

索引号:	11220000MB19566296/2024-00492	分类:	医保基金监管;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2024年02月07日
标题:	关于印发吉林省落实医疗保障基金使用常态化监管若干举措的通知		
发文字号:	吉医保联〔2024〕3号	发布日期:	2024年02月29日

关于印发吉林省落实医疗保障基金使用

常态化监管若干举措的通知

吉医保联〔2024〕3号

各市（州）人民政府，长白山管委会，梅河口市人民政府，省直各相关部门：

《吉林省落实医疗保障基金使用常态化监管若干举措》已经省政府同意，现印发给你们，请对照工作要求，抓好贯彻落实。

吉林省医疗保障局 吉林省公安厅
吉林省财政厅 吉林省卫生健康委员会
吉林省审计厅 吉林省市场监督管理厅
吉林省药品监督管理局 吉林省中医药管理局
2024年2月7日

吉林省落实医疗保障基金使用 常态化监管若干举措

为进一步贯彻落实党中央、国务院决策部署及省委、省政府工作要求，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，扎实推进医保基金使用常态化监管工作，保障医保基金安全运行，按照《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）要求，结合我省实际，制定若干举措如下：

一、强化使命担当，夯实监管责任

（一）压实政府属地监管责任。地方各级政府对属地常态化监管工作负领导责任。省政府已将基金监管工作纳入对市（州）政府绩效管理考评，充分发挥政府在基金监管法治建设、标准制定、综合保障、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。省政府通过对医保基金监管工作开展专项督查，完善考核、问责机制，激励、督促所属相关部门和下级政府认真履行监管职责，提高做好常态化监管的积极性和主动性。地方各级政府要进一步完善医保基金使用监管机制和执法体制，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。（各级政府负责，各有关职能部门配合）

（二）强化医保行政部门监管责任。各级医保行政部门对本统筹区基金筹集、支出使用、经办管理和监督检查等环节纳入监督管理范围。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管理、内控建设等相关职责（职能）的监督，加强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的

监督管理，依法查处违法违规使用医保基金的行为。省医疗保障局负责监督、指导全省医保基金使用常态化监管工作，市、县级医保部门负责落实本行政区域内医保基金使用常态化监管工作，对辖区内定点医药机构开展专项检查、抽查检查等。（医疗保障部门负责）

（三）落实医保经办机构审核检查责任。各级医保经办机构要加强内部业务链条全流程管理，健全完善业务、财务、安全和风险管理制度。各级医保经办机构通过层级复审、专家抽审以及智能审核等方式，不断提高日常审核能力，规范日常核查及处理程序，对参保人员在定点医药机构就医购药所产生的费用，按规定时限完成审核并及时予以结算支付。加强对定点医药机构的医保协议管理，加大对医保协议履行、医保报销政策执行情况以及参保人员享受医保待遇情况的核查力度。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。对基金运行监测、业务经办监测中发现的指标异常、疑点问题等，要加强线索管理，健全线索上报、统计、研判工作机制。做好医保经办机构与医保行政部门的业务衔接，对定点医药机构作出中止或解除医保协议等处理的，应及时向医保行政部门报告，履行报备制度。完善协议处理和行政处罚衔接工作机制。（医疗保障部门负责）

（四）强化定点医药机构基金使用主体责任。定点医药机构要遵守医保定点管理服务协议、执行医保支付政策和医药价格政策，确保医保基金支付的费用符合规定的支付范围和支付标准。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，按规定做好医疗费用结算系统、药品“进销存”管理系统与全省医保信息平台对接工作，及时通过医保信息系统全面准确传输医保基金使用有关数据，向医保部门报送医保基金使用监督管理所需信息。探索建立医药机构医保基金使用信息披露、风险控制、考核评价等内部管理制度。引导和支持定点医药机构在内部管理信息系统嵌入并及时更新基金监管规则，用监管规则及时开展日常筛查，在医药机构服务端进行事前提醒、事中监控，实现自查自纠，纠正医保基金使用不规范的行为。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。（医疗保障、卫生健康、药品监管等部门按职责分别负责）

（五）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；财政部门负责落实对城乡居民基本医疗保险基金财政补助资金筹集拨付工作，并做好基金监督管理；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为；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。（公安、卫生健康、审计、财政、市场监管、医疗保障、药品监管等部门按职责分工负责）

二、聚焦监管重点，保持高压态势

（六）聚焦日常管理，推进日常监管常态化。规范医保基金使用日常监管，健全完善工作机制，细化监督检查工作规范和要求。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启动现场检查工作。结合行政执法三项制度，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。强化协议管理，加强支付环节费用稽核审查，突出政策执行、财务管理、指标控制、违约处理等重点内容，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频次，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。（医疗保障部门负责）

（七）聚焦精准打击，推进专项整治常态化。紧盯年度目标任务和打击欺诈骗保整治重点，制定专项整治工作方案，加强监测分析和数据共享，健全重大案件同步上案和挂牌督办制度。强化针对违法使用医保基金问题和重大案件的部门间会商研判，通过线索核查、联合侦办、督查督导等“集群”行动，协助深挖涉及医保基金使用的犯罪行为和腐败问题。建立健全重要线索、重大案件联查联办和追责问责机制，推动专项整治工作成果转化为管用有效的查办经验、联合监管的业务规范和检查指南等，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，成体系地推进医保基金监管工作不断走深走实，维护医保基金安全。（医疗保障部门牵头，公安、财政、卫生健康、市场监管等部门配合）

（八）聚焦重点领域，推进飞行检查常态化。积极贯彻落实《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），聚焦重点领域、重点机构、重点行为，细化飞行检查工作流程，落实相关工作要求，严格做好飞行检查后续核查、处理、处罚、整改及典型案例公开曝光。省医疗保障局统筹制定并公开年度飞行检查方案，原则上按照“双随机、一公开”方式确定参检人员和被检对象，规范引入参与监管的第三方机构，组建多样化、专业化、复合型医保基金监管队伍。放大飞行检查效应，将发现的普遍性、典型性、复杂性违法违规问题纳入违规使用医保基金行为问题清单管理，及时向当地政府、上级医保部门报送查处结果，向卫生健康、公安、纪检监察部门移送相关线索。建立医保基金飞行检查年度公告制度，面向社会公布年度飞行检查计划执行情况和查处典型问题情况，强化飞行检查震慑与带动引领作用。（医疗保障部门牵头，财政、卫生健康等部门配合）

（九）聚焦联合惩戒，推动综合监管常态化。各级医保部门要加强与公安、司法、财政、卫生健康、审计、市场监管、药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、规范有序的综合监管机制。充分发挥全省医疗保障基金监管部门联席会议制度的作用，强化执法结果在各部门监管工作中的运用，健全完善

“行”与“刑、纪、审”衔接机制，推进“一案多查”、“一案多处”。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和司法机关。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。（医

疗保障部门牵头，公安、卫生健康、审计、财政、市场监管、药品监管等部门配合）

三、规范手段方式，丰富监管模式

（十）健全完善医保监管安全防控机制。完善日常监督检查机制，常态化开展覆盖全省的医保基金飞行检查、专项检查等行动。建立健全与门诊统筹、DRG/DIP 医保支付方式等改革相适应的基金使用监督管理机制，完善监管规则和方法，维护医保基金安全，提高医保基金保障绩效。完善省内以上查下、地区交叉互检的工作机制，破解同级监管难题。建立抽查复查、提级查办、倒查追责工作制度，压实监管责任。实施分类处置，综合运用协议管理、行政检查、行政处罚、行刑衔接等多种手段分类施策。规范医保基金监管行政处罚自由裁量权，细化裁量基准。全面推行包容审慎监管执法，对适用“首违轻微不罚”清单的违法行为，通过行政建议、行政约谈等柔性执法方式进行教育引导及时纠正。对于存在主观故意、影响恶劣的欺诈骗保行为，依法严肃处理、公开曝光惩戒，持续加大监管的力度。探索建立健全考核评价体系和有效的激励约束监管机制，充分调动医疗机构合理规范使用医保基金的积极性。（医疗保障部门负责）

（十一）健全完善非现场监管机制。依托省医保信息平台，推行“互联网+”监管，建立医保基金监管执法全流程指挥调度平台，加快推进智能审核、就医场景监控、大数据反欺诈“三位一体”智能监管系统建设。加强对医保基金使用的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管全流程、全场景、全领域智能监控，提升精准化、智能化水平。加快医保基金智能监控知识库、规则库上线应用，动态调整智能监管规则，充分发挥智能监控审核作用，加强对医保基金使用行为的实时动态管理，不断提升智能监控效能，确保对全量医保基金结算单据实现全面智能审核。加快推进医保大数据反欺诈监管项目应用，开发务实管用的大数据反欺诈监测模型，常态化开展医保数据筛查分析，构建跨部门的信息共享与利用，提升对各类欺诈骗保行为的精准发现和打击能力，掌握欺诈骗保行为规律，及时发现、准确锁定违法违规使用医保基金行为，健全完善非现场监管与现场监管有机结合的监管新模式。（医疗保障部门负责，公安部门配合）

（十二）健全完善医保信用监管机制。将医保信用监管和医保智能监管有机结合，推进建立“信用+”基金监管新模式，科学合理设置医保领域信用评价指标，逐步推行定点医药机构、医药企业、参保人员等信用主体分级分类管理。根据信用评级实行差别化管理，对失信定点医药机构可通过协议管理在资金结算等方面采取惩戒措施，对相关责任人员可按照医保协议中止医保支付资格；对失信医药企业，可按照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，可按照规定采取暂停医疗费用联网结算等措施。探索建立医保基金监管告知承诺制，将履行承诺情况、医保领域信用评价结果、失信联合惩戒对象名单等信息纳入信用平台系统，与监督检查频次、处罚裁量等挂钩，强化跨行业、跨领域、跨部门守信联合激励和失信联合惩戒。完善信用修复、异议申诉等机制，维护信用主体合法权益。鼓励自律组织开展行业规范和自律建设，强化自我约束、自我管理。

（医疗保障部门负责，市场监管、药品监管等部门配合）

（十三）健全完善异地协同联查机制。落实就医地和参保地监管责任，将异地就医费用纳入就医地日常医疗费用审核稽查和飞行检查的重点内容。健全

完善省内异地就医基金监管联合检查、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。强化省内基金监管信息互通，实现医保基金监管信息资源互联共享。建立健全跨省异地就医基金监管协同联查机制，实现问题线索横向移送、异地就医违规问题协同处理，防范异地就医过程中的欺诈骗保风险。（医疗保障部门负责）

（十四）健全完善社会各界参与基金监管机制。鼓励和支持社会各界参与基金监管，实现政府监管与社会舆论监督的良性互动。制定吉林省医疗保障基金使用违法违规线索受理处置及行政检查暂行规范，畅通投诉渠道，合理配置权限，规范处置流程，严肃核查处。完善社会监督员、“吹哨人”、内部举报人机制。严格落实吉林省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则，及时、足额兑现奖励资金。加强举报人隐私保护，保障举报人信息安全，对打击报复举报人的行为，依法依规严肃处理。健全医保基金社会监督员制度，聘请人大代表、政协委员、群众和新闻媒体代表等担任社会监督员，对定点医药机构、经办机构、参保人员等进行广泛深入监督。常态化开展医保基金监管宣传工作，注重发现和宣传安全规范使用医保基金的正面典型，发挥正向激励作用。持续开展反面典型案例曝光，强化警示震慑效应。（医疗保障部门负责）

（十五）健全完善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，建立健全基金监管响应机制，完善应对处置流程和工作预案，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。建立重大风险防范责任追究机制，对医保基金监管政策落实不到位、出现医保基金监管严重问题或存在重大风险隐患的，各级医保行政部门要采取函询或约谈等方式，督促指导下级医保行政部门、同级医保经办机构及属地定点医药机构等严格履行相关责任并抓好整改落实。（医疗保障部门负责）

各地区各有关部门要加强组织领导，落实工作责任，积极推进医保基金使用常态化监管工作任务落地落实。对牵头办理的事项，要切实履行职责，加强组织协调和督促、调度。对协同办理的事项，要发挥主动性、创造性，密切沟通协同，加强工作配合。对医保基金监管政策落实不到位、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。

[附件：吉林省落实医疗保障基金使用常态化监管工作任务台账](#)