

# 张掖市医疗保障局文件

张医保发〔2024〕19号

## 张掖市医疗保障局 关于印发《张掖市医保基金强监管工作 十条措施》的通知

各县区医保局，局属单位及机关科室，市级定点医药机构：

现将《张掖市医保基金强监管工作十条措施》印发你们，请认真抓好贯彻执行。



## 张掖市医保基金强监管工作十条措施

为深入学习贯彻党的二十大及二十届三中全会精神、习近平总书记关于加强医保基金监管的重要指示批示精神，全面落实国家和全省医保基金违法违规问题专项整治工作会议精神，经研究，决定自2024年10月起，采取医保基金强监管工作“十条措施”，确保全市医保基金安全可持续运行。

一、压实基金监管主体责任。市、县区医保行政部门要落实好常态化监管任务，督促医保经办机构加强内部全流程管理，加强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，各县区于12月底前完成对辖区内定点医药机构在本年度使用医保基金全覆盖检查。医保经办机构加强基金使用内部控制管理，健全完善医保医师积分管理制度，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情况的稽核力度。定点医药机构明确专门机构或人员负责医保基金使用管理工作，组织开展医保基金相关政策法规宣传培训、典型案例警示教育，配合医保部门审核和监督检查工作；加强医药服务规范管理，落实合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费要求，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，及时

向社会公开医药费用、费用结构等信息；建立定点医药机构相关人员医保支付资格考评制度，制度化落实药品、医用耗材集中带量采购政策，开展医药价格和招采信用评价，落实医保信用承诺制度，坚决纠正医药购销和医疗服务领域不正之风。

**二、加强基金运行分析预警。**严格落实医保基金运行风险预警及运行分析报告制度，按季度开展基金运行分析，以基金支出率、总体住院率等指标为重点，将运行分析贯穿于DIP付费改革、药耗集采、基金监管工作全过程，侧重把患者住院总费用、住院人次、就医流向、基金支出结构等指标作为重点内容，向县区医保局和市级定点医药机构逐月反馈异常数据，及时预警提示，对医保基金支出触及预警线、住院率偏高的县区医保局和定点医药机构主要负责人进行约谈，对预警后仍不整改或整改不力的进行现场核查，对相关问题分类移交卫健、市场监管或纪检监察部门处理。充分利用重点监测指标，将住院人次、住院率、人次人头比、CMI指数与年度考核、清算相结合，对重点监测指标明显高出全市平均水平的定点医药机构，采取降低结算系数、年度考核减分、暂停医保结算等手段强化监管。同时，加强异地就医、门诊慢特病、国谈药品、门诊统筹医保结算数据监测，准确分析基金流向和病种类别，引导定点医疗机构加强薄弱学科建设，有效降低转外就医率。

**三、开展结算前数据审核给付。**市、县区医保部门加强对医

保基金使用行为的实时动态跟踪，全面审核定点医疗机构申报的费用，实现医保基金支付智能审核全覆盖。医保经办机构提高日常审核能力，强化对定点医药机构医保费用申报和参保人员医疗费用报销审核。按月开展 DIP 结算及相关疑点数据核查，对存在的疑点费用核实后拒付。全面开展省内异地就医费用纳入 DRG/DIP 付费，规范异地患者医疗服务行为，促进合理诊疗、因病施治。

**四、健全完善事前监管机制。**深化智能监管子系统应用，优化完善医保基金智能监控知识库、规则库，提高 DIP 支付方式改革下的智能监管水平。常态化开展医保数据筛查分析，锁定医保基金使用违法违规行为，有针对性地加大现场检查执法和精准打击力度。对 15 天内住院治疗同一疾病或相关症状问题进行筛查，相关信息实时推送至医保医师端，有效杜绝不合理重复住院。对门诊慢特病患者在多家定点医药机构超量购药进行预警，防范和遏制医保药品“返流”“虚售”“重复销售”。建立医保支付资格管理制度，加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理，将监管触角延伸至具体责任人，对违规责任人进行记分管理，有效遏制医保基金滥用现象。做好药品耗材追溯码加速落地，依托大数据及群众举报等多重手段，持续优化药品耗材流通的生态环境，实现药品耗材管理的智能化与精细化。定点医药机构对照《甘肃省定点医疗机构违法违规使用医保基金负面清单（2024 版）》

《张掖市定点医疗机构医疗保障基金使用负面清单》开展自查自纠，主动规范使用医保基金。

**五、加大基金联合监管力度。**充分发挥基金监管部门联席会议制度作用，加强部门联动，凝聚监管合力，强化信息共享，完善一案多查、一案多处工作机制，对涉嫌欺诈骗保的违法违纪案件及时移送卫生健康、公安、纪检监察等部门。加大对定点医药机构分解住院、挂床住院、过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、串换项目、降低入院标准、高编高靠、分解收费、虚假住院、诊疗不足、性别与检查项目和用药性别不一致等方面的违法违规行为的监管力度。采取“四不两直”方式，加大监督检查和日常稽核，尤其对医保基金运行分析异常数据及门诊统筹出现多人集中时间段结算、单人多次结算、单次大额支出、住院期间门诊结算等异常数据及时稽核，重大问题线索及时移交医保行政部门处理。

**六、加大典型案例举报曝光。**强化问题处置，加大对欺诈骗保和违法违规使用医保基金案件查处力度，查处一批，曝光一批，将案件曝光常态化、警示教育经常化，充分传递对欺诈骗保的“零容忍”态度。发挥社会监督作用，畅通投诉举报渠道，鼓励动员社会各界参与监督，积极举报欺诈骗保行为，提供问题线索，对查实的投诉举报案件线索，严格落实《张掖市违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》，及时兑现奖励资金。

**七、加强两定医药机构管理。**制定区域医保资源配置规划，对现有两定医药机构布局进行优化调整，建立“总量控制、动态平衡”长效机制，在构建良性竞争的市场环境基础上实现优胜劣汰。**强监管期间暂停两定医药机构纳入。**加强定点医药机构管理，对违反协议管理并符合暂停医保结算、中止或解除协议情形的，严格按照协议处理；对年度考核 60 分以下的定点医药机构解除医保服务协议，退出协议管理；在年度考核中实行末位淘汰制，考核靠后的定点医药机构解除医保服务协议，并及时向医保行政部门报告。

**八、加强异地就医联合监管。**落实就医地和参保地监管责任，定点医药机构配合医保部门做好异地就医涉嫌违法违规问题现场核查工作，必要时联合当地卫生健康部门共同协查。加强区域合作，深入开展河西五市就医协议联合监管，实现跨区域异地管理常态化。适时组织开展跨地区异地就医协查或联合检查，重点做好 3 万元以上大额跨省住院疑似违规费用的协查工作，形成异地就医医保基金严监管态势。

**九、加强三医协同治理。**完善与定点医药机构的沟通协调和协商谈判机制，充分听取定点医药机构合理的意见建议和诉求，引导定点医药机构进一步提高认识，准确把握医保各项政策，配合落实医保改革措施。**全面做好舆情管控，定点医疗机构不得以强监管为由推诿患者，严禁过度医疗或医疗服务不足行为发生。**

定点医药机构要加强自我管理，严谨诱导患者“医保顶额消费”。有效发挥医保杠杆引导作用，通过差异化医保待遇政策、基层病种落地实施，着力构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗和就医新格局。二、三级定点医疗机构要带头做规范使用医保基金的示范单位，更加注重内涵式发展，提升诊疗服务水平。

**十、加强医保政策宣贯。**维护医保基金安全是全社会共同的责任和义务，面对全市医保基金运行的严峻形势，医保部门要聚焦群众关心的热点问题，全方位、多渠道、广覆盖开展政策宣传，用群众喜闻乐见的方式，让医保宣传接地气、冒热气、有生气，切实增强群众对医保工作的认知度、参与度、满意度。定点医药机构要加强全员医保政策培训，尤其是加强对《医疗保障基金使用监督管理条例》和国家医疗保障局第1-6号令学习，在思想上树立敬畏心和红线意识，不违规不逾矩，主动规范诊疗行为。同时，通过“医保+医药”新媒体矩阵，加大全民参保宣传，营造积极参保的良好氛围。

---

抄送：甘肃省医疗保障局，市纪委监委机关，市公安局、市财政局、市  
审计局、市卫健委、市市场监管局。

---

公开属性：主动公开

---

张掖市医疗保障局办公室

2024年10月10日印发

---