

高台县人民政府办公室文件

高政办发〔2021〕41号

高台县人民政府办公室 关于印发《高台县推进医疗保障 基金监管制度体系改革实施方案》的通知

各镇人民政府，县政府各部门，省市驻高各单位：

《高台县推进医疗保障基金监管制度体系改革实施方案》已经县政府常务会议研究通过，现印发你们，请认真贯彻落实。

高台县人民政府办公室
2021年6月21日



高台县推进医疗保障 基金监管制度体系改革实施方案

为贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院735号令）、《国务院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）、《中共甘肃省委甘肃省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（甘发〔2020〕18号）精神和甘肃省医疗保障局等12部门《关于印发〈推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见〉的通知》（甘医保发〔2020〕95号）、《张掖市人民政府办公室关于印发张掖市推进医疗保障基金监管制度体系改革实施方案的通知》（张政办发〔2021〕19号）要求，结合我县实际，制定如下实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，认真落实国家、省、市有关加强医保基金安全工作的总体部署，着眼新时代医疗保障事业发展对医保基金安全的新要求，加快推进医保基金监管制度体系改革，聚焦构建全领域、全流程基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为，维护社会公平正义，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则

坚持完善法治、依法监管，保证基金监管合法合规、公平公正；坚持政府主导、社会共治，开创基金监管工作新格局；坚持改革创新、协同高效，不断提升基金监管能力与绩效；坚持惩戒失信、激励诚信，引导监管对象增强自律意识，营造良好氛围；坚持预防为主、主动防范、系统应对、综合监管，有效遏制欺诈骗保违规违法行为。

（三）主要任务

到 2021 年底，完成国家医保基金监管方式创新试点工作各项任务，在监督检查体系队伍建设、构建部门联动监督机制、引入社会力量参与监管、建立健全制度机制等方面形成可复制、可推广的基金监管张掖模式，并顺利通过国家评估验收。

到 2022 年，建立监督检查常态机制和大数据实时智能监控制度。基本建成医疗保障领域信用管理平台，以群众参与评价和考核等方式为主，有效评估医疗保障信用等级并依法依规对评价对象实施守信联合激励和失信联合惩戒。

到 2025 年，基本建成医保基金监管制度体系和执法体系，形成以法治为保障，信用管理为基础，多形式检查、大数据监管为依托，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，实现医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化，并在实践中不断发展完善。

二、监管责任

（一）加强党的领导

坚持和加强党的全面领导，健全医保基金监管党建工作领导体制和工作机制。督促定点医药机构切实加强基层党组织建设，加强医疗保障部门党支部和定点医药机构党支部结对共建工作，充分发挥党组织在医保基金监管工作中的战斗堡垒作用和党员先锋模范作用，党员率先遵守和宣传医保法规、政策。完善公立定点医药机构领导班子和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。（责任单位：县医保局、县卫健局）

（二）强化政府监管

充分发挥政府在基金监管法治建设、标准制定、行政执法、信息共享等方面的统筹主导作用，医疗保障部门要主动承担基金监管责任，依法监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法查处违法违规行为，严格法律责任，加大处罚力度。建立健全由医疗保障部门牵头，卫生健康、市场监管、公安、审计等有关部门参加的医保基金监管工作机制，统筹协调基金监管重大行动、重大案件查处等工作。明确各部门工作职责，梳理权责清单，靠实监管责任。（责任单位：各镇人民政府、县医保局、县卫健局、县公安局、县市场监管局、县审计局）

（三）加强行业监管

建立监督机制，细化监督内容、创新监督方式、拓宽信访监

督渠道、建立考核问责机制，加强定点医药机构监督，针对存在的问题，制定防范措施。卫生健康部门要加强医疗机构医疗行为规范监督和医疗质量控制工作；市场监管部门要加强医药机构药品、医用耗材经营使用、监管，要建立健全行业监管信息互通机制和联合执法机制。加强部门配合，加大考核权重，将医保基金监管考核纳入定点医药机构领导班子的年度考核中，对履职不到位、发生重大欺诈骗保案件的，依法依规移送县纪检监察机关。涉嫌违法犯罪的，移送公安机关依法处理。（责任单位：县医保局、县卫健局、县市场监管局、县公安局）

（四）强化社会监督

建立信息强制披露制度，医保经办机构要定期向社会公告基金收支、结余和收益情况，接受社会监督。完善医保基金社会监督员制度，各镇要明确一名分管领导，进一步明确医保专干，落实工作职责，在村（社区）聘任医保监督协管员。在社会各行业聘请医保基金社会监督员，并强化培训，定期召开会议，广泛听取意见建议，对定点医药机构、经办机构、参保人员等进行监督。县医保局要主动邀请新闻媒体参与飞行检查、明察暗访等工作，通过新闻媒体向社会发布打击欺诈骗保成果及典型案例，引导社会舆论监督，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。（责任单位：各镇人民政府、县医保局）

（五）推进行业自律

定点医疗机构要严格执行卫生行业相关管理规范、技术标准、

执业行为准则及相关的管理考核标准，药品行业协会应建立健全行业规范，推动行业诚信体系建设，引导和督促会员严格遵守法律、法规、规章、标准和规范，依法开展药品生产经营等活动，促进行业自律。定点医药机构要严格落实自我管理主体责任，按照《关于进一步加强定点医疗机构使用医保基金内控管理的意见》，建立健全医保服务、人力资源、财务、系统安全等内部管理机制，履行行业自律公约，自觉接受医保监管和社会监督。（责任单位：县医保局、县卫健局、县市场监管局）

三、重点任务

（一）健全监督检查制度

不断规范行政执法，推行“双随机、一公开”监管机制，健全完善执法人员、协助执法人员、医保专家、检查对象名录库，充分利用甘肃省部门协同监管平台，开展执法监督。建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等多种形式相结合的检查制度，规范监管权限、程序、处罚标准等，优化医保基金退回、追回流程，明确各方权利义务，确保公开、公平、公正。加强财政资金保障，通过政府购买信息技术机构、会计事务所、商业保险机构、医疗服务评估调查机构等第三方监管力量协助基金监管，参与“两定”机构准入、专门培训、医保费用审核、反欺诈骗保、部门审计等方面工作，充分发挥第三方机构专业优势。同时，进一步完善对第三方服务绩效考核评价指标，提升监管的专业性、精准性、效益性。（责任单位：县医保局、县

卫健局、县市场监管局、县财政局)

(二) 建立综合监管制度

建立健全部门间协同监管、协调执法的综合监管工作机制，加强部门间信息交换共享，联合查处欺诈骗保行为，情节严重的实施联合惩戒。建立健全打击欺诈骗保行刑衔接工作机制。完善医疗保障部门牵头，各有关部门参加的基金监管工作机制，完善部门联席会议制度，明确职责，靠实责任，定期召开部门联席会议。医疗保障部门负责监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法依规查处医保领域违法违规行为。卫生健康部门负责加强医疗机构和医疗服务行业监管，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为。市场监管部门负责医疗卫生行业价格监督检查和执业药师管理，负责药品流通监管、规范药品经营行为。审计部门负责对医保基金监管相关政策措施落实情况跟踪审计，督促相关部门履行监管职责，持续关注各类欺诈骗保问题，并及时移送相关部门查处。公安部门负责依法查处各类欺诈骗保等犯罪行为，对移送的涉嫌犯罪案件及时开展侦查。建立公立定点医疗机构领导班子和班子成员执纪问责监督约束机制，筑牢监管底线。其他有关部门按照职责做好相关工作。对查实的欺诈骗保行为，按照法律法规规定和职责权限对有关单位和个人从严从重处理。(责任单位：县医保局、县卫健局、县市场监管局、县审计局、县公安局)

(三) 建立智能监控制度

根据全国统一的技术标准、业务标准、业务规范和国家、省、市医疗保障信息平台建设需求，建立智能监控制度，完善智能监控规则，用好智能监控系统。加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，通过对接定点医药机构数据系统，实现对就医过程的事前、事中监管，对药品、医用耗材进销存数据实时监管，对医保费用结算智能审核；推广视频监控、生物特征识别等技术应用，对重点人群、关键场所、关键环节实施即时监控，提高打击欺诈骗保行为的及时性、精准性；推进异地就医、购药即时结算，实现结算数据全部上线。针对欺诈骗保行为特点，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，提升智能监控功能。（责任单位：县医保局，县卫健局、县市场监管局）

（四）建立信用管理制度

建立健全医疗保障信用等级评价体系。建立定点医药机构及其相关工作人员、参保人员以及参保单位医保信用记录、信用评价制度和医保医师、医护人员记分管理制度，落实好《张掖市医疗保障定点医疗机构医保医师工作规则》，对医保医师实行记分制管理。创新定点医药机构综合绩效考评机制，健全完善定点医药机构考核办法，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理及医保基金拨付等相关联。鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，制定并落实行业自律公约，促进行业规范和自我约束。依法依规加强和规范医疗保障领域守信

联合激励和失信联合惩戒管理工作，实施守信联合激励和失信联合惩戒制度。（责任单位：县医保局、县卫健局、县市场监管局）

（五）完善举报奖励制度

严格落实《张掖市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（暂行）》，对举报人予以奖励，并及时兑现奖励资金，激励参保群众和社会各界人士积极参与监管，要以书面、电话、网络、信访等多种形式畅通投诉举报渠道，规范受理、核查、处理、反馈等工作流程，加强投诉举报人隐私保护，切实保障投诉举报人信息安全。（责任单位：县医保局、县财政局）

（六）落实好跨区域医保管理协作机制

认真落实好市医保局探索建立张掖、武威、金昌、酒泉、嘉峪关等五个地级市就医协议联合管理机制，积极组建医保行政部门和医保医师在内的执法人员库和协助执法人员库。按照市医保局的总体部署，约定组织方式、检查依据、范围、内容、程序及违规问题的处理，延伸监管触角，打破跨统筹区异地就医管理瓶颈，实现跨区域异地就医管理常态化、制度化、规范化，解决异地就医监管难题。（责任单位：县医保局）

四、实施步骤

（一）动员部署阶段（2021年5月1日—2021年5月31日）

组织有关单位和人员认真学习相关政策、文件，领会《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院第735号令）、《国务院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)和甘肃省医疗保障局等12部门《关于印发〈推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见〉的通知》(甘医保发〔2020〕95号)精神实质，安排部署相关工作。

(二) 全面实施阶段(2021年6月1日—2024年12月31日)

1. 到2021年底，多部门监管工作机制建立健全，医疗机构医保服务、人力资源、财务、系统安全等内部管理机制建立健全，“双随机、一公开”监管机制全面推行，基金监管方式创新试点工作顺利通过国家评估验收，举报奖励制度进一步健全完善，信用管理制度初步建立。

2. 到2022年底，监督检查常态机制和大数据实时智能监控制度初步建立。医疗保障领域信用管理平台基本建成，以群众参与评价和考核等方式为主，有效评估医疗保障信用等级，依法依规对评价对象全面实施守信联合激励和失信联合惩戒。

3. 到2024年底，政策措施健全完善，职责清晰、分工明确，团结协作、科学有效的医保基金监管制度体系和执法体系初步建立，形成以法治为保障，信用管理为基础，多形式检查、大数据监管为依托，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，实现医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化。

(三) 巩固提高阶段(2024年12月以后)

通过开展“回头看”的方式，对出现的新情况、新问题进行全面整改。对推进医疗保障基金监管制度体系改革形成的经验做

法进行综合研判和总结提炼，进一步健全监管机制，完善监管措施，全面提升全县医疗保障基金综合监管水平。

五、保障措施

（一）强化医保基金监管法治及规范保障

严格执行国家《医疗保障基金使用监督管理条例》及其实施细则，加强定点医药机构协议管理，运用医保信用等级评价结果，建立和完善定点医药机构动态管理和退出机制。完善对纳入医保支付的医疗服务行为和医疗费用的监控机制，落实医保医师管理制度，将监管对象由定点医疗机构延伸至医务人员，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。贯彻落实医疗卫生行业诊疗标准，逐步开展临床路径管理，完善并落实临床药师制度、处方点评制度，强化临床应用和评价等标准规范运用。（责任单位：县医保局、县卫健局）

（二）加强医保基金监督检查能力保障

建立健全医保基金监管体系和执法体系，加强基金监管力量配备，加大医保政策教育培训力度，打造与定点医药机构、参保人员等监管对象数量相适应的职业化、专业化监管队伍，提升基金监管水平。按照国家医保局的要求，建立健全统一的医疗保障经办管理体系，为参保人员提供标准化、规范化的医疗保障经办服务。按照政事分开的原则，理顺医保行政监管与医保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。强化医疗保障公共服务机构内控机制建设，落实协议管理、

费用监控、稽查审核责任。建立健全经办机构内控制度，聘请第三方专业机构对经办机构内控风险进行评估。加强财政资金保障，通过政府购买服务强化基金监管。（责任单位：县医保局、县财政局）

（三）加大欺诈骗保行为的惩处力度

综合运用司法、行政、协议、执纪问责、医疗保障信用评价体系和信息披露等手段，严惩重罚欺诈骗保的单位和个人。对违反《基本医疗保险定点医疗机构服务协议》和《医疗保障基金使用监督管理条例》的行为，分别按协议约定和《条例》规定进行处理。对经医疗保障部门查实、欺诈骗保情节特别严重的定点医药机构，卫生健康、市场监管部门应依法作出停业整顿、吊销执业（经营）资格、从业限制等行政处罚。对在医保基金监督执法工作中发现的中共党员和国家公职人员涉嫌违犯党纪和涉嫌职务违法、犯罪的问题线索，按规定程序及时移送纪检监察机关和公安部门进行处理。对欺诈骗保情节严重的机构和个人，纳入失信联合惩戒对象名单，实施联合惩戒。（责任单位：县医保局、县卫健局、县市场监管局、县公安局）

（四）统筹推进相关医疗保障制度改革

深化医保支付方式改革，逐步将日间手术和明确诊疗规范的日间治疗纳入按病种付费范围，积极探索并推广基于大数据的病种分值付费（DIP），医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊慢病按人头付费。开展紧密型医共体总额付费试点，

建立完善激励医疗机构主动控费的监督考核机制。推行定点医疗机构医保资金周转金制度。加强基金预算管理和风险预警，建立重点指标监测制度，系统分析医保基金监管重点动态监测指标并予以通报，对基金运行风险进行预警，对异常指标进行分析研判，及时制定防控措施，化解基金运行风险。建立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。加强医保对医疗和医药的激励约束作用，强化监管职责，优化基金监管工作基础。（责任单位：县医保局、县财政局、县卫健局、县税务局）

（五）协同推进医药服务体系改革

按照基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动原则，围绕常见病和健康问题，规范推广适宜医疗技术。探索建立医疗服务价格动态调整机制，定期监测公立医疗机构医疗服务价格、成本、费用、收入分配及改革运行等情况，适时对医疗服务价格进行动态调整。不断完善以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，完善医保支付与招标采购价格联动机制。继续深化药品和医用耗材集中带量采购工作，严格落实预付金制度。加强医药行业会计信息质量监督检查，深入开展药品、高值医用耗材价格虚高专项治理。（责任单位：县医保局、县发改局、县人社局、县卫健局、县市场监管局、县财政局）

六、工作要求

（一）加强组织领导。不断加强政府对医疗保障基金监管制

度体系改革工作的领导，建立相关协调机制，明确任务分工，在人才建设、资金分配等方面给予倾斜。医疗保障部门是医保基金监管的主要负责部门，要充分发挥牵头作用，卫生健康、发展改革、公安、司法、财政、人社、审计、市场监管、税务等部门依法履行相应职责，协同推进改革。

（二）健全工作机制。各部门要建立健全激励问责机制，将医疗保障基金安全工作纳入相关工作考核。强化责任担当，积极主动发现问题，对违法违规问题要依法依规严肃查处，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，做好工作衔接，确保人员到位、责任到位、措施到位。对阶段性工作进行总结分析，及时通报进展情况。

（三）做好宣传引导。相关部门要大力宣传加强医保基金监管的重要意义，及时总结推广有效监管模式和经验，动员社会各方共同推进监管制度体系改革，营造全社会重视、关心和支持改革的良好氛围。加强舆论引导，及时发布打击欺诈骗保成果，宣传先进典型，引导相关机构和个人增强法治意识和规矩意识，自觉维护医保基金安全。

抄送：县委办，县人大办，县政协办。

公开属性：主动公开

高台县人民政府办公室

2021年6月21日印发