

两部门发文鼓励社会各界参与医保基金监管

开发举报投诉管理系统确保凡举必查

将所有违法违规行为
纳入举报范围

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。

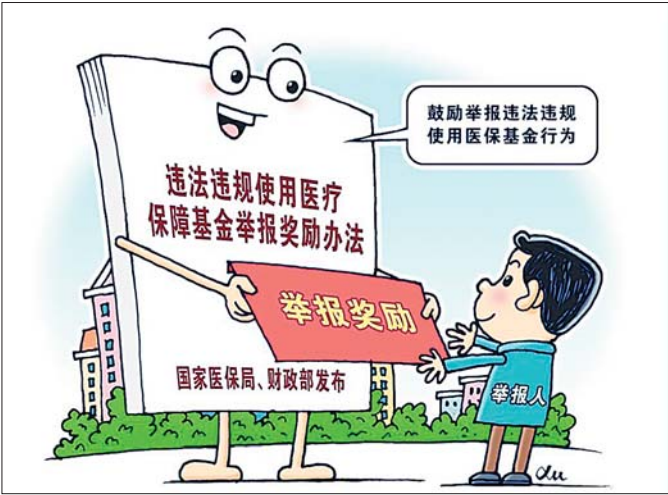
国家医保局成立以来,不断探索创新基金监管方式,积极鼓励和支持社会各界参与基金监管。2018年11月,国家医保局会同财政部联合印发了《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》(以下简称《原奖励办法》),建立起对举报欺诈骗保进行奖励的制度。

目前,全国31个省(自治区、直辖市)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人次,发放举报奖励近500万元,天津、浙江、广西等三省(区、市)单人次获最高奖励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。

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,《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》等法规、规章相继出台,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》是原办法的升级版,不仅明确把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10万元提至20万元,并设置了最低200元的奖励金额下限。

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、财政部联合制定《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》(以下简称《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、兑付、收回等内容,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。



图片据新华社

畅通渠道、优化流程
方便人民群众参与监督

为方便群众举报,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
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(举报时提供了真实有效的联系方式),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責

高额举报奖励有诱惑力,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,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。

据人民日报

国务院、中央军委日前批转了公安部、中央军委政治工作部、中央军委后勤保障部《关于调整规范军人家属随军及落户有关政策的意见》。

意见明确,现役军官(含警官)和三级军士长以上军士(含警士),以及驻国家、军队确定的艰苦边远地区、三类以上岛屿和西藏自治区部队服役的一级上士,其配偶和未成年子女,无独立生活能力的子女,经旅(团)级以上单位的工作部门批准,可以随军;驻京部队军人家属随军有关政策由军队参照党中央关于北京市新增落户审批和管理文件精神另行制定,新政策出台前仍暂按现行有关政策执行。军人配偶符合到军人所在单位驻地自主落户条件,经驻地人民政府有关部门批准且办理落户手续的,落户30日之内,军人应当向所在旅(团)级以上单位的工作部门报告和备案。

这次调整规范军人家属随军及落户有关政策,是贯彻落实军事政策制度改革部署的实际举措,对增强部队凝聚力战斗力具有重要意义。

据新华社

神舟十五号载人飞行任务27日进行了最后一次全区合练和全系统气密性检查。目前,火箭、飞船及发射场各系统状态良好,已完成火箭加注前的一切准备工作。

当日的酒泉卫星发射中心迎来风雪交加的低温天气,最高气温降至零摄氏度以下。这是酒泉卫星发射中心在神舟四号发射任务之后,第二次在冬季严寒天气下执行飞船发射任务。

低温环境对处于室外的加注推进剂、非标塔勘设备性能会产生不利影响,给飞船和火箭等飞行产品的空调保障增加了难度,也让发射场供配电等能源供应系统面临严峻考验。为此,发射场从技术、管理、质量和操作等方面深入分析识别风险隐患,制定防控措施和应急预案,开展专项设备复查、运行检查和应急处置演练。

神舟十五号船箭组合体运抵发射区后,已经完成了飞船和火箭功能检查、匹配检查,组织了全系统发射演练,后续将按程序进行火箭推进剂加注和发射工作。

“针对这次低温发射特点,发射场各系统持续开展设施设备状态复查,我们有准备、有信心、有能力完成发射任务。”酒泉卫星发射中心副主任王学武说。

据新华社

门诊慢特病治疗费如何跨省直接结算

国家医保局:两种情况仍然需要参保人回参保地手工报销

国家医保局日前发布《门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算攻略》,针对参保人员关心的能够跨省直接结算的门诊慢特病病种等问题给出解答。

哪些门诊慢特病相关治疗费用能够跨省直接结算?

国家高度重视跨省异地就医直接结算公共服务优化,目前,全国住院费用跨省直接结算稳定运行,在普通门诊费用跨省直接结算统筹地区全覆盖的基础上,全国97%的统筹地区实现了高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗5种门诊慢特病相关治疗费用的跨省直接结算。

参保人如何了解自己异地就医是否享受门诊慢特病待遇?

参保人享受门诊慢特病待遇需要先按照参保地规定进行门诊慢特病资格认定。参保人完成异地就医备案后,可以登录国家医保服务平台APP,在“异地备案”服务专区,点击查询服务下的“异地就医更多查询”,选择“门慢特资格”,查询自己的门诊

慢特病资格认定信息,以及按照参保地要求选择的门诊慢特病就诊的定点医疗机构信息。

哪些医疗机构可以提供5种门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算?

目前,各地正在有序扩大门诊慢特病费用跨省联网定点医疗机构范围。参保人就医前,需先查询就医地定点医疗机构门诊慢特病结算开通情况,可登录国家医保服务平台APP,在“异地备案”服务专区,点击查询服务下的“异地联网定点医药机构查询”,选择就医地,输入定点医疗机构名称,查询定点医疗机构门诊慢特病结算开通情况及支持病种;也可以点击“更多筛选”,在“开通类别”中选择门诊慢特病,查询就医地开通的所有门诊慢特病费用跨省联网定点医药机构。

特别提示:参保地如需参保人在本人选定的门诊慢特病定点医疗机构就医的,或对就医定点医疗机构有等级要求的,参保人要按照参保地相关规定执行。

参保人应该怎么做,才能在

医院直接结算5种门诊慢特病的相关治疗费用?

参保人持医保电子凭证或社会保障卡,到已开通门诊慢特病直接结算服务的定点医疗机构就医时,在挂号、门诊就诊、结算等环节,需主动告知跨省就医参保人身份和享受的门诊慢特病病种资格。定点医疗机构需查询获取门诊慢特病病种资格认定信息,方便医生提供合理诊疗服务。医生会按照就医地管理要求,专病专治,合理用药,参保人在结算窗口持医保电子凭证或社会保障卡结算,本次就医属于门诊慢特病相关治疗的医疗费用按照病种单独结算;如果同时发生了与门诊慢特病治疗无关的其他医疗费用,会按普通门诊费用和门诊慢特病相关治疗费用分开结算。

哪些门诊费用暂时不能直接结算?

考虑到普通门诊和门诊慢特病报销水平一般不同,为了避免影响参保人待遇水平,减少定点医疗机构反复退费重结的事务性负担,以下两种情况仍然需

要参保人回参保地手工报销:

一种是如果本次就医定点医疗机构没有开通门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算服务,所有门诊慢特病相关治疗费用都不能实现跨省直接结算。注意不要按照普通门诊费用跨省直接结算,需按参保地规定在定点医疗机构全额自费结算后,回参保地手工报销。

另一种是如果本次就医的定点医疗机构开通了门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算,但是参保人的门诊慢特病不属于高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗,发生的医疗费用也不能实现门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算。注意不要按照普通门诊费用跨省直接结算,需按参保地规定在定点医疗机构全额自费结算后,回参保地手工报销。跨省异地就医参保人一定要通过国家医保服务平台APP查询自己的门诊慢特病资格认定信息,对自己能够享受的门诊待遇了解清楚。

据北京日报

神舟十五任务进行最后一次全区合练



扫码下载齐鲁壹点
找记者 上壹点

编辑:彭传刚 美编:陈明丽 组版:刘森