界政办秘〔2021〕18号

**界首市人民政府办公室关于印发界首市医疗保障基金监管长效机制的通知**

各乡、镇、街道，市直各有关单位：
    《界首市医疗保障基金监管长效机制》已经2021年9月18日市政府第89次常务会议研究通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

界首市人民政府办公室
2021年10月19日

界首市医疗保障基金监管长效机制

    为严守医保基金安全红线，堵塞医保基金使用监督管理漏洞，深刻汲取太和县部分定点医疗机构骗保问题教训，切实加强我市医保基金监管工作，深度净化制度运行环境，全面提升医保治理能力和水平，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《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），结合我市实际，制定本机制。
    一、总体要求
    深入学习贯彻习近平总书记关于医疗保障工作指示批示精 神，认真贯彻实施《医疗保障基金使用监督管理条例》，按照省委、省政府工作部署，积极推进医保基金监管制度改革，加快形成以法治为保障，以信用管理为基础，以多形式检查、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，构建全过程、全周期、全链条的监管机制。注重综合治理、标本兼治、源头防范，严厉打击欺诈骗保行为，强力纠治医疗乱象，切实规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为，提高医保基金使用效率，不断增强人民群众的获得感和满意度。
    二、建立完善七项机制
    ****（一）监督检查机制****
    建立和完善多形式日常监督检查制度，推行“双随机、一公开”监管机制，明确检查对象、检查重点和检查内容。规范启动条件、工作要求和工作流程，明确各方权利义务。
    ****1.强化多形式检查。****综合运用日常巡查、专项检查、交叉互查、病历评查、联合检查、聘请第三方检查等方式，持续发力、全面覆盖，提高检查实效，确保查深查透查细。
    ****2.严格协议管理。****市医疗保障部门要认真贯彻落实国家医保局“两定机构”定点管理暂行办法，充分发挥协议管理的重要作用，进一步简化优化定点医药机构纳入协议管理程序。健全定点医药机构履行协议考核办法，突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，完善定点医药机构退出机制，增强服务协议约束力。
    ****3.完善医保派驻工作室制度。****由市医疗保障部门向紧密型医共体牵头单位派驻人员，督促指导医共体牵头医院严格执行医保政策和合理使用医保基金，确保基金安全，提高基金使用效益。
   ****4.加强对经办机构的监管。****加强医疗保障经办机构行风建设，强化对医疗保障经办业务、经办流程的监管。医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作。
    ****5.强化异地就医住院费用控制。****按照统一管理、分级负责的原则，落实就医地管理职责。建立异地就医定点医疗机构考核评价机制，着力控制药品费、材料费、检查化验费等不合理增长，促进定点医疗机构规范运行，维护异地就医基金安全。
    ****（二）智能监控机制****
    加强部门间信息交换和共享，建立完善医疗保障智能监控系统，加强大数据应用，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。
   ****1.建立智能监控系统。****医保部门要针对欺诈骗保行为特点，不断完善药品、诊疗项目和医疗服务设施等基础信息标准库和临床指南等医学知识库，完善智能监控规则，推动基金监管从事后监管向事前提示、事中监控转变。推进生物特征识别、人工智能、大数据分析等新技术应用，加强医疗行为真实性监管。在就医、检查、住院、购药等场景对参保人员异常就诊行为进行同步在线监控，实现诊疗数据和服务影像的实时比对，有效收集和锁定违规证据，逐步从稽核人员现场查验转变为以远程监管、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。
    ****2.加强重点监测。****对经大数据筛查出的同一时间地点入院、住院频次高、大额检查诊疗患者等高风险重点人员信息，根据实际应用场景予以重点监控，进行实时比对、实时预警。
    ****3.建立信息交换共享机制。****医疗保障部门负责通过数据汇聚等方式实时共享信息数据，相关历史数据一并上传，建立包含姓名、身份证、地址、死亡时间的台账。彻底解决部门间信息共享机制不健全、更新维护不及时、不精准等问题，实现相关信息及时对接和更新维护。
    ****（三）信用监管机制****
    建立医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度和激励惩戒制度，逐步建立科学、规范、可操作的基金监管信用评价指标体系。
    ****1.健全信用监管制度。****以定点医药机构、医保医师、参保人等为信用主体，落实医保基金监管信用评价相关标准、规范指标体系，明确评估内容、评估指标、扣分标准和信用等级分类管理措施。完善定点医药机构信用档案。科学确定定点医药机构信用等级，对不同信用等级的定点医药机构，实行差别化的监管措施。
    ****2.落实“黑名单”制度。****对被确认为欺诈骗保的定点医药机构法定代表人、股东、实际控制人和医保医（药）师及参保人等，应纳入欺诈骗保失信行为人“黑名单”。被列入“黑名单”的定点医药机构和人员，由医疗保障部门通过政府门户网站、新闻媒体等平台公布，并上报至上级主管部门。
   ****3.强化信用评价结果运用。****做好信用信息社会公示，及时将定点医药机构医保信用积分及信用等级评价结果在社会信用信息平台公布。加强医疗保障、卫生健康、市场监管、公安、发展改革等部门的协作，加强信用信息共享和信用评价结果互认，引导各类信用主体自觉遵规守法。
    ****（四）医疗保障基金综合监管机制****
    建立完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度，推进信息共享和互联互通，建立健全打击欺诈骗保行刑衔接工作机制。
   ****1.明确部门职责。****落实医疗保障基金监管工作联席会议制度。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。市场监管部门负责医疗卫生行业价格监督检查，药品监管部门负责执业药师管理，市场监管部门按照职责分工负责药品流通监管、规范药品经营行为。审计机关负责加强医保基金监管相关政策措施落实情况跟踪审计，督促相关部门履行监管职责，持续关注各类欺诈骗保问题，并及时移送相关部门查处。公安部门负责依法查处打击各类欺诈骗保等违法犯罪行为，对移送的涉嫌违法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。
    ****2.加大惩处力度。****综合运用司法、行政、协议等手段，依法严惩欺诈骗保的单位和个人。医疗保障部门要强化行政执法。积极发挥行政执法部门联动作用，对经医疗保障部门查实、欺诈骗保情节特别严重的定点医药机构，卫生健康、药品监管部门应依法作出停业整顿、吊销执业（经营）资格、从业限制等处罚，提升惩处威慑力。对涉嫌犯罪的案件，依法移交司法机关追究刑事责任。
    ****3.强化医保基金管理。****要加强医保基金预算绩效管理，有关部门按照职能依法对医保基金的收支、管理情况实施监督。财政、税务部门要加强对医保定点医药机构财务会计制度、税务、发票等信息的管理，督促医保定点医疗机构和零售药店建立健全财务会计制度，加大医药行业企业涉税举报案件管理和查处力度，依法查处税务、发票和财务会计违规行为。
   ****4.用好第三方力量。****积极引入商业保险机构、会计师事务所、信息技术服务机构等第三方力量参与监管。应用医学、信息、财务、审计、统计等组成的医疗保障基金监管专家库，协助开展对定点医药机构进行检查、抽查和案件查办中的数据比对、财务审计和病历分析等。完善政府购买服务机制，强化考核评价机制，形成激励与约束并举的工作格局。
   ****（五）医药卫生行业综合监管机制****
    有关部门和单位要按照“谁许可谁负责，谁主管谁监管”的原则，依法履行医药卫生行业的审批、监管职责。
    ****1.强化医疗乱象专项整治。****卫生健康部门要加大力度整治和规范医疗乱象，严肃查处不合理诊疗、过度治疗等违规行为，严禁给医务人员设定创收指标；促进临床效果好、成本低的新技术在诊疗服务项目中的运用；对欺诈骗保行为负有直接责任的执业医护人员，依法依规严肃处理。市场监管部门要依法严厉查处医保定点医药机构虚假宣传、违法广告、价格违法行为以及其他与药品、医疗器械质量安全相关的违法行为。积极开展医药卫生领域联合执法检查，实现“进一次门、查多项事”，防止重复检查、多头检查。
   ****2.强化财务审查。****卫生健康部门会同相关部门加强对定点医疗机构的财务检查、财务审计工作，每年对定点医疗机构的财务进行专门审计、审查，并将审查出的涉案线索移交相关部门处理。
    ****3.强化“三医”联动。****推进支付方式改革，积极推进按病种分值付费支付方式国家级改革试点。逐步推行符合我市医疗服务特点的医保支付体系，普遍实施适应不同疾病、不同服务特点的医保支付方式。深化药品耗材供应改革，贯彻落实国家和省药品耗材集中带量采购政策，对未纳入国家、省组织集中采购和使用的药品探索开展带量、带预算采购。加强基本药物的配备使用管理，强化基本药物的主导地位。推深做实分级诊疗，健全医疗服务价格形成机制，合理制定和调整医疗服务价格，对医疗机构落实功能定位、患者合理选择就医机构形成有效的激励引导。
    ****4.加强行业自律。****积极引导鼓励医药卫生行业组织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履行自我管理主体责任，建立健全医保服务、人力资源、财务、系统安全等内部管理机制，加强自我规范和自我约束，自觉接受医保监管和社会监督。
    ****（六）社会监督机制****
    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。
    ****1.建立医保基金社会监督员制度。****邀请人大代表、政协委员、媒体人员和群众代表等参与监督，构建基金安全防线，形成多方联动、社会参与的医疗保障监管新格局。
   ****2.完善投诉举报奖励制度。****医疗保障、财政部门要结合实际修改完善欺诈骗取医保基金行为举报奖励的实施细则，明确奖励范围、认定标准、奖励标准、奖励程序等，举报奖励资金纳入同级财政预算。对举报线索查证属实的，及时足额兑现奖励资金。同时做好对举报人的保密工作。
    ****3.建立网格化监管机制。****建立市乡村三级网格，成立乡镇医保基金监管队伍，由乡镇从事医保的工作人员、村（居）主任等兼任医保基金网格员，将全市所有定点医药机构全部纳入网格监管。每个层级、每个网格定岗、定人、定责，做到网中有格、格中有人，职责明确、责任明晰。网格员负责对所承包的网格内定点医药机构的稽查稽核、监督检查，发现的违法线索交由医保部门查处。对网格内定点医药机构的稽查检查，实行台账式管理，坚持谁检查谁签字、谁签字谁负责，严格落实责任，对因巡查不到位、信息上报不及时、检查不深入、不细致而出现问题的，要严肃追究网格员和相关领导的责任。
    ****4.完善举报线索处理机制。****坚持依法依规、规范高效、属地管理、安全保密的原则，制定举报线索处理实施细则，对举报线索来源、受理和移交、办理及违纪等方面进行细化规定，涉及纪检监察、公安、卫健、市场监管等部门职责的，联合相关部门共同办理，也可移交给相关部门办理，并跟踪办理进度。
    ****（七）督导考核机制****
    建立层级督导、联合督导、信息报告制度，强化结果运用， 夯实责任，纳入考核管理。
    ****1.实施市级督导。****建立《界首市医保基金监管层级督导制度》《界首市医保基金监管信息报告制度》，并抓好贯彻落实。重点督导问题较多、群众反映强烈和举报线索集中的定点医药机构，及时查处，并以适当形式向社会公开。
   ****2.强化考核管理。****每次督导结束后，相关部门要书面向市政府报告督导检查情况。各有关部门要切实落实监管职责，确保工作实效。
    三、保障措施
    ****（一）提升政治站位。****要深入学习贯彻习近平总书记关于加强医保基金监管工作的重要指示批示精神，认真落实省委、省政府工作部署要求，把保障医保基金安全运行作为一项重要政治任务，在查找漏洞、找准“病灶”基础上，着力补齐短板、织密网络、健全机制，做到常抓常严、利剑高悬。
    ****（二）压紧压实责任。****成立市维护医保基金安全领导小组，由市政府主要负责同志任组长，市政府分管负责同志任副组长，市医疗保障、卫生健康、市场监管等部门主要负责同志及各乡镇街道行政主要负责同志为成员，切实加强对医保基金监管工作的组织领导，定期召开专题会议，分析研判形势，制定出台相应对策措施。
    ****（三）加大监管力度。****加强医疗保障基金安全监管机构建设，配齐配强监管力量，明确医保行政监管的职责范围，理顺医保行政监管、行政执法与经办协议管理的关系。加大对医保基金监管人员的培训力度，提升监管人员综合素质和履职能力。加强财政资金投入，保障基金监管工作必需的经费、执法车辆和相关设备。
    ****（四）强化宣传引导。****利用各种渠道加大《医疗保障基金使用监督管理条例》等医疗保障法律法规政策的宣传，提升社会知晓率，构建全社会共同维护医保基金安全的氛围。加强对维护医保基金安全方面好的做法、经验的宣传推介，形成正向舆论氛围和打击欺诈骗保、维护医保基金安全的强大声势。

    附件：1.界首市维护医保基金安全领导小组成员名单
         2.界首市医疗保障基金监管长效机制责任清单
         3.界首市医保基金监管信息报告制度
         4.界首市医保基金监管层级督导制度
         5.界首市医疗保障基金监管工作联席会议制度

    附件1

界首市维护医保基金安全领导小组成员名单

    组  长：丁思彬  市委副书记、市长
    副组长：秦玉超  市委常委、政法委书记
    成  员：马  玛  市政府办公室二级主任科员
           任彦宏  市发展改革委主任
           王云飞  市卫生健康委主任
           张保华  市医疗保障局局长
           刘慕禹  市市场监管局局长
           龚  剑  市司法局局长
           肖  涛  市民政局局长
           陈  健  市税务局局长
           杨伟荣  市退役军人事务局局长
           卢  萍  市财政局局长
           刘冠军  市审计局局长
           王巨良  市委组织部副部长（挂）、市人力资源和社会保障局局长
           闫志军  市乡村振兴局局长、市农业农村局党组成员（挂）
           杨晓忠  市督查考核中心主任
           王  伟  市法院副院长
           王子银  市检察院副检察长
           曹  辉  市公安局副局长
           刘震波  西城街道主任
           蔡光辉  东城街道主任
           秦海洲  颍南街道主任
           戴海波  光武镇党委书记、镇长
           曹陆军  泉阳镇镇长
           胡  锋  新马集镇镇长
           王保鑫  王集镇镇长
           许成标  代桥镇镇长
           温  超  砖集镇镇长
           程广金  舒庄镇镇长
           宋晓春  任寨乡乡长
           于新华  田营镇镇长
           魏  东  芦村镇镇长
           申  振  大黄镇党委副书记（主持政府工作）
           肖丹丹  邴集乡党委副书记（主持政府工作）
           李  丽  靳寨乡党委副书记（主持政府工作）
           孙国威  顾集镇党委副书记（主持政府工作）
    领导小组下设办公室，办公室设在市医疗保障局，张保华同志兼任办公室主任。

    附件2

界首市医疗保障基金监管长效机制责任清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 具体任务 | 责任单位 | 配合单位 | 完成时限 | 备注 |
| （一）   监督检查机制 | 1.强化多形式检查。落实《阜阳市加强医保基金监管市、县（区）两级联动工作机制》《阜阳市医疗保障基金监管联动工作机制》。 | 市医疗保障局 | 市卫生健康委、市市场监管局、市公安局 | 长期坚持 |  |
| 2.严格协议管理。贯彻落实《阜阳市“两定” 医药机构医保定点管理经办规程》，强化协议管理落实情况考核。 | 市医疗保障局 | 市卫生健康委、市市场监管局 | 长期坚持 |  |
| 3.实施医保派驻工作室制度。推进医保局派驻医共体工作室建设，做好监管关口前移。 | 市医疗保障局 | 市卫生健康委 | 长期坚持 |  |
| 4.加强对经办机构监管。落实《关于做好阜阳市医疗保障系统“行风建设提升年”   活动工作方案》，强化对医保经办机构的日常监管。 | 市医疗保障局 |  | 长期坚持 |  |
| 5.强化异地就医住院费用控制。建立异地就医定点医疗机构考核评价机制，着力控制药品费、材料费、检查化验费等不合理增长。 | 市医疗保障局 | 市卫生健康委 | 长期坚持 |  |
| （二）   智能监控机制 | 6.建立智能监控系统。建设智能场景监控系统和医保智能审核系统，运用大数据等技术加强监管。 | 市医疗保障局 | 市数据资源局、市财政局、市卫生健康委 | 12月份 |  |
| 7.加强重点监测。建设智能场景监控系统和医保智能审核系统。 | 市医疗保障局 | 市卫生健康委 | 12月份 |  |
| 8.建立信息交换共享机制。医保部门负责通过数据汇聚等方式实时共享信息数据，相关历史数据一并上传，建立包含姓名、身份证、地址、死亡时间的台账。 | 市医疗保障局 | 市卫生健康委、市民政局、市公安局、各乡镇街道 | 已完成 |  |
| （三）   信用监管机制 | 9.健全信用监管制度。落实《阜阳市医疗保障信用管理（暂行）办法》。 | 市医疗保障局 | 市发展改革委 | 长期坚持 |  |
| 10.建立“黑名单”制度。落实《阜阳市定点医药机构及相关人员“黑名单”制度》，   并抓好组织实施。 | 市医疗保障局 | 市发展改革委 | 长期坚持 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 具体任务 | 责任单位 | 配合单位 | 完成时限 | 备注 |
| （三）   信用监管机制 | 11.强化信用评价结果运用。落实《阜阳市医保基金监管信用信息公示制度》，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。 | 市医疗保障局 | 市卫生健康委、市市场监管局、市公安局、市发展改革委 | 长期坚持 |  |
| （四）   医疗保障基金综合监管机制 | 12.明确部门职责。落实《医疗保障基金监管工作联席会议制度》《阜阳市医疗保障基金监管联动工作机制》《阜阳市加强医保基金监管推进依法行政和规范执法工作若干意见》，发挥综合监管作用。 | 市医疗保障局 | 市维护医保基金安全领导小组成员单位 | 长期坚持 |  |
| 13.加大惩处力度。落实《阜阳市加强欺诈骗取医疗保障基金案件移送工作机制》《阜阳市加强医保基金监管推进依法行政和规范执法工作若干意见》《关于向纪检监察机关移送医保基金监管中发现问题线索的通知》，加强纪法衔接、行刑衔接，做好依法依规从严监管。 | 市医疗保障局 | 市卫生健康委、市市场监管局、市公安局、市检察院、市法院、市纪委监委机关 | 长期坚持 |  |
| 14.强化医保基金管理。认真执行《阜阳市加强医保基金预算绩效管理办法》，加强医保基金的绩效管理。 | 市医疗保障局 | 市财政局、市税务局、市卫生健康委、市市场监管局 | 长期坚持 |  |
| 15.用好第三方力量。落实《阜阳市医保基金监管专家库管理细则》，积极引入第三方力量参与监管。 | 市医疗保障局 | 市审计局、市税务局、市卫生健康委、市市场监管局 | 长期坚持 |  |
| （五）   医药卫生行业综合监管机制 | 16.强化医疗乱象专项整治。认真执行《关于印发强化医疗卫生行业综合监管专项行动实施方案的通知》《阜阳市医疗乱象专项整治行动实施方案》《关于加强欺诈骗取医疗保障基金案件移送工作的通知》《关于向纪检监察机关移送医保基金监管中发现问题线索的通知》，强力纠治行业乱象。制定举报线索处理实施细则，对举报线索来源、受理和移交、办理及违纪等方面进行细化规定。 | 市医疗保障局 | 市市医疗保障局、市市场监管局、市公安局、市纪委监委机关 | 长期坚持 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 具体任务 | 责任单位 | 配合单位 | 完成时限 | 备注 |
| （五）   医药卫生行业综合监管机制 | 17.强化财务审查。开展市直公立医院财务审计。 | 市医疗保障局 | 市审计局、市医疗保障局、市市场监管局 | 长期坚持 |  |
| 18.强化“三医”联动。认真落实《市医疗保障局 市卫生健康委员会市财政局关于印发阜阳市基本医保区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施方案的通知》《阜阳市公立医疗机构药品采购目录管理暂行办法》《建立落实国家组织药品集中采购和使用协调机制》《阜阳市医疗保障局   阜阳市财政局贯彻落实国家组织药品集中采购工作中医保基金结余留用政策管理办法》《阜阳市医疗服务项目价格目录》《新增医疗服务项目试行价格申报指南（试行）》《新开展医疗服务项目试行价格申报指南（试行）》等要求；深化医保支付方式改革，落实药品耗材集采政策、医药服务和价格政策。 | 市医疗保障局 | 市财政局、市市场监管局、市数据资源局 | 长期坚持 |  |
| 19.加强行业自律。认真执行《阜阳市医疗机构及医务人员不良执业行为记分管理实施方案（试行）》、《阜阳市建立现代医院管理制度实施方案》、《阜阳市强化医疗卫生行业综合监管专项行动实施方案》、《阜阳市卫生健康委“四监督一考核”常态化监管机制工作实施方案》《阜阳市“民营医院管理年”活动实施方案》。 | 市医疗保障局 | 市医疗保障局、市市场监管局、市发展改革委 | 长期坚持 |  |
| （六）   社会监督机制 | 20.建立医保基金社会监督员制度。落实《阜阳市医疗保障社会义务监督员管理办法》，提高监督效能。 | 市医疗保障局 | 市维护医保基金安全领导小组成员单位 | 长期坚持 |  |
| 21.完善投诉举报奖励制度。会同市财政局修订《界首市欺诈骗取医保基金行为举报奖励办法》，增强举报投诉吸引力。 | 市医疗保障局 | 市财政局 | 已完成 |  |
| 22.建立网格化监管机制。建立市乡村三级网格，成立乡镇医保基金监管队伍，依托乡镇从事医保的工作人员、村（居）主任等兼任医保基金网格员，将全市所有定点医药机构全部纳入网格监管。 | 市医疗保障局 | 各乡镇（街道） | 长期坚持 |  |
| 23.完善举报线索处理机制。制定举报线索处理实施细则，对举报线索来源、受理和移交、办理及违纪等方面进行细化规定，涉及纪检监察、公安、卫健、市场监管等部门职责的，联合共同办理。 | 市医疗保障局 | 市维护医保基金安全领导小组成员单位 | 长期坚持 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 具体任务 | 责任单位 | 配合单位 | 完成时限 | 备注 |
| （七）   督导考核机制 | 24.实施市区督导。建立《界首市医保基金监管层级督导制度》、《界首市医保基金监管信息报告制度》，并抓好贯彻落实。 | 市医疗保障局 | 市审计局、市市场监管局、市公安局、市督查考核中心 | 9月份 |  |
| 25.强化考核管理。建立《界首市基金监管激励问责机制》、《界首市欺诈骗取医保基金行为举报奖励的实施细则》，并抓好贯彻落实。 | 市医疗保障局 | 市市场监管局、市审计局、市财政局、市纪委监委机关等 | 9月份 |  |

    附件3

界首市医保基金监管信息报告制度

    为进一步做好医保基金监管信息上报工作，加强部门工作协同，根据《阜阳市人民政府办公室关于印发〈阜阳市医疗保障基金监管长效机制〉的通知》（阜政办秘〔2021〕18号）要求，制定本制度。
    一、医保基金监管信息报告内容
    1.基金监管工作经验、总结做法；
    2.定点医药机构、参保单位、参保个人违规违法行为；
    3.重大舆情风险提示等。
    二、医保基金监管信息实行逐级上报制度
    1.村级义务监督员负责收集本辖区相关信息，向乡镇街道医保管理员报告，原则上每周一次；
    2.乡镇街道医保管理员负责收集本乡镇相关信息，向本乡镇街道报告，并向市医保行政部门报告，原则上每月一次；
    3.市医保行政部门及时组织全市医保重大信息向市政府分管负责同志报告，并上报上级主管部门；
    4.重大信息及重大舆情风险应随时报告，或直接报市政府分管负责同志。
    三、报告方式
    通过纸质、网络或电话三种方式报告。村级义务监督员、乡镇街道医保管理员日常稽核记录、协议医药机构或参保人员疑似违规违法线索等信息应以书面形式上报；重大案情必须书面形式报告；重大风险舆情根据需要可以书面形式报告，也可电话报告。涉密信息不得网络报告。

    附件4

界首市医保基金监管层级督导制度

    为切实加强我市医保基金监管工作，进一步推动各项监管措施有效落实，根据《阜阳市人民政府办公室关于印发〈阜阳市医疗保障基金监管长效机制〉的通知》（阜政办秘〔2021〕18号）要求，制定本督导制度。
    一、成立市政府医保基金监管督导组，由分管副市长担任组长，市政府办公室、市督查考核中心等相关单位为成员，负责组织开展本市医保基金监管督导工作。各职能部门按照督导组安排做好本单位、本领域工作督导或部门之间联合督导。
    二、政府督导的主要内容
    1.对医保基金监管各职能部门履职情况进行督导。
    对市医疗保障局，重点督导纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用、医保经办业务、依法依规查处医疗保障领域违法违规行为等工作开展情况。
    对市卫生健康委，重点督导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等工作开展情况。
    对市市场监管局，重点督导医疗卫生行业价格监督检查，执业药师管理，药品流通监管、规范药品经营行为等工作开展情况。
    对市审计局，重点督导医保基金监管相关政策措施落实情况跟踪审计，相关部门履行监管职责，持续关注各类欺诈骗保问题，并及时移送相关部门查处等工作开展情况。
    对市公安局，重点督导依法查处打击各类欺诈骗保等违法犯罪行为，对移送的涉嫌违法犯罪案件及时开展侦查等工作开展情况。
    督导其他职能部门履行医保基金监管责任情况。
    2.对各乡、镇、街道统筹本辖区医保基金监管工作情况进行督导。重点督导医保基金政策宣传、监督举报线索、违法违规信息搜集上报、履行医保基金监管属地管理责任等工作开展情况。
    三、政府督导的主要形式
    1.召开医保基金监管专题会议，听取各职能部门基金监管汇报，梳理解决存在问题。
    2.开展医保基金监管工作调研，深入各职能部门、各乡镇街道、各医药机构、患者、群众家中，开展实地走访，发现监管漏洞，完善监管举措。
    3.采取“四不两直”方式，开展工作明察暗访，对发现的问题、线索交有关部门调查处理。
    四、工作要求
    1.制定督导工作计划，每季度组织不少于1次的医保基金监管督导。
    2.认真谋划每次督导内容，明确督导重点，深入开展督导，确保督导实效。督导结果要及时通报，有关单位对督导发现问题要及时整改，限时上报整改结果。
    3.加强工作督导评估，及时总结经验做法，将切实有效地工作措施固定化，形成监管工作长效机制。强化结果运用，督导成果要与部门年度考核相结合。接受社会监督，督导情况要以适当形式向社会公开。
    4.严格督导工作纪律，未经舆情评估与许可，不得擅自向社会公众发布或公开督导信息。

    附件5

界首市医疗保障基金监管工作联席会议制度

    为进一步加强医疗保障基金监管，严厉打击医疗保障领域欺诈骗保行为，构建多部门联动机制，保障医保基金安全，维护参保人员合法权益，织密扎牢医保基金监管的制度笼子，增进民生福祉，防范和化解基金风险，经研究，决定建立界首市医疗保障基金监管工作联席会议制度。
    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，认真贯彻落实习近平总书记关于医保基金监管工作的重要讲话指示精神和中央、省决策部署，进一步加强部门协调联动，综合运用协议、行政、司法等手段，以“零容忍”的态度坚决打击医保领域欺诈骗保行为，坚持“公立民营一样查、大额小额一起查、所有线索一律查”，确保广大参保人“救命钱”安全高效、合理使用，增强医疗保障的公平性、协调性，不断提升医疗保障基金监管工作质量效果，提高人民群众获得感、安全感和幸福感。
    二、主要职能
    （一）统筹协调医疗保障基金监管工作。
    （二）分析研判医疗保障基金监管形势，研究医疗保障基金监管工作中的重大问题，制定有关政策措施。
    （三）听取各部门打击欺诈骗保工作开展情况汇报，指导、督促、检查有关政策措施的落实。
    （四）通报欺诈骗保案件查处有关情况。
    （五）促进部门协作配合、联动协查、信息共享，积极组织开展打击欺诈骗保专项行动。
    （六）研究与医疗保障基金监管工作有关的重要问题，向市政府提出意见建议。
    三、成员单位及人员组成
    （一）联席会议由市医保局、卫生健康委、市场监管局、公安局、人民检察院、人民法院、财政局、司法局、民政局、人力资源和社会保障局、税务局、退役军人事务局、乡村振兴局、发展改革委、审计局、纪委监委机关等单位组成。
    （二）联席会议召集人由市政府分管负责人担任，副召集人由市政府办公室分管负责人、市医保局主要负责人、市卫健委主要负责人担任，联席会议由市医保局牵头，联席会议成员为各成员单位分管负责人。联席会议成员因工作变动需要调整的，由所在单位提出，联席会议决定。
    四、职责分工
    （一）市医保局。负责牵头研究制定医疗保障基金监管相关政策，制定打击欺诈骗保措施；牵头组织联合互查、交叉检查、随机抽查；对涉嫌欺诈骗保的案件，向相关部门通报，对于涉嫌犯罪案件，向公安机关移送并抄告检察机关；为成员单位调查涉嫌欺诈骗保案件提供政策业务咨询和人员支持；负责联席会议办公室日常工作。
    （二）市卫生健康委。负责加强对医疗机构的行业监管，规范医疗机构及其医务人员医疗服务和诊疗行为；根据相关部门通报的涉及职权范围内的医疗机构及个人违法违规情况，对医疗机构及相关人员依法依规予以处理。
    （三）市市场监管局。负责加强药械流通使用监管，组织整顿和规范药品市场秩序；对医疗机构和零售药店的药品进货渠道进行监督检查，打击非法购药行为；对医疗服务价格行为进行监管，依法查处虚假宣传、违法医疗广告、乱收费和不正当价格等行为。
    （四）市公安局。负责依法查处打击各类欺诈骗保等违法犯罪活动；加强与市医疗保障局的协作配合，对移送的涉嫌欺诈骗保犯罪案件线索开展调查，符合立案条件的，及时立案、侦查、处理；对市医疗保障局核查涉嫌欺诈犯罪案件给予专业力量支持，对于打击欺诈骗保的专项检查提前介入；及时向市医疗保障局提供户籍注销信息核查比对服务。
    （五）市财政局。负责对医疗保障基金实行收支两条线管理的情况进行监督；审核医疗保障基金预算决算；按时足额拨付医保基金和财政补助资金；对单位执行医疗保障基金财务、会计制度情况进行监督。
    （六）市人民检察院。对移送公安机关并抄告检察机关的涉嫌欺诈骗取医保基金的案件，给予重点关注并督查督办。对各成员单位以检察建议等方式建议其纠正违法行为并督促其依法履行职责。
    （七）市人民法院。在审理民事案件中，若发现案件当事人存在骗取医疗保障基金行为的，将有关情况通报医疗保障部门；对涉嫌欺诈骗取医保基金的案件按程序及时审理。
    （八）市司法局。及时核查刑满释放人员信息，协助做好刑满释放人员医疗保障工作，协同开展医保法律法规宣传。
    （九）市民政局。主动及时提供相关民政对象信息，做好相关信息比对识别工作，协助做好民政对象医疗保障工作。
    （十）市人力资源和社会保障局。按照有关规定负责对违规医务人员职称评定、专家评审方面予以限制，协助做好医疗保障相关工作。
    （十一）市税务局。负责依法对参保单位、参保人员缴纳医疗保险费用情况进行监督检查，及时与市医疗保障局对接征缴信息。
    （十二）市退役军人事务局。按照相关政策规定，制定和修改优抚对象医疗保障政策，及时提供相关优抚对象名单，做好优抚对象医疗保障工作。
    （十三）市乡村振兴局。主动及时提供脱贫人口信息，协助做好脱贫户医疗保障相关工作。
    （十四）市发展改革委。根据信用体系建设要求，指导相关部门做好信用建设及信息公示工作。
    （十五）市审计局。根据相关规定，对医保基金使用情况进行审计。
    （十六）市纪委监委机关。加强监督执纪，对成员单位有关部门不作为、慢作为和乱作为等问题，及时跟进开展监督问责，督促工作落实。
    五、工作机构
    联席会议办公室设在市医保局，承担日常工作，联席会议设联络员，由各成员单位有关科室负责同志担任。
办公室主要职责：负责联席会议组织筹办以及日常联络、调研、咨询和信息交流等工作；督促落实联席会议议定事项，报告和通报有关工作情况；协调和研究解决工作衔接中的具体问题；研究分析基本医疗保险欺诈骗保现状，开展典型案例剖析，提出预防和打击欺诈骗保的政策措施建议；承办联席会议交办的其他事项。
    六、工作要求
   （一）联席会议原则上每半年召开一次，由召集人主持，根据工作需要可临时召开全体会议或部分成员会议；联席会议由联席会议办公室提出需研究解决的问题和事项，报召集人审定会议议题，确定会议时间及形式，由召集人或者召集人委托的成员召集；联席会议以会议纪要形式明确会议议定事项，印发各相关单位；联席会议办公室根据工作需要，可定期或不定期召开办公室成员会议。
   （二）各成员单位要按照职责分工，主动研究医疗保障基金监管的有关问题，积极提出工作建议、意见及相关政策措施，切实履行本部门职责，推动各项工作任务落到实处；认真落实联席会议确定的工作任务和议定事项，督促指导各有关单位落实具体工作措施；加强形势分析，及时总结，按要求向联席会议办公室报送工作进展情况；加强沟通，密切配合，相互支持，形成监管合力，充分发挥联席会议的作用。
   （三）联席会议办公室要建立健全定期报告、重大情况通报反馈、重大事项联合督办等日常工作制度，抓好各项工作落实；定期将成员单位工作进展情况向市政府报告，对不能按时完成任务的，在一定范围内进行通报。