关于进一步加强医疗保险工作的通知

阜政办发[2009]108号

各县、区人民政府，市政府各部门，中省直各部门：

按照国家及省对医疗保险工作的相关要求，根据《阜新市城镇职工基本医疗保险暂行办法》（阜新市人民政府第23号令）和《阜新市城镇居民基本医疗保险实施办法》（阜新市人民政府第72号令），为促进我市城镇职工和居民基本医疗保险事业健康发展，经市政府同意，现就进一步加强医疗保险工作的有关问题通知如下：

1. 明确责任体系

进一步完善医疗保险基金“地税部门征收（现已委托医保经办机构征收）、劳动保障部门管理支付、卫生部门使用及管理、财政部门监管、审计部门监督”的工作体系，落实征收、支付、管理、监督等各环节的责任，确保相关部门各司其职，密切合作。

1. 劳动保障部门及医保经办机构作为医保基金征收（代征）、支付的主管及经办部门，要确保基金应收尽收、合理支付，动态掌握基金的运行状况，维护基金运行安全。
2. 卫生部门及定点医疗机构作为医保基金使用及管理的责任部门，要努力提高医疗服务水平，降低医疗服务成本，合理使用医保基金，并加强基金使用过程中的监管，确保基金使用效益最大化。
3. 财政部门作为医保基金的监管单位，要认真执行收支两条线原则确保基金专款专用，要根据医保经办机构的资金申请计划及时审核拨付，要对基金运行情况实施动态监管。
4. 审计部门作为医保基金的审计监督部门，要依法对基金的征收、支付、管理、使用等情况进行审计监督，为政府制定相关政策提供依据。
5. 强化日常管理

劳动保障，卫生行政主管部门以及医保经办机构和定点医疗机构要在不断总结经验的基础上，结合形式的变化和发展的要求，进一步加强领导、规范程序、健全制度、密切协作，努力提高医保基金运行和管理水平，促进医保事业健康发展。

1. 加大基金征缴力度。劳动保障部门及医保经办机构要进一步加大基金征缴（代征）力度，并确保及时入库。对于不能认真履行缴费义务的参保单位和人员，要按照国务院《社会保险费征缴暂行条例》的有关规定进行严肃处理。
2. 科学实施定额管理。劳动保障部门要本着“以收定支、手支平衡、略有节余”及“低水平、广覆盖、保障参保职工基本医疗需求”的原则，结合我市医疗卫生事业发展水平及医保基金运行状况，会同卫生、财政部门及有关专家，公开、公正、科学、合理地制定医保定额标准，并适时调整。要对各定点医疗机构医保患者人均医疗费用进行年度考核，并将考核情况通过媒体向社会公布。依据国家、省、市有关规定，对于定额使用合理、成本管理到位的定点医疗机构，要给予一定奖励，并在年终定额补助调剂时给予一定政策倾斜;对于定额使用不合理、医疗费用超支严重的定点医疗机构，要进行调查分析，对不合理超值部分不予补助。
3. 完善结算管理办法。医保经办机构要采取“按月结算、季度平衡、年终决算”的办法，及时结算和支付定点医疗机构的医疗费用。对于因不符合有关规定而不应予以支付的医疗费用须明示原因，并以书面形式告知相关定点医疗机构;对于无故不予结算或延迟结算的，要追究医保经办机构相关责任。
4. 按月结算：根据各定点医疗机构医疗费用的月平均水平，先期拨付定点医疗机构一定数额的周转金。对定点医疗机构当月实际发生的医保患者医疗费用预留10%保证金，其余的据实结算，并在次月20个工作日内结算完毕。建立预拨付制度，对有异议的医疗费用可拨付80%，待问题解决后从次月费用中追补或扣除。对需要调查求证的医疗费用，可暂缓拨付，支付期原则上不超过30天。
5. 季度平衡：对符合结算标准的定额内医疗费用（含预留10%保证金），按总量控制标准每季度一次性结清。超出总量控制标准的部分暂不结算，并提出警告，待年终决算时平衡。
6. 年终决算：对全年医疗费用汇总并按定额总量控制标准进行结算，符合政策规定的一次性结清。

（四）规范检查和审核程序。医保经办机构要健全和规范对定点医疗机构住院医保患者诊疗过程、收费标准、费用明细、病志记录的检查以及对医保基金支付的审核程序。

1.对定点医疗机构的检查须由2名以上工作人员在场，要公开检查程序和检查结果。对违规行为的处理意见须经集体讨论并报医保中心主管领导批准后方可实施。

2.医保基金支付要采取费用申报、费用审核、费用结算、财务支付等严格的审批手续，部门之间要层层把关、相互监督、相互制约，避免工作脱节。

3.医保中心要设立基金稽核部门，对基金的收缴及支付进行日常监督。要不断完善和改进“金保工程”软硬件系统，全面实现医保费用支付微机化管理，提高工作效率。

（五）建立医保基金使用和管理专门机构。卫生部门及定点医疗机构须建立专门机构代表医院法人及卫生部门履行使用和管理权限。要选派政治素质高、责任心强、业务精通、秉公办事的工作人员从事相关工作，并建立和完善内部监督管理制度，严禁违规使用医保基金，否则将严肃追究责任。

（六）加强对定点医疗机构的规范和管理。卫生部门要规范定点医疗机构药品采购、价格制定、临床治疗等诊疗行为，督促定点医疗机构合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，严格控制医疗成本。严禁医护人员借医保患者开搭车药、吃回扣药，开据不合理大处方、人情方及假处方，编写假病志;严禁定点医疗机构追求经济效益乱收费、多收费，恶意更改或故意错误上传医疗信息。

（七）确保医保基金合理使用。定点医疗机构要逐步健全包括患者收治管理、医疗成本控制、费用结算申报等相关工作制度，提高医保基金的管理水平和使用效益。

1.加强医保患者入、出院管理。要严格执行医保政策关于参保患者入、出院标准的有关规定，落实首诊接诊、手续办理、科系收治、医保科监管等各工作环节的相关责任，严禁将不符合住院条件参保患者收治入院，或以挂床住院、分解住院、重复住院等形式套取、骗取医保基金。

2.明确医保收费标准，严格控制医疗成本。各定点医疗机构要在显要位置公示主要医疗项目的收费价格及医保就医政策、程序。在更新医疗设备、发展医疗项目时要从实际出发，并由卫生部门严格把关。严禁将技改成本摊入医保费用，侵犯参保人员利益;严禁将新开展的项目在未经卫生行政部门审批、劳动保障部门备案的情况下纳入医保基金支付范围，严禁将收治医保患者的费用作为考核医护人员的经济效益指标。

3.确保医保费用结算真实、准确。要建立严密、规范的医保基金使用、结算、申报管理制度，层层把关，落实责任。要对医保费用的使用实施全过程监控，确保结算真实、准确。

（八）积极配合医保经办机构开展工作。定点医疗机构应自觉、积极配合医保经办机构的日常检查、病志调阅、费用审核等工作，同时对检查人员的工作行为进行监督。对于有异议的问题，应通过正常渠道进行沟通、申诉、举报。

三、加大执法力度

为维护参保职工合法权益，确保医保基金安全，要在不断提高管理水平的同时，对医保工作中的违规违纪行为严肃处理。

1. 对定点医疗机构情节轻微、未造成严重后果的违规行为：由劳动保障部门或委托医保经办机构对有关责任部门、责任人提出警告，扣除相应费用或按比例收取违约金;同时由卫生部门对有关责任部门、责任人根据有关规定做出相应处罚。
2. 对定点医疗机构情节较重、造成一定后果的违规行为：由劳动保障行政部门或委托医保经办机构，并依据《辽宁省基本医疗保险违规行为处理暂行办法》（辽劳社发[2006]82号）的有关规定，扣除相应医疗费用，暂停相关科系医保诊疗资格3-6个月。全年累计发生2起以上的，医保科长应调离岗位，由卫生部门对相关部门及责任人给予相应党政纪处分并追究相关领导责任，由劳动保障部门委托医保经办机构停止该定点医疗机构医保协议关系6个月以上。
3. 对定点医疗机构以各种欺骗手段套取、骗取医保基金等情节恶劣、后果严重违规行为：由医保经办机构负责追回损失，并依据《辽宁省基本医疗保险违规行为处理暂行办法》的有关规定进行处罚，由劳动保障行政部门取消该定点医疗机构的定点资格。涉及参保人员违规的，停止当事参保人员12个月以上医疗保险待遇。由纪检、监察及行政主管部门对直接责任人给予党纪、政纪处分。触犯刑律的，要移送司法机关依法追究刑事责任。
4. 对医保经办机构及其工作人员的违规行为：情节较轻、未造成损失的，由劳动保障部门视情况给予相应处理，并负责加强教育管理;情节较重并造成一定后果的，由纪检、监察部门给予党纪、政纪处分，并调离工作岗位;触犯刑律的，要移送司法机关依法追究刑事责任。

四、完善运行机制

城镇职工和居民基本医疗保险工作是一项复杂的系统工程，需要在长期的实践过程中不断探索和积累，逐步建立科学、严密、协调高效的运行机制。

1. 建立医保风险基金和基金安全预警制度。每年年初，医保经办机构要根据上年度决算、本年度预算情况，并结合历年结余水平，按一定比例提取医保风险基金。同时，要建立医保基金安全预警制度，一旦基金发生运行风险或有发生风险的倾向，医保经办机构应及时预警，并动用风险基金先行抵御，同时上报主管部门及市政府，采取有效措施及时化解。
2. 建立部门监督长效机制。成立由财政部门牵头，审计、监察、工会、劳动保障、卫生等部门为成员的医疗保险监督管理委员会，邀请部门人大代表、政协委员参加，定期召开会议，听取医保工作阶段性情况及社会各界意见和建议。对听取的意见和建立定期反馈相关职能部门督办整改。
3. 广泛接受社会监督。在医保中心和各定点医疗机构设立举报箱，并通过媒体公布举报办法、举报电话，畅通社会监督渠道，对群众举报的违规行为经查实要严肃处理。要建立举报奖励制度，对举报情况属实的举报人给予一定奖励。
4. 完善联席会议制度。要进一步完善有劳动保障部门、卫生部门、医保经办机构、定点医疗机构及参保患者代表参加的医保工作联席会议制度，每季度或半年召开一次联席会议，充分沟通情况、交换意见，共同研究、解决有关问题。

阜新市人民政府办公室

二〇〇九年十二月十日

（此件公开发布）