

# 市医保局创新举措实现基金监管精准高效

截至今年10月底,全市共查处违规协议医疗机构77家,追回医保资金187.2万元,行政处罚2.4万元

■记者 刘星 通讯员 李华 任凯

本报讯 针对基金监管面临的新形势、新要求,市医保局结合实际,充分依托智能平台,创新闭环监管模式,着力强化市县联动,实现基金监管的精准高效。截至今年10月底,全市共查处违规协议医疗机构77家,追回医保资金187.2万元,行政处罚2.4万元。

智能监控精准查。2019年以来,市医保局充分发挥第三方合作企业专业力量,不断完善以远程视频监控系

统、智能审核系统、电子地图定位系统“三位一体”的智能监控平台。通过电子地图定位系统预警信号提示,结合医保相关数据,重点对出院人次环比增长较快、出院人次较高等定点医疗机构开展费用数据筛查,并据此对涉嫌骗取医疗保险基金的重点线索,组织稽核人员实施精准查处。

综合施治快速查。市医保局高度重视基金监管工作,去年在全省首家成立基金安全管理中心,今年按照基金监管规范年要求,出台多项制度文件,对监管人员开展系列培训,并

拨出12万元专款购置办案设备,升级监控系统,平均每24小时就可对医疗机构上传数据筛查一遍,对异常数据5小时内就可开展现场核查。通过移动监管设备,对现场检查发现的问题和线索,当场下达询问笔录和现场检查记录单锁定证据,再通过大数据对问题线索进行筛查核对,定量定性。情节轻微的,予以协议处理;情节严重的,提交案审会予以行政处罚。

统筹力量分组查。基金监管涵盖医学、药学、财务、信息、法学等较

多学科领域,专业性较强。市医保局根据现有人员业务特长,对市、县区监管人员进行分类编组,集中力量、科学分工,有效提升基金监管工作效能。其中,数据分析组主要负责筛查日常数据,提取异常数据,拿出分析结论;现场检查组主要负责进行现场突击核查,搜集并发现问题,锁定证据,下达文书;数据核对应主要负责对医院套取医保资金量的计算和认定;案件管理组主要负责提出处理意见,明确裁量尺度,下达处理结论。



近日,市医保局联合相山区医保局夜查长征医院医保台账,加强医保基金监管,打击欺诈骗保行为。

■摄影 通讯员 张雨露

## 突击夜查

# 对照工作清单 逐条逐项落实 市医保局 做好年终迎检各项准备

■记者 刘星  
通讯员 李华 张书砚

本报讯 为确保年度基金监管工作任务顺利完成,市医疗保障局结合省目标考核任务,多措并举,扎实做好年终迎检各项准备工作。

分解任务,落实责任。市医疗保障局通过对年终综合目标考核工作进行认真梳理,具体细化了12项工作任务,并进一步明确责任人、责任单位和完成时限,通过每半月调度一次,确保各项工作落实到位。

提高认识,形成合力。通过学习研讨,使各责任单位充分认识到

年终考核的重要性和紧迫性,树立全局上下一盘棋的思想,紧紧围绕各自承担的目标任务,认真对照工作清单,逐条、逐项把工作做实做细,同时加强对各县区局的督察力度,全力做好迎接考核准备,形成齐心协力迎接考核的氛围。

查漏补缺,做好归档。按照条条分块的原则,全面分类整理各项资料,从每一个细节入手,积极查漏补缺,对各类文件档案、案件卷宗等资料进行收集并分类归档,对需录入各类网站平台的信息及时上传,对需曝光的典型案列及时曝光,对需追缴的医保资金及时追缴到位,做到不留死角,不留空档。

# 市医保医师管理系统 开发工作启动

■记者 刘星 通讯员 王海振

本报讯 日前,市医疗保障局正式启动医保医师管理系统开发,强化对医保医师的全方位监督管理,确保医保基金规范使用。

据悉,医保医师管理系统是我市医保信息化建设的重要分支,按照我市医保信息化建设要求,依托全省统一的技术体系和架构,在异地医保医师管理系统的基础上进行建设,无缝衔接本地服务器,实现本地化管理。

系统主要包括医保医师规则管理、医疗机构与医保医师基础数据库、医疗机构与医保医师档案管理、信用管理、黑白名单管理、信用修复管理、奖惩建议、信

用发布等功能。系统投入使用后,对医保医师进行实时、动态监控,有效减少随意乱开大处方、重复检查、乱收费、套取医保基金等违法违规行为,减轻参保人的医疗费用个人负担,维护参保人的合法权益,减少医保基金“跑冒滴漏”现象发生。同时,系统将按照我市医保医师年度考核办法,对登记在册的医师进行考核,并自动录入系统。

截至10月底,市医疗保障局已对17名医保医师进行扣分处理,起到警示和震慑作用。下一步,将进一步加强医保医师常态化监管,推进医保基金精细化、智能化、全方位、全天候管理,推动我市医疗保障事业高质量持续发展。

# 市医保局“内外兼修”保障基金安全运行

■记者 刘星 通讯员 李华 秦琦

本报讯 今年以来,市医疗保障局突出加强基金监管规范化建设,通过“内外兼修”,形成基金监管合力,有效保障医保基金安全运行。目前,已智能审核132家医疗机构,扣除违规资金共计950.6万元,全市医疗机构拟退回违规资金3286.15万元,取得初步成效。

内强素质,完善监管工作机制。设立专职机构和人员。经市编办批准

在全省首家设立基金安全管理中心,配备专职人员,打造专职稽核监管队伍;建立分级监管机制。出台《关于进一步明确市、县区医保局部分医保工作职责的通知》,着力构建全市层次清晰、运转高效的医保监管工作机制。完善内部监管流程。出台《淮北市医疗保障基金监管举报线索处理暂行办法》,畅通举报渠道,明确办理路径。成立案件审理委员会,规范稽核协议

单”(稽核处理决定书、内部基金监管流转单和监管查处基金追回通知单)实现监管无缝对接。建立基金监管信用体系。出台《淮北市医疗保障基金信用管理办法》,编制基金使用信用主体八项管理目录,对失信的医药机构、医保医师和参保人,按照守信激励失信惩戒原则纳入市信用管理服务平台予以曝光。

借助外力,开展联合监管。成立由市政府主要负责人任组长,14个有关部门负责人任成员的高规格医疗保

险基金督察综合执法领导小组,联合出台相关文件;加强与纪委监委、卫健、市场监管等部门的信息互通,将严重违法违规定点医药机构纳入防控重点,形成监管合力。设立医保基金监管人才库,聘请社会监督员。开展综合执法,实施驻点督察。市级由卫生健康、市场监管、医保部门牵头成立三个综合执法驻点督察组,针对市属30家医疗机构开展驻点督察,县区政府同步实施,努力打造多部门综合执法齐抓共治的大格局。

# 守好参保群众“救命钱” 杜集区医保局 筑牢医保基金安全屏障

■记者 朱冬 通讯员 陈令武

本报讯 杜集区医保局自成立以来,不断增强安全意识和风险意识,加大医疗保障反欺诈骗保工作力度,坚持教育和处罚相结合、传统监管和智能监控齐发力,落实医保基金安全管理主体责任,切实守护参保群众的“救命钱”。

加大宣传力度。组织发放各类宣传资料2万余份,利于两定机构流动字幕显示屏滚动播放打击欺诈骗保宣传标语、微信公众号推送宣传打击欺诈骗保的知识、投诉举报电话等措施,加强舆论引导和正面宣传,引导公众正确认知、主动参与医保基金监管工作,增强社会监督能力,营造全社会广泛知晓、积极参与、支持的良好氛围。

提高教育深度。一方面组织两定机构开展业务学习,加强政策培训,并要求辖区内医疗机构进行自查自纠,深入认真梳理排查涉及基金方面的各种问题,建立问题整改台账,进一步完善细化风险防控

措施;另一方面及时组织医疗机构医务工作者签订维护医保基金安全、学习医疗保障政策的承诺书。强化医务人员责任意识、法规意识、服务意识,主动规范服务行为,时刻提醒和警示自己,坚决抵制欺诈骗保行为。

健全监管机制、加大处罚力度。一方面与定点医药机构签订服务协议,加强协议管理,充分利用现代信息化技术,以系统数据筛查为基点,实现基金监管从单方面人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变,利用医保智能监控系统筛查和人工抽查检查对医疗机构临床诊疗行为进行引导和审核;另一方面,建立并完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度。加强与卫生健康、药品监管部门、司法机关的协同配合,对查处的违规行为,实行严打,今年通过综合执法督察,对20家一级及以下医疗追回违规医保基金78.3万元,形成高压态势、震慑作用,提高医药机构违反服务协议、法律法规的成本。

# 烈山区医保局 约谈违规医药机构

■记者 朱冬 通讯员 刘云

本报讯 针对童亭医院未整改到位问题,烈山区医保局联合市医保局于10月28日召开“追缴违规医保基金”约谈会。

据了解,烈山区医保局自2019年正式挂牌成立以来,按照国家、省、市医疗保障局的工作要求,始终把维护医保基金安全作为重要的政治任务,持续保持高压态势,规范基金管理。前期区医保局联合省局、市局对童亭矿医院进行“飞行检查”,共查处违规金额200余万元,童亭医院至今未上缴违规

资金。

约谈会上,烈山区医保局工作人员对童亭医院负责人、医保经办人进行了约谈,通报了“飞行检查”中发现问题,宣读了处理意见并对童亭医院整改工作提出要求。医院要加强管理,遵守法律法规,严守底线;医务工作者要严格按照相关规定执行,严禁发生虚假费用情况;要从根本上认识到违规行为的严重性,严禁类似情况再次发生。

童亭医院负责人在约谈会上填写约谈记录表并表态,一定积极配合,主动向上级汇报,尽快上缴违规资金。

# 相山区医保局“双管齐下” 推进综合执法驻点督察

■记者 徐志勤  
通讯员 张雨露 陈胜利

本报讯 为深入贯彻落实习近平总书记关于全面依法治国的重要论述,筑牢医保基金监管的制度笼子,相山区医保局联合有关部门严格执法、依法行政,对协议定点医疗机构、定点零售药店“双管齐下”,稳中有进推动驻点督察工作。

抓重点补短板强监督。为强化监督,确保政策先行,相山区医保局创新

监管手段,提升综合执法能力,以疏代堵推进综合执法驻点督察。该局不盲目起时间、定任务对医药机构的违规行为进行“一刀切”处理,按照案情特点往前赶,严格审核申诉,反复查对各类政策文件,积极与市局业务单位沟通,保证结论有理有据,不漏罚一条线索,不错罚一家医院,经得起倒查。根据驻点过程中总结出的辖区协议医药机构依法执业的现状特征,对一些共性问题点和薄弱环节发生原因进行了深刻的剖析,不断优化流程细节,温情执

法,凡有争议点,必和医疗机构医保经办人员、相关业务负责人面对面审议,督促和引导医疗机构查漏补缺,加强政策、业务技能应知应会学习,变被动处罚为主动学习,真正实现医保基金监管促进行业规范的意义。

全覆盖式检查无死角。依据市、区职权划分,该局组织卫健、财政、审计、市场等部门人员开展打击欺诈骗保专项行动,目前已检查全区131家协议医疗机构、195家协议零售药店。其中,现场驻点督察32家医疗

机构,相关审核核查工作全部完成,进入收尾阶段,拟追回违规金额160万余元;夜间突击检查13家医疗机构,已追回违规金额170万余元;对现场督察存在发现违规现象的44家单体药店分类处理,21家药店完成警示约谈,23家收到处理决定书,已追回违规金额5026.5元。通过外部监管唤醒医保协议医药机构行业自律的内部驱动力,切实把督察成果转化为促进医保基金健康发展的动力,更好地服务广大参保群众。

# 烈山区医保基金驻点督察组规范稽核协议流程 确保案件处理合法合规

■记者 徐志勤 通讯员 刘云

本报讯 今年6月至8月,烈山区医保基金驻点督察组对辖区内定点医疗机构展开了驻点督察,通过建立“一书两单”实现监管无缝对接,并在规定时间内完成申诉核查工作,确保稽核卷宗及时归

档。督察期间,定点医疗机构根据违规行为表述递交申诉材料,烈山区医保局经办人员结合医疗机构前期自查自纠工作,对申诉材料认真开展核查,逐条排查驻点督察检查结果与智能扣款重合部分,根据抽查病例计算违规率,保证处理结果精

确无误。

11月3日,该区医保局开展驻点督察现场会议,邀请区纪委监委、驻点督察领导小组成员参会。区医保局基金监管负责人逐一介绍了违规案件情况及处理建议等,参会人员就案件的处理进行了询问并发表意见,形成了一致处理意

见。

此次会议本着公开透明的原则,目的是在稽核案件处理工作中广泛听取意见,确保案件处理合法合规,切实发挥好违规案件处理的震慑作用。目前,烈山区医保局拟追回违规资金共计130余万元,稽核工作取得初步成效。