

滕州市医疗保障局文件

滕医保发〔2024〕6号

关于印发《2024年全市医疗保障基金监管及稽核工作要点》的通知

机关各科室，市医疗保险事业中心、医疗保险基金稽核中心，
各镇（街道）医保办：

现将《2024年全市医疗保障基金监管及稽核工作要点》
印发给你们，请结合工作实际，认真抓好贯彻落实。

滕州市医疗保障局

2024年3月29日

2024 年全市医疗保障基金监管及稽核 工作要点

2024 年全市医疗保障基金监管及稽核工作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重要指示批示精神，深入落实省、市部署安排，积极践行“规范落实年行动”，持续加大监督检查力度，规范开展基金使用稽核，严厉打击欺诈骗保行为，坚决守住医保基金安全底线，全力守护人民群众“看病钱”“救命钱”。

一、坚决扛起基金监管责任

强化党建引领，始终把维护医保基金安全作为首要任务，强化责任担当，切实履职尽责。认真贯彻落实《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》《山东省加强医疗保障基金使用常态化监管实施方案》，出台我市任务分工台账，压紧压实医保行政部门监管责任、医保经办机构审核核查责任、定点医药机构自我管理主体责任、地方政府属地监管责任。坚持守正创新，不断推动传统监管方式提质升级，现代化监管方式创新突破，建立健全全方位、多层次、立体化的医保基金监管体系。

二、打造常态化监管格局

召开全市医保基金监管稽核工作会议，传达枣庄市基金监管及稽核工作会议精神，安排部署 2024 年度全市基金监管稽

核重点工作。组织开展重点领域专项整治行动，实现各级各类定点医药机构全面覆盖。加强检查全流程管理，完善业务规范和检查流程，强化数据提取分析，进一步提升现场检查能力；加大对发现问题的处理处置、移交移送和整改力度，强化后续效果跟踪督导；梳理检查发现问题和典型案例，形成检查问题清单。积极配合市局开展交叉检查，及时梳理交叉检查发现问题及处罚处理、移交移送情况。

三、深入开展聚焦重点的专项整治

继续联合检察、公安、财政、卫生健康等部门常态化开展打击欺诈骗保专项整治。以专项整治为抓手，聚焦虚假诊疗、倒卖医保药品、虚假购药、骗取生育津贴等欺诈骗保行为进行严厉打击。加强部门间数据共享运用，打破数据壁垒，不断强化数据赋能，提升精准化、智能化水平。开展医保经办业务专项检查，严肃查处医保经办违法违规行爲，不断完善经办管理流程，确保医保基金使用规范合理安全。开展门诊统筹定点医药机构专项检查，严厉打击虚假诊疗、诱导就医购药、医保基金套现等欺诈骗保行为。将完善医保基金监管制度机制贯穿专项整治工作始终，强化医保法治制度建设，制定有效措施，不断健全打击欺诈骗保长效机制。

四、加大日常监管及稽核力度

健全完善医保基金使用日常监管机制，结合监督检查事项清单、检查工作指南等，科学制定年度日常监督检查计划。综

合运用审核稽核、智能监控、“双随机、一公开”联合抽查等方式，提高日常监管的规范化、精细化水平。强化医保支付环节费用审核，开展大数据监测分析，对数据指标异常的定点医药机构加大现场检查力度。持续畅通举报渠道，规范举报线索办理流程，对举报投诉涉及的定点医药机构及时拓展开展现场核查，依法依规处理。聚焦精神病、检查检验、康复理疗、口腔等重点领域，开展专项稽核。聚焦重点关注的药品、高值耗材，对医保结算费用排名靠前和增长不合理的开展持续监测分析预警；聚焦市局转办的虚假就医、医保药品倒卖等反欺诈大数据应用问题线索，及时予以重点查办；聚焦 DRG 支付、门诊统筹、门诊慢特病、异地就医等医保政策实施后易发生的违法违规开展专项稽核，采取有效措施加强监管。持续加强长期护理保险稽核，全市长护稽核开展率达到 100%。

五、推动定点医药机构落实自我管理主体责任

要结合既往交叉检查、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，组织定点医药机构深入开展自查自纠，推动存量问题全面整改。将定点医药机构自查自纠整改情况作为交叉检查和日常监管的重要参考依据，抽取一定比例的机构开展核查复查，对屡查屡犯、屡教不改的，依法依规从严惩处。

六、构建事前事中事后全流程大数据监管体系

配合市局推动一级及以上定点医疗机构全面对接国家医

保智能监管子系统，引导医务人员自觉遵守临床诊疗规范和医保政策。经办机构使用智能监管子系统，对定点医药机构申报的全量费用进行全面审核，建立结算单据疑点问题的核查处理机制，健全违规使用基金的拒付流程，确保违法违规行得到有效处理。加强与异地就医经办机构联动，把异地就医基金纳入日常稽核。探索建立异地就医违规违约基金追回协作机制，共同维护医保基金安全。强化大数据分析结果运用，应用省、市局大数据分析结果，开展稽核检查。

七、持续完善基金监管长效机制

建立健全医保基金信用管理机制。建立定点医药机构医保医师药师、参保人医保信用管理制度。落实定点医药机构医保信用评价制度，树立守信激励和失信惩戒的价值导向，对管理规范、主动担责的机构，在检查频次、违法违规处置上予以裁量考虑。强化门诊统筹医保基金使用监管，加强异地就医基金使用监管，推动适应 DRG 支付方式改革的基金监管，完善长期护理保险基金监管。进一步发挥医保基金监管工作联席会议机制作用，研究解决违法行为认定标准、行行衔接、行刑衔接等问题，推进部门信息共享、协同执法。加强行纪衔接，及时移送涉嫌违纪和职务违法、职务犯罪问题线索。以落实《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》为契机，加快完善地方医保基金监管制度体系。

八、强化社会监督

4月组织开展全市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。坚持精准滴灌、分类施策，应用典型案例，加强对不同类型、不同层级定点医药机构的宣教引导。强化规范管理使用，发挥医保基金监管社会监督员队伍作用。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。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报告。

九、加强监管队伍建设

着力建设复合型监管队伍，不断提升基金监管法治化、规范化、专业化水平。建立基金监管专家库，加强对第三方人员的资格审查、动态调整和日常管理，提高监管专业化水平。开展政策法规培训，强化以案释法、案例教学，规范自由裁量权使用，提高监管法治化水平。落实医保基金监管行政执法系统和举报投诉系统应用，及时准确报送医保基金监管数据信息和要情报告，提高监管规范化水平。做好执法案卷整理归档，推进监管执法规范化建设。深入推进“医保基金监管领域廉洁文化三年行动”，完善廉洁监管制度机制，切实防范风险隐患，全力构建风清气正的医保基金监管政治生态。