

大同市医疗保障局文件

同医保发〔2023〕6号

关于印发《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施细则》的通知

各县（区）医疗保障局、市医保中心：

现将《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施细则》印发给你们，请认真贯彻落实。



（此件主动公开）

(此页无正文)

关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施细则

为进一步提升监管能力，维护医保基金安全，持续推动我市医保基金监管制度体系健全完善，按照山西省人民政府办公厅《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》（晋政办发〔2021〕26号）和大同市人民政府办公室《关于印发大同市推进医疗保障基金监管制度体系改革实施方案的通知》（同政办发〔2022〕26号）要求，制定本实施细则。

一、指导思想

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精神，认真落实党中央国务院、省委省政府和市委市政府有关加强医保基金安全工作的部署，建立以法治为保障、信用管理为基础、大数据监管为支撑、多形式检查为依托的医保基金监管制度体系和执法体系，形成党委领导、政府监管、社会监督、行业自律和个人守信相结合的监管格局，实现基金监管法治化、专业化、规范化、常态化，促进我市医疗保障制度健康持续发展。

二、主要任务

- 1、完善多部门综合监管机制，形成打击欺诈骗保高压态势；
- 2、落实医保常态化监管举措，严厉打击违法违规行为；
- 3、优化医保协议管理模式，规范医保经办业务流程；

- 4、推进医保监管制度改革，健全医保基金监管长效机制；
- 5、加强医保基金使用监督管理，完善医保基金监管体系；
- 6、提升医保监管能力水平，推进医保执法体系建设；
- 7、推动医药机构行业自律，健全社会监督机制。

三、工作措施

（一）完善综合监管机制

1、**完善联席会议制度。**在大同市打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动局际领导小组的统一领导下，各成员单位定期会商，分析研判医保基金监管形势，讨论医保基金监管工作中的重大问题。对涉及医保基金监管制度建设，执法队伍和信息系统建设，医保基金监管能力保障等问题协同解决。加强对欺诈骗保重大案件的联合查办，督促有关部门依法履行职责，解决联合监管“堵点”。

2、**健全综合监管制度。**各级医保部门要切实发挥牵头作用，强化主责意识，加强对纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督管理，规范医保经办业务，依法依规查处医疗保障领域违法违规行为。同时，要与公安、卫健、市场监管等部门加强合作，协同配合，信息共享，联合惩戒欺诈骗保行为，共同维护医保基金安全。

3、**完善案件移送制度。**明确案件移送标准和程序，对涉及相关部门职责权限的违法违规案件线索，及时移送相关部门查处。对查实的违法违规线索，及时移交相关部门，综合运用司法、

行政等手段，严肃查处欺诈骗保的单位和个人，提升惩处威慑力。对涉嫌犯罪的，依法移交司法机关追究刑事责任；对涉嫌违纪或者职务违法、职务犯罪的，按规定程序及时移送纪检监察部门。

（二）落实监管举措

1、坚持开展全覆盖检查。严格落实属地监管责任，各级医保部门统筹经办机构力量，针对区域内定点医药机构上一年度医保基金使用情况，每年至少开展一次全覆盖现场检查。市医保局对各县（区）全覆盖检查落实情况进行抽查。

2、坚持开展飞行检查。按照“双随机、一公开”原则，针对智能监控、数据筛查和投诉举报等反映医保基金可能存在安全风险的，采取“四不两直”的方式，对定点医药机构实行飞行检查。

3、坚持开展交叉检查。每年组织各县（区）开展交叉检查，统筹全市医保部门基金监管力量，引入第三方配合开展检查，对查出的问题线索，被检查县（区）局要及时处理，举一反三，全面整改。

4、坚持开展专项整治。针对举报反映强烈、违规情节严重、一定范围内普遍存在的典型问题开展专项整治，第一时间进行大数据筛查，集中力量纠治各类典型违法违规行为。视情况开展专项整治“回头看”行动。

（三）优化医保协议管理模式

1、严格定点医药机构协议管理。切实加强医保经办机构内

控制度建设,规范医保服务协议管理,将定点医药机构遵守法律法规、落实医疗保障政策、执行财务管理制度等纳入定点医药机构协议内容。在定点医药机构资格评估过程中,坚持严格审核把关,对存在财务制度不健全,造成无账可查、无源可溯等情况的不予定点。经查实存在严重欺诈骗保等重大违法违规行为的,按照协议约定解除医保协议,并依法依规严肃查处。

2、强化医保医师协议管理。医保部门与涉及医保基金使用的医护人员签订服务协议,将监管对象由医疗机构延伸至医护人员。推行医保医师积分管理制度,根据医保违规行为性质扣减相应积分,扣完年度积分即暂停其医保医师资格。

(四) 推进医保监管制度改革

1、完善监督检查制度。建立医保基金监管执法人员名录库、检查对象名录库和执法信息公开制度,推行“双随机、一公开”监管机制。建立和完善基金监管现场与非现场监督检查制度,统一执法检查依据和标准,明确现场检查的启动条件、工作要求和权利义务,全流程规范监督检查,确保公平监管、公正执法。

2、加强智能监控建设。加快完善医保基金使用智能监控系统,实现医保基金监管向大数据全方位、全流程、全环节的智能监控转变。对定点医药机构医疗服务行为进行实时监控和预警提醒,加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核。推广视频监控、生物特征识别等技术应用,对参保人员异常就诊行为进行同步在线监控。不断完善药品、诊疗项目和医疗服务设施等基础

信息标准库和临床指南等医学知识库，完善智能监控规则，实现药品、医用耗材进销存实时监控管理，提升智能监控效能。

3、发挥社会监督作用。实行举报奖励制度，畅通电话、网络、来信来访等投诉举报渠道，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程。对查实的举报线索，给予举报人相应奖励。聘请社会监督员监督，建立医保基金社会监督员制度，聘请人大代表、政协委员、新闻媒体工作者和群众代表担任社会监督员，对定点医药机构、经办机构、参保人员等医保基金使用行为进行广泛深入监督。引入第三方力量监管，以政府购买服务的形式常态化引入第三方力量参与监管。充分发挥商业保险机构在经办和监管方面的专业优势。聘请医学、大数据、财务、审计、统计及商业保险等第三方机构及专业人员，协助医保部门对定点医药机构进行病历核查、大数据分析、财务审计等，提高基金监管专业化水平。建立信息披露制度，医疗保障部门定期公布基金监管工作成果、典型案例以及医保领域违法违规机构等信息；医疗保障经办机构定期向社会公告基金收支、结余和收益情况。

4、推行医保信用管理。推进医疗保障信用体系建设，将医疗保障信用体系纳入全市信用体系统筹建设。围绕医保法律法规和政策落实情况、医保基金管理制度建立执行情况、医保基金规范使用情况等，对医保经办机构、定点医药机构和参保人开展信用评价。强化信用评价结果与预算管理、检查稽核、协议管理等相关联，推进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，依法依规实施守信激励和失信惩戒。依法依规实施信用分级分类监管，积极开展定点医药机构信用承诺和信用提醒约谈，形成事后惩戒与事前提醒教育并重的信用管理格局。

（五）加强基金使用监督管理

1、**实施联系督导。**建立基金监管联系督导制度，市局对县（区）医保部门基金监管工作职责履行、监督检查落实及宣传警示开展等情况进行督促指导，及时了解医保基金监管存在困难和工作建议。

2、**实施异地就医协同监管。**认真落实医保基金使用就医地管理责任，加大对异地就医费用监管。对市域外就医的，通过发送协查函等方式商请就医地医保部门进行核查。同时，探索推动与周边地市建立异地就医协同监管体制和运行机制，加强信息共享，统一标准，开展联审互查。

（六）提升医保监管能力水平

1、**加强医保基金监管机构和队伍建设。**明确设立市、县（区）两级医保基金监管专职机构，建立健全基金监管执法体系，配齐配强行政执法人员，提升基金监管能力和水平。理顺医疗保障行政监管与经办协议管理的关系，明确行政监管与经办稽核的职责边界，加强工作衔接。落实经办机构协议管理、费用监控、稽查审核工作责任。建立健全经办机构内部控制制度，定期聘请第三方机构对经办机构内控风险进行评估，筑牢基金监管内控防线。加强财政资金保障，通过政府购买服务加强基金监管力量。

2、**强化医保基金监管法治及规范保障。**认真贯彻落实医疗保障基金使用监督管理条例及其配套办法，完善定点医药机构协议管理制度，建立和完善定点医药机构动态管理和退出机制。规范医保监管执法程序和处罚标准，建立健全医疗保障领域行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核制度。完善医保对医疗服务行为的监控机制，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗服务绩效双控制。

（七）推动医药机构行业自律

1、**压实定点医药机构责任。**压实定点医药机构规范使用医保基金主体责任，发现医药机构存在欺诈骗保行为的，依法依规严肃处理。定点医药机构要落实医疗保障工作必须的人员、设备和相关设施，健全岗位职责、风险防控、责任追究等相关制度。全面建立定点医药机构医疗保障违规行为自查自纠制度。

2、**推动医药机构加强自我管理。**严格执行国家医保局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，推动定点医药机构建立健全医保管理、财务、价格、统计、医疗质量安全等内控制度，规范设置内部医保管理部门。督促定点医疗机构主要负责人负责医保工作，强化医疗机构医保基金使用主体责任。鼓励医疗机构在临床、检验、影像等科室设置医保联络员，负责本科室医保政策宣传和执行工作。引导医疗机构加大医保基金使用情况在各类绩效考核中的权重，主动规范医保基金使用行为。

3、推进医药医保行业自律。鼓励并促进公立医疗机构、社会办医疗机构、零售药店、医师、医保等行业协会制定自律公约，促进行业自我规范和自我约束，提升行业诚信水平。定点医药机构的法定代表人，要依法依规签订承诺书，约定承担的责任。

四、保障措施

（一）统筹推进相关医疗保障制度改革。深化医保支付方式改革，加强基金预算管理和风险预警。严格落实医疗保障待遇清单管理制度，确定基本保障内涵，厘清待遇支付边界，明确政策调整权限。加强医疗保障对医疗和医药的激励约束作用，强化统筹地区监管职责，优化基金监管工作基础。持续优化医保经办服务，坚持问题导向、需求导向，提高医保经办服务和管理水平。

（二）协同推进医药服务体系改革。充分发挥药品、医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中的重要作用，强化三医联动，不断提升群众获得感。不断完善以市场为主导的药品、高值医用耗材价格形成机制，完善医疗保障支付与招标采购价格联动机制。

（三）加大对相关责任主体的追责力度。严厉打击欺诈骗保违法行为，对实施欺诈骗保行为的医保定点医药机构、参保人员等相关责任主体，依法依规作出处罚处理。医保基金监管中发现的涉及联合监管、政策制定等方面的问题，及时向有关部门反馈，推动医保基金监管形成闭环运行机制。

五、工作要求

（一）加强组织领导。各县（区）局要充分认识推进医疗保障基金监管制度体系改革的重要性，加强领导、统一部署、协调推进。医保部门要将医保基金安全当作医保工作的“生命线”，切实履行医保基金监管主体责任，相关部门依法履行相应职责，加强信息交流，实现联动响应，推进综合监管结果协同运用，协同推进改革。

（二）建立工作机制。各县（区）局要建立激励问责机制，将打击欺诈骗保工作纳入相关工作考核。要强化责任担当，积极主动发现问题，依法依规严肃查处问题，对欺诈骗保行为零容忍，公开曝光典型案例。切实落实监管职责，加强工作衔接，确保人员到位、责任到位、措施到位，严肃追究监管不到位责任。

（三）做好宣传引导。各级医保部门要大力宣传加强医疗保障基金监管的重要意义，动员社会各方共同推进监管制度体系改革，结合实际创新监管方式方法，对有效的监管方法和模式，及时总结推广。要加强舆论引导，深入基层、贴近群众，运用群众语言宣传解读医保政策，积极回应社会关切，广泛宣传先进典型，发挥示范引领作用，努力营造改革的良好氛围，推动医疗保障基金监管制度的不断完善。

