

热点

《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》今起实施 “赠送米面油”诱导虚假就医购药即是骗保

4月1日起,《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》(以下简称“细则”)正式实施。这部共5章46条的配套规章,将此前《医疗保障基金使用监督管理条例》原则性的监管要求细化为可执行、可定性、可追责的具体规则。

国家医保局数据显示,《医疗保障基金使用监督管理条例》近5年全国累计追回医保资金约1200亿元。此次细则为医药机构划定了行为“红线”,也为参保人员立下了清晰“底线”,明确了行为后果。

■采写:新快报记者 程羽

“送鸡蛋”诱导虚假就医即为骗保

针对医药机构和参保人员,细则用大量篇幅明确了各类违法违规甚至骗保行为的界定标准和处罚后果,轻则暂停医保结算,重则移送公安机关追究责任。

据介绍,此次细则重点打击以“车接车送、减免费用、购药赠送米面油”等方式进行骗保的问题和倒卖药品、非法买卖“回流药”等问题。

对于医院、药店等定点医药机构而言,以往一些“打擦边球”的操作,例如“车接车送、减免费用、赠送米面油”等,如今均被明确界定为骗保,处罚力度大幅提升。新规明确,通过“送鸡蛋、免车费、包吃住”等方式,诱导他人冒名或虚假就医、购药的,直接定性为骗保。如果机构主观上就是以骗保为目的,通过虚假宣传、减免费用等方式组织患者就医,将被从严追责。

针对“回流药”乱象,细则作出清晰界定,比如参保人员将医保基金已支付的药品、医用耗材、医疗服务项目等进行转卖的,可认定为转卖药品行为。

倒卖“回流药”的药贩子等职业骗保人如何认定?对于个人长期或多次向不特定交易对象收购、销售基本医疗保险药品的,可以认定以欺诈骗保为目的。

“协助造假”难逃追责

“协助造假”同样难逃追责。如果患者拿着他人医保卡来开药,医生明知实情仍配合开方;或是机构组织患者多开药,再低价收购倒卖医保药品,这些行为都属于骗保,不仅会被追回违规费

用,还可能被解除医保定点资格。

在按病种付费(DRG/DIP)模式下,把轻病“包装”成重病、低费用病种“升级”为高费用病种,以此套取更多医保基金的,也均在严厉打击范围内。

值得注意的是,“不配合调查”后果严重。细则详细列举“拒不配合调查”的情形,包括拒绝进入现场检查、阻碍询问、拒不提供资料、提供虚假材料、辱骂威胁检查人员等。细则第十七条规定,对涉嫌骗保且拒不配合的机构,可以暂停医保结算,直到配合调查为止。

“借卡给别人用”属于骗保

对参保人员,细则明确规定,“借卡给别人用”“转卖药品”“两头报销”“冒名就医”“虚假申报待遇”等行为均属于骗保范畴。

“将本人医疗保障凭证长期交由他人使用,接受返还现金、实物或其他非法利益的”,可以认定为以骗取医保基金为目的。为确保就医者为参保人本人,以防范医保基金被冒用、盗用的风险,看病就医需同时携带本人有效身份证件和医保凭证,完成“人证合一”核验后才能正常使用医保报销。

针对“冒名就医”的情况,细则明确,“凭借其他参保人员从定点医药机构开具的医药服务单据、处方就医购药,实际享受医疗保障待遇的”,属于以骗取医保基金为目的。拿别人的处方、用别人的单据去开药,同样是骗保。

将同一笔医药费用申报两次以上、将已由工伤保险基金支付或第三人负担的费用再找医保报销,也可能违规。如果查出,不仅要退回钱,还可能面临处罚。

提供虚假材料或隐瞒相关事实,获得医疗救助待遇、门诊慢性病和特殊疾病待遇、异地长期居住人员待遇、生育津贴等医疗保障待遇的,可以依照规定处罚。那些伪造异地居住证明骗待遇的行为,都在打击之列。



■广州一医院为患者提供医保报销指导等服务。

新华社(资料图)

智能监管体系全面升级 建立“事前事中事后”三道防线

目前,全国基本医疗保险参保人数超过13亿人,医保基金收支规模巨大。与此同时,欺诈骗保的手段也在“升级换代”。从早期的“冒名就医”“虚假住院”,发展到“挂床住院”“诱导住院”,再到利用DRG/DIP支付方式的漏洞“高套病种”。单靠“人工抽查”“事后追查”难以应对。

因此,在监管职责方面,细则特别提出,“医疗保障行政部门建立医疗保障基金智能监管管理制度,健全事前、事中、事后相结合,全流程、全领域、全链条的智能监管体系”,贯穿从参保登记到费用结算的每一个环节,覆盖住院、门诊、药店、生育保险、医疗救助等所有基金支付范围,打通“医院—患者—医保”三方数据,串联“开方、配药、结算、追溯”各个环节。在具体运转上,这套智能监管体系在“事前、事中、事后”均建立了三道防线。

1 事前把好入口关

细则第九条要求定点医药机构“积极应用医保码(医保电子凭证)、视频监控、医疗保障信息业务编码、药品耗材追溯码”,并“及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据”。这意味着,所有定点机构的资质、人员、药品进销存等信息,在发生医疗服务之前就已进入系统监控范围。针对医药机构未按规定使用药品耗材追溯码的情况,细则明确可依照条例处罚。

2 事中违规即拦截

当患者就医结算时,智能系统进入实时审核状态。以药品追溯码为例,如果同一盒药短时间内出现在不同地区、不同患者的结算记录中,系统会判定为“疑似回流药”并自动拦截报销。细则第二十二条要求“加强对定点医药机构相关人员医疗保障支付资格管理”,医生的医保处方权就像驾照分一样,一旦出现“高套病种编码”等违规行为,系统不仅拦截当次结算,还会自动记录到医生个人档案。第二十三条更是明确“采取高套或低编病种(病组)编码等违反

医保支付方式管理规定的”,可以认定为属于违规,对DRG/DIP编码的违法提出清晰界定。

3 事后追查无死角

对于已经发生的费用,智能监管体系通过大数据分析进行“回头看”。细则第三十条规定,医疗保障行政部门“应当通过当场查获、应用药品追溯码、调阅视频监控记录等方式查明转卖药品的违法违规行为”。也就是说,药品追溯码成为事后追查的关键线索,一盒药从出厂到患者手中,每一次扫码都留下痕迹,一旦发现回流倒卖,可精准追溯到源头和责任人。

细则第三十五条进一步明确,对于按病种付费下的基金损失,可以通过“应当编入与实际编入两个病种之间的医疗保障基金支付标准的差额”等方式进行计算,为事后追责提供了可操作的技术路径。而第三十七条则理顺了经办机构与行政部门的衔接机制,明确“医疗保障经办机构应当及时向医疗保障行政部门移送案件线索”。

值得关注的是,细则在多个层面同时体现了便民导向,比如针对异地就医“报销难、监管扯皮”的痛点,第十五条就提出了“医疗保障行政部门应当健全跨省异地就医基金使用监管机制,完善区域协作、联合检查等工作制度,落实就医地和参保地监管责任”。政策全面落实后,广东在省内异地就医流程上是否会有进一步简化、报销比例界定是否有新调整,本报将持续追踪报道。

