

攀枝花市推进医疗保障基金监管制度体系改革 实施方案

为建立健全医保基金监管制度体系，提升医保治理能力，保障医保基金安全，根据《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）、《四川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》（川办发〔2020〕83号）精神，结合我市实际，制定本实施方案。

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，认真落实党中央、国务院和省委、省政府有关加强医保基金安全工作的部署，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，不断提高人民群众获得感，促进我市医疗保障制度健康持续发展。

（二）基本原则。坚持党委领导、政府主导、社会共治，开创基金监管工作新格局；坚持完善法治、依法监管，保证基金监管合法合规、公平公正；坚持改革创新、协同高效，不断提升基金监管能力与绩效水平；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。

（三）主要目标。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、明确监管主体和责任

（一）强化党的领导。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。完善公立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，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：市纪委监委机关、市委组织部，市卫生健康委、市市场监管局、市医保局、县（区）人民政府（逗号前为牵头单位，下同）〕

（二）强化政府监管。压实政府属地责任和监管责任，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协调作用，依法查处违法违规行为，严格法律责任，加大处罚力度。依法监督管理纳入医保支付范围的医疗服务和医疗费用，制定市、县（区）和部门权责清单，明确监管责任。结合市委市政府关于做好全市乡镇行政区划和村级建制调整改革“后半篇”文章工作要求，落实县（区）医疗保障部门的监管职责，加大对全市范围内定点医药机构的统一监管力度。建立由医疗保

障部门牵头，有关部门参加的基金监管综合联动工作机制，统筹协调基金监管重大行动、重大案件查处等工作。〔责任单位：县（区）人民政府，市医保局〕

（三）强化机构主责。实行医保工作院长负责制，推动定点医疗机构对本单位医疗服务质量和医保基金安全等承担主体责任。建立定点医药机构医保违规行为自查自纠机制，健全定点医疗机构内部医保管理制度，完善岗位职责、风险防控、绩效考核、责任追究等相关制度，强化办医主体对医疗机构依法使用医保基金的管理责任。（责任单位：市卫生健康委、市医保局）

（四）强化行业自律。积极推动医药卫生行业组织发展，支持行业协会制定维护医保基金安全自律公约，在行业标准、服务规范、自律管理、失信惩戒等方面发挥积极作用。鼓励行业协会加强行业自律和自我约束，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：市卫生健康委、市市场监管局，市医保局、县（区）人民政府〕

三、推进监管制度体系改革

（一）建立健全监督检查制度。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，规范启动条件、工作要求和工作流程，明确各方权利义务，确保公开、公平、公正。推行“双随机、一公开”监管机制，完善抽查清单，健全检查人员名录库，对抽查事项清单和检查人员名

录库实行动态管理。对投诉举报多、有失信行为和严重违法违规记录的医药机构，增加抽查频次，依法向社会公开有关信息。完善政府购买服务制度，引入第三方力量参与医保基金监管，将第三方监管服务纳入政府购买服务预算管理，推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性、效益性。〔责任单位：市医保局，市财政局、市审计局、市市场监管局、县（区）人民政府〕

（二）全面建立智能监控制度。加快推进医保标准化和信息化建设，按照全省统一的技术、业务标准和业务规范，到2023年基本建成与医疗保障制度体系相匹配、与医疗保障水平相适应的全市医疗保障智能监控平台。全面推进部门间信息交换和共享。加强临床诊疗行为引导，通过对接定点医药机构信息系统，提取住院、门诊及财务等全口径数据，促进监管方式从人工审核向大数据、全方位、智能化监控转变，实现对就医过程的事前、事中实时监管和药品、医用耗材、检验试剂等进销存数据实时管理。加快实施视频监控、生物特征识别等技术应用，对重点人群、关键场所、关键环节实施真实性监控，提高打击欺诈骗保行为的及时性、精准性。不断完善药品、耗材、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，完善智能审核和智能监控规则，建设按疾病诊断相关分组付费（DRG）智能监控系统，提升智能监控质量。〔责任单位：市医保局，市卫生健康委、市市场监管局、县（区）人民政府〕

（三）健全举报奖励制度。各级医疗保障和财政部门建立完

善医疗保障违法违规违约行为举报奖励办法，依照相关规定给予举报人奖励。以多种形式畅通投诉举报渠道，建立工作机制，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程，加强隐私保护。完善举报奖励标准，明确奖励资金渠道、管理、奖励认定、奖励标准和支付程序，及时兑现奖励资金，加大举报奖励宣传力度，促进群众和社会各方积极参与监督。〔责任单位：市医保局，市财政局、县（区）人民政府〕

（四）建立信用管理制度。构建以信用为基础的新型监管体制，建立定点医药机构信息报告制度，实行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、信用评价制度和记分管理制度。创新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、定点协议管理等相关联。加强和规范医疗保障领域守信联合激励和失信联合惩戒对象名单管理工作，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。积极开展定点医药机构信用承诺和信用提醒约谈，形成事前提醒教育、事中监督与事后惩戒并重的信用管理格局。〔责任单位：市医保局，市发展改革委、市卫生健康委、市市场监管局、县（区）人民政府〕

（五）建立健全综合监管制度。建立健全部门间协同监管、协调执法的综合监管工作机制，推行将医保基金监管纳入城乡社区网格化管理，强化联合检查，实现“进一次门，查多项事”。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，依法依规查处医保领域违法违规行为，对医保经办机构、医疗机构、药品经营单位等服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险、生育保险基金支出和待遇的，进行行政处罚。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、执业药师管理、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。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，强化医保、公安行刑衔接机制。其他有关部门按照职责做好相关工作。〔责任单位：市医保局，市公安局、市司法局、市卫生健康委、市审计局、市市场监管局、县（区）人民政府〕

（六）完善社会监督制度。建立信息披露制度，各级医保经办机构应定期向社会公告基金收支、结余和收益情况，接受社会监督。建立健全医保基金社会监督员制度，聘请党代表、人大代表、政协委员、群众和新闻媒体代表等担任社会监督员，对定点医药机构、经办机构、参保人员等进行广泛深入监督，实现政府监管、社会监督和舆论监督良性互动。主动邀请新闻媒体参与飞行检查、明察暗访等工作，通过新闻发布会、媒体通气会等形式，发布打击欺诈骗保成果及典型案例。〔责任单位：市医保局，县（区）人民政府〕

四、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配套办法，加快推进我市医保基金监管相关办法和规范出台。强化定点医药机构协议化动态管理，完善定点医药机构考核评级办法和退出机制。完善对纳入医保支付的医疗服务行为的监控机制，将监管对象由医疗机构延伸至相关人员，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。制定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，引导和支持行业协会制定管理规范和技术标准，进一步规范执业行为和管理服务。完善医保医师管理考核和记分管理制度，建立医保医师约谈制度，强化医保、卫生健康联合对医保医师的约谈。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。〔责任单位：市卫生健康委、市医保局，县（区）人民政府〕

（二）加强医保基金监督检查能力建设。建立健全基金监管执法体系，明确监管机构，加大业务培训和技术运用，提升执法能力。理顺医保行政监管执法与经办协议管理的关系，明确行政监管执法与经办稽查审核的职责边界，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。加强各级财政资金保障，通过政府购买服务强化基金监管

力量。〔责任单位：市医保局，市财政局、县（区）人民政府〕

（三）加大对欺诈骗保行为的惩处力度。严格落实全国人大常委会关于欺诈骗保行为的立法解释，对涉嫌犯罪的案件，依法移交司法机关追究刑事责任。依法依规加大行政处罚力度，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、从业限制等处罚。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，形成联合惩戒。综合运用司法、行政、协议等手段，严惩欺诈骗保的单位和个人，探索建立“一案多查”的工作机制。将医保监管和处理结果纳入医疗卫生行业综合监管考核体系，建立与定点医疗机构主要负责人和相关责任人从业限制、晋升、考核奖惩，与从业人员的职称评聘、职务晋升、评先评优、绩效分配等相挂钩的考核机制。〔责任单位：市医保局，市检察院、市发展改革委、市公安局、市人力资源社会保障局、市卫生健康委、市市场监管局、县（区）人民政府〕

（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，推进以按疾病诊断相关分组付费（DRG）为主的多元复合式医保支付方式，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。加强基金预算管理和风险预警，科学编制并严格执行医保基金收支预算，加快推进医保基金收支决算公开，接受社会监督。完善与预算管理相适应的总额控制办法，提高总额控制指标的科学性、合理性。严格贯彻执行医保信息业

务编码标准和医保待遇清单管理制度，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，激发医药机构规范管理的内生动力，引导医药资源合理配置。探索构建优化、协同、高效的异地就医协同监管体制和运行机制，加强信息共享，形成监管合力。〔责任单位：市医保局，市卫生健康委、市市场监管局、县（区）人民政府〕

（五）协同推进医药服务体系改革。深化医药服务供给侧改革。加快推进公立医院综合改革，建立健全现代医院管理制度，规范诊疗行为。完善新型医疗健康服务监管政策，建立包容、审慎、有效监管机制，推动长期护理服务、互联网+医疗等新产业、新业态的健康发展。建立医药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，适时实施医疗服务价格动态调整。优化医疗新技术监管政策，支持医疗领域新技术研发和临床运用。建立药品价格和招采信用评价制度，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。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：市医保局，市财政局、市卫生健康委、市市场监管局、县（区）人民政府〕

五、实施步骤

（一）动员部署阶段（2021年6月底以前）。

组织有关单位和人员认真贯彻2021年全省医疗保障工作会

议精神，学习、宣传、贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》、国办发〔2020〕20号、川办发〔2020〕83号等相关要求。各部门、县（区）按照全市统一安排部署，结合实际制定推进医疗保障基金监管制度体系改革实施的具体方案。

（二）全面实施阶段（2021年7月—2024年12月）。

按照全市统一安排部署协调推进，分步骤、多维度建立健全监督检查、智能监控、举报奖励、信用管理、综合监管、社会监督“六项制度”，全方位、大力度落实工作保障措施，全面建立职责明确、分工协作、科学有效的医保基金监管制度体系和执法体系。

（三）巩固提高阶段（2025年及以后）。

结合新形势、新任务、新要求，进一步完善监管措施，健全监管机制，巩固提升医疗保障基金综合监管水平。

六、工作要求

（一）加强组织领导。各县（区）、各有关部门要充分认识推进医保基金监管制度体系改革的重要性，统一部署、分工负责、协调推进。市、县（区）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、银保监等部门依法履行相应职责，协同推进改革。部门间要实现联动响应，推进综合监管结果协同运用。

（二）建立工作机制。各县（区）将打击欺诈骗保工作纳入

相关工作考核，建立激励问责机制，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。

（三）做好宣传引导。大力宣传加强医保基金监管的重要意义，利用广播、电视、报刊、新媒体等多种宣传渠道，采取多种形式，动员社会各方共同参与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，及时总结推广有效监管模式和经验。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制意识，自觉维护医保基金安全。