|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件  大理州加强医疗保障基金使用常态化监督管理若干措施任务清单 | | | | | | |
| 序号 | 工作  目标 | 工作  任务 | 工作措施 | 牵头  部门 | 责任  部门 | 完成  时限 |
| 1 | 一、加强监管制度体系建设 | （一）完善医保基金监管内部监督制度 | 1.加强对从事医保行政执法、现场检查等基金监管关键岗位人员监督，落实领导干部干预医保领域行政执法活动、插手具体案件处理的记录和责任追究办法，防止出现内外勾结、权力寻租等腐败行为。  2.建立健全医保经办业务、财务、安全和风险管理制度，对待遇认定、稽核审核、结算拨付、定点纳入等关键岗位按不相容岗位分开设置，加强内部全流程管理和监督。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 相关制度按省级文件要求执行；其他措施2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 2 | （二）建立定点医药机构自查自纠机制 | 1.定点医药机构要加强医药服务管理，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、检查检验报告存档、如实上传医保结算信息等工作。  2.医保部门要结合飞行检查、日常监管、智能监控发现的典型违法违规使用医保基金行为，梳理形成定点医药机构医保基金使用负面清单并动态更新。  3.对定点医药机构自查自纠发现问题，及时主动退回医保基金，并依法依规做好后续处理。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 3 | （三）完善多层次监管制度机制 | 1.建立以上查下、交叉检查工作机制，破解同级监管难题。  2.落实抽查复查、倒查追责等制度，压实监管责任。  3.逐级建立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，强化评价结果运用。  4.建立基金监管问题处置机制，组建由临床、财务、法律、信息技术、质控等专业人员组成的医保专家库，参与重大疑难案件核查等工作，解决基金监管过程中有争议的问题。 | 州医疗保障局、州卫生健康委等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 相关制度按省级文件要求执行；其他措施2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 4 | 一、加强监管制度体系建设 | （四）健全异地就医监管制度 | 1.落实参保地费用协查发起责任，压实就医地基金监管责任，推进落实异地就医跨区域查处协同机制。   2.将异地就医作为飞行检查、日常监管等工作的重点，增加异地就医监管在全州医保基金综合评价中的指标权重，评价结果作为有关资金分配的重要依据，防范异地就医过程中的欺诈骗保风险。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 相关制度按省级文件要求执行；其他措施2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 5 | （五）健全医保信用管理制度 | 1.推进定点医药机构、医药企业、人员信用分级分类管理，探索建立告知承诺制，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。   2.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；对失信医药企业，可按规定在医药集中采购等方面采取处置措施；对失信参保人员，按规定暂停其医疗费用联网结算。   3.强化跨行业、跨领域、跨部门守信联合激励和失信联合惩戒，依法依规开展信用修复、异议申诉。 | 州医疗保障局、州发改委、州政务服务局等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 相关制度按省级文件要求执行；其他措施2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 6 | （六）健全重大事项应急处置机制 | 1.完善日常监管信息报送机制，做好预警监测和提前研判，完善风险处置及应对方案，加强应急演练，提升各级医保行政部门应对处置基金安全突发事件的能力。   2.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欺诈骗保风险隐患的，州医疗保障局可采取函询或者约谈等方式，督促指导有关医保行政部门、定点医药机构等严格履行相关责任并抓好整改落实。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 相关制度按省级文件要求执行；其他措施2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 7 | 二、推进智能监控常态化 | （七）完善智能监控系统功能 | 1.加强智能监控系统应用，对医保基金使用行为实时动态跟踪，推动事后监管向事前提醒、事中审核转变，实现事前提醒、事中审核、事后监管全过程智能监控。   2.强化智能审核、智能监控、行政执法等模块应用，实现医保日常审核、行政检查和执法流程可调度可追溯。   3.及时梳理智能监控知识库、规则库，加强“两库”应用。  4.到2025年底，基本建立规范、科学的常态化智能审核和监控体系。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 2025年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 8 | 二、推进智能监控常态化 | （八）鼓励定点医药机构开展事前提醒 | 1.鼓励定点医药机构对接智能监管子系统，或在系统中嵌入规则，对实名就医、规范诊疗、规范计费收费、预警超量开药、预警费用申报等行为实行事前提醒。2024年底前，定点医药机构需完成智能监管系统事前提醒接口改造工作，未完成接口改造的将暂停签订服务协议。  2.通过身份识别、视频监控，严格落实实名就医制度，确保人证相符。  3.对医务人员违规行为及时提醒预警，引导医务人员规范诊疗行为和遵守医保政策，减少违规行为发生。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 9 | （九）强化经办机构全面智能审核 | 1.医保经办机构要建立健全线上初审、复核、申诉、复审、反馈、处理等全流程审核的管理机制，合理设置各环节审核重点、办理时限，明确审核人员权限，确保审核过程和审核结果可追溯。  2.进一步规范医保费用支付流程，实现从定点医药机构费用上传到医保部门费用拨付全流程线上办理。  3.健全完善与定点医药机构沟通反馈、异议申诉、实地复核、专家论证等机制，确保违法违规问题得到有效处理。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 2025年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 10 | （十）强化智能监控场景应用 | 1.加强对频繁开药、频繁门诊、诊断与患者性别年龄不符、超量开药等门诊共济政策实施后的异常就医购药行为监控，锁定并查处高风险医保账号和人员。  2.加强按疾病诊断相关分组（DRG)支付方式下的医保基金智能监控，加大对高靠分组、低标入院、分解住院、转嫁费用、服务不足等行为监管力度。  3.常态化开展大数据筛查分析比对，精准打击医保基金使用违法违规行为。 | 州医疗保障局、州公安局、州卫生健康委等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 11 | 三、推进日常监管常态化 | （十一）提高日常监管规范化水平 | 1.医保部门要对定点医药机构协议履行、执行费用结算项目和标准等情况开展全面核查；加强定点医药机构结算后的费用监督检查，对发现的违法违规费用予以追回。  2.根据年度监管工作重点，对涉及医保基金使用的重点领域、重点行为、重点项目进行监管。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 12 | （十二）加强重点问题现场核查 | 1.加强对定点医药机构、参保人员医保费用使用异常情况的日常监测、预警、分析，定期梳理并通报风险隐患，由本行政区域内医保部门组织现场核查。  2.根据上级部门交办的问题线索、举报投诉及巡察、信访、审计等反馈涉及定点医药机构医保基金使用问题，及时组织开展现场核查，依法依规处理。  3.对涉企的定点医药机构检查，按涉企检查备案有关规定执行。 | 州医疗保障局、州审计局、州信访局、州司法局等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 13 | （十三）实现交叉检查全覆盖 | 1.原则上每一个自然年度内组织开展１次覆盖所有县市的州内交叉检查。检查对象为定点医药机构、医保经办机构、承办医保业务的其他机构。  2.检查组由医保行政执法人员和熟悉医保、医疗、医药、财务、数据信息等相关专业人员构成，通过政府购买第三方服务等方式，可以聘请符合条件的第三方机构和专业人员协助，主要按照不预先告知、以上查下、交叉互检的方式组织实施。 | 州医疗保障局、州财政局等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 14 | 四、推进专项整治常态化 | （十四）重点打击欺诈骗保行为 | 州医疗保障局根据国家和省级统一部署以及医保基金监管工作需要，聚焦定点医药机构、参保人员、职业团伙等的欺诈骗保行为，联合检察、公安、财政、卫生健康、市场监管等部门组织开展打击欺诈骗保专项整治行动，集中查处一批大案要案，联合打击一批犯罪团伙。 | 州医疗保障局、州公安局、州财政局、州卫生健康委、州市场监管局、州检察院等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 15 | （十五）强化跨部门协调联动执法 | 1.州医疗保障局根据上级要求和年度工作安排以及涉及医保基金可能存在重大安全风险情况，可联合财政、卫生健康、市场监管等部门开展专项检查，制定并公开检查方案。  2.加强部门间数据共享和监测分析，强化案件线索通报，完善行刑衔接机制，健全重大案件同步上案和挂牌督办制度，积极开展部门联合执法，综合运用协议、行政、司法等多种手段分类处置违法违规行为，形成多部门联动机制。 | 州医疗保障局、州公安局、州卫生健康委、州市场监管局、州检察院等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 16 | （十六）强化专项整治成果转化 | 1.积极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有关机制。  2.经专项整治后的同一项目，仍然存在违法违规行为的，要充分运用行刑衔接、行纪衔接机制，坚决移送有关部门处理。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 17 | 五、推进飞行检查常态化 | （十七）推进飞行检查发现问题全面整改 | 1.飞行检查、专项检查、交叉检查等完成后，检查组将经双方签字确认的问题线索反馈被检查地医保部门进行处理。  2.注重发挥飞行、专项、交叉检查带动引领作用，聚焦典型性、顽固性、复杂性违法违规问题，及时督促属地有关部门举一反三，认真整改。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 18 | 六、推进社会监督常态化 | （十八）畅通举报投诉渠道 | 1.依托全国医保基金举报投诉管理系统，规范处置流程，对举报投诉全流程记录、全过程管理。  2.落实举报奖励制度，根据举报证据与违法事实查证结果，按《云南省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》规定的奖励标准给予举报人奖励，广泛调动全民参与医保基金使用监督的积极性。 | 州医疗保障局、州财政局等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 19 | （十九）健全社会监督员制度 | 1. 从人大代表、政协委员、新闻媒体行业、退休人员中选聘一批专业人士担任医保基金社会监督员。   2.定期组织开展培训，梳理汇总核实社会监督员反映的问题线索，充分发挥社会监督员监督作用。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 20 | （二十）加强医保信息披露 | 1.落实医保部门定期公开医保基金收入、支出、结余等信息披露制度，探索建立定点医药机构医保基金使用情况向社会公示制度，主动接受社会监督。   2.持续开展典型案例曝光，强化警示震慑。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 相关制度按省级文件要求执行；其他措施2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 21 | 七、健全完善协同联动机制  七、健全完善协同联动机制 | （二十一）强化医保政策协同 | 1.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。  2.常态化推进医疗服务项目申请新增立项，支持新技术临床应用。  3.每年定期开展医疗服务价格调整综合评估，评估符合调价条件的，及时启动调价工作程序。  4.深入推进按疾病诊断相关分组（DRG）支付方式改革，加强病组管理，结合本地实际，维护和调整更加贴近本地临床需求的病种分组；加强病组权重管理，充分体现医务人员劳动价值。  5.探索开展符合中医药服务特点的支付方式改革，中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的中医优势病种，实施按病种付费。  6.协同推进按床日付费、按人头付费机制改革，加强各种支付方式的针对性、适应性、系统性。  7.常态化开展药品、医用耗材集中带量采购，及时拨付集中带量采购结余留用资金。 | 州医疗保障局、州卫生健康委等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 相关制度按省级文件要求执行；其他措施2025年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 22 | （二十二）强化卫生健康与医保部门协同 | 1. 卫生健康部门要加强对定点医疗机构违反诊疗技术规范过度诊疗、不合理医疗检查等行为监管，规范医疗服务行为，促进合理诊疗、合理用药，进一步强化医务人员职业操守和职业道德教育。   2.医保部门要加强规范使用医保基金典型培育力度，选树一批规范使用医保基金的先进典型；对监管过程中发现的诊疗不规范等问题，及时移交卫生健康部门处理。 | 州卫生健康委、州医疗保障局等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 23 | 七、健全完善协同联动机制  七、健全完善协同联动机制 | （二十三）强化市场监管与医保部门协同 | 1.市场监管部门要加强对定点医药机构不按规定明码标价、价格欺诈及自立项目收费、重复收费、分解项目收费等行为监管，涉及医保基金支出的，及时移送医保部门处理；要加强药品、医用耗材流通监管，持续打击非法收购销售医保药品等行为，规范药品、医用耗材经营行为。  2.医保部门要联合市场监管等部门加强对定点医疗机构重复收取患者住院期间已包含在医保服务项目或者组套内的医疗费用监管力度，确保参保群众及时足额享受医保待遇。 | 州市场监管局、州医疗保障局等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 24 | （二十四）强化行刑衔接 | 1.加强医保行政执法和刑事司法事前、事中、事后的有效衔接。对医保部门因调查取证困难，无法查清事实的盗刷医保码（社会保障卡）、贩卖医保药品等骗保行为，以线索移交方式向公安机关报案处理。对医保部门调查完毕并实施行政处罚的案件，涉嫌犯罪的，以行政执法案件形式依法移送公安机关处理。对案情特别复杂，调查取证较为困难的欺诈骗保案件，可由医保、公安部门共同组织人员联合侦办。   2.进一步强化刑事司法调查证据和检验、鉴定结果与行政执法案件信息共享共用。   3.检察机关做好骗保类犯罪案件的审查批捕、审查起诉及法律监督工作，加强医保领域行政执法与刑事司法有效衔接。 | 州医疗保障局、州公安局、州检察院等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 25 | （二十五）强化行纪衔接 | 1.医保部门在执法过程中，发现党员领导干部存在医保方面涉嫌违纪和职务违法、职务犯罪的问题线索，按程序及时移送纪检监察机关处置。   2.纪检监察机关在案件查办及线索处置过程中发现造成医保基金损失问题应通报医保部门，由医保部门依法依规挽回损失；巡视巡察机构发现造成医保基金损失的突出问题，应当通报医保部门，医保部门应主动与有关部门对接处置，共同维护医保基金安全。 | 州医疗保障局、州纪委监委、州委巡察办等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 26 | （二十六）强化综合监管 | 1. 建立医保基金使用跨部门综合监管机制，医保部门要加强与金融监管、税务、法院等部门的信息共享、线索互移、标准互认、执法联动、结果互通，形成监管合力。   2.对于未纳入医保服务协议管理，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，要按照“谁审批、谁监管，谁主管、谁监管”的原则，落实监管责任。 | 州医疗保障局、国家金融监督管理总局大理监管分局、州税务局、州法院等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 27 | 八、强化保障措施 | （二十七）加强组织领导 | 1.各地各有关部门要加强医保基金使用常态化监管工作的组织领导，纳入年度综合考核，统筹推进各项工作。各县市人民政府要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，统筹各部门资源，形成监管合力，进一步完善医保基金使用监管机制和执法体制，组织督促所属有关部门和下级政府认真履行监管职责，积极推进跨部门综合监管，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。  2.进一步整合乡镇（街道）执法资源，依法将医保基金监管纳入乡镇人民政府综合监管体系，充实执法力量，有效维护医保基金安全。 | 州医疗保障局、州司法局等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 2024年底有明显成效，并长期坚持。 |
| 28 | （二十八）强化责任追究 | 各级医保行政部门要落实监管责任，医保经办机构要落实审核查验责任，定点医药机构要落实自我管理主体责任，行业主管部门要落实主管责任。对履职不到位、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者造成严重后果的，以及在监管工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，要严肃追责问责。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 29 | （二十九）提升监管能力 | 各级各有关部门要加强监管能力建设，加大人员、车辆、装备、技术、经费等方面的支持力度。财政部门要将基金监管工作经费、举报奖励资金等经费纳入本级政府财政年度预算。要建立健全监管人员考核考勤、岗位设置、岗位晋升等各项制度，不断提升医保基金监管规范化水平。常态化开展基金监管工作人员业务培训，提升基金监管队伍执法能力和水平。 | 州医疗保障局、州财政局、州人社局等按职责分工负责 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |
| 30 | （三十）加强政策宣传 | 各级各有关部门要持续加强对定点医药机构及其从业人员的政策法规培训和宣传教育，强化定点医药机构规范使用医保基金意识。加强医保政策宣传解读，持续做好集中宣传月工作，常态化开展维护医保基金安全宣传教育，营造全社会维护医保基金安全的良好氛围。 | 州医疗保障局 | 各县市人民政府 | 及时落实，并长期坚持。 |