

我区开展全国第六个医保基金监管集中宣传月活动

基金监管同参与 守好群众“救命钱”



今年4月是全国第六个医保基金监管集中宣传月。正值《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令 第735号)实施三周年、《江苏省医疗保障条例》实施一周年之际,为进一步贯彻落实党中央、国务院和省市决策部署,加强医疗保障基金监管,坚决打击违法违规使用医保基金行为,多层次、多维度、常态化开展宣传引导和警示教育,进一步营造全社会关注并自觉维护医保基金安全的良好氛围,努力形成遵法、学法、守法、用法的法治氛围,我区积极开展以“基金监管同参与,守好群众‘救命钱’”为主题的集中宣传月活动。

召开全区医保基金监管工作会议

邀请常州市医疗保障局基金监督处领导现场解读基金监管领域最新法律法规和政策措施,特别是《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),最高人民法院、最高人民检察院、公安部印发《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》的通知(法发〔2024〕6号)、《江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则》(苏医保规〔2023〕3号),切实提高定点医药机构对严密有力的监管举措和违法违规使用医保基金司法后果的知晓度,让“不敢骗、不能骗、不想骗”的理念更加深入人心。

展示工作成效

全方位、多渠道、广视角宣传我区加强医疗保障基金监管的做法、经验和成效,突出宣传医保基金监管惩恶

扬善、全民参与举报奖励、基金安全人人受益。通过强化对公立、民营医院和零售药店等不同机构,医院负责人、科室主任、医务人员等不同人员,分层分类开展警示教育,加大典型案例内部通报力度,起到震慑警醒和源头遏止作用。

加强社会监督和举报奖励

大力宣传《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》(国家医疗保障局第5号令)、《常州市违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》(常医保监督〔2023〕30号),深入解读举报奖励政策规定,明确告知社会公众举报渠道、途径、奖励办法,做好举报奖励兑现工作,鼓励群众参与到医保基金监管工作中来,调动社会各界参与的积极性主动性。开展医保信用承诺,推动医保基金监管共治,形成全社会广泛参与的浓厚氛围。

以案说法

典型案例一(定点零售药店)

2023年9月27日,武进分局发现某定点零售药店存在以下问题:药师审方不规范,导致超出医保限定支付范围售药,涉及统筹金额4681.98元。依据《常州市基本医疗保险定点零售药店服务协议(2023版)》第五十九条第二款规定,处理如下:追回药师审方不规范,导致超出医保限定支付范围售药金额4681.98元,并处违约金1000元;并对该药师实施违规记分处理。

解析:根据协议规定,医保(执业)药师审方必须规范,对因审方不规范导致超出药品说明书适应症、医保限定支付范围售药的,甲方可要求乙方限期整改、对已支付的违规费用予以追回,并视其情节轻重予以暂停拨付、责令支付违约金、暂停协议1至3个月(暂停协议处理,可视情形执行到乙方所开通医保服务内容)等处理。

典型案例二(定点医疗机构)

2023年10月8日,常州市医疗保障服务中心、第三方公司会同武进分局开展了2023年度DRGs专项稽核。发现某医

院存在以下问题:错编漏编,涉及医保金额54640.99元;高编高套,涉及医保金额425056.2元;低标住院,涉及医保金额66369.85元。根据《关于完善常州市基本医疗保险基金区域总控下的DRG付费办法的通知》(常医保服务〔2022〕59号)、《常州市基本医疗保险定点医疗机构服务协议(2021版)》第六十二条第一款和第五款规定,对该院作出如下处理:追回医保违规费用546067.04元、处违约金20000元;并纳入年度考核扣分。

解析:根据协议规定,为保障DRG付费可持续运行,维护参保人员权益,乙方应规范临床诊疗行为,因病施治、合理用药,并杜绝可能存在的服务不足、低标入院、推诿病人、低码高编、高码低编、分解住院、费用转嫁和医疗质量下降等现象。乙方有以上情形之一的,甲方可要求乙方限期整改、拒付违规费用,并视其情节轻重予以暂停拨付、责令支付违约金、暂停协议1至6个月(暂停协议处理,可视情形执行到乙方内部科室或本协议约定的服务内容)等处理,对已支付的违规费用予以追回。

常见的医保基金违规行为有哪些?

现向广大市民发起共同监督医保基金的邀请,如发现以下医保违法违规行可为进行监督举报。举报电话12393、86316213。我们将对举报人信息严格保密,并对举报查实的按规定予以奖励。

(一)对定点医疗机构的监管

- 1.人与卡(证)、病是否相符;
- 2.用药是否合理,有无乱开大处方、人情方、分解处方现象;
- 3.有无重复检查、滥开大型检查治疗项目现象;
- 4.有无冒名顶替、小病大病;
- 5.有无该出院不出院、不该出院强制出院情况;
- 6.有无将非医疗保险基金支付范围外的医疗费用纳入医保支付等不严格执行医疗保险政策的问题。

(二)对定点零售药店的监管

- 1.有无盗刷医疗保障凭证,为参保人员套取现金或购买营养保健品、化妆品、生

活用品等非医疗物品的;

- 2.有无为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医疗保障基金支出;
- 3.药品有无质量问题,有无出售假、劣、过期药;
- 4.销售的处方药和非处方药是否符合药品目录规定范围;
- 5.药店有无药师在岗,处方用药管理和处方管理是否符合要求;
- 6.是否有以现金、礼券及商品等进行医疗消费的促销活动;
- 7.是否直接或变相摆放、销售保健食品、化妆品、生活日用品、其他食品、家用电器等。

(三)对参保人员的监管

- 1.有无伪造医疗服务票据,骗取医疗保障基金;
- 2.有无将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医;
- 3.有无非法使用医疗保障凭证,套取药品耗材等,倒买倒卖非法牟利的;
- 4.有无涉及参保人员的其他欺诈骗保行为。

定点医药机构及参保人员失信行为有哪些?

依据《江苏省医疗保障定点医药机构及参保人员失信行为惩戒办法》(苏医保规〔2021〕1号)相关条款,定点医药机构有下列行为之一的,认定为失信行为:

(一)定点医药机构发生以下医疗保障基金使用不违规行为,造成医疗保障基金损失的:

- 1.分解住院、挂床住院;
- 2.违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;
- 3.重复收费、超标准收费、分解项目收费;
- 4.串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施;
- 5.为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者其他非法利益提供便利;
- 6.将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算;
- 7.造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

(二)诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据;

(三)伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;

(四)虚构医药服务项目;

目;

(五)其他骗取医疗保障基金支出的行为;

(六)拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假信息情况。

参保人员有下列行为之一的,认定为失信行为:

(一)参保人员以骗取医疗保障基金为目的,实施了下列行为之一,造成医疗保障基金损失的:

- 1.将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;
- 2.重复享受医疗保障待遇;
- 3.利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者其他非法利益。

(二)使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的;

(三)通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出的。



“常州医保”微信公众号