

甘肃省人民政府办公厅文件

甘政办发〔2023〕58号

甘肃省人民政府办公厅关于印发加强 医疗保障基金使用常态化监管实施方案的通知

各市、自治州人民政府，甘肃矿区办事处，兰州新区管委会，省政府各部门，中央在甘有关单位：

《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施方案》已经省政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真抓好贯彻落实。

甘肃省人民政府办公厅

2023年7月14日

（此件公开发布）

关于加强医疗保障基金使用 常态化监管的实施方案

为深入贯彻落实党中央、国务院对医疗保障基金（以下简称医保基金）常态化监管和推进医疗保障基金监管制度体系改革的部署要求，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，推进医保基金使用常态化监管工作，根据《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，结合我省实际，制定本实施方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神，认真践行以人民为中心的发展思想，全面落实各方监管责任，持续加大医保基金监管执法力度，加强基金监管能力建设，综合利用飞行检查、专项整治、智能监管等多种监管方式，不断完善监管机制，加快构建权责明晰、严密有力、安全规范、法治高效的医保基金使用常态化监管体系，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，实现医保基金监管法治化、规范化、常态化，以零容忍态度严厉打击欺诈骗保、套保和挪用贪占医保基金的违法

行为，坚决守住医保基金安全底线，实现好、维护好、发展好最广大人民群众的根本利益，不断提高人民群众获得感、幸福感、安全感。

二、主要任务

（一）健全完善常态化监管制度机制。

1. 健全完善监督检查机制。进一步完善以上查下、区域间交叉互查的工作机制，采取飞行检查、专项整治、日常巡查等多形式检查模式，探索推行省外专家团队共同参与监督检查等方式，破解同级监管工作中不愿监督、不会监督、不敢监督的难题。建立抽查复查、倒查追责工作制度，压实监管责任。实施分类处置，综合运用协议、行政、司法等多种手段分类施策。对于存在主观故意、影响恶劣的欺诈骗保行为，依法从严从重查处，同时做好协议处理与行政处罚的有效衔接。探索建立健全考核评价体系和有效的激励约束监管机制，全方位、全领域提升监管效能。（省医保局，各市州政府、兰州新区管委会负责，以下任务均需各市州政府、兰州新区管委会负责落实，不再一一列出）

2. 健全多部门日常协作机制。各级医保部门要加强与发展改革、公安、司法、财政、人社、卫生健康、审计、市场监管、药监、税务、银保监等部门的协同联动，细化责任清单，推进信息共享，实现部门间线索互移、标准互认、结果互通，构建统一高效的综合协调机制。建立健全“行、纪、刑”衔接机制，加强行政执法和刑事司法事前、事中、事后的有效衔接，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，对发现的违法线索及时移送司法机关。建立健全重要线索、重大案件联查联办和追责问责机制，整合监督力量，通过执纪问责、行刑并举、以刑促管，形成齐抓共管、联合惩戒的高压态势，强化震慑效应。（省发展改革委、省公安厅、省司法厅、省财政厅、省人社厅、省卫生健康委、省审计厅、省市场监管局、省医保局、省药监局、省税务局、甘肃银保监局等部门按职责分工负责）

3. 健全完善信用监管机制。建立健全定点医药机构、医药企业、人员信用等级评价制度，推进信用分级分类管理。探索建立医保基金监管告知承诺制，将履行承诺情况纳入信用记录。强化信用等级评价结果运用，评价结果与监督检查频次、处罚裁量等挂钩。推动行业自律，激发定点医药机构规范管理的内生动力。根据信用评级，对失信定点医药机构，通过协议管理在资金结算等方面采取惩戒措施；对相关责任人员，按照医保协议中止医保支付资格；对失信医药企业，按规定在医保目录准入、价格招采信用评价、医药集中采购、挂网资格等方面采取处置措施；对失信参保人员，按规定采取暂停医疗费用联网结算等措施。强化跨行业、跨领域、跨部门守信联合激励和失信联合惩戒，依法依规开展信用修复、异议申诉。鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，促进行业规范和自我约束。将医疗保障领域相关信用信息及时通过“信用中国（甘肃）”网站依法向社会公开。（省发展改革委、省司法厅、省市场监管局、省医保局、省药监局等部

门按职责分工负责)

4. 建立异地就医基金监管协同联查机制。健全完善异地就医跨区域基金监管联合检查、异地协查、问题线索移送、异地就医违规问题协同处理等工作机制。加强区域合作，强化区域内基金监管信息互通，实现跨区域医保基金监管信息资源互联共享。落实就医地和参保地监管责任，医保部门和定点医药机构协助做好异地就医涉嫌违法违规问题现场核查工作，必要时与当地卫生健康部门共同协查，防范异地就医过程中的欺诈骗保风险。将异地就医作为飞行检查、日常监管等工作的重点，纳入能力建设考核工作，并作为相关资金分配的重要参考依据。(省卫生健康委、省医保局等部门按职责分工负责)

5. 建立健全重大事项应急处置机制。完善紧急重大事项请示报告和突发事件信息报告制度，做好监测预警和提前研判，完善应对处置流程，有针对性地组织业务骨干开展培训，提升各级医保行政部门应对处置重大事项能力。强化重大风险防范责任和履责能力，探索建立责任追究、尽职免责事项清单，细化追责免责情形。对因监管不力、执法不严导致医保基金安全存在重大风险隐患或造成严重后果的，要依法依规严肃追究责任，省医保局要指导督促相关医保行政部门及定点医药机构履行相关责任，抓好整改落实。(省医保局负责)

(二) 抓实抓细常态化监管工作。

6. 规范飞行检查。严格落实国家医保局《医疗保障基金飞

行检查管理暂行办法》(国家医疗保障局令第6号)规定要求,制定并公开飞行检查实施方案、飞行检查问题清单。建立问题评估研判机制,细化工作任务,规范飞行检查执行程序,通过政府购买第三方服务等方式,构建多样化、专业化、复合型专职医保基金监管队伍。对飞行检查相关数据进行分析研究,聚焦典型性、顽固性、复杂性违法违规问题,及时建立问题清单,制定解决措施,为强化日常监管、防范同类问题频发及明确下一步检查方向提供参考借鉴。(省医保局负责)

7. 深化专项整治。聚焦年度目标任务和打击欺诈骗保整治重点,充分发挥医疗保障基金综合监管工作领导小组职能作用,持续深化专项整治行动。同时,加强部门间数据共享和监测分析,强化案件线索通报,落实行刑衔接机制,健全重大案件同步上案和挂牌督办制度。通过联合执法推动专项整治工作成果转化为管用有效的查办经验及监管规范标准,推进完善医药服务价格和医保支付政策并建立健全相关机制。(省发展改革委、省公安厅、省司法厅、省财政厅、省人社厅、省卫生健康委、省审计厅、省市场监管局、省医保局、省药监局、省税务局、甘肃银保监局等部门按职责分工负责)

8. 加强日常监管。研究制定医保基金使用日常监管有关规定,健全完善工作机制,细化监督检查工作规范和要求。制定监督检查事项清单、检查工作指南等,提高日常监管规范化水平。制定并严格执行年度监督检查计划,对涉及举报投诉问题线索、

数据指标异常的定点医药机构加强现场检查力度。强化协议管理，依据国家有关规定，重点从机构和人员资质、费用指标控制、财务管理、违约行为处理、医保药品耗材谈判价格执行等方面规范协议内容，细化条款约定，增强协议针对性和有效性。规范和提高日常巡查工作次数与频率，加强审核力度，对存在违规违约行为的定点医药机构依法依规进行处理。强化医保经办支付环节费用审核，落实日常核查全覆盖。（省医保局负责）

9. 推进智能监控。依托甘肃省医疗保障信息平台，加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪，加快推进医保基金智能监控知识库、规则库建设和应用，不断提升智能监控效能。根据国家统一部署，实施国家医保反欺诈智能监测项目，常态化开展医保数据筛查分析，拓宽基金监管渠道。探索医保部门与公安等部门构建医保基金监管数据分析预警监测模型，对医保基金使用违法违规行为实施精准打击。（省公安厅、省医保局等部门按职责分工负责）

10. 强化社会监督。完善举报投诉机制，畅通投诉渠道，落实举报奖励制度，调动全民参与医保基金使用监督的积极性。探索开展医保公众监督和服务等级评价工作，强化对院外购药、分解付费、过度检查、分解住院和低标准入院等指标的实时监督。积极发挥社会监督员的作用，定期召开座谈会，听取社会监督员对基金监管的意见建议。持续开展典型案例曝光，强化警示震慑。探索开展定点医药机构医保基金使用情况向社会公示制度，

鼓励社会监督。（省医保局负责）

（三）压紧压实常态化监管责任。

11. 压实医保行政部门监管责任。各级医保行政部门要加强对医保经办机构的监督管理，强化对医保经办机构医保协议签订、履行相关职责情况的监督，促进医保经办机构业务规范。加强对定点医药机构纳入医保基金支付范围的医疗服务行为、医疗费用，以及参保人员医保基金使用情况等方面的监督，依法查处违法使用医保基金的行为。省医保局负责监督指导全省医保基金使用常态化监管工作，各地医保部门要落实好常态化监管责任。（省医保局负责）

12. 落实医保经办机构审核检查责任。各级医保行政部门要督促医保经办机构加强内部全流程管理，建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，完善定点医药机构准入和退出机制，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作，并定期向社会公开医保基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。各级医保经办机构要提高日常审核能力，通过智能审核、专家抽审等方式，对参保人员在定点医药机构就医购药所产生的费用进行审核后，由医保基金按规定时限及时予以结算支付。要强化对定点医药机构的医保协议管理，加大对医保协议履行、执行医保报销政策情况以及参保人员享受医保待遇情况的核查力度。对应当由医保行政部门处理的问题线索，及时移交处理；对定点医药机构作出中止或解除医保协议等处理的，及时向

医保行政部门报告。(省医保局负责)

13. 靠实定点医药机构基金使用主体责任。定点医药机构要建立健全医疗保障基金使用内部管理制度，成立专门机构组织专职人员负责医保基金使用管理工作，开展医保相关政策法规培训和教育引导，规范医保基金的使用和管理，及时开展自查自纠，配合有关部门审核和监督检查。加强医药服务规范管理，做好就诊患者和购药人员医保身份核验、医保目录适用认定、记录和检查检验报告存档等工作。按照规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医保基金。向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。紧密型医联体牵头医疗机构要落实内部管理责任，加强医保基金使用管理。(省卫生健康委、省市场监管局、省医保局等部门按职责分工负责)

14. 强化行业部门主管责任。公安部门负责依法查处打击各类欺诈骗保等犯罪行为，对移送的涉嫌犯罪案件及时开展侦查；卫生健康部门负责加强医疗机构和医疗服务行业监管，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为；审计部门负责加强医保基金筹集、管理使用及相关政策措施落实情况的审计，持续关注各类欺诈骗保问题，并及时移送相关部门查处；市场监管部门负责医疗卫生行业价格监督检查，治理乱收费现象，切实维护消费者权益；医保部门负责监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法依规查处医疗保障领域违法违规行；药品监管部门要会同市场监管部门负责药品流通监

管、规范药品经营行为。其他有关部门（机构）要按职责做好相关工作，对查实欺诈骗保行为涉及有关单位和个人的，依据法律法规规定和职责权限进行处理。对于未纳入医保协议管理，但其行为与医保基金使用密切相关、影响基金合理使用的机构等，要按照“谁审批、谁监管，谁主管、谁监管”的原则，落实监管责任。（省公安厅、省卫生健康委、省审计厅、省市场监管局、省医保局、省药监局等部门按职责分工负责）

15. 扛牢政府属地监管责任。各地人民政府要对属地常态化监管工作负领导责任，充分发挥政府在基金监管法治建设、标准制定、行政执法、信息共享等方面的主导作用，统筹区域内各部门资源，全面推进跨部门协同监管，形成合力。进一步完善医保基金使用监管机制和执法体制，组织督促所属相关部门和下级人民政府认真履行监管职责，积极协调解决监管工作中的重大问题，为医保基金使用常态化监管工作提供有力保障。（省医保局负责）

三、保障措施

（一）加强组织领导。各地各有关部门要充分认识加强医保基金使用常态化监管的重要意义，进一步压实各方责任，细化分解目标，完善配套措施，明确任务分工，形成工作合力，大力推进医保基金使用常态化监管，确保各项工作任务落实到位。

（二）强化政策支持。各地各有关部门要加大人员、车辆、装备、技术、经费等方面的支持力度，为医保基金监管工作提供

有力保障。要建立健全监管人员考核考勤、岗位晋升等制度，加强对医保基金监管能力提升工作考核评估，考核结果与评先评优及相关工作经费挂钩。

（三）加大责任追究。各地要将医保基金使用常态化监管工作纳入政府相关工作考核，完善考核、问责机制，强化各职能部门责任，提高做好常态化监管的积极性和主动性。在履行监督职责中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，要依法依规严肃追究有关单位和人员的责任。各级医保行政部门要建立健全医保基金监管综合评价制度，定期通报基金监管工作进展情况。积极探索建立责任追究、尽职免责事项清单，细化追责免责情形，做好容错纠错工作。

（四）积极宣传引导。各地各有关部门要加大医保基金监管政策法规宣传力度，充分利用各类媒介平台，加强医保基金使用常态化监管各项政策措施的宣传解读，主动回应社会和群众关切，引导公众积极参与医保基金监督，营造全社会共同参与医保基金监管的良好氛围。

抄送：省委办公厅，省人大常委会办公厅，省政协办公厅。

甘肃省人民政府办公厅

2023年7月16日印发

