关于对《关于加强医疗保障基金使用常态化

监管的实施方案（征求意见稿）》

征求意见的函

省纪委监委、省公安厅、省检察院、省法院、省司法厅、省财政厅、省人社厅、省卫健委、省审计厅、省市场监管局、省营商局、省中医药局、省药监局、省税务局、国家金融监管总局黑龙江监管局，各市（地）人民政府（行署）：

为深入贯彻落实党中央、国务院对医疗保障基金（以下简称医保基金）常态化监管和推进医疗保障基金监管制度体系改革的部署要求，扎实推进医保基金使用常态化监管工作，根据《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）精神，结合我省实际，省医疗保障局研究起草了《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施方案》，现对社会征求意见，请提出书面反馈意见，于2023年11月23日前反馈（反馈意见请注明理由、依据）。

联系人：郝成军，电话：0451-88830062

通讯地址：黑龙江省哈尔滨市香坊区中山路68号，黑龙江省医疗保障局，邮编150036

附件：《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施方案》

 黑龙江省医疗保障局

2023年11月13日

注：下划线部分为国办发〔2023〕17号文件内容

**关于加强医疗保障基金使用**

**常态化监管的实施方案**

为深入贯彻落实党中央、国务院对医疗保障基金（以下简称医保基金）常态化监管和推进医疗保障基金监管制度体系改革的部署要求，扎实推进医保基金使用常态化监管工作，根据《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）精神，结合我省实际，制定本实施方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神，认真践行以人民为中心的发展思想，全面贯彻新发展理念，加快构建新发展格局，深入推进医保基金监管制度体系改革，切实落实各方监督责任，扎实推进依法行政，持续加大医保基金监管执法力度，加强基金监管能力建设，综合运用飞行检查、专项整治、智能监管、信用管理等多种监管方式，不断健全长效监管机制，加快构建权责明晰、严密有力、安全规范、法治高效的医保基金使用常态化监管体系，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，以零容忍态度严厉打击欺诈骗保、套保和挪用贪占医保基金的违法行为，坚决守住医保基金安全底线。

二、落实各方职责

**（一）强化医保行政部门监管责任。**各级医保行政部门要切实发挥监管作用，加强对医保经办机构医保协议签订、履行等情况的监督，促进医保经办机构业务规范。强化对定点医药机构纳入医保基金支付范围的医疗服务行为、医疗费用，以及参保人员医保基金使用情况等方面的监督**检查**。省级医保行政部门负责监督指导本行政区域内医保基金使用常态化监管工作，**聚集重点领域、重点内容、重点行为开展专项检查、飞行检查等。**市（地）级以下医保行政部门**负责落实本行政区域内医保基金使用常态化监管工作，对辖区内定点医药机构开展专项检查、抽查检查等。**〔牵头单位：省医保局；责任单位：各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（二）强化医保经办机构审核检查责任。**各级医保行政部门要督促医保经办机构建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，加强内部全流程管理。完善定点医药机构准入和退出机制，实行全省统一的协议范本，**强化**服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作，各级医保经办机构要提高日常审核能力，对定点医药机构医保费用申报和参保人员医疗费用报销的审核实行初审、复审两级审核。通过智能审核等方式，对参保人员在定点医药机构就医购药所产生的费用进行**全面**审核后，由医保基金按规定时限及时予以结算支付，**对违规使用医保基金的予以拒付。**制定定点医药机构考核管理办法，对定点医药机构实行年度考核，并根据考核结果实施激励和惩戒。对定点医药机构履行医保协议、执行医保报销政策情况，以及参保人员享受医保待遇情况实施核查。作出中止或解除医保协议等处理的，要及时向医保行政部门报告。发现或接收的问题线索应当由医保行政部门处理的，应及时移交处理。**省级医保经办机构负责指导全省医保稽核业务以及省直定点医药机构执行医保政策、协议等情况的日常监测、核查等工作。市、县级医保经办机构按照分级管理的原则，负责本行政区域内定点医药机构执行医保政策、协议等情况的日常监测和协议期内的审核检查等工作。**〔牵头单位：省医保局；责任单位：省卫健委、省中医药管理局、省税务局、国家金融监督管理总局黑龙江监管局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（三）强化定点医药机构自我管理主体责任。**定点医药机构要严格执行与医保经办机构签订的服务协议，建立健全与医保基金使用相关的内部管理制度和考核评价体系，合理、规范使用医保基金，明确专门机构或者人员负责医保基金使用管理工作，按要求组织开展医保基金相关政策法规培训、**典型案例警示教育，**按月检查本单位医疗保障基金使用情况，全面建立定点医药机构医保基金使用违法违规行为自查自纠机制，及时开展自查自纠，配合医保部门审核和监督检查。加强医药服务规范管理，**落实合理检查、合理用药、合理诊疗、规范收费等要求，**做好就诊患者和购药人员医保身份核验、医保目录适用认定、记录和检查检验报告存档等工作。执行国家、省和统筹地区有关医疗服务、药品、医用耗材的医保支付标准等规定，并按照医疗服务价格项目和收费标准相关规定进行收费。**建立健全定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度，制度化落实药品、医用耗材集中带量采购政策，开展医药价格和招采信用评价，落实医保信用承诺制度。坚决纠正医药购销和医疗服务领域不正之风，积极推进清廉医院创建行动。**紧密型医联体牵头医疗机构要落实内部管理责任，加强医保基金使用管理。**紧密型县域医共体要建立牵头单位主要负责、成员单位共同参与、职能部门协调联动、信息技术有效支撑的管理制度，切实提高医保基金使用效能。**〔牵头单位：省卫健委；责任单位：省医保局、省中医药管理局、省药监局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（四）强化行业部门主管责任。各级**卫生健康、中医药、市场监管、药品监管、审计等部门要按照职责分工，落实相关监管责任。聚焦过度诊疗、欺诈骗保、非法收购和销售利用医保骗保购买的药品等违法违规问题，持续加强医药机构监管，规范医药服务行为，强化医务人员职业操守和职业道德教育。加强医药服务价格监督检查，治理乱收费现象，切实维护消费者权益。对于未纳入医保协议管理，但其行为与医保基金使用密切相关、影响基金合理使用的机构等，要按照“谁审批、谁监管，谁主管、谁监管”的原则，落实监管责任。〔牵头单位：省医保局、责任单位：省卫健委、省审计厅、省市场监管局、省中医药管理局、省药品监管局；各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（五）强化政府属地监管责任。**各级人民政府对本行政区域内医保基金使用常态化监管工作负领导责任，**要在基金监管法治建设、行政执法、信息共享等方面发挥主导作用，将基金监管纳入年度综合考评体系，**统筹区域内各部门资源，形成监管合力。建立和完善省、市（地）、县（市）医保基金使用监管机制和执法体系，加强人员力量，强化技术手段。建立医保基金监管联席会议制度，组织督促所属相关部门和下级人民政府认真履行监管职责，加强监管能力建设，积极推进跨部门综合监管，**将医保基金常态化监管纳入乡镇政府综合监管体系，促进乡村医疗卫生体系健康发展。**及时协调解决监管工作中的重大问题，为医保基金使用常态化监管工作提供有力保障。按照财政事权与支出责任相适应原则，将所需工作经费纳入本级财政预算。〔牵头单位：省医保局；责任单位：省公安厅、省财政厅、省卫健委、省审计厅、省中医药管理局、省药品监管局、省税务局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

三、做实常态化监管

**（一）推进飞行检查常态化。**严格落实国家医保局《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》（国家医疗保障局令第6号）规定要求，建立健全部门联合检查机制，制定并公开飞行检查方案。完善飞行检查管理办法，细化操作规程，规范飞行检查及后续处置，建立飞行检查年度公告及典型案例曝光制度。发挥飞行检查带动引领作用，用好飞行检查结果，聚焦典型性、顽固性、复杂性违法违规问题，及时汇总建立飞行检查发现问题清单，为强化日常监管、防范同类问题系统性频发提供参照借鉴。〔牵头单位：省医保局；责任单位：省财政厅、省卫健委、省中医药管理局、省药监局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（二）推进专项整治常态化。**强化跨部门综合监管合力，加强医保、公安、财政、卫生健康、市场监管等部门的协调联动，常态化开展专项整治行动。聚焦重点领域、重点机构、重点行为，加强部门间数据共享和监测分析，强化案件线索通报，完善行刑衔接、行纪衔接机制，健全重大案件同步上案和挂牌督办制度，常态化开展部门联合执法，形成一案多查、一案多处的联合惩戒机制。推动专项整治工作成果转化为管用有效的查办经验及监管规范标准，推进完善医药服务价格和医保支付政策并建立健全相关机制。〔牵头单位：省医保局；责任单位：省公安厅、**省检察院**、省财政厅、省卫健委、省中医药管理局、省药监局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（三）推进日常监管常态化。**研究制定医保基金使用日常监管办法，健全完善工作机制，细化监督检查工作规范和要求。出台统一明确的监督检查事项清单、检查工作指南等，强化协议管理，规范协议内容，细化条款约定，提高日常监管规范化水平。合理制定并严格执行年度监督检查计划，对数据指标异常的定点医药机构加强现场检查，对上级部门交办、**同级部门转办**的问题线索、举报投诉涉及的定点医药机构，**由医保部门根据工作需要，联合财政、卫生健康、市场监管、审计等相关部门**开展现场核查，对存在违法违规行为的定点医药机构依法依规予以处理。**经查涉嫌欺诈骗保犯罪的，依法移交公安机关核查处置。**强化医保经办支付环节费用审核，落实日常核查全覆盖。〔牵头单位：省医保局；责任单位：省公安厅、**省财政厅、**省卫健委、**省审计厅、省市场监管局、**省中医药管理局、省药监局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（四）推进智能监控常态化。**依托全省统一的医保信息平台，充分运用医保智能监管子系统，强化行政检查和执法全流程指挥调度平台应用，加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管全过程智能监控，提升精准化、智能化水平。加快医保基金智能监控知识库、规则库**（以下简称“两库”）**建设和应用，加强动态维护升级，不断提升智能监控效能。**全面开展经办机构智能审核，实现医保基金支付智能审核全覆盖，规范定点医药机构服务行为，严把医保基金安全的第一道防线。加强协议处理与行政监管、经办核查与行政执法的衔接，实现全省智能监控“一张网”。拓展智能审核和监控应用场景，优化智能审核和监控流程，压实责任。形成经办日常审核与现场核查、大数据分析、全场景智能监控等多种方式的常态化监管体系。**实施国家医保反欺诈智能监测项目，常态化开展医保数据筛查分析，通过大数据分析锁定医保基金使用违法违规行为，发现欺诈骗保行为规律，有针对性地加大宏观管控、现场检查执法和精准打击力度。〔牵头单位：省医保局；责任单位：**省公安厅、**省卫生健康委、省中医药管理局、省药监局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（五）推进社会监督常态化。鼓励和支持社会各界参与基金监管，**进一步完善举报投诉机制，依托全国医保基金举报投诉管理系统，畅通投诉渠道，规范处置流程，严格核查处理。**完善社会监督员制度，**建立健全医保基金社会监督员遴选、退出机制**，畅通社会监督渠道。**落实举报奖励制度，**及时兑现奖励资金，**调动全民参与医保基金使用监督的积极性。持续开展典型案例曝光，强化警示震慑。探索完善医保基金使用情况向社会公示制度，**医保经办机构要定期向社会公开医保基金收入、支出、结余等情况；定点医药机构要及时向社会公开医药费用、费用结构等信息，主动接受**社会监督。〔牵头单位：省医保局；责任单位：省财政厅，**省卫健委、市场监管局，**各市（地）、县（市）政府（行署）〕

四、健全完善制度机制

**（一）完善监管制度机制。**进一步完善以上查下、交叉检查的工作机制，破解同级监管难题。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，提升监管的专业性、精准性。建立抽查复查、**提级查办、**倒查追责工作制度，压实监管责任。实施分类处置，综合运用协议、行政、司法等多种手段分类施策。对于存在主观故意、影响恶劣的欺诈骗保行为，依法从严从重查处，同时做好协议处理与行政处罚、**刑事处罚**的有效衔接。建立健全激励与约束并重的监管机制，更大激发医疗机构规范使用医保基金的内生动力。〔牵头单位：省医保局、省税务局；责任单位：省公安厅、省检察院、省财政厅、省卫生健康委、省审计厅、省市场监管局、省中医药管理局、省药监局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（二）完善部门间协同监管机制。**加强医保部门与公安、财政、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门的贯通协同，推进信息互通共享，实现部门间线索互移、标准互认、结果互通。**运用大数据技术，加强类案研判和模型研发，及时发现和查处跨专业、跨部门、跨领域的涉及医保基金使用的违法违规案件。**充分发挥医保基金监管联席会议作用，会商基金监管重大问题，研究制定强化基金监管的政策措施，统筹协调基金监管重大行动、重大案件查处等工作。加强行政执法和刑事司法事前、事中、事后的有效衔接，依法严厉打击医保领域违法犯罪行为。**加强医保部门与法院、检察院和公安等部门会商研究，及时解决调查取证和法律适用难题。**对涉嫌违纪和职务违法、职务犯罪的问题线索及时移送纪检监察机关，建立健全重要线索、重大案件联查联办和追责问责机制，强化震慑效应。〔牵头单位：省医保局；责任单位：**省纪委监委、**省公安厅、**省检察院、省法院、**省财政厅、省卫健委、省市场监管局、省中医药管理局、省药监局、国家金融监管总局黑龙江监管局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（三）建立健全信用管理制度。科学合理设置医保领域信用评价指标，**推进定点医药机构、医药企业、人员信用分级分类管理。探索建立医保基金监管告知承诺制，将履行承诺情况纳入信用记录。将履行承诺情况纳入信用记录，与监督检查频次、处罚裁量等挂钩。推动定点医药机构通过自查自纠规范医保基金使用行为，主动履行医保基金使用主体责任。根据信用评级，对失信定点医药机构，可通过协议管理在资金结算等方面采取惩戒措施；对相关责任人员，按照医保协议中止医保支付资格；对失信医药企业，可按规定在医保目录准入、价格招采信用评价、医药集中采购、挂网资格等方面采取处置措施；对失信参保人员，可按规定采取暂停医疗费用联网结算等措施。强化跨行业、跨领域、跨部门守信联合激励和失信联合惩戒，探索建立信用修复、异议申诉等机制。鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，促进行业规范和自我约束。〔牵头单位：省医保局；责任单位：省人社厅、省卫健委、省营商环境局、省中医药管理局、省药监局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（四）建立健全异地就医跨区域监管工作机制。**创新方式方法，完善异地就医协同监管制度和跨区域工作机制，落实就医地和参保地监管责任。**将异地就医结算费用纳入就医地日常审核和稽核检查内容。加强区域合作，建立就医地与参保地跨区域基金监管联合检查、异地协查、问题线索横向移送、异地就医违规问题协同处理等工作机制。建立异地就医基金监管激励约束机制，将异地就医监管情况纳入综合评价和绩效考评指标体系。**各级医保行政部门要将异地就医作为飞行检查、日常监管等工作的重点；**各级医保经办机构要加强费用审核、监督，**防范异地就医过程中的欺诈骗保风险。〔牵头单位：省医保局；责任单位：省卫健委、省中医药管理局、省药监局、国家金融监督管理总局黑龙江监管局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

**（五）建立健全重大事项处置机制。**加强日常监管信息报送，做好预警监测和提前研判，完善处置及应对规程，加强针对性培训，提升各级医保行政部门应对处置重大事项能力。对医保基金监管政策落实不到位、出现医保基金监管严重问题或存在重大风险隐患的，**省医保局**可采取函询或约谈等方式，督促指导相关医保行政部门及定点医药机构等严格履行相关责任并抓好整改落实。〔牵头单位：省医保局；责任单位：省卫健委、省中医药管理局、省药监局、国家金融监管总局黑龙江监管局，各市（地）、县（市）政府（行署）〕

五、强化保障措施

**（一）加强组织实施。**各地区各有关部门要充分认识加强医保基金使用常态化监管的重要意义，加强组织领导，细化目标任务，明确职责分工，强化责任落实，统筹推进各项工作。健全部门联动机制，协同开展医保基金使用常态化监管。

**（二）强化法治保障。严格落实行政执法“三项制度”，开展医保系统行政执法案卷评查。加大行政执法指导、规范和监督力度。充分发挥行政指导和医保协议管理作用，引导定点医药机构依法依规使用医保基金。**

**（三）提升监管能力。**各地区各有关部门要加大人员、车辆、装备、技术、经费等方面的支持力度，为医保基金监管工作提供有力保障。建立健全监管人员考核、岗位晋升等各项制度，加强监管人员业务能力培养，**常态化**开展政策法规**等业务**培训，着力建设**政治强、业务精、作风硬、纪律严的**复合型监管队伍，不断提升法治化、规范化、专业化水平。

**（四）强化责任追究。**县级以上人民政府要切实履行监管职责，对监管不力、执法不严导致医保基金安全存在重大风险隐患或造成严重后果的，以及在履行监督职责中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，要严肃追究责任。各级医保行政部门要建立健全医保基金监管综合评价制度，定期通报基金监管工作进展情况。积极探索建立责任追究、尽职免责事项清单，细化追责免责情形，做好容错纠错工作。

**（五）做好宣传教育。**各地区各有关部门要充分利用各类媒介平台，**采取多种形式**加强**医保基金监管政策**宣传解读力度。持续做好集中宣传月工作，聚焦打击欺诈骗保等相关主题，常态化开展维护医保基金安全宣传教育，营造良好舆论氛围。