

市政府办公室关于印发推进医疗保障基金 监管制度体系改革实施方案的通知

通政办发〔2022〕99号

各县（市、区）人民政府，市各直属园区管委会，市各有关部门和单位：

《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施方案》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

南通市人民政府办公室

2022年10月18日

（此件公开发布）

关于推进医疗保障基金 监管制度体系改革的实施方案

为深化我市医疗保障基金监管制度体系改革,提升医保治理能力和治理水平,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)和《省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》(苏政办发〔2021〕83号)精神,结合我市实际,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,按照党中央、国务院和省委、省政府决策部署及市委、市政府工作要求,以保障人民健康为中心,坚持完善法治、依法监管,政府主导、社会共治,改革创新、协同高效,惩戒失信、激励诚信原则,构建全领域、全流程的医保基金安全防控机制。到2025年,基本建成适应南通市高质量发展的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,推动医疗保障事业高质量发展走在前列。

二、明确基金监管责任

（一）加强党的领导。坚持和加强党的全面领导，建立健全医保基金监管党建工作领导体制和工作机制，加强医疗保障部门、定点医药机构基层党组织建设，充分发挥党组织战斗堡垒作用和党员先锋模范作用。强化对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，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：市医保局、市卫生健康委，各县（市、区）人民政府，市各直属园区管委会〕

（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、信息共享等方面的主导作用，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。强化医疗保障部门对基金监管的责任，切实发挥监管作用。建立医疗保障、卫生健康、公安、市场监管等部门参加的基金监管联席工作机制，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：市医保局、市卫生健康委、市公安局、市市场监管局，各县（市、区）人民政府，市各直属园区管委会〕

（三）推进行业自律。鼓励行业组织开展行业规范和自律建设，引导和支持其在制定管理规范和技术标准、规范执业行为和管理服务、促进行业自律等方面更好发挥作用。定点医药机构要切实落实自我管理主体责任，实行医保工作领导负责制，建立医疗保障基金使用内部管理制度，由专门机构或者人员负责医保基

金使用管理工作，建立健全考核评价体系。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：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局、市民政局）

三、强化基金监管制度建设

（一）建立健全基金监管制度。加强《医疗保障基金使用监督管理条例》衔接及配套制度政策制定，健全医疗保障领域行政执法公示制度、行政执法全过程记录制度、重大执法决定法制审核制度，规范文明公正执法。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。建立医保监管与绩效考核、职称评聘等相挂钩的考核机制，实现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。落实“合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费”制度，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：市医保局、市司法局、市卫生健康委、市市场监管局）

（二）建立完善智能监控制度。完善医保基金智能监控系统建设，建立智能监控疑点处理上下交互机制，实现监管数据向上汇聚，疑点发现和处置向下交办。运用省投诉举报线索处理平台，实现投诉举报线索统一受理、分级办理。针对定点医药机构不规范使用医保基金行为特点和医保支付方式改革推进，不断丰富医保智能监控规则库和知识库。创新医保“互联网+监管”，充分运用大数据、人工智能等新技术，强化事前、事中规则监管，实

现对基金使用全方位、全流程、全环节的智能监控。推进医保智能监控系统与医保结算系统、阳光采购系统数据互联互通，加强定点医药机构药品和医用耗材进销存管理。（责任单位：市医保局、市工信局、市发改委、市大数据管理局）

（三）健全监督检查制度。坚持分类监管与分级负责相结合，统筹做好线上、线下监管和“双随机、一公开”监管。建立健全基金监督检查对象名录库和执法检查人员名录库，制定随机抽查事项清单，规范基金监管监督检查行为，推进部门联合双随机监管。建立和完善日常巡查、专项检查、交叉检查等相结合的多形式检查制度。根据基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素，确定检查重点，组织开展专项检查。对群众实名举报、媒体曝光和其他部门移交的线索进行重点检查。建立部门联动机制，开展联合检查。建立和完善政府购买服务制度，积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构、医疗专家团队等第三方力量参与医保基金监管。（责任部门：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局、市财政局）

（四）健全信用管理制度。建立健全定点医药机构和参保人员医保信用信息记录制度、信用评价制度和医保医师积分管理制度。推进信用分类管理，将定点医药机构信用评价结果与监督检查、预算管理、定点协议管理及医保基金拨付等相关联，依法依规实施守信激励和失信惩戒。建立定点医药机构信息报告承诺制度，对向医疗保障部门报告的医保基金使用监管所需信息的真实

性负责。（责任单位：市医保局、市发改委）

（五）建立综合监管制度。建立和完善部门配合、协同监管的综合监管制度，推进信息共享和互联互通，健全线索移交、协同执法工作机制。建立健全行刑衔接工作机制，畅通行政执法和刑事司法衔接，依法依规查处医疗保障领域违法违规行为。对查实的欺诈骗保行为，各相关部门要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：市医保局、市卫生健康委、市市场监管局、市公安局）

（六）完善举报奖励制度。全市各级医疗保障和财政部门应当建立并不断完善医疗保障基金欺诈骗保行为举报奖励制度，依照规定对举报人予以奖励。畅通投诉举报渠道，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，切实保障举报人信息安全。规范举报奖励标准，及时兑现奖励资金，调动群众和社会各方参与监督的积极性。（责任单位：市医保局、市财政局）

（七）健全欺诈骗保惩处制度。综合运用司法、行政、协议等手段，严惩重罚欺诈骗保的单位和个人。贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，依法依规加大行政处罚力度。大力推进部门联动，加大向公安、纪检监察等部门问题线索移送，建立“一案多查、一案多处”的工作机制，对欺诈骗保情节特别严重的定点医药机构，相关部门应当依法作出停业整顿、吊销执业（经营）资格、从业限制、失信惩戒等，对涉嫌违纪违法的党员干部和监察对象依纪依法进行处置，提升惩处威慑力。〔责任单位：

市医保局、市公安局、市卫生健康委、市市场监管局，各县（市、区）人民政府，市各直属园区管委会〕

（八）建立健全社会监督制度。鼓励和支持社会各界参与医保基金监督，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。建立信息披露制度，经办机构定期向社会公告基金收支、结余和收益情况；定点医疗机构定期向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。健全医保基金社会监督员制度，动员社会力量参与医保基金监督工作。完善欺诈骗保要情报告制度，及时发现掌握违法违规使用医保基金情况。通过新闻发布会、媒体通气会、曝光台等形式，发布打击欺诈骗保成果及典型案例。（责任单位：市医保局、市卫生健康委）

（九）健全异地就医协同监管制度。按照《医疗保障行政处罚程序暂行规定》和属地管理的要求，落实就医地医疗服务行为和医疗费用监管责任和举报线索核查责任。建立异地就医基金监管工作机制，加强区域联动，协同推进长三角地区基金监管制度建设、宣传培训、监督检查、监管标准等一体化建设。（责任单位：市医保局）

四、保障措施

（一）加强监督检查能力保障。建立健全医保基金监管执法体系，选优配强执法人员力量，强化执法技术手段和执法技能培训，规范执法程序，提高执法人员素养。理顺行政监管与经办协议管理关系，明确工作职责边界，加强工作衔接。落实医保经办

机构协议管理、费用监控、稽查审核的工作责任。建立第三方机构对经办机构内控风险评估机制，筑牢基金监管内控防线。加强各级财政资金保障，通过购买服务加强基金监管力量。（责任单位：市医保局、市委编办、市司法局、市财政局）

（二）统筹推进相关改革。深化医保支付方式改革，实施更加管用高效的医保支付。加强基金预算管理和风险预警，全面实施预算绩效管理。落实医疗保障待遇清单管理制度，保障待遇公平适度。强化基金监管工作职责，优化工作基础。围绕常见病和健康问题，规范推广适宜医疗技术。〔责任单位：市医保局、市财政局、市卫生健康委，各县（市、区）人民政府，市各直属园区管委会〕

（三）规范医保协议管理。建立和完善定点医药机构准入评估机制和退出机制，实施定点医药机构动态管理。细化医保协议范本及经办规程，优化定点医药机构履行协议考核机制，突出对行为规范、服务质量、费用控制、基金风险防控等协议条款执行监管和考核评价，提升协议管理的针对性和约束性。（责任单位：市医保局）

（四）落实相关部门责任。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，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为。财政部门按照职责，对医保基金的收支、管理和运

营情况进行监督。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、药品零售监管、规范药品零售行为。药监部门负责药品生产、批发环节和药品零售连锁总部监管，规范药品流通行为。审计机关负责对医保基金监管相关政策措施落实情况进行审计。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。其他有关部门按照职责做好相关工作。〔责任单位：市医保局、市卫生健康委、市财政局、市市场监管局、省药监局南通检查分局、市审计局、市公安局，各县（市、区）人民政府，市各直属园区管委会〕

五、工作要求

（一）加强组织领导。医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”。各地各有关部门要提高政治站位，强化思想认识，加强统一领导，认真组织实施，确保医保基金监管制度体系改革顺利推进。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、卫生健康、审计、市场监管等部门依法履行相应职责，协同推进改革。要加强信息交流，实现联动响应，推进综合监管结果协同运用。

（二）完善工作机制。各地要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。医疗保障部门要强化主责意识，将打击欺诈骗保工作纳入年度重点工作扎实推进，不断健全基金监管制度机制，织密扎牢制度的笼子。各地在改革推进过程中遇有重大问题要及时报告市级医疗保障主管部门。

（三）加强宣传引导。各地各有关部门要采取多种形式宣传加强医保基金监管的重要性，及时总结推广好经验好做法，要加强舆论引导，积极回应社会关切，广泛动员社会力量共同推进医保基金监管制度体系改革，努力营造改革的良好氛围。