关于推进医疗保障基金监管制度

体系改革的实施方案

**（征求意见稿）**

为深化我市医疗保障基金（以下简称医保基金）监管制度体系改革，提升医保治理能力，保障医保基金安全，根据《自治区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》（宁政办发〔2021〕32号），结合我市实际，制定本方案。

一、总体要求

**（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，全面贯彻落实党中央、国务院决策部署和自治区党委、政府工作要求，加快推进医疗保障基金监管制度体系改革，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，以“零容忍”态度坚决打击欺诈骗保行为，维护社会公平正义，不断提高人民群众获得感，促进我市医疗保障制度持续健康发展。

**（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，营造基金监管良好氛围。

二、主要目标

力争到2025年，基本建成市、县（区）两级医保基金监管机构体系、责任体系、制度体系和保障体系。构建专业规范、统一高效、公平公正的医保监督执法体系，形成以法治为保障，信用管理为基础，医保信息化、大数据为依托，多种监管形式并举，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、智能化、常态化，推进我市医疗保障事业高质量发展。

三、主要任务

**（一）加强创新，建立统一规范的基金监管执法体系**

**1.强化政府主导作用。**压实属地责任和监管责任，健全保障基金监督和管理的体制机制，充分发挥政府在医保基金监管法治建设、标准制定、行政执法、信息共享等方面的主导作用。建立由医疗保障部门牵头、多部门参与的医保基金监管部门联动工作机制，将医保基金监管纳入城乡社区网格化管理。依托自治区行政执法监督平台，落实基金监管重大行动、重大案件查处等工作，加强基金行政执法监管，推进基金监管行政执法规范化建设。按照基金监管权责清单，明确监管权限和监督管理主体职责分工，规范监管工作流程，提升各部门履职能力。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市卫健委、公安局、审计局、财政局、市场监管局、发改委、民政局、人社局、税务局、司法局、网信局、审批服务管理局等；责任部门：各县（市）区）**

**2.强化执法队伍建设。**建立健全市、县两级医保基金监管机制，明确监管机构和职责，加强执法队伍建设，根据监管和服务对象数量、规模，充实基金监管人员力量，强化技术手段，提高监管水平。加强医保基金监管人员培训，不断提升监管能力。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市委编办、市司法局；责任部门：各县（市）区）**

**3.探索跨区域联管机制。**探索构建跨区域异地就医协同监管机制，加强参保地和就医地信息共享，统一审核标准，完善智能监控，提高审核效能，形成管理合力。优先探索自治区内异地医保监管标准一体化建设，充分利用智能监控，科学设置监管标准，通过监管标准互通互认、异地结算数据交换、联审互查等方式加强对异地就医参保人员的监管。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市卫健委等；责任部门：各县（市）区）**

**（二）明确职责，健全多层次的基金监管责任体系**

**4.加强党的全面领导。**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，推动党建与业务工作深度融合。突出党建引领作用，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，充分发挥基层党组织战斗堡垒作用和党员先锋模范作用。完善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，实行党组织领导下的医保工作院长（法人）负责制，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。全面推进社会办医疗机构和药品经营企业党组织建设，坚持党的建设与医保基金监管同步推进。**（牵头部门：市卫健委、市场监管局；配合部门：市医保局；责任部门：各县（市）区）**

**5.强化医保监管专责。**强化医疗保障部门对基金监管的责任，切实发挥监管专责，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。落实医保经办机构改革任务，健全保障基金监督和管理的体制机制。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市委编办、市人社局；责任部门：各县（市）区）**

**6.落实部门监管责任。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，依法依规查处医疗保障领域违法违规行为。**卫生健康部门**负责加强医疗机构和医疗服务行业监管，建立医院运行监管、绩效评价和考核制度，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为。制定并组织实施医疗服务、医疗技术应用、医疗质量和安全等行业诊疗规范和标准，制定医务人员执业规则和服务规范。**市场监管部门**依法监督管理医疗卫生行业价格违法行为和药品、医用耗材、医疗器械经营使用环节质量监管，规范药品经营行为和执业药师管理。**审计机关**负责加强加强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**负责依法查处打击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。**财政部门**负责保障基金监管所需工作经费，做好基金预算管理，并对基金使用情况进行监督。**发改部门**负责指导医疗保障社会信用体系建设工作。**民政部门**配合卫健部门做好医疗和药品经营行业协会等社会团体的孵化培育、服务和依法监管工作。**税务部门**负责组织实施所辖区域内医疗保险缴费监管工作。**司法部门**负责医疗保障行政执法工作的指导和监督。**网信部门**负责完善医疗保障舆情监测和处置机制。**纪检监察部门**负责医药机构不依法履职，违反秉公用权、廉洁从政从业以及道德操守等规定，涉嫌贪污贿赂、滥用职权、玩忽职守、权力寻租、利益输送、徇私舞弊以及浪费国家资财等职务违法犯罪行为的监督执纪问责。**审批服务管理局**负责医疗卫生和药品经营行业组织、社会团体的认定登记，配合医疗保障部门对存在欺诈骗保行为的医药机构及其从业人员实施吊销执业（经营）资格、从业限制等联合惩戒措施。**其他有关部门**按照职责配合做好相关工作。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市纪委监委、市卫健委、市场监管局、审计局、公安局、财政局、发改委、民政局、税务局、司法局、人社局、网信局、审批服务管理局等；责任部门：各县（市）区）**

**7.落实医药机构主体责任。**推动定点医药机构切实履行医疗服务质量和医保基金安全自我管理的主体责任，加快推进现代管理制度建设，健全完善医保服务、药品耗材招采、人力资源、财务、系统安全等内部管理机制。将医保基金监管纳入医院（公司）章程，建立决策、执行、监督相互协调、相互制衡、相互促进的治理机制。建立医疗保障基金使用内部管理制度，设置专门机构及人员负责医疗保障基金使用管理工作。定期开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期核查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。自觉履行行业自律公约，自觉接受医保监管和社会监督。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市卫健委、市场监管局；责任部门：各县（市）区）**

**8.推动行业自律监管。**积极培育建设市县两级医疗卫生和药品经营行业组织，引导和支持其制定管理规范和技术标准，规范医药机构执业行为和管理服务。鼓励行业协会制定并落实自律公约，开展行业监督、自律建设和职业道德建设，维护行业信誉。**（牵头部门：市卫健委；配合部门：市民政局、市场监管局、审批服务管理局、医保局；责任部门：各县（市）区）**

**（三）多措并举，健全严密有力的基金监管制度体系**

**9.健全监督检查制度。**坚持分类管理与分级负责相结合，统筹做好线上、线下并行监管。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、重点督查等监督检查制度，完善检查清单，明确检查职责。对群众举报投诉、媒体曝光和其他部门移交的线索进行重点检查。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。加强财政资金保障，将购买第三方监管服务纳入政府购买服务预算管理，逐步推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性和效益性。建立完善医疗机构自我监管机制，健全内部机构设置和基金安全管理制度。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市财政局、卫健委、市场监管局；责任部门：各县（市）区）**

**10.推进协议管理制度。**理顺医保行政监管与经办协议管理关系，明确行政监管与经办稽核职责边界，行政监管负责依法查处医疗保障领域违法违规行为和信用管理等工作，经办稽核负责协议管理、费用监控、稽查审核等工作，加强行政监管与协议管理的工作衔接，提升监管效能。完善基本医疗保险行政协议管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。强化对定点医药机构协议履行情况的稽核检查和激励约束措施，突出行为规范、服务质量、费用控制和考核评价，完善定点医药机构动态管理和退出机制。**(牵头单位：市医保局；配合单位：市人社局；责任单位：各县（市）区)**

**11.完善智能监控制度。**依托全区医疗保障信息平台建设，加快推进落实医保标准化和信息化建设，强化事前提醒、事中检查、事后监管。加强大数据应用和远程实时监控，完善基于大数据的预警监控制度，对定点医药机构进行风险分级管控和隐患排查，实现基金监管从人工抽查向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变，切实发挥“第一道防线”作用。加强部门间信息交换和共享，推进与医药机构系统互联互通，对定点医药机构服务行为实施有效监管。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，突出药品（耗材）购销存、临床诊疗行为、医疗服务收费等环节的实时管理，提升智能监控功能。引导定点医药机构规范服务行为，推广视频监控、生物特征识别等技术应用。将异地结算数据纳入监管范围，加强异地就医、购药即时结算。**（牵头部门：市医保局；配合单位：市人社局、卫健委、市场监管局、公安局、民政局、税务局；责任部门：各县（市）区）**

**12.落实举报奖励制度。**制定医保基金监管举报投诉办法并向社会公开，畅通投诉举报渠道，公开举报电话、邮箱等，规范受理、检查、处理、反馈、奖励等工作流程和机制。加强隐私保护，保障举报人信息安全。落实医疗保障违法违规行为举报奖励制度，及时兑现奖励，举报奖励经费由同级财政予以保障，促进社会各方积极参与监督。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市财政局；责任部门：各县（市）区）**

**13.建立信用管理制度。**落实《宁夏回族自治区医疗保障基金使用监管信用管理办法》，推行定点医药机构信息报告制度，推进我市医疗保障信用体系建设。落实定点医药机构综合绩效考评机制，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、协议管理等关联，并纳入信用信息共享平台和其他相关信息公示系统。积极探索医保领域实施依法守信联合激励和失信联合惩戒机制，推动相关部门在法定职权内对守信主体提供便捷服务、减免检查稽核频次等激励措施；对失信主体增加检查稽核频次、采取限制性惩戒措施。建立健全定点医药机构信用承诺和提醒约谈制度，形成事后惩戒与事前提醒教育并重的信用管理格局。**（牵头部门：市医保局、发改委；配合部门：市公安局、司法局、人社局、卫健委、市场监管局、审批服务管理局、金融工作局；责任部门：各县（市）区）**

**14.完善社会监督制度。**落实“谁执法谁普法”普法责任制，确定每年4月为医保基金监管集中宣传月，推进普法宣传教育，提高定点医疗卫生机构和从业人员依法执业意识，增强公众医疗保障权益意识。加大医保政策及相关法律法规宣传，鼓励和支持社会各界参与医保基金监督。建立医保信息披露制度，定点医药机构常态化向社会公开医疗服务收费标准、药品（医用耗材）价格等信息，医保经办机构定期向社会公开医保基金收支、结余等相关信息，主动接受社会监督。建立医保基金社会监督员制度，发挥人大代表、政协委员的民主监督作用，聘请行业内部人员、热心群众和新闻媒体代表等担任社会监督员，邀请新闻媒体参与检查、明察暗访等工作，大力支持社会各界参与监督。建立违法违规案件曝光制度，通过新闻发布会、媒体通气会等形式，向社会发布打击欺诈骗保成果及典型案例，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市委宣传部、市卫健委、市场监管局；责任部门：各县（市）区）**

**（四）深化改革，完善规范高效的基金监管保障体系**

**15.强化法治及规范保障。**严格落实国家、自治区《医疗保障基金使用监督管理条例》及其配套办法。完善医保对医疗服务行为的监控机制，将监管对象由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。完善医疗卫生行业诊疗标准，积极推进临床路径管理，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。落实行政执法“三项制度”，规范医疗保障行政执法程序，明确各方权利义务，确保公开、公平、公正。推行柔性执法，按照首违不罚原则，建立医保基金监管提醒告诫制度。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市卫健委、司法局；责任部门：各县（市）区）**

**16.加强基金监管能力建设。**科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。加强经办机构内部控制制度建设，强化内部权力制约制衡机制，健全常态化、全覆盖的医保结算费用审核制度，规范经办服务流程。加强基金运行管理和风险预警，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。保障医药机构提供医疗保障服务所必需的人员、设备和相关设施。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市财政局、人社局、卫健委；责任部门：各县（市）区）**

**17.强化定点医药机构运行监管。**加大对定点医药机构医保基金使用的监管力度，对危害医保基金安全、损害参保群众权益、谋取不当利益的，依法依规予以惩处，监管结果与医药机构评定、年审直接挂钩。加强公立医疗卫生机构综合绩效考核，将医保基金使用、管理情况作为医药机构及其负责人的重要考核内容，考核结果与公立医疗机构主要负责人、相关责任人的晋升、奖惩直接挂钩。建立健全公立医院全面预算管理、成本管理、财务报告、信息公开机制。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市人社局、卫健委；责任部门：各县（市）区）**

**18.加大欺诈骗保行为惩处力度。**综合运用司法、行政、协议、医疗保障信用评价和信息披露制度等手段，依法严惩重罚欺诈骗保的单位和个人。严格落实全国人大常委会关于欺诈骗保行为的立法解释，完善打击欺诈骗保行刑衔接工作机制，对涉嫌犯罪的案件，依法移交司法机关追究刑事责任，健全医疗保障部门向纪检监察机关移送医疗保障基金监管中发现问题线索机制。落实《宁夏回族自治区关于欺诈骗取医疗保障基金行为处理暂行规定》，堵塞漏洞，防范风险，切实防止内外勾结骗取医保基金。积极发挥部门联动处罚作用，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、审批服务管理部门应依法作出停业整顿、吊销执业（经营）资格、从业限制等处罚，提升惩处威慑力。对欺诈骗保情节严重的定点医药机构和个人，纳入失信联合惩戒对象名单，实施联合惩戒。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市发改委、公安局、司法局、人社局、卫健委、市场监管局、审批服务管理局、金融工作局；责任部门：各县（市）区）**

**19.统筹推进相关医疗保障制度改革。**深化医保支付方式改革，聚焦临床需要、合理诊治、适宜技术，完善医保目录、结算管理，实施有效医保支付，增强医保对医药服务的激励约束作用。落实医保待遇和医保经办服务两个清单制度，规范和完善我市基本医疗保障制度和政策，严格执行基本支付范围和标准。支持和规范“互联网+医保”新服务模式发展。**（牵头部门：市医保局；配合部门：市财政局、卫健委；责任部门：各县（市）区）**

**20.协同推进医药服务体系改革。**加快推进公立医院综合改革，建立健全现代医院管理和绩效评价制度，规范诊疗行为。落实药品、医用耗材集中带量采购工作任务，加强中选药品、医用耗材使用的监督。建立医疗服务价格动态调整机制，不断优化医疗服务价格结构。加强药品、医用耗材和医疗服务收费价格监管，加强医药行业会计信息质量监督检查，持续纠治医药购销领域和医疗服务中的不正之风。**（牵头部门：市医保局、卫健委；配合部门：~~市纪委监委、~~市审计局、市场监管局；责任部门：各县（市）区）**

四、实施步骤

**（一）准备阶段（2021年10月─2022年2月）**

由市医保局牵头，制定《银川市深化医疗保障基金监管制度体系改革实施方案》，明确责任分工，安排部署工作。各县(市)区、各相关单位要按照工作目标、任务，开展医保基金监管制度体系改革工作调研，分析研究各自领域内的工作指标和工作任务，制定专项实施方案和责任清单，确保专项工作扎实有序高效开展。

**（二）实施阶段(2022年2月─2025年8月)**

按照实施方案全面开展工作，建立健全工作机制，不断总结好经验做法，抓示范、树典型，点面结合，整体推进。根据工作推进情况组织督导检査，掌握工作进度和质量，协调解决具体问题，对医保基金监管制度体系改革的成果进行年度评估督导，确保重点工作明显推进，任务目标全面完成，医保基金监管制度体系不断健全、群众参与医保基金监管意识明显提高，医保基金监管制度体系改革成效显著。

**（三）评估阶段(2025年9月─2025年12月)**

全面完成工作任务和目标，进一步对照方案目标和职责分工，査漏补缺，逐项抓好落实，做好医保基金监管制度体系改革终期评估，根据评估结果调整下阶段工作重点，不断提高医保基金监管水平。

五、工作要求

**（一）加强组织领导。**各地各部门要高度重视医保基金监管制度体系改革工作，加强组织领导，落实医保基金监管工作领导小组总抓、相关责任部门领导包抓的工作机制，结合实际制定切实可行的具体措施，明确职责分工，抓好工作落实，积极稳妥推进。各级医疗保障部门是医保基金监管的主要负责部门，发展改革、公安、司法、财政、人力资源社会保障、卫生健康、审计、税务、市场监管、审批服务管理、金融工作等部门依法履行相应职责，加强信息交流，强化联动响应，协同推进改革，形成横向到边、纵向到底、各负其责、齐抓共管、运转高效的工作格局。

**（二）建立工作机制。**市、县（区）人民政府建立激励问责机制，将医保基金监管工作纳入各部门、各县（市）区政府绩效考核内容。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，公开曝光典型案件。认真落实监管职责，做好工作衔接，确保人员到位、责任到位、措施到位。银川市医疗保障部门要会同有关部门适时对各地各部门推进医保基金监管制度体系改革情况进行指导和督查，对阶段性工作进行总结分析，并及时通报进展情况。

**（三）强化宣传引导。**各地各部门要大力宣传加强医保基金监管的重要意义，持续开展医保法规政策集中宣传，积极做好政策解读，及时总结和推广典型经验和做法。要加强网络舆情应对和舆论引导，营造全社会重视、关心和支持改革的良好氛围。