

覆盖全国 2022国家医保基金“飞行检查”启动

血透、骨科、心内等是重点检查对象 将加大对数据分析力度

2022国家医保基金“飞行检查”日前正式启动。虚假病历、冒名顶替、过度治疗、不合理用药,种种不合理不合规的诊疗,增加了患者看病的负担,还侵蚀了国家医保基金。鉴于此,近年来,“三医联动”改革、“飞行检查”、“回头看”,从药品前端到使用再到事后监管,医疗领域反腐行动持续扩大。

业内人士表示,今年以来相关部门加大监管力度,有力震慑了行贿腐败、医保骗保、带金销售等违法违规行为。医疗卫生领域部分人员利用职权之便,在岗位调整、职务晋升、药械销售、工程项目承揽等方面为他人谋取利益的行为,已经成为新时期监管部门重拳打击的“医疗腐败顽疾”。



血透、骨科、心内等是重点检查对象

7月8日,国家医保基金“飞行检查”黑龙江启动会在哈尔滨召开,这意味着,2022年度全国医保基金“飞行检查”正式启动。据悉,此次黑龙江检查组“飞行检查”将持续10天左右,对2家医疗机构中纳入医保基金支付范围的血液透析治疗、高值医用耗材(骨科、心内科)使用等情况开展检查,对通过伪造医学文书、虚构医药服务项目等方式骗取医保基金的行为进行严厉打击。

国家医保局党组成员、副局长颜清辉表示,“飞行检查”已成为医保领域行之有

效的监管手段,对巩固打击欺诈骗保高压态势,深度净化基金运行环境起到了重要推动作用。下一步进一步发挥“飞行检查”的震慑作用和示范效应,推动医保基金监督管理水平提升。

据悉,此次“飞行检查”将覆盖全国31个省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团的医保基金。此外,飞检还将重点检查基金使用内部管理情况,财务管理情况,病历相关资料管理情况,药品和医用耗材购销存管理情况,和分解住院、挂床住院、违反诊疗规范、违规收费(包括违规收取

新冠病毒核酸和抗原检测费用)、串换项目、违规采购线下药品、未按要求采购和使用国家组织集采中选产品等行为。

国家医保局基金监管司司长蒋成嘉表示,大型公立医疗机构分解住院、过度诊疗、拆分收费、重复收费等行为仍未肃清,基层医疗机构挂床住院、虚假治疗、超限用药等情况普遍存在。各种新兴的骗保手段不断涌现,如定点医疗机构与耗材供应商内外勾结,“套标”使用耗材进行联合骗保;又如,医院各部门伪造耗材供应商销售清单、发票、手术记录等协

同骗保。

根据国家医疗保障局发布2021年度医保基金“飞行检查”报告显示,对全国29个省份的68家定点医疗机构(三级医院29家、二级医院15家、一级医院22家、医养结合机构2家)检查,发现涉嫌违法违规使用医保基金5.03亿元。

其中,重复收费、超标准收费、分解项目收费问题最多,被检查的68家定点医疗机构中59家存在此类问题,涉嫌违法违规金额1.5亿余元,占涉嫌违法违规总金额30%。

零容忍 严查“靠医吃医”套路

近日,中纪委刊发《纠治医疗腐败顽疾》一文指出,与以往收受红包等方式相比,在医药购销环节做手脚、拿回扣的形式更为隐秘。而在医疗器械设备、耗材采购上攫取私利,医院多付的成本最终会转嫁给患者,加重了患者就医负担,侵害了群众切身利益。

中纪委文章中指出,药品“回扣式”销售是个公开的秘密,部分医药商每隔一段

时间会派专人来医院,给医生、科室负责人、相关分管领导送信封装好的现金,金额根据受贿者职务从几万到十几万不等。而且他们一般混在患者队伍里面,很难被辨别出来,因而监管也成了难题。

而在实际操作中,瓜分医药购销回扣这块“蛋糕”的利益群体,远不止临床业务医生和相关负责人。此外,从业务部门到综合部门,医药购销领域的腐败利益链条

较长,往往“查处一个带出一串”。“关键少数”把医院管理权异化为谋取私利的工具,成为医药企业的“主攻对象”。

究其原因,与其他行业相比,医疗行业由于专业性很强,信息不对称的情况更为明显。部分医生通过比患者拥有更多疾病信息的优势,提供昂贵而不必要的医疗服务,甚至以多种方式套取医保资金,侵蚀群众的“救命钱”。

黎川县纪委监委驻县卫健委纪检监察组组长全新敏表示,这些“套路”多表现为:量身定做“假病历”,通过挂床住院、虚记医疗服务费用套取医保基金;擅自篡改病种,把不能补偿的病种改为补偿范围内的病种,“违规”住院;故意把病情讲得非常严重,开大处方,将只需门诊的病开成需要住院的病,把小手术改成大手术等。

打通“大数据”彻查力度升级

今年5月,国家医保局宣布,全国统一的医保信息平台已在全国31个省份和新疆生产建设兵团全域上线,为13.6亿参保人提供医保服务。平台可实现医保业务编码标准统一、数据规范统一、经办服务统一,实现国家、省、市、县四级医保信息互联互通、数据有序共享,医保与多部门和医疗机构、药店等单位的信息共享。

国家医保局规划财务和法规司司长王文君表示,全国统一的医保信息平台建成后,将加快实现全国药品耗材编码标准化,推进“带码招标、带码采购、带码

结算”,便于数据在全国范围互认、流转、共享,促进省际间价格信息互联互通、更加透明。

大数据下,通过线上采购,公立医疗机构采购药品从药企挂网到产品进院,以及临床使用和医院回款全过程信息会、数据化,有利于主管部门监测医院用量、药品价格、产品供应、货款结算,不仅有利于开展药品带量采购,规范公立医院临床用药,甚至可以从中发现医保支付是否存在问题。

值得注意的是,此次飞检就将加大对数据分析力度。根据飞检实施方案,增加

第三方机构人员负责数据筛查分析等工作。结合检查重点,提前提取指定范围内医保结算数据、医院HIS系统数据等,开展前期筛查分析。

业内人士表示,大数据下的医疗机构,虽然不是完全透明,但能通过历史、区域对比看出差异,找到问题。同时,数据积累下,小问题也会被放大,违规的隐秘性将大幅度降低。

大数据应用将更为广泛。据悉,目前已有地方上线“合理用药在线审方系统”,对于门急诊处方及住院医嘱,智能审核单个处方或住院医嘱,只需0.2秒,不适宜的

处方或医嘱在医师开具的同时即被拦截提醒。

根据江苏省常熟市纪委监委驻市卫健委纪检监察组相关负责人介绍,为确保审核的准确性和科学性,智能审核只是为进一步的专业评估提供了基础,卫健委邀请专家针对发现的不适宜处方医嘱在适应症、用法用量等方面进行规范性和合理性点评。此后,专家组在严谨评估基础上将汇总出的不合理处方提交给市卫健委,作为对医师进行不良执业行为记分的依据。截至目前,已有32名有不良执业行为的医师被记分。