宿政办发〔2023〕56号

市政府关于印发宿迁市基本医疗保险基金

长效管理实施方案的通知

各县、区人民政府，市各开发区、新区、园区管委会，市各委、 办、局，市各直属单位：

《宿迁市基本医疗保险基金长效管理实施方案》已经市政府六届三十二次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

　　　　　　　　　　　　　　　宿迁市人民政府办公室

2023年12月29日

（此件公开发布）

宿迁市基本医疗保险基金长效管理实施方案

为加快建立基本医疗保险基金（简称医保基金，下同）长效管理机制，进一步推动医保基金安全规范可持续运行，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《江苏省医疗保障条例》和《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发﹝2023﹞17号）等法规和政策文件规定，结合我市实际，制定本方案。

一、总体要求

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实习近平总书记关于医保工作的重要指示批示精神，深化医疗保障制度改革，创新医保管理机制体制，构建统分结合、精准有效、全程管控、稳健持续的新型医保基金治理体系，提升医保基金长效管理水平，推动全市医保事业高质量发展。

二、基本原则

——坚持统筹管理与属地负责相结合。医保基金管理实行市级统筹、属地管理、分级负责。市级主要负责制定全市医保政策并组织实施，统筹推进医保基金预算管理和常态化监管；各县区（含市各功能区，下同）主要负责落实属地医保扩面征缴、财政补助、经办服务、定点管理、基金监管等，保障医保基金稳健运行。

——坚持预算管理与分级核算相结合。按照“统收统支、统分结合、分级核算”和“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，编制医保基金预、决算，严肃预算执行刚性。科学下达各县区医保基金年度收支计划，对各地收支计划完成情况进行考核。市县区医保基金实行分级核算。

# ——坚持集成改革与治理创新相结合。深化医保领域改革，统筹实施药品和医用耗材集中带量采购、医保支付方式联动改革，建立健全协商谈判机制，推进“医保、医疗、医药”协同治理和发展，进一步提高医保基金使用效率，促进医药机构健康发展，减轻群众医疗负担。

# ——坚持常态监管与数字赋能相结合。围绕重点领域、重点项目、重点行为，强化部门和属地责任落实、协同配合、齐抓共管，持续开展打击欺诈骗保专项行动，全面推进常态化监管。加强医保数据标准化治理，加大医保信息化建设力度，推进医保知识库、规则库建设，提升智能监管能力，实现医保基金监管提质增效。

三、主要任务

（一）优化基本医保统筹管理机制。

1. 深化市级统筹。坚持基本医保市级统筹管理，实行“医疗保险制度、政策和待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息化”六统一。强化市级预算管理考核职责，健全调节金分配机制。加强区域总额绩效管理，提升基金总额预算编制分配的科学性和规范性。（责任单位：市医疗保障局、市财政局、市卫生健康委、市税务局、各县区人民政府、市各功能区管委会。以下政策措施均需各县区人民政府、市各功能区管委会落实，不再单独列出）

1. 强化属地管理。各县区负责本地区医保基金运行安全及收支平衡，组织督促相关部门和下级人民政府认真履行职责，及时协调解决医保基金长效管理工作中的重大问题。推进“全民参保计划”落实，提高基本医保参保覆盖率，实现“应保尽保”。按照征缴足额、补助及时、支出规范、管理严格的要求，全面做好医保基金收支管理工作。基本医保参保扩面未完成年度目标任务的，基金缺口由属地财政补足；未补足的，相应扣减年度支出预算。（责任单位：市医疗保障局、市财政局、市税务局）
2. 加强风险管控。建立医保基金运行风险预警、风险管控和重大风险应对机制。市级加强医保基金运行监测分析和风险预警，对县区和定点医药机构进行风险预警提示，防范医保基金运行风险。各县区对辖区定点医药机构开展医保基金总额预算绩效管理，实行基金“当月预拨、按月审核”和年终考核清算，形成总额预算控制与定点医药机构自主控制医疗费用不合理增长相结合的良性机制，确保医保基金安全使用。（责任单位：市医疗保障局、市财政局）

（二）强化总额预算刚性约束机制。

1. 实行基金分区域总额预算管理。根据社会保险基金预算管理规定，在各县区编报医保基金预决算方案的基础上，统一编制全市医保基金预、决算，并下达各县区年度收支计划。各县区根据年度收支计划，合理确定本地区基金支出预算，结合区域内医药行业发展规划，细化基金支出项目总额和辖区定点医药机构年度总额，分配辖区定点机构总额预算指标。（责任单位：市医疗保障局、市财政局）

2. 加强区域总额预算执行过程控制。健全医保基金定点管理协商谈判机制，将总额预算指标纳入定点协议管理，定点医药机构将年度总额预算逐月使用计划报送属地医保部门备案。加强预算执行过程管控和执法监督，按月监测分析预算执行情况，按季度开展基金预清算，年终汇总清算，将总额预算执行情况与月度拨付、季度清算直接挂钩，保障医保基金年度预算刚性执行，做到无预算不列支、有预算不超支。（责任单位：市医疗保障局、市财政局）

3. 深化总额预算与支付方式改革衔接。深化按病种分值付费（DIP）支付方式改革，积极推进门诊支付方式改革，实现区域总额预算管理和支付方式改革深度融合。对各县区实行区域差异化结算点值，将总额预算执行情况、基金收支管理情况和区域定点医疗机构偿付率与总额预算分配挂钩。根据总额预算执行情况，结合医疗服务价格调整、药品耗材集采等工作，完善核心要素动态调整机制。规范医保基金结算清单使用，优化完善医保基金结余留用政策，提升医保改革质效。（责任单位：市医疗保障局、市财政局、市卫生健康委）

（三）健全重点支出项目管控机制。

1. 严控大病保险不合理支出。支持大病保险承保机构开展全过程大病保险运行监测，实施大病保险派驻监管和全病历审核试点，强化大病保险支出合规性审核，提升大病保险资金管理效能，做到精准化管理、高效化运行。推进医保基金监管与大病保险专业审核协同治理，拓展延伸分析全链条和范围全覆盖，切实控减大病保险不合理支出。（责任单位：市医疗保障局、市财政局、市卫生健康委）

2. 优化异地就医医保管理服务。完善激励措施，优化结算服务，全面做好本地就医的服务保障。支持三级重点医院和二级以上专科医院加强重点学科、特色专科建设，支持建设公益普惠的专家会诊服务中心，提升医疗服务水平，引导参保人员更多的选择在本地就医，切实降低群众医疗负担。加强异地转诊规范管理，推进转诊备案病种清单制落实，严格执行异地就医待遇报销政策，全面压降非必要、不合理转外就医，促进医保基金健康良性发展。（责任单位：市医疗保障局、市卫生健康委）

3. 规范医疗救助对象就医和诊疗行为。强化医疗救助对象基层住院属地化管理和转诊备案制落实，探索开展医疗救助对象定点就医管理和住院计划专项分配试点，鼓励建设区域性医疗救助服务中心，规范医疗救助对象就医和诊疗行为，防止违规高频就医现象发生。做好医疗救助对象的基本医保、大病保险、医疗救助、补充保险和其他救助政策有效衔接，提升医疗救助精准度。健全医疗救助对象动态调整和政策优化机制，帮扶过渡期满，按照有关政策要求及时调整救助范围。（责任单位：市医疗保障局、市财政局、市卫生健康委、市民政局、市农业农村局）

4. 严格门诊慢特病种待遇管理。从严控制门诊慢特病医疗鉴定机构和鉴定医师资质，实行鉴定总量控制和鉴定责任追溯制度，规范居民医保门诊高血压、糖尿病“两病”认定管理。严格落实门诊慢特病种鉴定标准，规范开展门诊慢特病种鉴定、复核，严格执行门诊慢特病种医保支付标准，探索门特病种按人头付费和统筹基金使用总量调控，实施门诊慢特病种对应用药管理。加强门诊慢特病种定点医药机构监督检查，规范定点机构医药服务行为，对不符合定点要求的及时予以退出。（责任单位：市医疗保障局、市卫生健康委、市市场监管局）

（四）建立医保支付标准联动价格调控机制。

1. 扩大医保支付标准覆盖范围。贯彻落实国家、省医保支付标准相关政策要求，动态调整药品和医用耗材医保支付标准。对集中带量采购药品，以中选价格为基准确定医保支付标准。对同通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，实行同一医保支付标准。对未通过一致性评价的仿制药，医保支付标准不高于同通用名下已通过一致性评价的药品。对功能和用途相同、材质和特征相似、临床可相互替代、医保管理趋同的医用耗材，实行统一的医保支付标准。加快建立市域内规范统一的医保支付标准体系，逐步实现同级同类医院“同病同价”、医保定点药店“同药同价”。（责任单位：市医疗保障局、市卫生健康委、市市场监管局）

2. 提高药品、医用耗材集中带量采购比例。医保部门常态化组织实施药品、医用耗材集中带量采购，降低医疗机构药品耗材费用支出，减轻群众购药负担，保障群众用药安全。医保经办机构加强与定点医药机构协商谈判，推动集中采购药品、医用耗材品种使用，采购占比与医保基金总额预算挂钩。鼓励医保定点医疗机构参加集中带量采购和阳光采购，对医疗机构自行采购同品规的药品、医用耗材价格超过集采中选产品或省阳光采购平台最低挂网价格的，医保支付标准参照集采中选产品或省平台最低价格执行，不同品规的药品、医用耗材通过协商谈判确定医保支付标准。（责任单位：市医疗保障局、市财政局、市卫生健康委、市市场监管局）

3. 规范医疗机构医疗服务价格管理。做好价格管理总量调控和医保总额预算管理协同。规范医保定点医疗机构医疗服务项目、新增项目、自立项目价格管理。加强医疗机构医药价格监测监管，医疗服务医保支付标准参照公立医疗机构价格执行，发挥公立医疗机构公益性价格标准体系对市场的引导和锚定作用，维护价格秩序。（责任单位：市医疗保障局、市卫生健康委、市市场监管局）

（五）推行全流程医保精细化管理机制。

1. 推行全要素清单化绩效评价。围绕定点协议履行，对定点医疗机构的总额预算执行、药品耗材价格水平、医保医师责任落实、医保信息平台监测、医保诚信服务质量与参保群众满意度等情况，按季度进行绩效评价，强化过程性管控，年度综合绩效评价结果与定点医疗机构分级分类管理排名和调节金分配及下一年度总额预算计划相挂钩。（责任单位：市医疗保障局、市卫生健康委）

2. 推行全过程派驻式稽核管理。对医保基金使用额度较大和系统监测存在风险的定点医疗机构，及时派驻医保管理专员，实行嵌入式跟踪管理，关口前移，防范风险，对医保基金使用的重点项目、医保管理的关键环节强化实时稽核，督促定点医疗机构提高医保规范化管理水平和医保基金使用质效。加强专业化管理力量建设，加快推进二级以上定点医疗机构派驻管理全覆盖。（责任单位：市医疗保障局、市卫生健康委）

3. 推行全病历智能化精准审核。加大医保信息化建设投入力度，加快建立市级医保综合管理平台。建设基于全病历智能审核的全流程医保管理系统，从医保合规风控、临床诊疗合理性风控、DIP支付方式风控、欺诈骗保风控等多维度夯实核心风控能力，深化在院预审和DIP全场景监管，覆盖事前、事中、事后全流程审核，全面压降不合理支出，切实提高医保基金使用效率。（责任单位：市医疗保障局、市财政局、市卫生健康委、市大数据管理局）

（六）完善医保基金常态化监管机制。

1. 推进日常监管常态化。落实医保基金使用日常监管办法，细化监督检查工作规范和要求，提高日常监管规范化水平。严格执行年度监督检查计划，对数据指标异常的定点医药机构加强监督检查。推进医保全员执法，常态化开展市内医保监管交叉互查，二级以上医疗机构系统性检查两年内全覆盖，一级以下医疗机构年度常态化检查全覆盖，依法依规处理上级部门交办问题，积极主动落实国家和省飞行检查任务。（责任单位：市医疗保障局、市卫生健康委、市市场监管局、市公安局）

2. 推进专项整治常态化。采取“双随机、一公开”抽取与重点检查相结合的方式，合理确定抽查比例、频次和被检机构，大力推进医保“利剑行动”专项整治。持续开展打击欺诈骗保专项行动，切实加大重点案件和线索侦办力度。聚焦重点领域、重点机构、重点行为，对发现涉及区域性、普遍性、多发性违法违规行为问题的，开展专项检查、提级检查。深入开展高频就医、高价药品、高值耗材及变相“以老养医”“以困养医”等违法违规问题治理整顿，不断净化医保生态。（责任单位：市医疗保障局、市公安局、市卫生健康委、市市场监管局）

3. 推进智能监控常态化。打通医保信息系统和医药机构信息系统，实现互联互通和实时数据传输，推进视频监控、生物特征识别等新技术运用。创新医保“大数据+监管”，加快医保基金智能监控知识库、规则库建设和应用，通过医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现医保基金使用全过程、全方位、系统化监管，提升精准化、智能化管理水平。（责任单位：市医疗保障局、市财政局、市卫生健康委、市大数据管理局）

4. 推进联动执法常态化。落实线索排查、联查联办、专案专班、情况通报等协同工作机制。对涉及多部门监管职责的问题线索，及时移送相关部门协同处理，做到应查必查、有效处置，必要时组织开展跨部门联合检查。加强行刑衔接，积极移交问题线索，推进打击欺诈骗保、纠正医药领域不正之风与腐败问题一体纠治。（责任单位：市医疗保障局、市公安局、市卫生健康委、市市场监管局）

5. 推进社会监督常态化。健全医保社会监督员制度，充实社会监督力量，开展社会监督开放日活动，不断扩大社会监督效应。充分运用全国医保基金举报投诉管理系统，畅通举报渠道，规范处置流程，严格核查处理。每年定期开展“医保惠万家、全民反骗保”集中宣传月活动，落实举报奖励制度，调动全民参与医保基金使用监督的积极性。常态化公开曝光打击欺诈骗保典型案例，强化警示震慑。（责任单位：市医疗保障局、市财政局、市卫生健康委）

四、组织保障

（一）强化统筹协调。健全医疗保障联席会议制度，定期召开联席会议，加强部门协调联动，会商解决医保基金长效管理运行过程中存在的问题，推动重点任务落实，促进医保基金长效运行管理机制全面贯彻、不断优化。

（二）强化部门职责。医保部门要切实发挥牵头作用，强化主责意识，认真履行医保基金安全运行管理责任；财政部门要加强对医保基金使用的统筹调度和绩效管理；卫生健康部门要按照行业主管部门职能，履行资质审批和行业规范管理职责；公安部门要加大对欺诈骗保案件的侦办查处力度，切实提高重点案件查办效率；市场监管部门要加强对零售药店和医药价格的规范管理，加大执法检查力度；税务机关要依法做好基本医疗保险费的征收工作，实现医保基金应收尽收；审计机关要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。其他相关部门按行业管理职责，协同配合，形成合力。

（三）强化督查考核。建立医保基金长效管理督查考核机制，对参保扩面、基金安全运行等实行目标责任制考核，市政府将医保基金长效管理工作列入督查事项，确保基金长效管理有力有效推进。

（四）强化宣传引导。各地、各有关部门要大力宣传加强医保基金长效管理的重要意义，动员社会各界共同推进长效管理制度体系建设，广泛发动群众积极参与医保基金监督，织密织牢全覆盖、网格化、无死角的基金监督网，构筑上下联动、齐抓共管、全民监督的基金防火墙，营造全社会共同维护医保基金安全的良好环境。

抄送：市委各部委办，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，

市法院，市检察院，宿迁军分区。

宿迁市人民政府办公室 2023年12月29日印发