

国家医疗保障局文件

医保发〔2026〕11号

国家医疗保障局关于印发 《医疗保障基金监督检查五年行动计划 (2026年—2030年)》的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

《医疗保障基金监督检查五年行动计划（2026年—2030年）》已经国家医疗保障局第11次党组会审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

国家医疗保障局

2026年4月10日

(主动公开)

医疗保障基金监督检查五年行动计划

(2026年—2030年)

为深入贯彻落实党中央、国务院重大决策部署，持续加强医保基金监管，保障医保基金安全运行、提高基金使用效率、全面提升医保治理能力，制定本行动计划。

一、总体要求

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大及二十届历次全会精神 and 《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》要求，始终把维护医保基金安全作为首要任务，持续强化监管，坚决守住医保基金安全底线。

到2030年，基本建成宽严相济、标本兼治、综合施策，全方位、多层次、立体化的医保基金监管体系，实现震慑态势进一步巩固、智能监管能力明显提升、监管体制机制更加完备，相关主体自我管理主动性有效提升、医保基金使用行为更加规范、基金运行环境得到深度净化，医保治理体系和治理能力现代化水平显著提升。

二、重拳治标，持续巩固“不敢骗”的高压态势

(一) 推动监督检查全面覆盖。各级医保部门要加强统筹、合理安排，立足基金使用监督管理，推动飞行检查、经办日常核

查全面覆盖所有统筹地区，覆盖定点医药机构、经办机构、参保人、参保单位等各主体，覆盖公立（含部队）、民营、私人等各性质，覆盖综合医院、中医医院、专科医院、护理院以及连锁药店、单体药店等各类型，覆盖大、中、小等各规模，覆盖线上线下一、就地和远程等各场景，覆盖基本医保、生育保险、大病保险、长期护理保险等各险种。原则上“十五五”期间实现全国所有定点医药机构现场检查全覆盖。国家飞行检查每年覆盖全国所有省份，5年覆盖全国所有地级市，重点覆盖医保基金使用量大、社会服务面广、全国综合排名靠前的大型三甲医院以及各种线索指向违规风险较高的定点医药机构，覆盖所有省级医保经办机构。省级飞行检查每年覆盖全省所有地级市（区、县），5年覆盖所有县，重点覆盖国家飞行检查范围之外的三级医院以及部分医保基金用量较大的二级医院，覆盖所有地市级医保经办机构。市县医保部门结合实际，5年实现对本辖区内定点医药机构、医保经办机构现场检查全覆盖。

（二）持续丰富监督检查形态。检查模式上，年度飞检、专项飞检与“点穴式”飞检相结合。年度飞检重点聚焦医保基金运行风险高、住院率畸高、自查自纠不到位、飞检问题整改不力的统筹地区，聚焦基金使用量大、举报和大数据筛查问题较为集中、屡查屡犯的定点医药机构，聚焦违规风险高的重点领域。专项飞检重点聚焦社会关注焦点、审计巡视督导发现问题、群众反映强烈问题，深挖倒卖回流药、虚假慈善、DRG/DIP违规、药

品耗材“采高不采低”“低采高结”“违规加价”“变相返利”等突出问题，以及利用医养结合、生育津贴、异地就医等违法违规使用医保基金问题。探索开展长护险专项飞行检查。推动开展军地联合飞行检查。“点穴式”飞检重点聚焦大数据筛查异常线索、举报投诉问题线索、自费率畸高机构等开展短平快检查。机构选取上，直接指定与随机抽查相结合。检查形式上，“明察”与“暗访”相结合。覆盖范围上，“全覆盖式”与“重点突破式”相结合。对区域性的问题，采取“全覆盖式”检查，实现对某地区医保基金使用情况的全面排查；对某领域、某机构以及典型性、苗头性问题，采取“重点突破式”检查，快速摸清情况、解决问题、化解风险。

（三）强化处置整改。严格飞检问题处置，综合运用协议、行政、支付资格管理等方式，确保达到惩戒教育效果。对涉及欺诈骗保的机构，坚决中止或解除医保定点协议。严肃飞检问题整改，属地医保部门要按规定时限报送整改方案及整改报告，对改变问题性质、大幅核减违规金额等情形，须及时汇报、认真复核并作单独说明。强化举一反三，针对检查发现的普遍性、区域性、突出性问题，通过恳谈、约谈、警示教育等方式，督促当地所有定点医药机构全面自查，推动面上治理。加大向地方通报力度，强化属地监管责任。

三、技术赋能，不断织密“不能骗”的天罗地网

（一）健全大数据监管模型矩阵。持续加大各类大数据监管

模型的研发应用力度，不断健全大数据监管模型矩阵。以典型违法违规行为为重点，持续完善共同住院、拉拢住院、敛卡套刷、时空异常、冲顶消费等监管模型。以特殊群体为重点，持续完善利用困难人群、医疗救助人群、“慢特病”待遇享受人群、异地就医人群、死亡人群等违法违规使用医保基金的监管模型。以药品耗材为重点，持续完善追溯码、倒卖串换、超量开药、重点药品耗材监测等监管模型。以诊疗项目为重点，持续完善虚假诊疗、串换项目、重复收费、分解收费、过度诊疗等监管模型。以病种为重点，持续完善 DRG/DIP 支付方式下的高编高套、分解住院、“特例单议”等监管模型。以险种为重点，持续完善覆盖各险种的监管模型。力争用 5 年时间，形成覆盖医保基金使用全链条、全周期、多维度、多场景的大数据监管模型矩阵。

（二）完善事前事中事后全流程智能监管体系。推进医药机构端事前提醒、经办端事中审核、行政端事后监管“三道防线”建设，形成梯次拦截违法违规行为的协同效应。充分发挥规则库、知识库在全流程智能监管体系中的关键作用，强化“两库”在事前事中事后全流程应用。持续丰富完善国家版“两库”并及时下发地方，并有组织有计划地向社会公开，赋能各级医保部门和广大定点医药机构。推动监管关口前移，强化事前提醒，力争“十五五”期间实现定点医药机构事前提醒全覆盖，将各类违法违规行为消灭在萌芽状态，不断减少违法违规问题的发生。鼓励所有定点医药机构接入本地医保信息平台的事前提醒

功能模块，实现免费调用；对于技术实力较强、信息化基础较好的医药机构，鼓励其将国家公开的“两库”规则和知识点嵌入医院 HIS 系统，提高运行效率。完善事前、事中、事后有效衔接工作机制。

（三）创新探索人工智能等前沿技术和新场景监管应用。坚持创新驱动发展，深度运用新一代人工智能技术，实现全链条、智能化、穿透式监管。聚焦药品追溯码监管应用，完善药品追溯码监管模型，精准锁定职业开药人、药贩子，以及违法违规的药品批发企业、药品零售机构、网络售药平台等违法主体，加强与相关部门监管联动，全链条治理倒卖“回流药”历史性顽疾，同时探索推进耗材唯一标识监管应用。聚焦新技术新场景，积极探索场景捕捉、热成像、毫米波雷达等技术在康复理疗、长护险服务等场景的监管应用。聚焦人工智能赋能，持续创新拓展“人工智能+医保监管”的实践路径和应用场景。基于“一病一档”建设，推动基金监管从项目监管向项目和病种协同监管转变；基于医保影像云建设，探索“人工智能+影像识别”，精准发现植入类耗材异常、虚假检查、虚构病情等违法违规行为；基于全病历数据采集，探索“人工智能+病例判读”，为过度诊疗、虚假诊疗等问题的监管提供线索支持；基于全国医保政策，探索构建“人工智能+医保规则”，通过人工智能自动生成监管规则、筛查疑点线索、精准发现问题。持续推进反欺诈大数据监管试点成果转化，扎实开展智能监管改革试点。

四、源头治本，持续健全“不想骗”的长效机制

(一) 健全科学完备的法律制度体系。全面实施《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》。制定行政执法裁量基准，推动形成统一规范的行政执法标准体系。制定出台进一步加强定点零售药店职工基本医疗保险个人账户使用监督管理的政策举措。研究制定日常监督管理办法和长期护理保险基金监管相关制度。

(二) 完善高效管用的监督检查机制。坚持“以上查下、交叉互查”检查机制，着力破解本地同级监管难题。坚持“点线面结合”工作机制，对典型性、普遍性、复杂性问题，通过飞行检查、经办“快核快反”，推动典型问题查处，实现“点上突破”；通过专项整治，每年聚焦若干重点领域与问题，集中整治攻坚，实现分领域“线上治理”；最终形成日常监管的问题清单、检查指南、制度规范，实现常态化“面上监管”。健全“异地就医”监管机制，压实就医地监管责任，将异地就医纳入本地同质化管理，完善参保地、就医地协查程序，定期开展“国家组织、参保地参与、就医地协同”的异地就医专项飞检。建立抽查复核和“回头看”工作机制，适时组织专项飞行检查，对核查结果存疑的举报投诉线索和大数据筛查疑点线索进行抽查复核；对飞检处置整改不力的进行“回头看”，发现有案不查、包庇纵容、敷衍了事的，严肃处理。落实为基层减负工作机制，加强对监督检查的统筹，减轻基层负担。

(三) 坚持宽严相济的治理机制。持续完善“自查自纠”工

作机制，对高发频发问题，采取印发问题清单要求自查、教育引导鼓励自查、推送疑点数据引导自查等方式，压实定点医药机构医保基金规范使用自我管理主体责任。落实“三重沟通”工作机制，通过检查组与被检机构沟通，充分听取陈述申辩；通过检查组与被检地医保部门沟通，全面了解地方政策，充分听取当地意见；通过上级医保部门的沟通，强化检查中争议事项协调。秉持“实事求是”工作原则，对欺诈骗保和一般违法违规问题，坚持区分性质、分类处置。坚持尊重医学规律和临床实际，不干涉正常诊疗行为，包容审慎对待实践中的合理诉求。

（四）建立激励约束并重的信用管理机制。全面落实医保支付资格管理制度，加快实现记分信息全国联网，鼓励定点医药机构将人员记分与相关激励约束机制挂钩。研究建立参保人信用管理机制，对严重违法或失信的参保人依法予以信用惩戒。探索建立定点医药机构信用管理机制，并开展试点，区分不同机构类型等级，综合考虑违法违规情况、自查自纠、智能监管、内部控制、配合监督检查等进行信用评价，评价结果与检查频次、医保基金支付等挂钩，推动医药机构形成主动自律的良好生态。

（五）健全协同有力的衔接联动机制。持续巩固深化医保基金管理突出问题专项整治成果，加强与财政、卫生健康、中医药、市场监管、药监等部门沟通协调，推进跨军地联合监管，凝聚监管合力。强化“行纪衔接”“行刑衔接”“行行衔接”，推动线索互移互送，推进信息共享和结果贯通，实现上下游综合

治理。

(六) 构筑全民参与的社会监督机制。主动接受人大监督、审计监督、财会监督，积极发挥群众监督、媒体监督的作用，构建多元协同的监督体系。持续健全举报投诉工作机制，规范线索处置流程。用好举报奖励制度，发挥社会监督员作用，主动回应社会舆论和公众关切，将外部监督转化为提升监管效能的内生动力。

(七) 积极推进精准滴灌的教育引导机制。研究制定加强医保基金监管宣传教育引导工作的指导意见，建立常态化宣教机制，引导医保基金使用主体自律、自省、自警，营造规范使用基金的良好氛围。坚持正反并举，聚焦监管政策法规、违法违规典型案例、自查自纠“负面清单”、智能监管事前提醒系统建设等重点内容，加强宣传培训，帮助定点机构提升合规意识和管理水平；继续组织好集中宣传月活动，提升各方对医保法规政策的理解；用好反面典型案例开展警示教育。坚持内外结合，对性质恶劣、屡教不改的，坚决公开曝光；对情节较轻的，通过窗口指导、恳谈约谈、内部通报等方式，强化教育引导。坚持精准滴灌，针对不同主体、性质、规模及违规行为，分类制作警示教育素材，并分类广泛开展培训教育，推动以案促改、以案促治。

五、工作要求

(一) 强化组织保障。各级医保部门要强化责任意识，推动各项工作全面落实。主要负责同志亲自抓、负总责，明确责任分

工，加大资源投入，配齐配强人员力量，保障必要的车辆、执法装备等，并对医保基金监管给予必要的经费支持。

（二）压实属地责任。各级医保部门要切实履行监管职责，做实常态化监管工作。对监管不力、执法不严导致医保基金安全存在重大风险隐患或造成严重后果的，以及滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，要严肃追责。

（三）提升监管能力和作风。进一步强化监管队伍法治化、规范化、专业化、廉洁化建设。以法治化为本，规范行政裁量权，完善基金监管执法程序，加强执法监督。落实重大执法决定法制审核制度，开展行政执法案卷评查工作。以规范化为准则，推进国家医保信息平台基金监管相关模块应用，加强飞检全过程管理，健全违法违规问题认定标准，统一规范飞行检查报告等法律文书。认真落实重大事项请示报告制度。以专业化为支撑，建立咨询专家库，加强监管人员业务培训，着力建设复合型医保监管队伍。以廉洁自律为底线，将作风建设贯穿始终，严格落实飞行检查“十不准”要求，加大较真碰硬的力度、强化后续处置的硬度、提升沟通协调的温度，实现监管力度、硬度、温度的有机统一，推动医保基金监管高质量发展。

