宁德市医疗保障局文件

宁医保〔2021〕66号

宁德市医疗保障局关于规范全市医疗保障基金监管工作的意见

市医保中心，各县（市、区）医保局、管理部：

近年来，我市医保系统按照国家、省、市医疗保障基金监管工作的部署，持续加强基金使用监督管理，保障了基金安全，维护了基金有效使用。为推进基金监管方式创新，建立健全严密有力的基金使用监督管理机制，加强监督管理能力建设，推行全市统一的医疗保障基金监管模式，促进基金监管工作的制度化、规范化，全面提升我市基金监管工作上新水平，现提出以下具体意见。

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，全面贯彻落实国家、省、市医疗保障工作要求，根据市医保局深入开展改革创新年、精准管理年、狠抓落实年、提质增效年“四个年”的活动部署，立足区域实际，积极转变监管理念，落实监管责任，创新监管方式，健全监管规则，规范监管行为，提高监管效能，积极探索新时期医保基金监管方式方法，构建和规范严密有力的基金监管机制，维护全市医疗保障基金安全可持续运行。

(二)工作任务

全市医保系统要深入研究当前医保基金运行现状，积极总结梳理基金监管工作，推进基金监管方式创新，以抓队伍、夯基础、建模式为工作主线，持续提升协议监管和行政执法水平，建立以“属地管理、智能稽核、动态监管、综合执法”为主要内容的医疗保障基金监管模式，进一步提升监管执法能力和工作绩效。

（三）基本原则

1.依法落实监管职能。要严格执行《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《福建省医疗保障基金稽核办法》等法律法规和政策文件规定，依法落实基金监管职能，依法实施基金监管行为，依法维护医疗保障基金安全运行。

2.全面推进监管模式。新型监管模式以“属地管理、智能稽核、动态监管、综合执法”为主要内容，是在广泛深入调研认证的基础上，立足我市实际，从法定职能设定、监管目标责任、监管部门合作、基金运行趋势等环节对基金监管的全流程进行规范，全市医保系统要严格按要求全面推进。

3.规范程序统一运作。新模式是对现行监管方式方法的提升，全市医保系统要严格按照监管模式的内容设定，规范工作项目、程序和流程，严格落实行政执法公示制、执法全过程记录制度、重大执法决定法制审核制度，统一部署，统一运作，统一考核。

二、工作内容

（一）属地管理。全市医疗保障领域内各类主体的日常管理按县级行政区划归属地医保部门负责，东侨经济开发区辖区内医疗保障领域内各类主体由蕉城区医保局、管理部负责管理(下同)。各县（市、区）医保局、管理部严格履行属地管理职责，落实网格化监管，对辖区内医疗保障领域各类主体实行全流程、常态化、全覆盖管理。

1.建立监管主体库。各县（市、区）医保局、管理部要依托医疗保障业务系统和医疗保障信用评价系统建立属地监管主体库。医疗保障监管主体包括：①定点医疗机构，包括各县（市、区）辖区内三级、二级、一级公立医疗机构、卫生院、社区卫生中心、村卫生所、民营医院等所有定点医疗机构；②定点药店；③ 参保人。

2.网格化监管。各县（市、区）医保局、管理部按照网格化监管的要求，对辖区进行划片分区，优化人员配置，实行网格化，对各类主体的准入、基金使用、退出等环节进行全流程管理。

3.医保服务站建设。各县（市、区）医保局、管理部要进一步规范医保服务站设置。全市医保系统要开展医保服务站规范达标工作，不断提高医保服务能力，把医保服务站打造成医保部门的

形象窗口。

（二）智能稽核。引进第三方稽核服务，进一步提升线上智能稽核工作水平和成效。充分运用好医保智能审核系统，适时调整优化完善智能稽查规则，提升智能监管效率和成果。积极运用基金分析成果，强化全数据排查，对接DIP监管，从诊疗行为的真实性、入组标准路径、病案质控等方面着手，对重点药品耗材使用、医疗服务行为、基金使用等情况实现数据质量控制监管。

1.分析成果运用。全市医保系统要强化基金运行分析管理，强化数据分析水平和反应处置能力，定期形成分析报告，进一步提高基金运行分析的结果运用，特别是对重点项目、重点药品（耗材）、重点科室、重点医生实施重点监控稽核。

2.分类智能稽核。全市医保系统要做好线上、线下稽核的衔接。第三方稽核小组负责监管检查全市二级以上公立医疗机构和所有民营医疗机构，各县（市、区）管理部负责属地其它定点医疗机构线上线下日常稽核。

3.推进DIP监管。积极对接宁德市区域点数法和按病种 分值付费试点工作，根据《按病种分值付费（DIP）监管暂行规程》，从费用监管角度，对医保目录执行、诊疗规范、收费规范、依法执业等情况进行监管，从病案监管角度，对疾病诊断编码、手术操作编码的准确性和医疗行为质量进行监管。

（三）动态监管。在属地管理的基础上，加强医疗保障领域信用体系建设，开展信用分类评价，推行差别化监管，实行动态评价和修复调整。充分发挥信用信息公开的作用，加大社会力量

联合惩戒监管的效用。

1.建设信用体系。依托《福建省医疗保障领域信用评价系统》，落实好主体信息归集、主体行为分类评价、评价结果运用等工作。解决信息技术瓶颈，做好和市社会信用体系建设信用联合惩戒的对接工作。

2.分类评价管理。落实好信用分类评价，建立红黑名单制度、信用修复和信用信息公示制度，完善医疗保障领域各类主体从准入信息归集、监管分类评价、信用公示、联合惩戒、信用修复等全流程的动态监管。

3.动态联合奖惩。列入红名单的，实行守信激励；列入黑名单的，实行失信惩戒。开展重点领域失信治理活动，不定期针对性地开展失信专项治理活动。与发改、公安、卫健、市场监管等部门加快推进信用信息系统的互联互通，建立信用信息共享机制，实施联合惩戒。

（四）综合执法。在监管位阶上，做好协议管理和行政执法、行政执法和刑事追责、行政执法和纪律问责的衔接。运用联席会议制度，积极推动部门协同合作，强化基金监管力度，提高监管的震慑力。

1.提升协议管理水平。从行政协议的层面，重新定位和规范定点协议，发挥协议管理在基金监管中的作用。做好协议管理和行政执法的衔接，积极开展医疗保障领域的行政执法实践。

2.加强监管部门协同。加强与公安、市场监管、卫健、审计等部门的配合协同，进一步完善基金监管联席会议制度，健全协同

执法机制，推进信息共享和互联互通，推进部门共同联合检查执法。与公安、纪检部门建立畅通的行刑衔接、行纪衔接机制，切实提升基金监管力度。

3.推动基金综合治理。积极推动基金监管社会综合治理，构建行政监管、社会监督、行业自律相结合的监管体制。建立医保基金社会监督员制度，聘请社会各界人士担任社会监督员，对两定机构进行监督。加大信息披露力度，形成有利于基金监管的社会氛围。

三、工作保障

（一）提高认识，加强领导。全市医疗保障部门要统一思想，提高站位，从规范基层建设、推进监管机制改革创新、提高医疗保障基金监管权威的高度，充分理解推行基金监管模式的重要性和紧迫性。各县（市、区）医保局、管理部要加强领导，在执法力量、基础设备的配置和工作统筹上予以倾斜，为全市医疗保障基金监管模式的顺利建立和运行提供必要保障。

（二）明确职责，规范运作。各相关业务部门要根据建立基金监管模式的内容，明确工作职责和任务，加强协作，形成合力，在监管主体库、信用体系建设、综合执法等方面密切配合，讲求效率和成果。全市医保系统要树立法制理念，全面规范监管流程、执法程序，切实提升基金监管规范化水平。基金监管模式所涉及的网格化监管、信用体系管理、DIP 管理等工作，按各专项工作的具体部署时间有序推进，确保各项工作落实到位。

（三）以人为本，夯实基础。全市医保系统要坚持以人为本

的理念，加强干部能力建设，进一步配齐配强基层监管力量。以干部素质建设为切入点，从责任意识、监管能力、纪律作风等方面下功夫，努力建设一支政治坚定、纪律严明、公正廉洁、业务精湛的基金监管干部队伍。加强监管执法教育培训，全面提高全市医保系统基金监管能力和工作水平，为推行基金监管模式提供人才支持。

（四）强化考核，务求实效。基金监管模式是全市医疗保障领域的重要的创新性工作，市医保局将其列入对县（市、区）医保局、管理部的年度绩效指标体系，严格按照工作内容，细化考核标准，实行考评管理。各县（市、区）医保局要勇于探索，敢于作为，积极推进，及时解决工作中出现的问题，确保全市医疗保障基金监管模式在 9 月 30 日前进入有序运作。市医保局将视工作推进情况，适时开展专项督查。

宁德市医疗保障局

2021 年 6 月 9 日

信息公开类型：依申请公开

抄送：　省医保局

宁德市医疗保障局办公室　　2021年6月9日印发