

医保基金监管工作动态

2024 年第 1 期

山东省医疗保障局基金监管处

3 月 11 日

- ◆德州 聚焦执法综合监管，全力守护基金安全
- ◆日照岚山 “四严” 举措精准监管基层医保基金使用
- ◆济宁泗水 “四位一体” 工作模式 筑牢医保基金安全底线

聚焦执法综合监管，全力守护基金安全

德州市医保局紧扣人民群众就医购药需要，立足基金使用规范、安全，加强与卫健、市场监管等部门的协同联动、资源共享，推动综合监管改革工作落地落实，切实维护医保基金安全。

一是完善基础，打造协同监管“厚底子”。立足部门职责，配合市卫生健康委建立《医疗服务领域“综合监管一件事”综合监管清单》，实行规范监管事项目录管理和动态更新。建立本部门职责边界清单并对 8 个职责边界事项动态调整，明确与相关部门的主体责任和配合责任。探索建立联合检查制度，同公安部门签订《推进

打击欺诈骗保专项整治 加强医保基金监管合作备忘录》，汇聚部门职能优势，协同推进打击欺诈骗保专项整治行动。

二是数据赋能，闯出基金监管“新路子”。通过线上智能监管系统的全面应用，创新监管方式，有效提升监督执法针对性、科学性、实效性。加快推进医保智能监控系统推广应用工作，拓展智能监控范围，积极推进知识库、规则库建设，健全动态调整机制。坚持支付方式改革与基金监管齐头并进，引入第三方公司建设DIP付费智能监管平台，设置风险预警、审核反馈、违规行为监管、运行分析等模块，对DIP付费模式下可能异化的医疗行为进行全面监控分析。

三是凝聚合力，护住参保群众“钱袋子”。联合卫健、财政参加山东省医疗保障基金飞行检查，联合卫健、市场监管部门开展“双随机、一公开”抽查，联合审计、卫健部门对市直医院开展专项检查，协助公安部门核查线索，参与案件侦办讨论、解读医保政策、提供专业意见、协助调取涉案患者的医保报销材料；将全市专项检查过程中发现的相关问题线索移交给市卫生健康委和市场监管局，实施联合惩戒。通过“进一次门、查多件事”，实现精准监管、全面体检、高效引导，切实履行好维护医保基金安全的职责使命。

“四严”举措精准监管基层医保基金使用

日照市岚山区医保局压实基层定点医疗机构主体责任，坚持问

题导向、创新监管方式、实施精准审核，严控就诊、结算、监督及从业人员行为等各环节，依法依规提升医保基金监管水平。

一、规范诊疗服务，严管医保基金使用。一是落实实名制就医。实行参保人员到乡镇卫生院及一体化村卫生室就诊，实名核验社保卡、医保电子凭证、身份证等就医凭证，严格落实实名制就医。二是控制处方药量。指导医疗机构规定乡村医生在给病人开处方时，每张处方不超过5种药品，门诊每次配药量，一般不超过7日量，门诊慢特病不超过半月量。三是审批医保限制药品。对于医保限制药品，需符合医保限制规定条件，且同时经医院审批同意，方可进入医保使用。

二、多级审核单据，严控医保基金结算。一是村卫生室初审。联合卫健、财政、市场监管部门印发《日照市岚山区一体化村卫生室管理办法（修订版）》，进一步加强卫生室规范化管理。由医学专业人员担任医保专管员，对就诊患者进行身份认证、处方开具合理性审查、医保限额规定审查等审核工作，确认无误后方可在业务系统内提交结算单据，从源头消除冒名就医、违规开药、分解处方等套取医保基金乱象。二是乡镇卫生院复审。乡镇卫生院在依托业务系统即时审核院本部结算单基础上，面向村卫生室开通业务系统账号权限，通过登录一个账号可审查整个乡镇所有就诊患者结算单信息，让“医保工作者少跑腿、就诊信息多跑路”，切实将医保基金违规使用风险降到最低。三是区医保中心终审。一方面，由乡镇卫生院每月将结算单上传“智慧医保系统”，自动识别审核，剔出可疑信息，再由区医保中心基金结算专员逐一核查，确认筛除不良信

息。另一方面，区医保中心利用国家医保信息平台接口，每3个月对系统内结算信息进行取样核查，经确认整体无违规风险后，交由乡镇卫生院再次确认无误，方可拨付医保基金，确保不错花一分医保基金。

三、加大违约处理，严肃医疗行为监督。严格落实定点医疗机构协议履行和费用结算监督检查主体责任，针对基层定点医疗机构发生的财务管理不规范、不按政策报销等不良行为，依法依规给予通报批评、考核扣分、扣除质量保证金、追回定额结算金、责令限期整改及至终止协议等相应处理。同时，制定《岚山区一体化卫生室医保违规处理制度》，切实加大定点机构违规违约成本，形成医疗行为监管高压态势。2023年，对定点医药机构开展执法检查117家次，共拒付、追回违规基金106.55万元，行政罚款64.52万元。

四、加强法规培训，严守从业者自律底线。制定《岚山区基层定点医药机构医疗保险政策宣传及培训制度》，面向全区121家定点药店、196家村卫生室工作人员，每年进行2轮包含医保基金使用规定等内容的系统培训活动。结合“两进”活动，深入开展“工作精细化，服务再提升”培训活动，有针对性地宣传普及医保待遇政策及经办流程知识，促进基层医保工作者深入了解医保政策法规，打通医保政策信息向医院、向群众的有效传递通道，提升群众对医保部门的满意度。加强典型违规案例警示教育，以案示警、以案促防，切实树牢基层医保工作者基金安全底线思维，促进形成“不敢骗、不能骗、不想骗”的基金监管氛围。

“四位一体”工作模式 筑牢医保基金安全底线

泗水县医保局建立健全政策、经办、信息、监督“四位一体”基金监管风险防控体系，不断筑牢基金监管安全防线。

一、构建“常态化”医保政策宣传机制。抓好法治培训，每周内部自学、每月外请教学，深入学习医保基金监管的法律法规及政策文件，对基金监管工作规划、行政执法检查实施、违法违规案件移送和依法依规执业等多个方面进行解读，进一步提升执法人员法治意识。结合基金监管宣传月、宪法宣传日、“医保干部进基层、医保政策进万家”等活动，以点面结合的宣传模式，扩展宣传渠道，拓宽宣传范围，切实开展精准宣传，确保医保各项惠民政策落地生根，有效释放改革红利，切实增强参保群众获得感。

二、构建“一体化”经办内控管理机制。建立健全基金监管内控制度。出台《泗水县基金监管规则》《泗水县医疗保障基金内部控制制度》《泗水县医疗保障基金安全监督管理约谈制度》，坚持基金运行到哪里，监督管理就跟进到哪里，将基金预算编制、预算执行、运行监测分析、效果监管等环节有机统一，联动开展协议管理稽核、审查、监测分析等工作，合理制定、主动公开并严格执行年度监管计划。强化医保行政监督责任、经办审核核查责任，统筹用好医保行政监管、经办审核稽核等手段，强化协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核、监督检查等各个环节责任落实。

三、构建“精准化”数据信息审核机制。充分发挥智能审核系统数据集合优势，从疑似问题检测输送，到接收信息、分析落地，

最终实现信息回馈，在医保行为发生时实时监控、动态纠正，把好“事前提醒”关，强化医务人员风险意识。建立“全面排查+数据挖掘+分类查处”点面结合的监管模式，形成“智能审核+人工审核+专家评审”机制，综合研判分析定点医药机构的违规特点、风险等级差异，及时调整监管措施，充分用好约谈和警示教育手段，督促定点医药机构自查整改，主动退回违规医保基金。2023年，各定点医疗机构主动退回医保基金123.37万元。

四、构建“立体化”医保基金监督机制。每季度开展基金运行分析，对医保基金收支情况、统筹发生医疗费用、同期医疗费总支出和人均支出等多方面进行数据研判，在调查研究定点医药机构运行情况的基础上，制定医保基金日常监管内容及要点，确保监管行为有的放矢，精准有效。建立“协议管理+行政执法”分层监管，理顺医保行政监管与经办协议管理的关系，要求医保事业中心加强对问题线索的筛选并及时向上反馈，特别是涉嫌严重违法违规的问题线索，通过研判确定案件办理要点，强化职责配合，在处理处罚阶段区分并落实各自责任。2023年对全县21家定点医院、146家定点药店、300余家村卫生室进行现场检查，累计追回医保基金196.11万元，行政处罚161.62万元。

报：国家医保局基金监管司；省局领导。

发：省局各处室、单位。

各市医保局，胜利油田医疗保障服务中心。

2024年3月11日印发
