

安徽省医疗保障局关于做好 2024 年 医疗保障基金监管工作的通知

各市医疗保障局，局各处室、单位：

为深入贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，全面落实党中央、国务院及省委、省政府决策部署，持续强化医保基金监管，严厉打击医保领域违法违规行为，深度净化医保基金运行环境，切实守护医保基金安全，现就做好我省 2024 年医保基金监管工作通知如下：

一、提高政治站位，扛起监管责任

全省各级医保部门要以党的二十大精神为统领，深入贯彻落实习近平总书记关于医保基金监管工作的重要指示批示精神，始终将维护基金安全作为首要任务，切实做到履职尽责、敢于斗争、善于斗争。要压紧压实各级医保部门特别是基层医保部门基金监管责任，统筹运用经办机构审核、稽核和监管机构监督检查职能，推动落实定点医药机构医保基金使用主体责任和市县属地监管责任。坚持点面结合，深入推进飞行检查、专项整治、日常监管，持续巩固基金监管高压态势，坚决维护基金安全。省医保局将充分发挥年底考核的指挥棒作用，加强对各地年度任务完成情况调度，确保年度工作任务按时、按质、按量完成。

二、强化监督检查，保持高压态势

（一）开展自查自纠。根据国家医保局即将制定印发的《定点医疗机构违法违规使用医疗保障基金问题自查清单（2024 版）》，组织各级定点医药机构深入开展自查自纠，推

动存量问题全面整改。各级医保部门要结合飞行检查、日常监管等工作，对定点医药机构开展复查，对屡查屡犯、屡教不改的，依法依规从严惩处。

（二）做实日常监管。通过飞行检查、举报核查、经办稽核、智能筛查等多种方式，对全省所有定点医药机构 2023 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日医保基金使用情况开展一次全覆盖检查，持续巩固基金监管高压态势。省医保局负责检查方案制定、交叉互查组织以及数据支持工作。各市、县医保局负责本统筹区内定点医药机构检查，省属医疗机构监督检查由所在地市级医保部门负责。下半年，省医保局将组织开展市际交叉互查，对市县两级年度监督检查任务完成情况和定点医药机构自查自纠情况进行抽查复查。各市要对各县区年度监督检查任务完成情况进行抽查复查。

（三）推进专项整治。继续按照国家医保局、最高人民检察院、最高人民法院、公安部、财政部、国家卫生健康委等部门关于医保基金使用专项整治工作部署，聚焦虚假诊疗、倒卖医保药品、虚假购药等欺诈骗保行为，聚焦检查、检验、康复理疗、重症监护、麻醉等重点领域，聚焦医保基金使用金额大、存在异常变化的重点药品耗材，开展打击欺诈骗保专项整治。各地要高度重视国家医保局下发的可疑线索，建立台账、逐条核查。省医保局将视情对于部分风险等级较高，性质较为恶劣的重点线索组织开展交叉检查。对查实的欺诈骗保案件，要综合运用协议处理、行政处罚、刑事司法等措施严厉处置。各市、县医保部门在完成国家和省专项整治任

务的基础上，可根据当地基金监管实际情况，组织开展本地重点违法违规行为专项整治。

（四）强化异地就医监管。针对省内异地就医监管，就医地医保部门要认真落实监管责任，将异地就医费用一并核查、统一处理。针对省外异地就医监管，依托长三角区域一体化发展平台，加强与长三角地区医保部门合作，开展联合检查。鼓励各市根据异地就医实际情况与重点就医地市级医保部门建立合作机制，开展跨市、跨省联合检查。

三、创新监管方式，提升监管效能

（一）持续提升智能监管效能。依托国家（安徽省）医保信息平台智能监管子系统建设，在17个统筹区智能监管全面应用落地的基础上，进一步完善系统功能，拓展系统应用，提升智能监管精准性、科学性。一是强化事前提醒，采取有效措施鼓励定点医药机构主动对接智能监控子系统，不断扩大机构接入覆盖面；二是强化事中审核，落实两级审核制度，各级经办机构要对全量费用进行全面智能审核；三是强化事后监管，推进国家大数据反欺诈监管试点工作，开展医保基金监管应用模型创新试点，初步建成一批大数据反欺诈模型和大数据动态监测分析，提升精准发现和打击能力。建立疑点数据处置闭环机制，确保大数据监管优势充分发挥。及时总结试点工作成效，将有效的数据模型补充至智能监控系统规则库，逐步构建日常审核和反欺诈相结合的智能监管格局。

（二）积极推进信用监管。制定印发医疗保障信用监管

实施细则，加快建立基金监管信用体系，推动实施分级分类监管，针对定点医药机构和医保医师等主体，完善医保监管信用评价指标体系。推进国家（安徽省）医保信息平台信用评价子系统应用，开展信用评价子系统深化应用试点。建立健全守信激励和失信惩戒机制，进一步发挥信用在提升监管效能方面的基础性作用。

（三）全面规范监管标准。全面落实《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障基金监督管理办法》以及国家医保局即将出台的《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》，规范行政执法裁量权，全面推进严格规范公正文明执法。落实国家违法违规使用医保基金问题清单，统一监督检查内容和处理标准。及时收集定点医药机构意见建议，完善相关医疗保障政策。

四、厘清职责边界，完善监管体系

（一）厘清职责边界。严格落实属地管理责任，厘清医保行政部门、基金监管专职机构和医保经办机构的职责边界，加快构建职责明晰、协同发力、系统集成、法治高效的基金使用常态化监管体系。强化理论培训和实战训练，不断提升基金监管能力。

（二）深化协同配合。持续深化与公安、卫生健康、财政、市场监管等部门的协调联动，加强信息共享和数据比对，强化案情通报，探索联合执法。针对涉嫌欺诈骗保的违法违规案件，要及时移送公安、纪检监察机关，协助深挖涉及医保基金使用的腐败问题，促进医保、医疗、医药协同发展和

治理。各级医保部门要切实发挥维护医保基金安全议事协调机构办公室的牵头作用，推动相关部门落实基金监管责任。

五、加强宣传教育，营造良好氛围

按照国家局统一部署，组织开展医保基金监管集中宣传月活动，宣传解读医保政策、公布举报电话、曝光典型案例。各级医保部门要主动深入定点医药机构，持续宣传解读《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障基金监督管理办法》等政策法规，指导定点医药机构及其从业人员规范使用医保基金。要进一步创新宣传方式、拓宽宣传渠道，提高社会各界和广大群众对医保政策法规的知晓率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。

六、强化业务培训，提升监管能力

各级医保部门要常态化开展业务培训，强化理论培训和实战训练，不断提升基金监管能力。省医保局将组织开展一期全省医保基金监管业务培训。同时，继续利用交叉互查、飞行检查机会，抽调更多市县基金监管骨干参与检查，以查代训。

七、严守纪律红线，确保风清气正

深入推进医保基金监管领域廉洁文化建设三年行动，切实防范风险隐患，完善廉洁监管制度机制，全力构建风清气正的医保基金监管政治生态。各级医保部门要严明政治纪律，坚持廉洁自律，改进工作作风。要坚决杜绝形式主义、官僚主义，既要严查重处，又要客观公正；坚决杜绝有线索不核

查、有案件不查处、系统内外勾结等行为；坚决杜绝任何贪污腐败和权力寻租。省医保局将对基金监管过程中发现的涉嫌失职、渎职行为依法依规严肃追责。

安徽省医疗保障局

2024年4月10日