

“救命钱”不是“唐僧肉” 打击骗保高压发力

截至今年6月,全国医保部门共检查定点医药机构**36.6**万家,检查发现并处理违规定点医药机构**5.7**万家,其中暂停医保服务**1.1**万家,解除定点协议**1900**余家,检查发现参保人员违规并处理**1**万余人,其中约谈**4000**余人,暂停医保卡结算**3200**余人,发现经办机构违规例数**400**多例,约谈经办机构工作人员**180**余人。截至目前,共追回医保基金及违约金共**13.5**亿元,处行政罚款**1.4**亿元……面对医保基金“跑冒滴漏”,一场医保基金保卫战正在全面打响。



欺诈骗保形势严峻

医保基金是参保人员的“救命钱”。然而,近年来欺诈骗保频发,花样百出:医疗保险定点医院超量售药、串换药品、虚假售药、虚记多记费用、挂床住院、伪造或提供虚假就诊资料……

进入9月,按照国家医保局今年医疗保障基金监管工作的安排,各省级医保部门开始对打击欺诈骗保专项治理进行抽查复查。

近日,湖南省医保局通报**4**起欺诈骗保典型案例。数据显示,截至**7**月,湖南省共实地核查协议医药机构**25736**家,其中,暂停医保服务**380**家,解除服务协议**54**家,追回基金损失

13732.52万元。而前不久,武汉市医保局在公布一批欺诈骗保典型案例时指出,2019上半年共追回医保基金**6277**万元。仅上述“一省一市”,就有超**2**亿元医保基金流失,数字背后暴露出骗保问题触目惊心。医疗机构、定点零售药店和参保人员,是欺诈骗保者的三类主要群体。

在辽宁,当地医保部门发现,抚顺市慈济医院去年通过免费CT诱导患者低标准住院、过度医疗等方式骗取医保基金**57.75**万元。依据国家医保局印发的《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》以及《社会保险法》,当地医保部门追回医保基金

57.75万元,罚款**231**万元,解除医保服务协议,同时这家医院**3**年内不得申请医保定点。

除了医疗机构,个别医疗工作者也“觊觎”医保基金。去年**6**月**15**日至**24**日,江苏省昆山市中医医院关节骨科医生孙某,协助他人冒用参保人社保卡骗取医保基金**2.54**万元。当地医保部门依据当地对定点医药机构、医师医保处方权、参保人员的管理和办法,追回医保基金**2.54**万元,取消孙某医保处方资格,对科主任徐某、床位医生刘某移交卫健部门处理,将出借社保卡人员纳入医保黑名单,并将孙某等**4**人移送公安机关核查。

相关链接

骗保险如何定罪处罚

骗保险就是我们法律上所讲的保险诈骗罪,我国刑法第**198**条规定:有下列情形之一,进行保险诈骗活动,数额较大的,处五年以下有期徒刑或者拘役,并处一万元以上十万元以下罚金;数额巨大或者有其他严重情节的,处五年以上十年以下有期徒刑,并处二万元以上二十万元以下罚金;数额特别巨大或者有其他特别严重情节的,处十年以上有期徒刑,并处二万元以上二十万元以下罚金或者没收财产:

- (一)投保人故意虚构保险标的,骗取保险金的;
- (二)投保人、被保险人或者受益人对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度,骗取保险金的;
- (三)投保人、被保险人或者受益人编造未曾发生的保险事故,骗取保险金的;
- (四)投保人、被保险人故意造成财产损失的保险事故,骗取保险金的;
- (五)投保人、受益人故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病,骗取保险金的。

骗取医保基金的处理措施:

根据《劳动保障监察条例》和《行政处罚法》的规定进行处理:

- 一、依法追回被骗取的医保统筹基金;
- 二、对定点医院处以骗取金额两倍的罚款;
- 三、责令医院进行书面检查,按照医疗保险的有关规定进行为期**3**个月的整改,并要求整改期间不得收治参保病人,整改期满如达不到要求,将按规定取消该院的医疗保险定点医疗机构资格。医疗保险基金是指国家为保障职工的基本医疗,由医疗保险经办机构按照国家有关规定,向单位和个人筹集用于职工基本医疗保险的专项基金。基本医疗保险基金包括社会统筹基金和个人帐户两部分,由用人单位和职工个人按一定比例共同缴纳。

医疗保险工作属劳动保障业务范围。参保个人缴纳的基本医疗保险费全部划入个人账户;参保单位缴纳的基本医疗保险费除记入个人账户的部分外,全部作为统筹基金,由医疗保险经办机构统一管理,统一调剂使用,个人账户主要用于支付门诊和购药费用,统筹基金主要用于支付参保人员住院、门诊特定项目及部分慢性病和家庭病床的医疗费用。大病医疗救助基金用于支付参保人员基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的住院医疗费用。

我国目前推行的城镇职工基本医疗保险制度的筹集模式是社会统筹与个人账户相结合模式,即通过用人单位和职工按照工资总额的一定比例缴纳基本医疗保险费,形成社会医疗统筹基金和个人医疗账户基金。

(综合)

“监管风暴”来了

事实上,国家医保局成立以来,一直将基金监管作为医保首要任务。去年**9**月,国家医保局会同卫健委、公安部、国家药监局联合启动了全国首次打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动。

这项行动开展后,各地认真组织、周密部署,自查工作取得积极进展,并通过系统智能筛查、专项审查等渠道,查处一批违法违规行为。然而,这些手段显然未能完全遏制住欺诈骗保的乱象。

象。

去年**11**月,媒体曝光“沈阳骗保案”,将医保基金监管问题推上了风口浪尖。国家医保局在全国范围内迅速开展专项行动“回头看”,以求形成打击欺诈骗保的高压态势。

今年伊始,国家医保局便为今年医保基金监管工作“划重点”,提出建立“飞行检查”工作机制,并通过智能监控等手段,实现医疗费用**100%**初

审。同时,探索建立定点医药机构、医保医师和参保人员“黑名单”制度,推动将骗保行为纳入国家信用管理体系。

在今年全国两会的“部长通道”上,国家医保局局长胡静林表示,2019年要将打击欺诈骗保作为医保工作头等大事,继续出重拳,出硬招,坚决维护好医保基金的安全,绝不让医保基金成为新的“唐僧肉”。

打击骗保是场持久战

8月**12**日,国务院办公厅发布《全国深化“放管服”改革优化营商环境电视电话会议重点任务分工方案的通知》,强调要开展打击欺诈骗保专项治理活动,实现对全国定点医疗机构和零售药店监督检查全覆盖,公开曝光欺诈骗保典型案例。

不难看出,文件发出以后,打击欺诈骗保的力度将再度加强,“高压态势”也将持续。除了监管力度持续增强,在监管手段上,医保监管部门也在不断创新,寻求更智慧、高效的监管。

今年**6**月,国家医保局印发《关于开展医保基金监管“两试点一示范”工作的

通知》,计划在全国遴选部分省份和城市,开展医保智能监控示范试点工作。

医保智能监控示范点的侧重点是,针对欺诈骗保行为新特点,完善医药标准目录等基础信息标准库、临床指南等临床诊疗知识库,进一步完善不同规则库,比如诊疗规范类、医保政策类、就诊真实性类等,提高智能监控的覆盖面和精准度。

今年以来,随着地市县级医保部门组建完毕,国家医保局基金监管司司长黄华波表示,基金监管工作将由遭遇战转入阵地战和持久战。

为鼓励公众、定点医药单位的内部

人士参与到医保基金的监管中,国家医保局发文对举报欺诈骗取医疗保障基金行为予以奖励。除了鼓励举报,部分地区还采用“社会基金监管检查员”制度,作为第三方社会监督力量,参与医保基金监管。

此外,今年**4**月,国家医保局就《医疗保障基金使用监管条例(征求意见稿)》公开征求意见。这意味着首部医保基金监管方面的法规有望出台。国家医保局基金监管司司长黄华波日前透露,出台时间力争在年内,这也将推动医保基金监管“建章立制”、有法可依。

(李丹青)