

常态化监管,守护好“救命钱”

首席记者 叶龙杰

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”,党中央、国务院高度重视医保基金安全问题。近日,国务院办公厅印发《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》。6月9日,国务院新闻办公室举行国务院政策例行吹风会,介绍加强医保基金使用常态化监管有关情况。

5年追回医保资金805亿元

自成立以来,国家医保局连续5年推进日常监管全覆盖,联合卫生健康、公安等部门开展打击欺诈骗保专项整治行动,持续开展国家医保飞行检查,积极曝光典型案例,落实举报奖励制度,初步构建起打击欺诈骗保的高压态势。截至2023年4月,全国累计检查定点医药机构341.5万家次,处理162.9万家次,追回医保资金805亿元。

据统计,各级医保部门要监管的两定机构(定点医疗机构和定点零售药店)超过95万家,目前全国统一的医保信息平台日均结算量约为1800万人次,最高日结算量约为3476万人次。

面对这么多的监管对象和医保基金使用行为,国家医保局不断探索实践,积累了一些行之有效的监管经验。“国家医保局副局长颜清辉介绍,医保飞行检查侧重于点,专项整治侧

重于线,日常监管侧重于面,这三者有机结合、相辅相成,通过点线面相结合,努力做到检查一个、查透一个、规范一个,成体系地推进医保基金监管工作不断走深走实。医保基金监管对象多、难度大,监管力量相对不足,现场检查难以及时有效广泛地覆盖,通过推广应用智能监控,可以实现现场前端提醒、经办端事中审核、行政端事后监管的全流程防控。2022年,全国通过智能监控拒付和追回医保资金38.5亿元。国家医保局不断完善社会监督制度,畅通举报投诉渠道,全面推进举报奖励制度落实。自2018年以来,仅国家医保局接到的各类举报投诉线索就达到3.6万余件,全国根据线索核查,共追回资金约17亿元,累计兑现举报奖励资金约703万元。

国家医保局基金监管司司长蒋成嘉介绍,2023年国家医保局联合最高人民检察院、公安部、财政部、国家卫生健康委在全国范围开展医保领域打击欺诈骗保专项整治工作。此次专项整治工作坚持问题导向,围绕3个方面开展整治:一是聚焦骨科、血液净化、心血管内科、检查检验、康复治疗等重点领域;二是聚焦医药结算费用排名靠前的重点药品、耗材等;三是聚焦虚假就医、医保药品倒卖等重点行为,对异地就医、门诊共济保障政策实施后的易发高发违法违规问题也专门提出工作要求。

“加强医疗服务行业监管,规范医疗服务行为和医疗机构的收费计费行为,是卫生健康部门的重要职责。”国家卫生健康委医政司副司长李大川表

示,在持续提高医疗服务的规范化水平、加强医疗机构内控管理、加强教育培训和激励引导、完善监测监督管理体系等工作的基础上,卫生健康部门将持续加强行业管理,积极配合医保部门做好相关工作。

“2022年,全国共破获诈骗医保基金案件2682起,打掉犯罪团伙541个,累计追缴医保基金10.7亿余元,联合惩处医药机构299个。”公安部刑事侦查局负责人郑翔表示,下一步,公安机关将保持高压严打态势,对诈骗医保基金违法犯罪保持零容忍,发现一起,立案查处一起,重点惩处团伙组织者和职业骗保人,全力追缴赃款赃物,最大限度挽回国家医保基金损失。

据了解,举报奖励制度在发动社会力量参与基金监管、维护医保基金安全方面发挥了重要作用。目前,全国大多数省份建立了举报奖励制度,促进了政府监管和社会监督的良性互动,各地举报奖励人次、奖励发放金额、查处违规金额逐年增加,社会监督对打击欺诈骗保的作用日益显著。

源头治理解难题

“在取得成效的同时,我们也清醒地看到,医保基金监管的形势依然严峻复杂。”颜清辉表示,目前,定点医药机构明目张胆的骗保行为有所遏制,但是“跑冒滴漏”现象依然比较普遍,骗保手段更趋隐蔽、更加专业,欺诈骗保和医疗腐败交织在一起,监管难度

不断加大;异地就医结算、DRG/DIP支付方式改革、互联网+医保服务、长期护理保险试点和门诊共济保障等改革措施的推进,对建立健全基金监管制度和办法提出了新要求;此外,医保监管力量不足,监管执法体系不健全,各方监管责任有待进一步落实。

据介绍,为进一步落实《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》要求,国家医保局将在2023年年底实现智能监管子系统覆盖所有医保基金统筹区,对全量的医保结算数据开展全面智能审核,初步实现全国智能监控“一张网”,结合大数据应用试点工作,构建事前提醒、事中预警、事后监控的全流程监督管理的基金安全技术防线;对《医疗保障基金使用监督管理条例》中的一些原则性、授权性规定进一步细化,增强可操作性,推动基金监管执法依据更加健全;进一步完善基金监管综合评价制度,压紧压实各级医保部门基金监管主体责任,促进构建上下联动、齐抓共管的监管格局,有效发挥综合评价的“指挥棒”作用;将医保基金监管结果和医保结算、总额预算、协议续签、医疗服务价格申报等挂钩,激发定点医药机构合理规范使用医保基金的内生动力,引导定点医药机构强化管理,严格自律,实现管理水平和法治观念的全面提升。

用大数据赋能基金监管工作,推动监管方式不断创新,日益成为医保基金监管的金钥匙。从2022年开始,国家医保局依托全国统一的医保信息平台,建立反欺诈数据监测专区,研究

开发了针对“虚假住院”“医保药品倒卖”“医保电子凭证套现”“重点药品监测分析”等的大数据模型,并与公安机关积极推进线索联合查办,有效破解了传统人工核查发现难、效率低的难题。蒋成嘉介绍,2023年,国家医保局将在大数据监管方面着重发力,开展大数据监管试点,通过强化已有医保反欺诈大数据模型应用,推动建立一批重点领域反欺诈大数据模型,逐步构建非现场监管和现场监管有机结合的监管新模式,推进医保基金监管能力提升。

今年5月,国家医保局公布了《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0版)》,主动向社会和公众公开“两库”,推动全国“两库”走向规范统一。“可以说,智能审核监控已经成为医疗机构安全规范使用医保基金的第一道防线。”国家医保局医疗保障事业管理中心负责人陈学文表示,知识库是智能审核监控所需的知识依据,包括法律法规、政策规范、医学药学知识、管理规范等,规则库是基于知识库对违法违规行为画出的红线。

目前,越来越多的定点医院主动借助智能审核监控实现自查自纠,减少了违规行为的发生,最大限度减少了被事后追责或者惩戒处罚的可能。陈学文表示,希望通过智能审核和监控系统的应用,实现医保基金监管关口前移,力争抓早抓小、防微杜渐,帮助医疗机构强化自我管理、激发内生动力,增强行业自律、自觉规范医疗服务行为,真正实现源头治理。

《中国反垄断执法年度报告(2022)》显示——

去年办(审)结医药垄断案件37件

本报讯(记者吴倩)近日,国家市场监督管理总局发布《中国反垄断执法年度报告(2022)》。《报告》显示,2022年,反垄断执法机构共查处医药行业垄断协议案件3件,滥用行政权力排除、限制竞争案件11件;审结经营者集中案件23件,罚没金额共计4370.91万元;对2件医药行业滥用市场支配地位案件作出行政处罚。

《报告》指出,2022年,反垄断执法机构查处的医药行业垄断协议案件主要涉及药品和医疗器械领域,分别为盖思特利商贸(北京)有限公司垄断协议案、海南伊顺药业有限公司垄断协议案、土卓曼(北京)医疗器械贸易有限公司垄断协议案;审结的滥用行政权力排除、限制竞争案件主要涉及体检、药品和医疗器械等领域;审结经营者集中案件主要涉及医药生产和销售、医疗服务等领域。

《报告》指出,2022年,反垄断执法机构在持续推进原料药反垄断执法的同时,逐步拓展执法领域,重点对直接面向消费者医疗器械领域的垄断行为进行查处。北京市市场监督管理局分别对盖思特利、土卓曼达成并实施垄断协议行为进行了查处,涉案产品均为价格较高、群众费用负担较重的口腔高值医用耗材。体检和医疗器械领域违法行为仍多发,违法行为类型主要为滥用行政权力限定或者变相限定单位或个人经营、购买、使用指定经营者提供的商品,实施主体类型主要为市、县(区)级卫生健康部门。

新疆:举报欺诈骗保最高奖励20万元

本报讯(特约记者张楠 刘青夏莉娟)近日,新疆维吾尔自治区医疗保障局会同公安、卫生健康等部门启动2023年打击欺诈骗保专项整治行动。专项整治行动将聚焦骨科、检验、康复治疗等领域,聚焦医保结算费用排名靠前且增长异常的药品耗材,聚焦医保药品倒卖等违法违规行为;发现定点医药机构存在欺诈骗保行为并举报的,最高可以获得20万元奖励。

今年,新疆将重点治理医药机构不规范使用医保基金的行为,如将费用低的项目按照高的项目进行收费的套高收费,将自费项目串换为医保支付范围项目的串换收费,一个手术按照不同步骤分解收费造成收费高于实际治疗费用的分解收费等。据介绍,专项整治行动将通过大数据筛查结合实地检查的方式开展,点线面结合,即飞行检查点上突破,专项整治线上推进,日常监督通过全覆盖现场检查实现面上成网。新疆还将依托全国统一信息平台,结合基金监管工作实际,逐步扩大应用范围和应用场景,实现统筹地区智能监控全覆盖,逐步由目前事后监管向事前提醒、事中审核过渡,提升监管实效。

国家乡村振兴局:农村改厕要提质

据新华社北京6月9日电(记者侯雪静 郁琼源)国家乡村振兴局局长刘焕鑫9日表示,今年组织开展农村改厕“提质年”工作,各地要奔着问题去,精准施策,靶向治疗,下绣花功夫,条件成熟一个改一个,力争“十四五”期末改到位,切实提高改厕质量和实效。

刘焕鑫是在9日召开的全国农村改厕工作推进视频会上作出上述表述的。会议指出,农村厕所革命事关农村千家万户,事关农民切身利益,是建设宜居宜业和美乡村的重要内容,是实施乡村振兴战略的一场硬仗。要高度重视、坚决纠正农村改厕工作中的偏差,因地制宜、可持续、切实管用,力避形式主义、不切实际;要坚持数量服从质量、进度服从实效,求好不求快,坚决反对劳民伤财、搞形式、摆样子。

会议要求,要持续压紧压实责任,从严抓好问题整改,全面查漏补缺,做到问题整改全覆盖、无盲区。要分类细化整改方案,实事求是确定整改节奏,精准施策,靶向治疗,确保整改工作群众满意。要完善工作推进机制,尊重农民意愿,自下而上申报改厕需求,加强全程质量管控,逐厕入户验收,真正做到改一个成一个、能用好用。



紧急转移

6月9日12时30分,受持续强降雨影响,广西壮族自治区北海市合浦县白沙镇白沙河河水漫堤,附近曾屋村和刘屋村两村发生洪涝灾害,部分村民被困,武警广西总队北海支队官兵协助地方政府开展救援工作。截至当日20时,380余名受灾民众被转移至安全地带。图为武警官兵利用皮划艇转移受灾群众。武警北海支队供图

援外故事

两度援非:为了超越,为了圆梦

湖北十堰: AED配到村卫生室

本报讯(特约记者萧济康 毛旭)近日,湖北省十堰市政府出台《十堰市城乡公共场所配置自动体外除颤器实施方案》。《方案》提出,十堰市将用3年时间配置3200~6400台自动体外除颤器(AED),覆盖城乡公共场所300余处、村卫生室1856个、公办中小学215所、物业小区1000余家,以及景区、养老机构等处。

据了解,《方案》确立了“政府引导、社会共建、科学布局、覆盖重点、部门联动、属地管理”的基本原则,明确配置AED达到每10万人100~200台,预计2025年全面完成目标。《方案》制订了统一的采购、配置、管理标准,采取政府财政购置、单位自行购置、接受企业和个人捐赠等多种渠道共同推进AED的配置。

为推进《方案》的落实,十堰市卫生健康委制订公共场所自动体外除颤器配置管理办法,依托十堰市急救中心和各县(市、区)“120”指挥中心和全市AED配置应用信息管理中心,建立全市AED配置应用信息管理和查询平台,方便公众查询和使用。

特约记者 萧济康 毛旭 通讯员 王芬

她的授课老师刚刚完成在莱索托的医疗援助任务回国。听闻老师分享的援外点点滴滴之后,陈超群深受感动。从此,成为一名援外医疗队队员成为她的一个心愿。

2018年,湖北省卫生健康委在鄂州市妇幼保健院选拔第26批援阿医疗队队员时,陈超群立即主动请缨,最终成功入选。选拔27批援阿队员时,她再次主动报名。陈超群说:“能两次代表祖国援外,是我最新颖的事情。”

通过与援外前辈的交流和实践观察,陈超群发现,在阿尔及利亚开展妇产科医疗工作时,精准判断疤痕子宫患者再次妊娠的分娩方式是最考验医生经验和专业能力的工作内容之一。初到援外医院,陈超群就遇到患者子宫破裂的情况。患者有过一次剖宫产手术史。当班助产士准备接生时,原本呼之欲出的胎头缩了回去。陈超群迅速判断子宫破裂的可能性极大,立即启动紧急剖宫产程序。术中,果然见原剖宫产子宫疤痕破裂,裂口有血流向腹腔,且脐带血流搏动消失,胎儿一半胎头进入腹腔,心跳微弱。陈超群进行紧急处理,及时抢救产妇

和胎儿,最终母子平安。

还有一次,医院接诊了一位曾4次剖宫产的产妇,陈超群查看病情后决定以阴道分娩为主,同时做好修补子宫破裂的准备。因有4次剖宫产手术史,产妇原本就处于焦虑之中,出现宫缩保胎的几天时间里,更是反复失眠。得知医生决定让她阴道分娩后,产妇情绪有些失控,受援医院助产士也建议立即手术分娩,因为在阿尔及利亚,2次剖宫产史就符合剖宫产手术指征。陈超群根据在阿的大量工作经验判断,第5次剖宫产手术时,所见子宫原疤痕完全可承担阴道分娩,做过多的剖宫产手术反而对患者的身体及后续康复不利。

为了稳定产妇情绪,增加助产士的信心,陈超群提前跟产妇和助产士做了大量的沟通。她告诉产妇和助产士:“现在胎心正常,产道宽敞,产程应该很快结束,而且已经做好了紧急剖宫产的准备,若出现异常情况,我会第一时间剖宫产,保障产妇和胎儿的生命安全。即使出现子宫破裂,我也会将子宫修复,尽量不切除子宫。”陈超群也向该院院长立下军令状:“我决定

青海启动定点药店专项整治行动

本报讯(特约记者高列)近日,青海省医疗保障局、省市场监督管理局联合印发《关于开展定点零售药店违规使用医保基金专项整治工作的通知》,提出集中利用两个月时间,在全省范围内开展定点药店专项整治行动。

据了解,此次行动重点围绕以下几方面的违法违规行为开展:未履行医保定点零售药店医保基金保障主体责任,未严格执行《医疗保障基金使用监督管理条例》及相关医保政策等情况;将不属于医保基金支付范围内的药品、医用耗材、医疗器械、日用品、保健品等串换为医保基金可支付的项目进行销售,伪造、变造处方或无处方向参保人销售须凭处方购买的药品,超出医保限定支付条件和范围向参保人销售药品,未严格执行实名购药管理

规定核验参保人医疗保障凭证,或明知购买人所持系冒用、盗用他人的,或伪造、变造的医保凭证(社保卡),仍向其销售药品、医用耗材、医疗器械等,并纳入医保基金结算;留存社会保障卡,或以各种方式利用社会保障卡套取现金;非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店进行医保费用结算等其他骗取医保基金支出的行为。