

在新时代新征程彰显医保基金监管新担当新作为

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”。维护医保基金安全是党中央、国务院赋予各方共同的政治责任和任务,是贯彻全面从严治党要求的具体举措,是促进医药卫生事业高质量发展的必然选择。

医保基金安全稳定运行事关每一位参保群众的切身利益。党中央、国务院历来高度重视医保基金安全,多次明确要求加强医保基金使用监管。国家医保局成立以来,始终将医保基金管理中的关键和难点问题作为工作焦点,自上而下进行部署。

武汉市医保局自2019年起,始终把加强医保基金监管、维护基金安全作为全市医保系统首要任务,以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为。不断织密筑牢医保基金监管的制度笼子,着力推进监管体制改革,不断推动对违法和违规行为的系统性治理,确保医保基金安全高效、合理使用。

通过持续开展打击欺诈骗保工作,医药机构的骗保行为得到有效遏制,但随着职工医保门诊共济改革,医保支付方式改革、医疗服务价格改革的深入推进,医保基金监管工作的内涵外延发生了深刻变化,医保骗保行为手段更隐蔽,受监管制度体系不健全、激励约束机制不完善等因素制约,医保基金使用效率不高,欺诈骗保问题时时有发生,基金监管形势仍较为严峻,还需通过更加有力的手段来保障医保基金的安全规范使用。

为全面提升医保治理能力,深度净化制度运行环境,严守基金安全红线,持续强化监管震慑效应,国家建立了“以上查下、交叉互检”的飞行检查工作机制,对定点医药机构、医保经办机构等对象开展不打招呼、直奔现场的检查。自2019年起,国家医保飞检逐步进入常态化阶段,成为医保基金监管最重要的手段。我市已经先后有4家定点医药机构接受国家飞行检查工作。

今年4月,新一轮国家医保飞行检查启动。对此,我市高位部署,要求各相关方面充分认识维护医保基金安全的重要意义,准确把握今年飞行检查的突出特点:要主动自查自纠,把自查自纠当作一次发现问题、堵塞漏洞、健全机制的良好契机。武汉市将坚持敢于较真碰硬、严深细实的工作作风,依法依规完成专项行动和飞行检查相关工作,同时要统筹推进问题整改与建章立制,进一步完善我市医保基金监管机制,构建长效监管体系,确保医保基金安全、高效运行,切实管好、用好人民群众的“看病钱”“救命钱”。

武汉市医保局成立五年来,坚决认真贯彻落实国家医保基金监管制度体系改革的指导意见,结合开展打击欺诈骗保专项整治行动等重点工作,筑牢制度保障、日常监管、智能监管、专项整治四道防线,严厉打击欺诈骗保行为。

构建大监管工作格局

一是健全部门协同监管机制。按照国家关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见要求,我市建立打击欺诈骗保专项治理工作联席会议机制,并制定工作规则。坚持高位推进,强化医保基金综合监管机制。充分发挥联席会议作用,不定期召开部门联席会议,通报情况、研究工作,及时协调解决监管工作中的重大问题。建立健全与法院、检察院、公安、卫健、市场监管等部门联合监管机制,开展联合检查,对问题线索多部门综合研判,整合各部门专业、数据、职能等优势,深挖欺诈骗保犯

强化医保协同综合治理

一是加强行政执法规范化建设。不断完善行政执法事项清单、行政处罚流程规范、行政检查程序规定、行政处罚自由裁量权细化标准、行政处罚案件办理流程、行刑衔接、行纪衔接等规定,形成医疗保障行政执法规范体系。推进落实分级分类管理,强化属地监管,落实“双随机、一公开”监管制度,严格执行行政执法三项制度,促进严格规范公正文明执法。推进国家医保信息平台基金监管行政执法、举报投诉、线索核查等模块应用,提高监管法治化、专业化水平。

二是规范定点医药机构管理。开展门诊诊疗药店准入评估工作,组织开展以MIS和“进销存”、追溯码系统改造为主要内容的重新评估认定工作,规范全市门诊统筹试点药店正式纳入门

三是建立社会监督机制。通过公开选聘和定向特聘,从人大代表、政协委员、专家学者、法律工作者、新闻媒体工作者及相关政府部门工作人员中选聘社会监督员35名,参与医保基金日常监督和医疗保障部门及其工作人员违法违规违纪行为的监督。通过招标方式确定第三方监管机构,组建由数据分析师、医师、药师、会计审计等人员构成的专业团队,参与基金监管专项治理和日常监管工作,形成“执法+专家”的执法模式,有效充实了基金监管工作力量。

内容包括围绕医保法律法规和业务政策培训,通报门诊统筹基金使用违规问题,讲评正反面典型案例等。

三是强化宣传曝光。连续五年在全市范围持续开展医保基金监管集中宣传月活动,通过官方网站、微信公众号、新闻媒体等渠道,公开专项整治内容,公布欺诈骗保举报电话。制作基金监管动漫和小视频,广泛宣传医保基金相关法律法规知识。今年集中宣传月期间,组织开展基金监管主题书画展,参加国家短视频、书画和征文征集评选,26幅书画作品被湖北省医保局选中,其中2幅漫画作品被国家医保局征用并给予表彰。坚持曝光机制,2023年全年面向社会公开曝光67起典型案例,形成强力震慑。

加强监管手段系统运用

一是加强日常监管。依托全国统一的医保信息平台,充分运用医保智能监管子系统,加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪,实现监管全过程智能监控。我市建立“双随机、一公开”监督检查机制,制定年度监督检查计划,结合实际情况分级分类开展日常检查,对重点监管对象加大现场检查频次,及时发现日常检查中的违规问题。同时,我市建立“线上筛查+线下核查”的工作机制,结合反欺诈大数据模型建设,定期开展数据筛查,及时将筛查的疑点数据流转办各区医保部门进行线下核查。畅通投诉举报渠道,加大欺诈骗保投诉举报问题查处力度。2024年上半年,我市共收到举报投诉件57

件,已办结48件,共追回、扣减、加倍扣减医保基金257.362万元。

二是全面开展专项整治。统筹推进医保基金违法违规问题专项整治、医药领域腐败问题集中整治、医保基金重点领域专项检查、倒卖药品问题联合查处四大专项整治,聚焦肺部肿瘤、重症医学、麻醉、骨科、血液净化、心血管内科、检验检查、康复治疗、虚假就医、倒卖医保药品等领域,采取机构自查、抽查复查、下查一级、交叉检查、督导检查等方式,实现了对全市定点医药机构全覆盖的监督检查。今年上半年完成医保基金监管行政处罚7起,暂扣或解除定点医药机构医保协议36家,移交司法机关3起,移交纪检监察机关10起,移交其他行政

部门13起。

三是开展药品零售价格动态监测。选取销售量最大、销售金额较高的常见病、慢性病药品作为重点监测品种,采集全市定点零售药店每月固定时日的医保结算数据,将周期性价格监测和实时价格监测相结合,对单个监测品规的线上、线下最高销售价、最低销售价和平均销售价进行比对分析。对监测中发现存在问题的药品,定点零售药店信息及及时反馈市场监管等部门及时调查核实,依法严惩哄抬物价、价格欺诈等违法行为。经过在全市开展价格监测,定点零售药店价格效果开始显现,部分监测药品价格较一监测周期有所

下降。

四是做好省交叉检查问题整改。今年,省交叉检查我市相关定点医药机构,主要检查反馈的过度诊疗、超标准收费、重复收费、超限定支付范围纳入医保基金结算等违规问题,以及药店存在处方管理不规范、未执行实名就医和购药规定、超量开药等违规问题,共涉及违规费用171.31万元。我市及时依法依规进行处置,追回违规医保基金。并举一反三,梳理新增违规问题清单,及时完善监管规则,并督促相关定点医药机构全面开展整改,杜绝类似问题再次发生。

面推进落实。

二是全面自查自纠。武汉市制定自查自纠及督导方案,梳理重症医学、肺部肿瘤、麻醉违规问题风险清单47条,连同国家医保局下发的67条问题清单和省医保局下发的123条问题风险清单一并作为定点医药机构自查参考问题点,通过自查培训,加强自查督导,组织机构全面开展自查,建立自查问题清单,自查覆盖率达到100%。各定点医药机构按照制定自查工作实施方案,围绕重点整治内容积极开展自查自纠。

扎实开展国家医保局大数据线索核查工作

2024年4月以来,国家医保局下发了5批涉嫌违规骗取医保基金的线索,我市高度重视,迅速组织调查核实。目前,相关工作正在稳步推进。

有序推进反欺诈大数据应用监管试点工作

我市高度重视反欺诈大数据监管试点工作,市政府召开专题会议研究部署,制定试点工作方案,成立市级工作专班,保障试点经费。依托我省医保信息平台,建立反欺诈大数据专区,汇集卫健、市场监管、公安等部门数据,建立监管核查工作经验,药品诊疗项目知识库,基于对医保结算数据的基础分析,将典型案例做法与人工智能结合,构建全市药店和医疗机构门诊诊疗监控模型,利用数据模型筛查自查问题线索,为监管人员提供精准的核查线索,通过核查结果调整完善模型参数,不断提高基金监管效能。

目前,已建立倒卖回购药品、冒名购药、诱导购药等20个大数据模型,通过数据筛查模型开展数据筛查,查实了一批典型案例,同步对数据模型进行了验证和优化。

我市要求全市相关单位切实增强政治意识,提高政治站位,强化责任担当,把自查自纠当作一次学习提高、发现问题、整改规范的难得机会,高质量完成好自查自纠和整改任务,促进我市健全更加完善的基金监督管理机制,整体提升全市医保基金使用效能。

下一步,武汉市将以本次国家飞行检查为契机,抓好医保基金监管各项工作落实,深入开展打击欺诈骗保专项整治,持续保持监管高压态势;推进医保反欺诈大数据监管国家试点,不断完善大数据模型的场景应用;推进医保药品耗材追溯码采集试点工作,有效发挥倒卖药品的拦截作用;全面提升医保基金综合监管能力,加强监管队伍和监管能力建设。

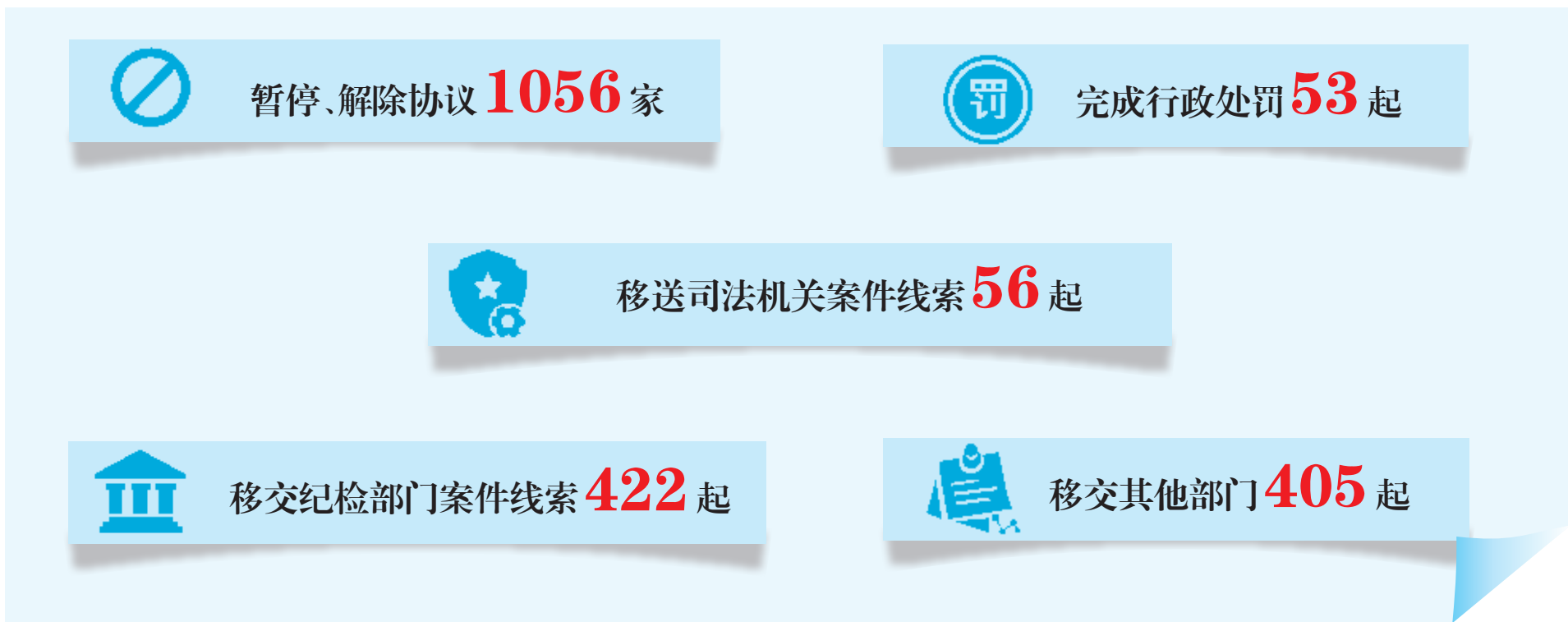
1818家,累计上传追溯码信息213万条。

下一步,武汉市将以本次国家飞行检查为契机,抓好医保基金监管各项工作落实,深入开展打击欺诈骗保专项整治,持续保持监管高压态势;推进医保反欺诈大数据监管国家试点,不断完善大数据模型的场景应用;推进医保药品耗材追溯码采集试点工作,有效发挥倒卖药品的拦截作用;全面提升医保基金综合监管能力,加强监管队伍和监管能力建设。



武汉市定点医疗机构接受我市医保部门现场检查。

武汉市打击欺诈骗取医保基金五年成绩单



推进自查自纠常态化 压实定点医药机构职责

“在医保基金监管正在由点及面铺开,鼓励发挥定点医药机构的自主性,推动医保基金监管的常态化。”

2024年,国家医保局会同最高法等六部委在全国范围内开展定点医药机构违法违规使用医保基金专项整治。武汉市准确把握今年专项整治的突出特点高位统筹,周密安排部署,广泛思想发动,严密组织定点医药机构自查自纠,深入自查指导。

我市要求全市相关单位切实增强政治意识,提高政治站位,强化责任担当,把自查自纠当作一次学习提高、发现问题、整改规范的难得机会,高质量完成好自查自纠和整改任务,促进我市健全更加完善的基金监督管理机制,整体提升全市医保基金使用效能。

提高思想认识,强化组织领导

武汉市高度重视医药机构自查自纠工作,在全市进行思想发动和部署安排。要求全市切实提高政治站位,统一思想,强化认识,真正把自查自纠当作一次发现问题、纠

制定印发规则,严密组织开展全面自查

市医保部门制定自查工作方案,并印发给全市医保定点医院医药机构,作为定点医院机构自查参考问题点,帮助提高自查工作质量,压实各定点医药机构维护医保基金安全的

紧盯重点对象,加强重点领域自查指导

我市制定印发指导自查工作方案,今年6月,我市组成4个自查指导组对全市18家定点医药机构进行督导自查。

配合省级交叉检查,严肃问题整改

今年5月29日至6月5日,省级交叉检查宜昌组对我市部分定点医院医药机构2022年1月1日至2023年12月31日期间医保基金使用和管理情况进行了检查,对我市相关医疗机构和国家医保

突出重点领域,开展专项检查

在自查基础上,我市制定印发医保基金重点领域专项检查工作方案,压实医疗机构责任以一二级定点医院、民营医疗机构、职工医院、乡镇卫生院(室)为重点,围绕收集医保卡(码)、虚构病人、病情问题;拉拢、诱导参保人员(特别是享受医保特殊待遇的困难人群)虚假住院问题;虚构医药服务项

正错误、堵塞漏洞、健全机制的良好契机,以坚决态度、扎实部署、有力行动,践行对党的绝对忠诚,全力保障基金安全。武汉市委、市政府主要领导多次作出批示,要求

主体责任。市、区医保部门积极负责全力抓好自查自纠工作落实,各定点医院机构按照制定自查工作实施方案,建立自查问题清单,围绕重点整治内容积极开展自查自纠。截至

今年7月,省、市、区成立联合督导组对省医保局下发的2批违规问题清单进行核查。自查指导过程中,武汉市通过医保

飞检和省级专项整治、交叉检查问题整改情况进行了“回头看”。被检查定点医院存在处方管理不规范、未执行实名就医和购药规定等违规问题。本次“回头看”共涉及违规费用171.31万

目问题;伪造医学文书问题等6方面的问题,对定点医院机构抽查2022年1月1日至2024年6月30日期间医保基金使用和管理情况进行专项检查。

目前,我市通过开展数据筛查分析,已对我市5个新城区民政救助、低保、五保户等民政救助人群住院数据8万余条下

进一步做好医保基金监管工作 坚决守好老百姓“看病钱”“救命钱”

党的二十大报告明确了新时代新征程下我国医疗保障体系建设的宏伟蓝图,首次将安全规范与覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续相并列,首次提出要健全医保基金安全监管体系,充分彰显了党和国家对医疗保障事业和医保基金监管工作的高度重视。为此,医保部门自上而下始终聚焦基金监管重点难点问题,持续推进医保领域违法违规问题系统治理。

刚刚闭幕的党的二十届三中全会谋划了进一步

步全面深化改革的战略举措,在部署任务时,明确“加强医保基金监管”,为医保部门做好下一步工作注入了强大思想动力,提供了根本遵循,指明了前进方向。

针对医保基金监管工作面临着一系列新的形势和新的挑战,武汉市包括医保部门在内的各相关部门,将紧跟形势发展,结合实际情况,采取有效举措,创新监管办法,寻找应对之策,有效打击新型套骗医保基金行为,切实防范医保基金的不当流失。

完善制度建设,构建长效机制

一是夯实医保基金监管基础制度,建立并完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度。

二是优化监管事项层级配置,稳固部门联动机制,强化综合执法。

三是完善包括行政指导、公开承诺、约谈、警

告、暂停结算、中止或解除协议、追回资金、刑事处罚、党纪处罚等阶梯式监管工具,针对不同的违法违规违约情形,采取不同的监管手段。

四是完善监管长效机制,探索完善并统一信用监管基础制度和标准规范,提高医保信用评价的公信力,拓宽信用评价结果应用场景等。

着力能力建设,提高监管水平

一是立足于“内”。在完善监管队伍管理机制和工作机制,强化执法保障措施,统一执法标准、规范执法程序的同时,加强医保部门监管队伍能力建设,努力配备具备医学药学临床经验,法律、统计、财会、计算机、审计等专业知识和实践经验的监管工作人员。在此基础上,加强监管人员的教育培训,在开展系统学习基础上,根据工作需要,开展专题技术技巧培训,加强对新技术、新工

具的应用和經驗推广,着力打造一支作风优良、素质过硬的医保基金监管队伍。

二是借力于“外”。充分发挥商业保险机构、会计师事务所、审计事务所、计算机网络信息技术服务机构、医院医师协会等第三方专业力量,规范

购买服务行为,建立激励约束相融的工作机制。与此同时,认真贯彻落实举报奖励机制,有效发挥社会监督员作用,广泛动员社会各界和公众参与基金监管,着力织就一张全民参与的“基金安全守护网”。

三是强化智能监管。按照国家医保局的统一部署,加快全国统一的医保智能审核和监控知识库、规则库建设,推广视频监控、生物特征识别、大数据挖掘分析等新技术应用,努力实现医保基金使用的全程智能监控,探索推行以远程监管、移动监管、预警防控为特征的非现场监管,从而构建起以法治为保障、以信用管理为基础,以多形式检查大数据监管为依托的全方位监管格局。

强化监管协同,筑牢安全防线

一是加强与卫生健康、市场监管、公安、检察、纪委监委、审计、财政等相关部门的联系,推进部门间分工协作、协同监管,不断提高监管效能。

二是协同DRG医保支付方式改革,利用多维度指标体系进行大数据病种(组)智能监控,严控高套分值(权重)、低标入院、分解住院、重复住院、转移费用等不正当增收降本行为,倒逼医疗机构规范诊疗行为。

三是健全完善对医共体使用医保基金的监管工作。建立符合医共体实际、科学合理的基金预算分配机制和医保支付方式,加强医共体协议管理和监督监测考核工作,进一步完善针对医共体的医保基金“总额预付、结余留用、合理超支分担”的责任分担机制。

四是通过完善区域协同联动查合作机制,建立异地就医基金监管激励约束机制,着力推进异地就医直接结算,减少线下手工报销现象,弥补经办安全漏洞,有效降低发生在异地就医环节的医

保基金使用风险。

“医保基金监管工作,责任重大,意义深远”,在新时代新征程上,武汉市医保部门将牢记以人民为中心的发展理念,站在讲政治的高度,站在全局的高度,坚定信心、主动作为、精心谋划,奋勇争先,在“履职”上有担当,在“尽责”上有作为,在“整治”上见实效。

全市将进一步提高对开展医保基金专项整治工作和国家医保飞检工作的认识,通过彻查医保领域各类违法违规行为,进一步压实定点医院机构、规范使用医保基金的主体责任,促进医药行业健康有序发展,提升人民群众看病就医获得感;借助后续整改,不断优化医疗、医保服务政策,强化医保经办核查责任,推进医保信息化、标准化建设,提升医保基金使用效率,全力推进医保基金监管向纵深发展。坚决守护好百姓的“看病钱、救命钱”,为武汉医保事业高质量发展作出新的更大的贡献。