《关于加强医疗保障基金使用常态化监管

的实施方案（试行）》政策解读

6月13日，南京市政府办公厅印发了《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施方案（试行）》（以下简称《实施方案》），现就有关政策解读如下。

一、出台背景

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，党中央、国务院高度重视医保基金安全问题，全面推进医保基金监管工作，强化依法监管，扎牢制度笼子。近年来，国家和省医保局持续推进医保领域违法违规问题系统治理，2025年全面开展医保基金管理突出问题专项整治。市委、市政府坚决贯彻落实党中央、国务院决策部署，多次研究讨论加强基金监管的具体举措，提出了明确要求。

市、区医保部门始终把维护医保基金安全作为首要任务，通过建机制、夯基础、严监管、重打击，推动形成了医保基金监管的高压态势，明目张胆的骗保行为得到了极大遏制。但医保领域违法违规问题由来已久，具有历史性、广泛性、顽固性等特点。总体上看，当前医保基金监管仍处在“去存量、控增量”的攻坚阶段，随着监管力度不断加大，存量问题有可能进一步加速释放，监管形势依然复杂严峻。

为进一步保障医保基金安全运行、提高基金使用效率、规范医疗服务行为、减轻群众看病就医负担，依据《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），在《市政府办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》的基础上，出台了我市《实施方案》，明确加强医疗保障基金使用常态化监管具体细化措施，严监管、出重拳，织牢织密医保基金监管网，进一步推进医保基金监管工作走深走实。

二、主要内容

《实施方案》包括总体要求、压紧压实各方监管责任、抓实抓细常态化监管工作、建立健全常态化监管机制、强化保障措施五大部分十九条举措。

一是明确常态化监管五方责任。全面压实包括医保行政部门、医保经办机构、定点医疗机构和定点零售药店、行业部门、区级政府的五方监管责任，发挥部门职能和专业优势，形成齐抓共管的良好局面。

二是明确常态化监管五项举措。从落实飞检迎查、专项整治、日常监管、智能监控、社会监督等五个维度出发，以点、线、面相结合的方式，推进医保基金安全、合理、规范、高效使用。

三是明确常态化监管五项机制。从监督检查机制、自查自纠机制、多部门日常协作机制、信用监管机制、重大事项应急处置机制等五个方面着手，织密扎牢基金监管制度笼子，规范医保基金使用行为。

三、主要特点

《实施方案》在全面贯彻国家《实施意见》的基础上，紧密结合我市实际，以问题为导向，对开展常态化监管、健全制度机制、压实工作责任、强化组织保障等措施进行细化，增强了政策的可操作性，为提升医保基金监管效能提供有力支撑。主要有以下特点。

一是强化责任压实。压实常态监管责任，增加了建立医保部门四级责任体系，将大病保险专业稽核人员下沉基层，网格监管、责任到人。压实各区属地责任，建立辖区、医院风险等级制度，结合监督检查情况，划分高、中、低风险区域和重点监管医疗机构名单，动态评估、分类施策，实现精准打击。落实属地管理责任，各区政府根据医保基金监管风险等级，按照至少每季度、每半年、每年的频次召开联席会议研究监管举措，提出处理意见。

二是强化大数据赋能。面对当前监管形势，要全面运用医保智能监管子系统，加强医保基金智能监控知识库、规则库建设以及动态维护升级，运用国家医保反欺诈大数据应用监管试点成果，强化监测预警，持续提升智能监控效能。增加了建好用好南京“医保高铁”，细化监管规则，开发监管模块，提升监管维度，强化监测评估能力。推进“医保高铁数据监测和业务调度中心”建设，实时监测和调度医保网络运行安全、基金运行风险和主要业务工作指标等，做到快速闭环处置，形成医保运行网上线下结合的新体系。

三是强化内生动力。聚焦“抓早抓小”“ 防微杜渐”，前移医保基金监管关口，增加定点医药机构自查自纠机制和等级评定机制、医药企业信用评价机制、定点医药机构相关人员和参保人员管理办法等，通过完善信用承诺、分级分类管理等制度，从源头上杜绝各类违法违规问题发生，督促落实基金使用主体责任，积极营造全社会共同维护医保基金安全的良好环境。

四是强化协同监管。健全多部门日常协作机制，建立医保基金监管工作部门间联席会议制度，针对跨专业、跨部门、跨领域涉及医保基金使用的违法违规案件，实现部门间线索互移、标准互认、结果互通，推进信息共享。明确卫健、市场监管、审计、商务、公安、检察院等部门的监管职责，统筹规划、合理配置全市医药资源，引导医院、药店有序发展。