

# 医保飞检常态化下医疗保障基金监管机制优化与路径探讨

张文娟

连云港市第一人民医院，江苏 连云港 222000

DOI:10.61369/MRP.2026010006

**摘要：**医保飞行检查（飞检）常态化是维护医保基金安全的关键举措，但在实践中仍面临事前预警滞后、事中协同不足、事后追溯不力、基层能力薄弱等深层次挑战。为破解这些难题，本研究聚焦医保飞检常态化下医疗保障基金监管机制优化与路径研究，提出构建“事前预警—事中监控—事后追溯—信用评价”四位一体的医保基金监管新机制。机制以全流程防控为核心，通过多部门数据共享与智能算法提升预警精准性；通过明确部门职责与线上监控强化事中协同性；通过物联网设备与闭环管理完善追溯链条；通过信用评价体系引导行业自律。研究进一步设计了分三阶段的实施路径，并从组织、技术、法律、人才、资金五个维度提出系统性保障措施。本研究旨在推动医保基金监管从“被动查处”向“主动防控”、从“单点监管”向“系统治理”的根本性转变，为构建与医保制度相适应的长效保障体系提供理论参考与实践路径。

**关键词：**医保基金；飞行检查；常态化监管；四位一体

## Exploration on The Optimization and Pathways of Medical Security Fund Supervision Mechanisms under the Normalization of Unannounced Medical Insurance Inspections

Zhang Wenjuan

The First People's Hospital of Lianyungang, Lianyungang, Jiangsu 222000

**Abstract :** The normalization of medical insurance unannounced inspections (flying inspections) is a crucial measure to safeguard the security of medical insurance funds. However, in practice, it still faces profound challenges such as lagging pre-warning, insufficient coordination during inspections, ineffective post-inspection traceability, and weak grassroots capabilities. To address these issues, this study focuses on the optimization of medical security fund supervision mechanisms and pathways under the normalization of medical insurance flying inspections. It proposes the construction of a new four-in-one medical insurance fund supervision mechanism encompassing "pre-warning, in-process monitoring, post-inspection traceability, and credit evaluation." This mechanism centers on whole-process prevention and control, enhancing the accuracy of pre-warnings through multi-departmental data sharing and intelligent algorithms; strengthening in-process coordination by clarifying departmental responsibilities and implementing online monitoring; improving traceability chains through IoT devices and closed-loop management; and guiding industry self-regulation through a credit evaluation system. The study further designs a three-stage implementation pathway and proposes systematic safeguard measures from five dimensions: organization, technology, law, talent, and funding. This research aims to promote a fundamental transformation in medical insurance fund supervision from "passive investigation and punishment" to "proactive prevention and control," and from "single-point supervision" to "systematic governance," providing theoretical references and practical pathways for constructing a long-term security system compatible with the medical insurance system.

**Keywords :** medical insurance funds; flying inspections; normalized supervision; four-in-one mechanism

## 引言

医疗保障基金是覆盖13.5亿参保人员的“救命钱”，其安全高效运行不仅关系到广大人民群众的健康权益，更是维系社会和谐稳定与促进制度公平可持续的重要基石。近年来以飞检为代表的强力监管手段，在打击欺诈骗保、维护基金安全方面取得了显著成效。自2021年实现年度全覆盖以来，医保飞检已步入常态化运行轨道，通过构建全域覆盖的监管网络、实施空前力度的打击行动，累计追回基金超580亿元，有效遏制了违规行为的蔓延，并推动了监管制度从“运动式整治”向“制度化规范”的深刻转型。然而在飞检“常态化、高频化”的背景下，现有监管机制的深层次矛盾与结构性短板逐渐显现。基于此，本研究立足于医保飞检常态化的现实背景，系统剖析当前监管机制面临的挑战，提出构建“事前预警—事中监控—事后追溯—信用评价”四位一体的监管新格局，并详细阐述其优化策略、实施路径与保障措施。研究旨在通过机制创新与路径设计，推动医保基金监管实现从被动到主动、从分散到系统、从短期震慑到长效保障的跨越，为守护好人民的“看病钱”提供坚实的制度保障。

## 一、我国医保飞检常态化运行的现状与挑战分析

### （一）医保飞检常态化运行的成效分析

医保基金作为13.5亿参保人员的“救命钱”，是维护广大群众健康权益的重要支撑，是促进制度公平可持续的重要保障，是维系社会和谐稳定的重要纽带<sup>[1]</sup>。自2021年实现年度全覆盖以来，医保飞检已构建起常态化工作体系，监管效能显著提升。其覆盖范围从公立医院延伸至基层、药店和经办机构，有效填补了监管空白，形成“全域无死角”格局。同时打击力度空前增强，三年累计追回医保基金超580亿元，查处违规机构12.6万家，形成强大震慑，促使违规行为发生率显著下降<sup>[2]</sup>。此外，飞检还推动了监管制度的完善，通过出台国家管理办法和地方建立闭环机制，成功实现了从“运动式整治”向“制度化规范”的根本转变。

### （二）飞检常态化下监管机制面临的深层次挑战

尽管飞检成效显著，但在“常态化、高频化”运行背景下，现有监管机制仍存在四大深层梗阻，制约监管效能进一步释放<sup>[3]</sup>。事前预警机制精准性不足，“被动应对”问题突出，当前预警多依赖医保结算数据“事后筛查”，缺乏与卫健、市场监管、民政等部门的实时数据共享，导致预警滞后性明显，同时预警算法模型仍以“单一指标阈值判断”为主，难以识别“拆分住院、虚增诊疗项目”等隐蔽性违规行为。事中监控协同性欠缺，“多头监管”与“监管空白”并存，飞检实施过程中，医保部门、卫健部门、第三方审计机构的职责划分不够清晰，医保部门负责基金使用合规性检查，卫健部门负责医疗服务行为监管，两者数据不通、标准不一<sup>[4]</sup>。事后追溯链条完整性不足，“整改不到位”与“违规反弹”频发，部分地区飞检后仅注重“资金追回”，忽视对违规根源的追溯与制度修复，一方面证据固定难度大，对“虚记护理次数、伪造患者签名”等行为，缺乏电子病历、物联网设备等客观证据支撑，导致追溯链条断裂；另一方面整改验收标准模糊，仅以“是否提交整改报告”作为验收依据，未对整改效果进行长期跟踪；更关键的是违规成本偏低，难以形成长效震慑<sup>[5]</sup>。基层监管能力与飞检常态化需求不匹配，“人少事多”矛盾凸显，飞检常态化后，县级医保部门年均需承担2-3次飞检任务，但基层监管力量普遍薄弱，且缺乏医疗、审计、大数据分析等专业人才，同时基层监管设备落后仍依赖“人工查账、现场核对”等传统方式，难以应对海量医保数据的分析需求。

## 二、医保基金监管机制的优化策略：构建“四位一体”新格局

### （一）优化目标与原则

医保基金监管优化的核心是实现从“被动查处”到“主动防控”、从“单点监管”到“系统治理”、从“短期震慑”到“长效保障”的转变，其推进路径分三阶段，短期（1-2年）解决预警滞后与协同不足等突出问题；中期（3-5年）建成“四位一体”监管机制并控制违规率；长期（5年以上）形成与医保制度相适应的长效保障体系。机制优化需遵循四大原则，以问题为导向精准施策；打破部门壁垒实现协同联动；依靠科技赋能提升监管效率；运用信用激励与惩戒引导行业自律。

### （二）构建“事前预警—事中监控—事后追溯—信用评价”四位一体监管机制

“四位一体”监管机制以全流程防控为核心，通过事前预警、事中监控、事后追溯和信用评价四个环节的紧密衔接与相互支撑，构建起一个闭环管理体系，旨在全面提升医保基金监管效能<sup>[6]</sup>。事前预警环节致力于提升精准性与前瞻性，通过“数据整合+智能算法”破解滞后难题。一方面建立覆盖医保、卫健、市场监管、民政、公安等多部门的实时数据共享平台，为预警提供全面的数据基础。另一方面升级预警算法模型，从传统的“单一指标阈值判断”转向“多维度特征分析”，引入机器学习技术构建违规行为画像，更精准地识别隐蔽性违规行为。事中监控环节聚焦强化协同性与全场景覆盖，以解决“多头监管”与新型业态监控不足的问题<sup>[7]</sup>。在部门协同上，明确医保部门负责基金使用合规性监控，卫健部门负责医疗服务合理性监控，第三方审计机构负责数据真实性核查，三方建立“每日会商、每周通报”机制，对争议问题联合制定判断标准，形成监管合力。在场景覆盖上，针对“互联网+医疗”等新业态，搭建线上实时监控系统，通过人脸识别、AI审核处方、物流数据核验等手段，对诊疗全流程进行追踪，有效防范虚假线上诊疗等违规行为。事后追溯环节着力完善链条完整性与整改有效性，避免“整改不到位、违规反弹”<sup>[8]</sup>。在证据链构建上，推动医疗机构配备智能床垫、智能药柜等物联网监管设备，并打通电子病历系统与医保监管平台数据接口，实现“诊疗行为—费用结算—病历记录”的全程可追溯。在整改管理上，建立“问题清单—整改方案—验收标准—回头看”

的闭环流程，飞检后制定个性化整改方案，验收后定期开展“回头看”，对反弹机构加大处罚，确保整改落到实处。信用评价环节侧重发挥激励约束作用，提升监管长效性<sup>[9]</sup>。构建涵盖违规频次、整改质量、参保人满意度等多维度的信用指标体系，将医疗机构分为A、B、C、D四个等级。强化信用结果应用，对A级机构给予提高支付比例、减少检查频次等激励；对C、D级机构实施重点监控、暂停服务、扣减结算金额乃至向社会公示等惩戒，并将信用等级与机构评审、定点资格挂钩，形成“一处失信、处处受限”的监管格局，引导医疗机构主动规范行为。

## 三、医保基金监管机制优化的实施路径与保障措施

### （一）实施路径

医保基金监管机制优化紧扣“四位一体”核心，分三阶段梯次推进，实现从基础建设到全面覆盖再到长效运行的递进。短期（1—2年）以“基础筑基”为重点，破解数据壁垒与基层能力短板。由国家医保局牵头，联合多部门制定数据共享标准，打通电子病历、药品流通等关键数据接口<sup>[10]</sup>。同时，中央财政专项支持为县级医保部门配备智能监控设备，并开展大规模人员轮训，提升基层监管能力，缓解“人少事多”矛盾。中期（3—5年）以“机制扩面”为核心，推动“四位一体”机制全国落地。全国推广智能预警算法，建立三级预警中心，大幅提升隐蔽违规识别率。固化跨部门协同机制，出台联合监控细则，并将线上监控拓展至所有互联网医疗平台，实现全场景覆盖。推动二级以上医院全面配备物联网设备，建立全国统一的整改“回头看”系统。建成全国医保信用信息平台，实现信用等级跨省互认，并与支付、定点资格等深度挂钩。长期（5年以上）以“长效提质”为目标，推动监管与医保制度深度融合。建立动态调整机制，使监管适应医疗技术与政策发展。同时构建“监管+服务”融合模式，为医疗机构提供合规指导，并畅通公众监督渠道，形成“政府监管、机构自律、公众参与”的多元共治格局。

### （二）保障措施

为确保实施路径落地，需从组织、技术、法律、人才、资金五个维度构建全方位保障体系。组织保障上，建立“国家统筹、分级负责”的工作机制，成立由国家医保局牵头，发改、财政、卫健、市场监管等部门参与的医保基金监管机制优化领导小组，定期召开联席会议协调解决跨部门问题，省级以下成立专项工作组，明确市县两级医保部门的具体职责与进度要求，将机制优化成效纳入地方政府绩效考核，对推进滞后的地区实行约谈问责，

避免“责任悬空”。技术保障上，强化数据安全与算法迭代。一方面制定《医保监管数据安全管理办法》，采用区块链技术实现数据溯源，建立数据访问权限分级制度，防范数据泄露与滥用，同时定期开展数据安全审计，每年组织1—2次全国性数据安全检查；另一方面设立“医保监管算法研发专项”，联合高校、科技企业组建研发团队，持续优化预警模型与监控算法，针对新型违规行为快速更新算法参数，确保技术手段始终跟上违规形式变化。法律保障上，完善医保基金监管法规体系。加快修订《医疗保障基金使用监督管理条例》，明确“四位一体”机制的法律地位，细化事前预警、事中监控、事后追溯的法律依据，同时提高违规处罚力度，将“重复违规、情节严重”的机构负责人纳入行业禁入名单，增强法律震慑力。人才保障上，构建“专业+复合”的人才队伍。一方面扩大医保监管专业人才招录规模，重点引进医疗、审计、大数据分析等专业人才，在省级医保部门设立“技术监管专员”岗位，负责算法模型应用与数据分析；另一方面推行“医保—卫健人才交流计划”，每年选派医保监管人员到医疗机构挂职学习，同时邀请临床专家参与飞检与监控标准制定，提升监管人员的医疗服务专业判断能力，2030年前建成一支10万人规模的专业化监管队伍。资金保障上，建立多元化投入机制。中央财政将医保监管机制优化纳入年度预算，重点支持全国数据平台建设与基层设备升级；地方财政配套资金，用于本地监管人员培训与物联网设备安装；同时鼓励社会力量参与，通过政府购买服务方式引入第三方机构参与飞检、审计与技术研发，2025年后逐步形成“中央补贴+地方配套+社会参与”的资金保障模式，确保机制优化有持续的资金支持。

## 四、结束语

医保飞行检查的常态化，标志着我国医保基金监管进入了强监管、严监管的新阶段，取得了举世瞩目的成效。然而面对监管实践中暴露出的预警滞后、协同不畅、追溯不力、能力不足等深层次挑战，必须清醒地认识到，仅仅依靠“运动式”的检查和“被动式”的查处，已难以适应新时代医保事业高质量发展的要求。随着“四位一体”监管机制的逐步完善与深度融合，我国的医保基金监管将不再仅仅是一场场“飞行检查”的战役，而将演变为一个动态、智能、高效的常态化治理体系。这不仅能更有效地守护好13.5亿参保人的“救命钱”，更能促进医疗服务行为的规范，推动医保制度的可持续健康发展，为增进人民健康福祉、维护社会和谐稳定构筑起一道坚不可摧的防线。

## 参考文献

- [1] 张卿,石薰妍.论医保基金监管飞行检查制度的优化[J].中国医疗保险,2020(4):33—35.DOI:10.19546/j.issn.1674—3830.2020.4.011.
- [2] 曹凯.医保飞检,五年建制[J].中国医院院长,2023(20):38—44.
- [3] 张力源.甘肃省医保基金飞行检查的医疗保障经办机构考核指标体系研究[D].甘肃:兰州大学,2023.
- [4] 于洋,安晓玲.医保飞行检查程序设计及实现[J].航空航天医学杂志,2024,35(3):337—339.DOI:10.3969/j.issn.2095—1434.2024.03.027.
- [5] 刘文倩,高大伟,袁宪起,等.医保飞行检查下医用耗材管理的策略研究[J].医疗装备,2024,37(10):8—10,14.DOI:10.3969/j.issn.1002—2376.2024.10.003.
- [6] 田梦,肖婧琦,郝珺,等.完善第三方机构参与医保飞行检查工作机制的思考与建议[J].中国医疗保险,2023(4):61—66.DOI:10.19546/j.issn.1674—3830.2023.4.009.
- [7] 2024年医保基金飞行检查首次开展“回头看”[J].家庭医药,2024(11):3.
- [8] 张燕.飞行检查常态下医院医保基金精细化管理实践与思考[J].现代经济信息,2021(8):150—151,165.
- [9] 2022年度医保基金国家飞检覆盖23个省份[J].现代经济信息,2023,38(21):18.
- [10] 叙永县医保局开展2022年省级医疗保障基金飞行检查督导工作[J].四川劳动保障,2022(5):19.