金监管条例及相关法律法规的宣传培训，特别是对问题较多的定点医药机构和群体开展强化教育。医保部门组织力量，每年至少开展一次全覆盖宣讲，定点医药机构

每半年进行一次全员学习。对广大参保群众，利用各类媒体，广泛宣传解读医保政策，公布欺诈骗保典型案例和举报电话，提高社会各界和广大群众对医保政策法规的知晓度和参与医保基金监管的积极性，推动形成全社会共同关心、支持、参与医保基金监管的浓厚氛围。

（四）严肃责任追究。强化部门工作联动的合力，依据基金使用监管长效机制考核清单对各县区医保局进行考核，增强守土有责理念，开展经常性工作督查，明确工作责任，严肃追究敷衍塞责、不负责任行为。建立医保基金监管责任倒查制度，各级医保部门定期向同级政府汇报基金监管工作情况并对存在问题及时强化解决，对严重问题及时追究责任。对有线索不核查、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。

附件：基金使用监管长效机制考核清单

附件

## 基金使用监管长效机制考核清单

检查内容	分值权重	考评标准	得分
一、学习贯彻国家政策法规（26分）			
组织领导建设情况	9分	1. 以县（区）政府名义组建维护基金监管安全领导小组。3分。	
		2. 建立专职机构及人员队伍。3分。	
		3. 理顺医保行政监管、行政执法与经办协议管理的关系。3分。	
党风廉政建设情况	11分	4. 将党建、党风廉政建设纳入基金监管工作，每季度开展政治“三力”（政治判断力、政治领悟力、政治执行力）教育培训。3分。	
		5. 在基金监管方面落实“一岗双责”主体责任。3分。	
		6. 定期向驻委纪检组汇报基金监管工作。3分。	
		7. 联合纪检部门定期开展廉政教育。2分。	
宣传教育培训情况	6分	8. 每半年开展医保监管业务培训学习一次。4分。	

 淮南市人民政府行政规范性文件

		9. 督促辖区内定点医药机构每半年组织一次全员学习医保法规和协议规定。2分。	
二、制定完善各项制度、机制（16分）			
工作方案制定及落实情况	5分	10. 每年度制定基金监管工作方案。3分。	
		11. 对基金监管工作方案推进情况定期总结。2分。	
各项制度制定及落实情况	11分	12. 建立社会监督员制度并聘用社会监督员。2分。	
		13. 建立基金监管网格化管理制度。2分。	
		14. 建立医保信用评价体系和信息披露制度。2分。	
		15. 依据省、市相关制度，结合实际制定本辖区内管理制度。3分。	
		16. 每年针对发现的新问题出台相关制度。2分。	
三、开展全覆盖监督检查（21分）			
日常监督检查开展情况	12分	17. 对辖区内定点医药机构开展全覆盖检查。3分。	
		18. 经办机构独立开展日常审核、稽核，并取得成效。3分	
		19. 医保行政部门对医保经办机构业务开展督查。2分。	

		20. 对被通报的定点医药机构，加大监管频次。2分。	
		21. 在日常检查中发现“三假”问题并及时处理。2分。	
交叉互查、专项检查、大数据筛查开展情况	9分	22. 县区之间开展交叉互查及专项检查。3分。	
		23. 定期针对苗头性、倾向性问题开展专项检查。2分。	
		24. 应用大数据分析等新技术筛查基金使用情况，并及时解决筛查中所发现的问题。2分。	
		25. 对上级部门交办的案件及时查处报果。2分。	
四、及时处理各种群众投诉举报（12分）			
投诉举报办理情况	12分	26. 建立群众投诉、举报登记制度，并明确到责任人。3分。	
		27. 群众投诉、举报登记的问题按时办结、按时反馈。3分。	
		28. 按照规定时间办结举报并报果。2分	
		29. 每半年是否对举报情况进行举一反三、“回头看”。2分	
		30. 给予符合条件的举报人奖励。2分。	
扣分项		31. 出现向国家医保局、省医保局越级举报	

 淮南市人民政府行政规范性文件

		的，出现一起扣 1 分。	
五、强化部门联动和社会监督（13 分）			
协调相关部门，形成监管合力情况	4 分	32. 协调卫健、市场、公安等部门开展联合检查。2 分。	
		33. 对卫健、市场、公安等部门移交的案件及时办结报果。2 分。	
社会监督情况	9 分	34. 及时处理人大代表建议、政协委员提案。3 分。	
		35. 解答建议、提案，得到代表、委员满意。2 分。	
		36. 定期向社会开展一次征求群众意见的活动，2 分；	
		37. 每季度通过门户网站、同级政府网站、主流媒体向社会通报一次主要基金监管工作情况（如案件查处情况）。2 分；	
六、处理结果应用（12 分）			
通报内部应用情况	5 分	38. 将查处情况纳入本年度综合考核。3 分。	
		39. 将查处结果纳入对定点医药机构年度考核并影响其 DIP 分值计算。2 分。	
通报移交情况	7 分	40. 查处情况通报县区政府。3 分。	
		41. 将符合条件的案件移交纪检监察机关。2 分。	



		42. 将符合条件的案件移交司法部门。2分。	
--	--	------------------------	--