

蚌埠市人民政府办公室
关于印发蚌埠市推进建设医疗保障基金监管
长效机制实施意见的通知

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属单位：

《蚌埠市推进建设医疗保障基金监管长效机制实施意见》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

2021年9月16日

（此件公开发布）

蚌埠市推进建设医疗保障基金监管 长效机制实施意见

为加强医疗保障（以下简称医保）基金监管工作，严厉打击欺诈骗保违法犯罪行为，全面提升医保治理能力和水平，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》《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》，结合我市实际，制定本意见。

一、工作目标

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、国务院关于医保基金监管的决策部署，按照省委、省政府工作部署，将医保基金监管作为医保工作的“生命线”，深入推进医保基金监管制度改革。综合运用行政监管、协议管理、智能监控、网格化监管、社会监督、信用管理、第三方评估等手段，进一步强化联合监管，压实主体责任，健全监督检查制度，推进综合治理。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。加快形成以法治为保障，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，提升医保基金使用效率，推进医保事业持续健康发展。

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。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：市医保局）

2 .强化定点协议考核。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，考核结果与总额预算、质量保证金退还、年终清算、协议续签等挂钩。将医保年度检查考核结果纳入卫生健康部门对公立医疗机构的综合目标考核内容。（责任单位：市医保局、市卫生健康委。排在第一位的是牵头责任单位，下同）

3 .加强基金风险预警。加强对定点医疗机构医疗费用的分析，每季度根据医保基金运行情况发布风险预警。对无正当理由超序时支出进度 10%的定点医疗机构采取约谈提醒、暂缓支付；对无正当理由超序时支出进度 20%的定点医疗机构采取专项检查、暂

停拨付、限期整改等措施。必要时通过补充协议等形式明确双方费用管控的权利义务。（责任单位：市医保局）

4．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，与其年度考核、工资待遇、职务职称晋升等挂钩。（责任单位：市医保局、市卫生健康委）

5．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）

6．开展市级直查。市级医保部门按照“双随机一公开”的原则，针对智能监控、数据筛查中可能存在安全风险的定点医药机构；对群众投诉举报、各级部门转（交）办的问题线索等，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）

7．组织交叉互查。市级医保部门每年组织市、县、区交叉互查，统筹各级医保部门监管力量开展跨行政区域检查，防止人情干扰，提升检查实效。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）

8. 注重清底彻查。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，盯住不放、全面起底、深挖彻查。协调辖区内各方监管力量，采取专项检查、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：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局、市公安局等）

9. 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。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、市市场监管局等）

10. 加强监管力量。建立健全市、县医保基金监管机构，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。完善市、县、乡、村四级医保基金监管体系，推进网格化管理。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）

11. 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）

12．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，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审计监督，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：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。充分利用江淮大数据中心子平台，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、财政、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、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。开展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、市发展改革委等）

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。对异地就医的，通过发送协查函等方式商请就医地医保部门进行核查，必要时组织力量在就医

地医保部门支持下开展实地检查。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）

（三）强化社会监管机制。

19．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）

20．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）

21．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、银保监会蚌埠监管分局等）

22．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件，切实增强震慑效应，正确引导社

会舆论。（责任单位：市医保局）

（四）强化医药机构自主监管机制。

23．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）

24．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。（责任单位：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局等）

（五）强化大数据智能监管机制。

25．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）

26．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，通过智能审核模块对每一笔医保支付费用进行全面审核。（责任单位：市医保局）

三、组织保障

（一）加强组织领导。各级政府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、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，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，定期开展业务培训，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，常态化开展医保政策宣传培训。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。建立医保基金监管责任倒查制度，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。

