

云南省医疗保障局文件

云医保〔2021〕12号

云南省医疗保障局关于 做好2021年医疗保障基金监管工作的通知

各州、市医疗保障局：

为深入学习贯彻习近平总书记关于基金监管工作的重要批示指示精神和党中央、国务院以及省委、省政府决策部署，深化基金监管制度体系改革，加快实现基金监管法治化、专业化、规范化、常态化，持续提升基金使用效益，根据《国家医疗保障局关于做好2021年医疗保障基金监管工作的通知》（医保函〔2021〕1号），现就做好2021年医疗保障基金监管工作通知如下：

一、深入贯彻落实条例

要将学习、宣传和全面贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》）作为 2021 年我省医保基金监管的中心工作，切实做到宣传、培训全覆盖，确保条例落地见效，迅速提高全省医保系统依法行政能力和水平。

（一）加强宣传解读。2021 年 4 月全省医保基金监管集中宣传月活动主题为“宣传贯彻条例 加强基金监管”。各地要积极采取线上线下多种渠道、多种形式相结合的宣传方式，系统宣传解读，实现医疗保障行政部门、经办机构、定点医药机构、参保人员、医药企业等监管主体和监管对象全覆盖，营造“人人知法、人人守法”的良好监管环境。

（二）开展全员培训。分级分类开展对全省医保基金监管行政执法、经办机构人员和定点医药机构相关人员的全员培训。省医疗保障局将统一组织州市、县区基金监管人员、经办机构稽核人员以及定点医药机构人员开展培训。各州市要结合实际，细化培训内容，自主开展全员培训，采取权威解读、专家授课、以案说法、实践教学等方式培训条例内容，提高培训质量和效果。各州市可结合疫情防控实际，采取视频会议、线上宣讲等方式开展培训。

（三）对标贯彻落实。各级医疗保障部门要切实贯彻落实《条例》规定，依法行使监管职权，履行监管职责，坚决纠正和查处违法违规行为，保障《条例》有效实施。各地要聚焦行政执法公

示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核制度，严格监督执法程序，规范执法检查行为，统一现场检查文书，细化证据固定标准，规范线索移交程序，积极开展医保基金监管执法案件评查活动，纠正行政执法过程中的不规范行为。建立健全行政执法自由裁量基准，合理确定裁量范围、种类和幅度，严格限定自由裁量权。

二、持续强化基金监管

（一）现场监督检查全覆盖。完善日常监管常态化机制，开展现场监督检查全覆盖，由统筹地区医疗保障行政部门组织实施，统筹经办机构力量，结合经办机构现场稽核目标任务，对责任范围内全部定点医药机构开展一次现场检查。医保经办机构要按照“谁签约、谁负责”的原则，制定年度稽核计划，开展日常稽核和专项检查，实现对签约定点医药机构稽核检查全覆盖。医保行政部门要按照“谁主管、谁负责”的原则，对本地区定点医药机构实现行政监管的全覆盖。

（二）抽查检查全覆盖。州市级医保部门要开展随机抽查，抽查范围以辖区内定点医疗机构为重点，结合投诉举报线索，抽查比例不低于30%。州市级抽查可以与规范县区医保经办业务的监督检查工作同步开展。省级医保部门采取飞行检查、交叉检查的方式开展抽查，抽查范围以各统筹地区上一年度基金支付排名前30位的定点医疗机构为重点，抽查比例不低于10%。

（三）组织“三假”专项整治。2021年以基层医疗机构、民营医疗机构为重点，聚焦“假病人”“假病情”“假票据”等“三假”欺诈骗保问题，开展专项整治行动。要结合日常监督检查、现场检查、抽查复查、飞行检查、交叉检查、联合检查等多种形式开展专项整治，核实发现一起、严肃查处一起，公开曝光一起。对恶性欺诈骗保案件要建立快速反应机制，坚决处置，露头就打，举一反三，深挖细查，持续保持高压震慑态势。

（四）开展“清零行动”。2021年上半年，全省各级医疗保障部门要精心组织开展基金监管存量问题“清零行动”，主要包括各地医疗保障局组建以来至2020年12月底前，经飞行检查、信访举报、自查自纠、移送处理等方式发现尚未查处完结的问题。各地区要立即按照要求开展自查，摸清底数，对存量问题进行汇总形成“清零台账”并于3月10日前报省医疗保障局。2021年6月15日前，各州市要全面完成“清零行动”，并形成书面总结材料报省医疗保障局。对未能按期完成处理的，如进入司法程序等，要对照“清零台账”逐项说明原因。

（五）强化社会公开曝光。持续完善要情报告制度，典型案例、重大案情及时主动逐级上报，持续做好医保基金监管案例收集整理工作，依托各级医疗保障部门官网、微信公众号等渠道建立曝光平台，及时公开公示重大案情信息，加大典型案例曝光力度，形成“主动曝光”的医保治理常态，持续强化公开曝光对医

保违法违规行为的震慑效应。

三、推进监管制度体系改革

（一）建立联席会议制度。建立政府领导为召集人的打击欺诈骗保工作联席会议制度，积极构建由医疗保障部门牵头，卫生健康、市场监管、公安、药监等部门参与的基金监管机制。各地要依托打击欺诈骗保工作联席会议制度，强化部门协同，开展联合监管，形成监管合力，大力推进部门间监管信息共享和监管数据互联互通，健全协同执法、一案多处工作机制，促进监管结果的协同运用。

（二）明确行政监管和协议管理的职责。依据《条例》和《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，制定全省行政监管与经办机构权责清单，进一步理顺行政监管与协议管理的关系，加强工作衔接，形成相互衔接、权责明确的监管机制。

（三）制定现场随机检查事项清单。根据欺诈骗保违法行为和违反服务协议的违规行为，制定现场检查事项清单，明确检查内容、检查事项和检查范围，形成标准统一、权责对应、纵向贯通的现场检查工作机制。

四、健全长效监管机制

（一）完善举报奖励制度。制定《云南省医疗保障基金举报线索办理管理办法》，完善举报线索处理流程，明确案件受理范

围、办理流程，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，加强隐私保护。抓好举报奖励落实，及时足额兑现奖励资金，探索建立“吹哨人”制度，对举报严重违法违规行为的有功人员实行“快奖”“重奖”，强化举报奖励的激励作用。建立社会监督员制度，邀请社会监督员对定点医药机构、经办机构、参保人员开展广泛深入监督。

（二）推进信用监管。各州市要按照《云南省医疗保障局关于做好云南省定点医疗机构医保基金监管信用评价的意见》（云医保〔2020〕136号）要求，结合本地实际，选取定点医疗机构开展基金监管信用评价，逐步建立本统筹区医保基金监管信用评价机制。探索建立本地区定点医疗机构信用评价“红黑名单”管理办法，并与医保预算管理、集采资金结余留用等相关联。

（三）完善执法体系。按照《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）文件要求，加强基金监管执法体系建设，推进基金监管专管机构、人员队伍及相关设施设备标准化建设，不断提升基金监管专业化、规范化水平。

（四）推行智能监控。建立全省统一的医保大数据实时动态智能监管平台，深化大数据和生物识别等信息技术应用。推进智能监控知识库和规则库规范化建设，实现标准统一，线上线下一致，并动态更新，推动医保费用结算从人工抽单审核向全面智能

审核转变，探索推行以远程监控、移动监管、预警防控为特征的非现场监管，提升监管精准化、智能化水平。积极探索将 DRG、DIP 等支付方式、“互联网+医疗”等新型供给方式、长期护理保险、医保参与支持的商业医疗保险等，纳入智能监控范围。

（五）开展监管方式创新。昆明市要根据国家基金监管方式创新要求，紧密结合自身实际，把监管方式创新作为核心任务，进一步解放思想，大胆实践，对标任务，切实做好监管方式创新工作。省医保局将指导昆明市做好“两试点一示范”总结评估验收工作，总结提炼先进经验和典型做法，组织全省复制推广。

五、工作要求

（一）提高政治站位。各级医疗保障部门要认真落实习近平总书记关于基金监管工作的重要批示指示精神 and 党中央、国务院决策部署，按照省委、省政府要求，提高政治站位，强化使命担当，始终将维护基金安全作为首要政治任务长抓不懈，努力构建全领域、全流程的基金监管防控机制，促进医疗保障制度健康发展。

（二）压实监管责任。明确省、州市、县区各级医保部门监管职责，加强督促指导，切实压实基层监管主体责任。州市级医保部门要将基金监管工作纳入地方政府考核范围，建立激励问责机制，有效传导压力，促进履职尽责，有效防范和化解欺诈骗保重大风险。

(三)强化舆论引导。各地加大基金监管政策法规宣传力度，抓好举报奖励制度落实，确保及时足额兑现奖励资金，引导群众积极主动举报欺诈骗保行为，广泛动员社会各界参与监管，鼓励和引导医疗机构提升精细化管理水平，发挥“守门人”作用，协同构建基金安全防线。

