



鼓励社会各界参与医保基金监管

两部门发文打击骗保行为

近年来,全国基金监管工作深入推进,基金监管领域的法律、法规不断完善,全面构建包括社会监督在内的立体式基金监管体系,同时明确将所有违法违规使用医保基金行为纳入举报范围。

此次发布的《奖励办法》是《暂行办法》的升级,不仅明确针对所有违法违规使用医保基金行为的举报纳入奖励范围,还结合各地实际情况,规定按照案值的一定比例给予举报人一次性奖励。同时,将奖励金额上限由10万元提升至20万元,并设置了最低200元的奖励金额下限。

畅通渠道,优化流程,提供多种举报途径,方便社会监督

为了方便群众举报,各级医保部门对外公布了互联网、电话、传真、邮寄等多种举报渠道,举报人可以根据自身实际,选择任何一种途径进行举报,均符合领取奖励的基本条件。

国家医保局有关负责人表示,在实际工作中,医保部门应当对接收的举报信息进行登记,对举报线索实施全过程管理,并严格按照《医疗保障基金使用监督管理条例》等有关规定进行处理,同时还应按照《奖励办法》相关规定简化流程、开辟便捷的奖励兑付渠道,最大限度规范、方便举报人领取举报奖励。

此外,为配合《奖励办法》的颁布实施,国

家医保局专门在国家医疗保障信息平台开发运用了举报投诉管理系统,力求对各渠道举报线索进行全流程、全链条、全方位精准管理。一方面,对各地投诉举报实施全流程管理,避免群众举报“石沉大海”,确保凡举必查;另一方面,及时督导各地医保部门按时、足额发放举报奖励,确保应奖必奖。目前,该系统已在河北、浙江、江西三省开展试点,条件成熟后将在全国推广使用。

强化案件保密、信息安全,依法保护举报人的合法权益

社会监督,举报人最担心的就是个人信息被泄露,遭受打击报复。此次,《奖励办法》特别强调,依法保护举报人的合法权益,各级医保部门应当对举报人的信息予以保密,不得将举报人个人信息、举报情况等泄露给被举报人或者与办理举报工作无关的人员。

国家医保局有关负责人表示,在实际工作中,群众举报可以实名,也可以匿名。医保部门鼓励举报人实名举报,举报人实名举报的,举报时应提供本人真实身份信息和真实有效的联系方式。医保部门对实名举报人的信息予以严格保密。

举报人匿名举报并且有领取奖励意愿的,可以在医保部门通知领取奖励后,及时提供本人身份证明、银行账户等相关资料,以便医保

部门核实后兑现奖励。针对匿名举报的奖励发放程序,各省级、市级医疗保障行政管理部门和财政部门在制定实施细则时,可作出具体规定。

严格举报查处、奖励审核,骗取奖励将被依法追责

面对高额举报奖励,如何遏制捏造事实的恶意举报行为?《奖励办法》明确,举报人应当对举报内容及其提供材料的真实性负责,捏造、歪曲事实,诬告陷害他人的,应当依法承担相关法律责任。

《奖励办法》规定,医保部门发放举报奖励应当进行严格审核,针对举报人通过伪造材料、隐瞒事实等方式骗取举报奖励,明确医保部门有权收回奖励并依法追究相关人员责任,以此促进人民群众依法举报、合法举报。

“医保和医疗从来都不是对立关系,二者相互依存、相互制约、协同发展,共同为维护人民群众身体健康而努力。”国家医保局有关负责人表示,我们在鼓励群众举报违法违规使用医保基金行为的同时,强调要依法保护定点医药机构的合法权益。针对相关举报线索,医保部门要全面核查、深入分析、去伪求真,既不能泛泛而查、浅尝辄止,也不能对被举报对象作有罪推定,更不能滥发、乱发举报奖励。

据人民网

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”,违法违规使用基金伤害的是人民群众的共同利益。打击违法违规行为不仅要出重拳,也要发动群众,鼓励社会各界参与基金监管。

近日,国家医保局、财政部发布《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》,对举报奖励制度的目的依据、适用范围作出规定,同时明确奖励的原则、条件、标准、发放、领取等内容,充分体现了在深化有奖举报制度、鼓励群众参与监督等方面的考虑。办法将于2023年1月1日正式施行。

将所有违法违规行为纳入举报范围,最高奖励20万元

随着我国打击欺诈骗保的力度持续加大,“明目张胆”的骗保行为得到了有效遏制,部分骗保行为由台前转入幕后,逐渐向过度诊疗、

超标准收费等违规行为转变。医保领域的违法违规问题手段更加隐蔽、造假更加专业、形式更加多样,仅仅依靠医保部门单方面力量,很难发现这些“穿上隐身衣”“躲进青纱帐”的变异骗保行为。

国家医保局成立以来,不断探索创新基金监管方式,积极鼓励和支持社会各界参与基金监管。2018年11月,国家医保局会同财政部联合印发了《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》,建立起对举报欺诈骗保进行奖励的制度。

目前,31个省份和新疆生产建设兵团均建立了相应举报奖励制度,各级医保部门先后奖励举报人2570余人次,发放举报奖励近500万元,天津、浙江、广西等三省份单人获最高奖励10万元,根据相关群众举报线索查实并追回医保违规金额1.58亿元。

3方面入手,做好基金监管下一步工作

2020年全国基本医保参保人数达13.61亿人,参保率稳定在95%以上,基本医保基金收入2.48万亿元,支出2.10万亿元,职工医保和居民医保政策范围内住院费用支付比例分别稳定在80%和70%左右。国家医保局在近日公布的一份人大代表答复当中,对近年来医保基金监管工作进行了总结,同时也明确了下一步工作方向。

一、建立完善医保部门主导、多部门参与的医保资金监督和管理联动机制

国家医保局一直高度重视医保工作与卫生健康、市场监管、公安等部门的协调,逐步建立和完善了部门联动机制。

一是在基本医保政策完善、医保目录调整、医疗服务价格管理、集中带量采购等工作推进过程中,注重医保、医疗、医药联动改革

的整体性、系统性、协同性,推动改革系统集成、协同高效,充分征求财政、审计、公安、卫生健康、市场监管、中医药等部门的意见,确保政策制定的科学性、合理性。

二是国家医保局加强与公安、司法、卫生健康、市场监管等部门协调,积极参与医疗卫生行业综合监管。

三是加强部门协作,联合开展打击欺诈骗保专项治理行动,有效维护医保基金安全。

四是探索与市场监管部门建立制度化、长期化的监管合作机制。

二、完善医保管理和监督法律体系和配套政策

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”,党中央、国务院高度重视医保基金安全工作,国家医保局成立以来,积极推进医

保基金监管制度体系和执法体系建设。

推动出台了《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》,提出到2025年,基本建成医保基金监管制度体系和执法体系,形成以法治为保障,信用管理为基础,多形式检查、大数据监管为依托,党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局的任务目标,明确了医保基金监管体系改革的重点任务和制度保障,为推进医保基金监管体系建设打下坚实基础。

三、借助信息化、大数据等技术手段提升医保管理精准性,完善医院监管机制

国家医保局自成立以来,积极推进医保信息化工作,为加快形成自上而下的全国医保信息化“一盘棋”格局,医保部门正在全力

推进统一、高效、兼容、便捷、安全的国家医保信息平台部署应用工作,加快建立全国统一的医保信息平台,实现医保管理的信息化。国家平台包括医保智能监管子系统、药品和医用耗材招标采购子系统、宏观决策大数据应用子系统等在内的公共服务、经办管理、智能监管、分析决策四大类14个业务子系统,通过大数据精算分析技术,助力提升医保各项政策科学决策和基金精细化管理,全面支撑提高全国医保标准化、智能化和信息化水平。目前,国家医保信息平台已投入使用,已在广东、青海、河北、海南、贵州、甘肃、新疆、重庆、湖南、天津、吉林等省份多个地市上线应用,总体运行平稳、高效。



下一步,国家医保局将继续加快推进全国统一的医保信息平台建设,进一步加快医保智能监管子系统的落地应用,加强对医保大数据的挖掘应用,提升医保监管的精细化、智能化水平,有效规范医疗机构医疗服务行为,切实维护医保基金安全,助力医院高质量发展。

来源:国家医保局

工会宣传舆论阵地 服务职工群众平台



2023年度《江苏工人报》开始订阅啦!



JIANGSU GONG REN BAO

// 国内统一刊号: CN32-0003
全年订价 216元
邮发代号27-45



微信



微博



抖音

江苏工人报新闻网
HTTP://WWW.JSGRB.COM
订阅热线 025-83279185

