

医保基金监管现状 医保基金监管稽查方案 (优秀5篇)

人的记忆力会随着岁月的流逝而衰退，写作可以弥补记忆的不足，将曾经的人生经历和感悟记录下来，也便于保存一份美好的回忆。范文书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇范文呢？下面是小编帮大家整理的优质范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

医保基金监管现状篇一

根据州医疗保障局《2020年州医疗保险基金专项治理工作方案》的通知文件精神，充分发挥医疗保障对定点医药机构的监控及约束作用，加大对欺诈骗保行为的打击力度，为进一步维护医保基金安全和参保人员权益。结合我县医疗监管工作实际，县医保局研究制定了《2020年县医疗保险基金专项治理工作方案》。并成立了以医保局局长为组长、相关股室负责人为组员的县医保基金专项治理工作领导小组。开展2020年医疗保险基金专项治理自查工作。现将我县自查情况报告如下：

(1)、设置内控机构和人员。2020年调整设置了内控机构，以李青松局长为组长的内部控制领导小组，下设办公室，由同志具体负责内控相关工作。

(2)、建立健全内部风险管控制度。建立内部控制制度。按照工作要求，不断的完善县医疗保险内部控制制度，从医疗保险参保登记、缴费基数核定征缴、就医管理、医疗费用审核结算、基金财务管理、信息系统和业务档案管理七个方面实施控制，制定各项制度，使部门和岗位设置及职责分工符合业务流程和内部控制的基本要求。建立业务经办岗位制约机制，严格实行授权管理，设置初审与复核分离，业务与财务分离等岗位设置不相容。

(3)、建立基金运行分析制度。加强医保基金运行分析，及时掌握医保基金运行风险，科学制定防范措施，确保医保基金安全运行。

(1)、建立健全内部审计制度。为了做好医疗保障内审工作，进一步提高医疗保险管理水平，确保医疗保险事业扎实推进，健康发展，根据《xxx审计条例》、《审计关于内部审计工作的规定》以及国家和省、州医疗保险有关政策规定，结合实际，制定内审监督制度。

(2)、定期开展内部审计工作：医保局设立内部审计小组（即内部控制领导小组），对基金运行进行审计监督。内审小组原则上每年开展一次内部审计。

(1)、建立稽核检查流程。结合医疗保障基金专项治理工作制定了《县定点医药机构稽核检查工作方案》完善了定点医药机构的稽核检查流程。在对定点医药机构的稽核检查过程中，按照《县定点医药机构稽核检查工作方案》及《医疗保障基金专项治理》的工作要求开展对定点医药机构的稽核检查工作。

(2)、合理、合规、合法执行稽核检查流程。在2018年2019年医疗保障基金专项治理过程中，按照文件要求对我县19家定点医疗机构、14家定点零售药店进行了合理、合规、合法执行稽核检查。确保稽核检查结果能经得起查验。

(3)、违规处理是否按规定完结。按照《州定点医疗机构服务协议》相关要求，对涉及违规的定点医药机构按照协议管理要求进行了相应的处理处罚。并在规定时间内在“省异地医疗保险智能监控”平台进行登记，按照相关规定处理完结。

(4)、违规本金、违约金的规垫是否按规定执行。在执行协议的同时，对违规的定点医药机构下达扣款通知书，同时要求定点医药机构将违规金额及处罚金上缴医疗保障基

金。2018年定点医药机构违规上缴金额万元。2019年定点医药机构违规上缴金额万元，年度考核违约金缴纳万元。

(1)、对定点医疗机构履约情况是否进行全面检查。2018年以来，对县内19家定点医疗机构以“全覆盖”方式进行了检查，履约检查率100%。

(2)、对定点零售药店履约情况是否进行全面检查。2018年以来，对县内13家定点医疗机构以“全覆盖”方式进行了检查（其中1家是2019年新纳入定点零售药店），履约检查率100%。

(1)、待遇认定是否流程严谨、合理、便捷。本着相互制约和监督的原则，严格医疗保险政策行使职权，遵守内部工作流程。按照医疗费用支付业务管理权限，分项目审核支付的原则，分别设立门诊特殊疾病、住院基本医疗、特殊人群医疗补助等医疗费用审核结算岗位。对产生的医疗费用严格按照支付范围，支付标准，审核流程进行初审、复核，送分管领导审批签字后，汇总交接财务室支付。

(2)、待遇审核、复核的手续是否完备、资料齐全。医疗保险基金支付严格按照制度规定的支付范围、支付标准执行。根据定点医疗机构的医疗费用支付单，按照定点医疗机构总控协议及服务协议的要求，对定点医疗机构报送的医疗费用资料按初审、复核等进行逐个审核，再报领导审批后，交财务科进行费用支付。审核人员对参保患者提供的医疗费用报销凭证及其相关资料的完整性和准确性进行仔细核对（包括参保人员姓名、性别、年龄、病种），防止冒名顶替、发票与处方不符、大处方、伪造发票等情况发生。门诊特殊疾病待遇审批和高值药品、特殊检查、治疗、用药审批，审核部门严格按照审批标准审查，按程序审定签章后纳入信息系统管理，相关资料存档备查。

(1)、严格执行总额控制等付费制度情况。为加大基本医疗保险付费方式改革力度，进一步规范医疗服务行为，完善医

疗保险基金结算管理，根据甘医保发〔2019〕27号及相关文件精神，经甲乙双方协商基础上签订付费总额控制服务协议。2020年县人民医院城乡居民控费在803万元，城镇职工控费在146万元。

（2）、待遇支付审批程序是否健全完善。医保基金实行收支两条线管理，专款专用。医保基金财务核算和收支与医保经办机构经费会计严格区分，分开核算，财务岗位实行分工负责制，设置负责人、会计、出纳三个岗位，相关人员相互制约和监督，不得由一人办理基金业务的全过程。财务负责人对待遇支出进行审核签字，出纳人员负责待遇支付的初审录入，会计人员负责待遇支付的复审授权。

（3）、按有关规定拨付定点医药机构费用(是否违规提前、多支、拖欠费用)。严格按照国家和省的法律、法规和政策规定，严格执行财务操作流程，拨付定点医疗机构费用。按照审核科室提供的汇总表在核三系统进行核对，确保支付金额正确后交由财务负责人审核签字，在每月25号前完成系统支付。

（1）、参保登记、关系变更、转移接续的审批手续是否完备、材料齐全。按照人民政府关于印发《城镇职工基本医疗保险暂行办法》的通知要求。办理我县所有城镇用人单位，包括机关、事业、社会团体、企业（含国有企业、集体企业、股份制企业、外商投资企业、私营企业等）、民办非企业单位及其职工，必须参加基本医疗保险，城镇个体经济组织业主及其从业人员、乡镇企业及其职工的参保登记、关系变更、转移接续工作。参保单位或个人提供：1、单位名称、组织机构代码、地址及法人、经办人身份信息及联系方式。2. 单位开户银行、户名及账号；3. 单位的缴费险种、缴费基数、费率、缴费等数据；4. 职工名册及职工征缴基数及应缴费等情况；由医保局经办人员分别由a岗办理□b岗复核结束。完成参保登记、关系变更、转移接续的办理工作。

(2)、对终止参保人员的个人账户和待遇支付及时作出处理情况。对参加职工基本医疗保险的个人，参保人员移民或死亡的，个人账户储存额支付给本人或其法定继承人。单位参保人员由单位经办人员在当地经办机构办理人员关系变更时一并申请个人账户支付（参保单位职工医疗、生育保险增减变动申报表、医学死亡证明推断书/火化证/公安销户证明、单位账号户名。领取医疗账户一次返还支付通知单并签字）

灵活就业参保人员由本人或其法定继承人在当地经办机构申报个人账户支付□a.移民及其他原因需要退保的提交退保申请书、本人银行卡复印件b.参保人死亡的由法定继承人提交医学死亡证明推断书/火化证/公安销户证明、死亡人员身份证复印件、办理人身份证办理人（法定继承人优先配偶、子女、父母）与当时人关系证明材料、办理人本人银行卡复印件）

(1)、定期核对个人缴费情况。暂未进行定期核对个人缴费情况，下一步将按照上级部门相关要求，定期核对个人缴费情况。

(2)、收缴部门与财务会计部门按规定定期对账。暂未进行收缴部门与财务会计部门定期对账，下一步将按照上级部门相关要求，制定相应的规章制度。

(1)、严防内部人员“监守自盗”、“内外勾结”“徇私舞弊”等行为。从组织机构的设置上确保各部门和岗位权限分明，相互制约，通过有效的相互制衡措施消除内部控制中的盲点和弱点。对经办机构内部各项业务、各环节、各岗位进行全过程监督，提高医疗保险政策法规和各项规章的执行力，保证医疗保险基金的安全完整，维护参保者的合法权益。

(2)、确保医保数据不外泄情况。严格遵守各项保密制度，确保医保数据不外泄。

通过本次医疗保障基金专项治理工作的自查自纠，充分认识到医疗保障工作是一项持续、持久的工作。增强了工作人员的责任心，通过自查，找到自身工作的短板。在下一步的工作中，将密切配合上级部门，把我县的医疗保障工作做得更好。

医保基金监管现状篇二

为进一步推进我院的医保审计问题整改和规范诊疗行为，树立“以病人为中心”的服务理念和为人民服务的宗旨，加强医保政策的管理和规范医保资金的使用，改善服务态度，提高医疗质量，确保医疗安全，重点解决群众反映强烈的热点和难点问题、检查组对我院医保基金使用情况进行现场抽查，实事求是地指出了工作中存在的主要问题和不足，对我们进一步理清工作思路，明确工作重点，全面改进和做好今后医保基金规范管理各项工作，具有十分重要的指导意义。

1、加强组织领导。成立了由院长虚拟庄甄为组长，科室主要领导为成员的整改工作领导小组，为整改工作提供强有力的组织保障和人力保障。同时成立医院医疗收费管理工作领导小组，加强和规范医疗服务收费管理工作，指导、检查和监督医院各科室医疗收费工作。

2、制定整改方案。检查组反馈意见后，按照检查组要求，制定了《医院关于落实医保基金监管专项检查整改工作的通知》，并将整改任务落实到各个科室，明确了整改措施、责任领导、责任科室，限定了整改期限。

3、推动整改进度。领导小组加强对整改工作的统筹协调和督促检查，召开专题会议对整改工作的推进情况进行协调、督促，深入推进整改工作的落实。会上，对整改措施一项一项狠抓落实，对整改的每个问题一条一条进行梳理，全力推动整改工作。

- 1、末梢血糖测定应对应为葡萄糖测定(血糖仪)。
- 2、十二导联心电图检查已包含长二导联项目,不再收取附加导联费用。
- 3、加强对限制性使用范围药品的管理,如注射用兰索拉唑、长春西汀注射液、注射用艾司奥美拉唑钠、马来酸桂哌齐特注射液等医保限制用药比对为非医保;对临床确实符合医保限制范围用药的,经向医务科或医保办申请同意后,方可以医保的方式支付。
- 4、心脏彩色多普勒超声已包含普通心脏 m 型超声检查、普通二维超声心动图,不再另行收费。
- 5、全身麻醉的费用项目内涵包括气管插管,不再收取气管插管术的费用。
- 6、心电监测费用包含心电电极片,不再另行收取心电电极片的费用。
- 7、停止收取无创心功能监测费用。
- 8、非重症监护患者不再收取一次性血氧探头,麻醉恢复室监护不再收取一次性血氧探头。
- 9、脑功能检查、面神经功能主观检查属于神经系统体检,已包含在住院诊查费中,不再另行收费。
- 10、收取全身麻醉的条件下不再收取一次性全麻包。
- 11、康复科医嘱开普通针刺、电针、穴位贴敷治疗、拔罐疗法等,病程记录中要明确具体穴位已整改到位。
- 12、化验单上列明检验方法,已整改到位。

13、超声刀辅助操作收费已包含超声刀材料费,不再收取超声刀材料费。

14、加强手术病人传染病筛查,及时出具报告,确保收费合理合规。

15、对医嘱开检查单与报告单的一致性工作再次进行强调,并列入今年医疗质量安全检查重点工作。

16、对照《市医疗机构医疗服务价格项目及市公立医院医疗服务价格》文件,对 ct 检查计价部位收费进行逐一排查,合理规范收费标准。

在上级医保部门的正确领导下,把整改任务融入日常工作之中,立足长远,举一反三,不断巩固整改成果,善始善终把整改工作抓好做实,以实实在在的整改成效推进医保各项工作。

1、进一步抓整改到位。坚持目标不变、力度不减,对检查整改工作紧抓不放。对已基本完成的整改任务,适时组织“回头看”,巩固整改成效;对已初见成效的整改工作,要长期坚持,紧盯不放;对正在整改的工作,要按照检查组要求,积极抓紧整改。

2、进一步抓合力攻坚。严格执行整改方案,按照责任分工落实整改工作责任,加强整改工作的横向沟通和纵向协调,强化相关责任科室沟通协作,形成合力,发挥作用。涉及到全院多科室的问题,调动多科室人员积极配合,主动协调做好工作。强化整改工作的督促检查,严格落实整改工作台账,扎实推进整改工作有效完成。

3、进一步抓建章立制。坚持立足长远、举一反三,针对检查反馈的问题和意见,进一步强化权力制约和制度的规范,建立长效工作机制,坚持用制度管权、管事、管人、管物,巩

固整改工作成果，从源头上防止和杜绝各类违纪违规现象发生，进一步促进医疗事业持续健康发展。

通过对我院医保工作的自查整改，使我院医保工作更加科学、合理，今后我院将更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，提高我院医疗质量和水平，使广大参保人员的基本医疗需求得到充分保障。

医保基金监管现状篇三

坚持和加强党的全面领导，坚持党要管党、全面从严治党，全面推进党的政治建设、思想建设、组织建设、党风廉政建设、纪律建设，把制度建设贯穿其中，深入推进反腐败斗争，不断提高党的建设质量。

在省市的医保经办工作已划转医保局管理的形势下，按照上级要求，结合我县的工作实际，已提出申请设立龙川县医疗保障事业管理中心，现已按相关程序完善。我局会继续推进医疗保障事业管理中心就人员编制、领导职数、主要任务的组建方案的落实。

加强业务学习，确保医疗保险、生育保险、医疗救助、药品招标采购、药品和医疗服务价格管理、城乡居民基本医疗保险征缴工作顺利地开展。

争取上级主管部门及县委、县政府高度重视，充实医保监管力量，并组织业务培训，规范办事、办案流程，切实提高监管人员业务能力，进一步加强队伍建设，维护基金安全。

加强打击欺诈骗保的力度，严密监控医保基金的正常运行，一旦发现骗保行为，迅速联合各职能部门的力量进行打击，突击检查，全方位监控定点医院、药店，对骗保行为“抬头就打”，达到全面遏制的目的。

在巩固当前工作的基础上，进一步加大医疗保险及医疗救助政策的宣传工作力度，完善工作机制，强化工作措施，努力做到应保尽保、应救尽救，防止因病致贫。抓住当前专项整治工作良好态势和有利时机，深入宣传，推广经验，充分发挥群众的力量及相关部门积极性，加大监督举报，形成全民监管，在社会各界中形成强大舆论氛围，形成打击合力，有效巩固整治成果。

精准扶贫工作已进入攻坚验收阶段继续全力做好考核验收工作，防止返贫现象的出现，并与乡村振兴工作有效衔接，推动乡村发展。继续落实好医保扶贫政策，提高群众的服务质量。

医保基金监管现状篇四

为进一步整顿和规范医疗保障秩序，严厉打击骗取医保基金和冒领医保基金的违法违规行为，我院按照卫生主管部门的统一部署，于2022年3月1日至2022年5月5日开展了社会医疗保险自检自查活动，通过活动的开展，维护了人民群众的“救命钱”，在医疗保险工作上进一步严查漏洞、严密监管，努力维护医疗保障基金的安全，保障医疗安全，营造公平、和谐、稳定的医疗服务环境，合理使用医保资金，规范诊疗活动，持续提高人民群众医疗保障的获得感、幸福感、安全感，现将我院医保自查自检整改工作情况总结如下：

- 1、所开口服药物与诊断不符。
- 2、超范围检查，超标准收费。
- 3、病历书写不规范，部分医师学历不高，水平有限，书写的病历质量不高，存在病历书写不规范现象。

- 1、严格落实医保管理制度，优化医保服务管理

开展优质服务，设置就医流程图，方便参保人员就医。严格执行基本医疗保险用药管理规定，所有药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为的发生，所开的药物必须与诊断相符，杜绝大检查；严格执行基本医疗保险用药管理和诊疗项目管理规定，严格执行医保用药审批制度。

2、建立长效控费机制，完成各项控费指标 充分利用医院信息系统，实时监测全院医保病人费用、自费比例及超定额费用等指标，实时查询在院医保病人的医疗费用情况，查阅在院医保病人的费用明细，发现问题及时与科主任和主管医生沟通，并给予正确的指导。

加强控制不合理用药情况，控制药费增长。药事管理小组通过药品处方的统计信息随时了解医生开药情况，有针对性地采取措施，加强对“大处方”的查处，建立处方点评制度和药品使用排名公示制度，并加强医保病人门诊和出院带药的管理，严格执行卫生行政部门的限量管理规定。

明确规定医务人员必须根据患者病情实际需要实施检查，凡是费用较低的检查能够明确诊断的，不得再进行同一性质的其它检查项目；不是病情需要，同一检查项目不得重复实施，要求大型仪器检查阳性率达到 90%以上。

3. 加强医务人员在病例书写方面学习，不断完善病例。

通过对我院医保工作的自查整改，使我院医保工作更加科学、合理，今后我院将更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，提高我院医疗质量和服务水平。

我院始终坚持以病人为中心，以质量为核心，以全心全意为病人服务为出发点，努力做到建章立制规范化，服务理念人性化，医疗质量标准化，纠正行风自觉化，积极为参保人提

供优质、高效、价廉的医疗服务和温馨的就医环境，受到了广大参保人员的好评，收到了良好的社会效益和经济效益。在今后工作中，我们将进一步落实各项规章制度，完善各项服务设施，使医保工作真正成为参保人员可靠保障。

医保基金监管现状篇五

医保基金监管工作关联众多部门，涉及诸多行业，贯穿医保基金收、管、支运行管理全流程，链接医药服务各环节，因此，为保证医保基金监管工作卓有成效开展，就必须建立健全医保基金监管制度体系，按照《_办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）要求，着力打造“党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局”。

中国_代表最广大人民的根本利益，因此从本质上来说，党的领导就是帮助人民群众认识自己的利益，并且团结起来为自己的利益而奋斗。党的领导不是靠行_力来实现的，而是靠代表人民群众的利益，保持党同群众的密切联系，制定和执行正确的路线、方针、政策，并通过向人民群众作宣传教育工作，使人民群众自觉接受和执行自己的路线、方针、政策，靠人民群众的信心和拥护来实现的。党章规定，党的领导主要是政治领导、思想领导和组织领导。政治领导，在具体工作中，主要是指坚持党总揽全局、协调各方，发挥领导核心作用。思想领导，就是坚持以马列主义、_思想、_理论、“三个代表”重要思想、_新时代中国特色社会主义思想作为党和国家各项事业的指导思想，教育和武装广大党员和人民群众，向人民群众宣传党的路线、方针、政策，把党的主张变成人民群众的自觉行动。组织领导，就是通过党的各级组织、党的干部和广大党员，组织和带领人民群众为实现党的任务和主张而奋斗。

完善医保基金监管党建工作，就是加强党对医保基金监管工作的领导。完善医保基金监管党建工作制度，就是按照《_办

公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）规定，“以_新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，按照_、_决策部署，加快推进医保基金监管制度体系改革”，“坚持和加强党的全面领导，不断完善医保基金监管党建工作领导体制和工作机制。督促医疗保障部门、定点医药机构切实加强基层党组织建设，充分发挥党组织战斗堡垒作用和党员先锋模范作用。完善公立定点医药机构领导班子和领导人员特别是主要负责人监督约束机制，加强对其履行政治责任、基金监管责任的监督考核与执纪问责，筑牢监管底线”。

主要包括如下内容：

首先，明确检查形式。即：“推行‘双随机、一公开’监管机制，建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度”。为保证“双随机、一公开”真正落到实处，国家医保局在《关于做好2020年医保基金监管工作的通知》中明确规定，“建立医保基金监管执法人员名录库，制定随机抽取的原则、程序和具体方法。建立协助执法人员名录库，人员范围可涵盖临床医师、药师、医保专家、信息技术人员、律师、会计师、审计人员、新闻媒体人员等，健全动态维护机制”。

第三，积极借助外力。即：“积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管，建立和完善政府购买服务制度，推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性、效益性”。

由于医保监控链条长、环节多、范围广、场景多样、情况复杂，唯有借助现代信息技术、实现智能监控才能在医保繁杂的数据海洋中有所捕获，实现医保基金监管的高质量和高效率。为此，国家在建立健全医保智能监控制度方面不断发力。

首先，高度重视智能监控系统建设。_在《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）中明确提出“建立和完善医保智能监控系统，加强大数据应用”，在《医疗保障基金使用监督管理条例》（_第735号令）中要求“实施大数据实时动态智能监控”。同时，国家医保局在《关于做好2019年医疗保障基金监管工作的通知》（医保发〔2019〕14号）中对各省级医保部门建设智能监控的实施路径给出了原则性的指导意见，即：“全面梳理辖区内智能监控信息系统建设情况，加强督促指导，依据全国统一的技术标准、业务标准、业务规范和国家医疗保障信息平台建设需求，构建本地区医疗保障智能监控信息系统”。

其次，积极推进医保监管由人工向智能转变。通过“加强部门间信息交换和共享”，利用医保知识库、规则库及人工智能，实现对医保基金使用全环节、全流程、全场景监控，从而“推进异地就医、购药即时结算，实现结算数据全部上线。加快建立省级乃至全国集中统一的智能监控系统，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变”。

首先，畅通投诉举报渠道。_在《医疗保障基金使用监督管理条例》中明确规定，“医疗保障行政部门应当畅通举报投诉渠道，依法及时处理有关举报投诉，并对举报人的信息保密”，并在《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》中要求，“规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，加强隐私保护，切实保障举报人信息安全”。并在医保发〔2019〕14号文中要求“制定具体办法，规范举报线索受理、交办、查处、反馈等工作流程和工作机制，明确受理和查处标准，及时向举报人反馈线索受理及查处情况，不断提高举报人对举报处理的满意度”。

其次，建立打击欺诈骗保宣传工作常态化机制。国家医保局在《关于做好2020年医疗保障基金监管工作的通知》中规定，“将每年4月定为全国医保基金监管集中宣传月，推动打

击欺诈骗保宣传工作常态化、长效化”，明确要求“各地要采取多种措施，集中宣传解读医疗保障基金监管法律法规与政策规定，强化定点医药机构和参保人员法制意识，自觉维护医疗保障基金安全。统一印制并广泛张贴打击欺诈骗保宣传海报，发放宣传折页，播放统一制作的动漫宣传片等，运用群众喜闻乐见的宣传形式，加强舆论引导和正面宣传”（医保发〔2019〕14号）。

第三，完善举报奖励标准。_在国办发〔2020〕20号文中明确要求，“统筹地区及以上医疗保障和财政部门应当建立并不断完善医疗保障违法违规违约行为举报奖励制度，依照相关规定对举报人予以奖励……完善举报奖励标准，及时兑现奖励资金，促进群众和社会各方积极参与监督”。国家医保局、财政部在《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》（医保办发〔2018〕22号）中给出的规定是，“统筹地区医疗保障部门可按查实欺诈骗保金额的一定比例，对符合条件的举报人予以奖励，最高额度不超过10万元……欺诈骗保行为不涉及货值金额或者罚没款金额，但举报内容属实的，可视情形给予资金奖励。两个或两个以上举报人对同一事实进行举报的，按举报时间以第一举报人为奖励对象；联名举报的，按一个举报人奖励额度进行奖励，奖金由举报人协商分配。统筹地区医疗保障部门应开辟便捷的兑付渠道，便于举报人领取举报奖金”。

信用管理是市场经济条件下监督管理的基础，__明确要求建立健全医疗保障信用管理制度，推行守信联合激励和失信联合惩戒机制。

首先，建立健全医保信用记录评价制度。国办发〔2020〕20号文件明确规定，“建立医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度和积分管理制度。创新定点医药机构综合绩效考核机制，将信用评价结果、综合绩效考核结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联”。

其次，不断完善医保信用管理工作。_在国办发〔2020〕20号文件明确要求，“加强和规范医疗保障领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单管理工作，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒”，用黄华波的话来说，就是“完善医保领域‘黑名单’制度，将严重违规的定点医疗机构、定点药店、医保医师和参保个人列入‘黑名单’，定期向社会公开发布；逐步建立个人惩戒制度，将医保领域涉骗行为纳入国家信用管理体系，发挥联合惩戒威慑力，实现‘一处违规，处处受限’”。

第三，积极推进行业自律。广泛开展医保法律法规政策培训，不断提升公立医疗机构、非公立医疗机构、零售药店、医师等行业从业人员遵纪守法履约的自觉性和主动性，按照国办发〔2020〕20号文件规定，“鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，制定并落实自律公约，促进行业规范和自我约束”。

医保监管的困难程度和复杂程度彰显了实行部门配合、综合监管、全社会监督的必要性和重要性，只有实行全方位、全领域、全流程、多层次、立体化、多形式的综合监管和社会监督，才能不断提高医保监管效能，维护医保基金安全，推动医保事业健康可持续发展。