

智库圆桌(第62期·总181期)

## 守住医保基金安全底线

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”。今年5月,国务院办公厅发布《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》提出,加快构建权责明晰、严密有力、安全规范、法治高效的医保基金使用常态化监管体系,坚决守住医保基金安全底线。本期特邀有关专家围绕相关问题进行研讨。



为何说医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”?保障基金安全运行意义何在?

应亚珍(首都医科大学国家医疗保障研究院副院长):党的二十大报告提出,社会保障体系是人民生活的安全网和社会运行的稳定器。医疗保障是社会保障的重要组成部分,用好每年近3万亿元的医保基金,对减轻人民群众就医经济负担、促进社会公平、维护社会稳定具有重要意义。

党中央高度重视人民健康,建立起覆盖全民的基本医疗保障制度。截至2022年底,全国基本医疗保险参保人数达13.46亿人,参保覆盖面稳定在95%以上,参保质量持续提升。其中,职工医保3.62亿人,居民医保9.83亿人,农村低收入人口和脱贫人口参保率稳定在99%以上,助力近1000万户贫困居民成功脱贫。

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”,其用途在相关法律法规中有明确规定。社会保险法规定,医保基金支付范围为符合基本医保药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用。《医疗保障基金使用监督管理条例》规定,医保基金使用坚持以人民健康为中心,保障水平与社会发展水平相适应,遵循合法、安全、公开、便民的原则。到“十三五”时期末,我国职工医保和居民医保政策范围内住院费用基金支付比例分别达85.2%和70.0%，“十四五”期间保持稳定。职



医保基金监管点多、线长、面广,如何加强医保基金使用常态化监管?

郑杰(国家医保DRG付费技术指导组组长、北京市医疗保险事务管理中心主任):加强医保基金使用常态化监管,对保障医保基金安全运行、提高基金使用效率、规范医疗服务行为、减轻群众看病就医负担具有重要意义。医保经办机构作为基金安全的“守门人”,其日常审核结算是维护医保基金安全的重要一环。

医保经办机构是负责有关基本医疗保险各项业务落地的部门,主要职责包括:负责基本医疗保险基金的筹集、管理;负责与定点医疗机构、定点零售药店签订基本医疗保险服务合同,并对其履行情况进行监督;负责基本医疗保险费的结算和支付;负责编制基本医疗保险基金的预算、决算;行政主管部门赋予的其他职责。近年来,全国各级医保经办机构通过规范审核结算,加强经办核查,完善履约考核,实现对医保基金日常管理的常态化。在常态化监管过程中,全国医保经办机构对定点医药机构的管理工作主要体现在四个方面。

一是负责医保基金日常审核结



飞行检查是一种怎样的检查机制?在医保基金监管中取得哪些积极成效?

孔凡旭(黑龙江省医疗保障局飞行检查督察员、基金监管处处长):飞行检查是指国家和省级医疗保障行政部门组织实施的,对定点医药机构、医保经办机构、承办医保业务的其他机构等被检查对象不预先告知的现场检查监督。近年来,国家医保局联合多个部门持续组织开展飞行检查,取得积极成效。

国家医保局2019年开始探索建立飞行检查机制,在有关部门配合下,4年来累计查出涉嫌违法违规资金43.5亿元。2022年组织了24个飞行检查组,完成了对华中科技大学同济医学院附属同济医院的专项飞检和赴23个省份的年度飞检,共计抽查了48家定点医疗机构,包括三级公立医院40家、三级民营医院3家、二级以下民营医疗机构5家。发现普遍存在重复收费、超标准收费、分解项目收费;46家存在串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施;43家存在将不属于医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算;39家存在过度诊疗、过度检查、超量开药等。

医保基金安全稳定运行事关每一位参保人的切身利益。近年来,飞行检查经过不断摸索和创新,法治思维不断树

## 医保基金是看病钱救命钱

工医保门诊统筹全面实施,政策范围内支付比例从50%起步。北京、上海等地开展了较高水平的居民医保门诊统筹。2018年以来,国家医保局加快建设覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系,着力巩固发展基本医疗保险、大病补充保险和医疗救助“三重保障”制度体系,通过待遇保障政策优化、医保三大目录统一规范、药耗集中带量采购、医保支付方式推进等多项重点改革,发挥医保基金战略性购买作用。

我国以公立医院为主体的医疗服务体系建设取得长足发展,在解决群众看病就医中发挥了积极作用。随着医保制度全覆盖、保障水平逐步提高,医保支付结算与医疗机构经济运行的关系越来越重要。现阶段,在各级各类医疗机构的医疗收入中,由医保直接结算的占比平均在45%左右。因此,全过程监管医疗服务行为是必不可少的手段。医保基金使用主体多、链条长,风险点多、监管难度大。从近年的情况看,医保基金违法违规问题主要集中在四个方面:一是重复收费、超标准收费、分解项目收费;二是串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施;三是将不属于医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算;四是违反诊疗规范,过

## 加强医保基金使用常态化监管

度诊疗、过度检查、超量开药。此外,部分医疗机构还存在药品和医用耗材购销存不符、未严格执行国家组织药品耗材集中带量采购政策等问题。

医保基金监管工作量是巨大的。所要监管的两定机构(定点医疗机构和定点零售药店)超95万家,全国统一的医保信息平台日均结算量约为1800万人次,最高日均结算量约为3476万人次。国家医保局不断探索实践,积累了一些行之有效的监管经验。具体来说,可以概括为“三个结合”“五个常态化”。

第一,点线面相结合,推进飞行检查、专项整治和日常监管常态化。其中,飞行检查侧重于点,专项整治侧重于线,日常监管侧重于面。这三者有机结合、相辅相成,努力做到检查一个、查透一个、规范一个,推进医保基金监管工作不断走深走实。

第二,现场和非现场相结合,推动智能监管常态化。医保基金监管对象多、难度大,监管力量相对不足,现场检查难以及时有效广泛地覆盖,这就要求创新理念和方法,运用现代信息技术寻求破解之道,用新技术赋能。在这方面,医保智能审核监管是破解监管痛点难点问题的重要举措之一。通过智能审核推广应用,可以实现医院前端提醒、经办端事中审核、行政端事后监管

的常态化。2022年,全国通过智能审核拒付和追回医保基金达38.5亿元。

第三,政府监管和社会监督相结合,推进社会监督常态化。国家医保局致力于营造全社会共同参与的基金监管氛围,不断完善社会监督制度,畅通举报投诉渠道,全面推进举报奖励制度落实。2018年以来,仅国家医保局接到的各类举报投诉线索就达3.6万余件,全国根据线索核查共追回资金约17亿元,累计兑现举报奖励资金约703万元。同时,注重典型案例曝光,起到了警示震慑作用。

为进一步守好群众的“看病钱”“救命钱”,国务院办公厅今年5月印发《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》,明确将加快构建权责明晰、严密有力、安全规范、法治高效的医保基金使用常态化监管体系。随着异地就医结算、DRG/DIP支付方式改革、互联网+医保服务、长期护理保险试点以及门诊共济保障等改革措施深入推进,医保基金监管面临着一些新情况新问题,适应医保改革需求,处理好监管与发展关系将是医保基金监管的重要课题。

为织牢织密医保基金监管网,不给欺诈骗保等违法违规行为可乘之机,《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》提出了一系列具体举措。下一步,应通过“四个加强”进一步落实经办机构审核检查职责。

第一,加强日常检查。2022年全国医保经办机构共核查定点医药机构74.26万家,检查覆盖面超95%。

二是加强对两定机构的管理。2022年共处理两定机构33.52万家,医保处理方式和稽核约谈、拒付或追回医保费用、收取违约金、终止责任人或责任部门的医保医疗服务、中止或解除医保协议等。

四是追回资金。2022年追回定点医疗机构费用136.98亿元、定点零售药店费用1.68亿元,促进了医疗服务行为规范和医保基金支出合理规范。

例如,北京市致力于推进全链条医保经办基金管理体系建设,通过不断探索,实现了智能审核规则置入医院信息系统在医生工作站提示、人工抽单审核向智能审核转变和大数据精准定位问题追回基金损失。2018年至今,北京市

拒付或追回定点医疗机构不合理支出9226家次,合计4.42亿元,处理违规定点医药机构203家次,监管效能逐步提升,基金安全保障有力。

在取得成效的同时,也应看到,当前医保监管力量依然不足,监管执法体系尚不健全,各方监管责任有待进一步落实,医保基金监管形势依然严峻复杂。虽然个别定点医药机构“明目张胆”的骗保行为有所遏制,但“跑冒滴漏”现象依然存在,骗保手段日趋隐蔽,监管难度加大。异地就医结算、DRG/DIP支付方式改革、互联网+医保服务、长期护理保险试点以及门诊共济保障等改革措施不断推进,对建立健全医保基金监管制度和办法提出新要求。因此,亟需转变思路,建立激励机制,引导医疗机构自我管理,与医保经办机构相向而行。例如,北京医保经办机构将打造管理重心由事中和事后向事前转移、实施主体由经办机构向定点医药机构过渡的自律管理模式,形成以“信用+风险”双评价分级分类为规则,以智能化信息系统为载体,以

知识库、规则库为依据,鼓励医疗机构建立以自律为主、定期自查整改、退回违规费用、不予处罚的基金管理新机制。

为织牢织密医保基金监管网,不给欺诈骗保等违法违规行为可乘之机,《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》提出了一系列具体举措。下一步,应通过“四个加强”进一步落实经办机构审核检查职责。

第一,加强审核结算,强化数字化赋能。进一步用好医保智能审核系统,加强事前提醒、事中审核、事后核查的全过程管理。

第二,加强日常检查,强化行为规范。研究制定医保经办核查指南,推动经办机构严格履行核查职责,有序实现定点医药机构年度核查全覆盖。

第三,加强绩效考核,强化经办协议管理。持续推进定点医药机构绩效考核结果与医保付费、清算、协议续签和终止等措施挂钩,引导定点医药机构自律自我管理。

第四,加强内部管控,强化经办机构自身管理。严格落实对经办机构的内控管理要求,聚焦待遇审核、结算支付等经办关键环节,规范审核结算流程,严肃基金结算管理,实现结算更加公开透明。

的全流程防控。2022年,全国通过智能审核拒付和追回医保基金达38.5亿元。

第三,政府监管和社会监督相结合,推进社会监督常态化。国家医保局致力于营造全社会共同参与的基金监管氛围,不断完善社会监督制度,畅通举报投诉渠道,全面推进举报奖励制度落实。2018年以来,仅国家医保局接到的各类举报投诉线索就达3.6万余件,全国根据线索核查共追回资金约17亿元,累计兑现举报奖励资金约703万元。同时,注重典型案例曝光,起到了警示震慑作用。

为织牢织密医保基金监管网,不给欺诈骗保等违法违规行为可乘之机,《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》提出了一系列具体举措。下一步,应通过“四个加强”进一步落实经办机构审核检查职责。

第一,加强审核结算,强化数字化赋能。进一步用好医保智能审核系统,加强事前提醒、事中审核、事后核查的全过程管理。

第二,加强日常检查,强化行为规范。研究制定医保经办核查指南,推动经办机构严格履行核查职责,有序实现定点医药机构年度核查全覆盖。

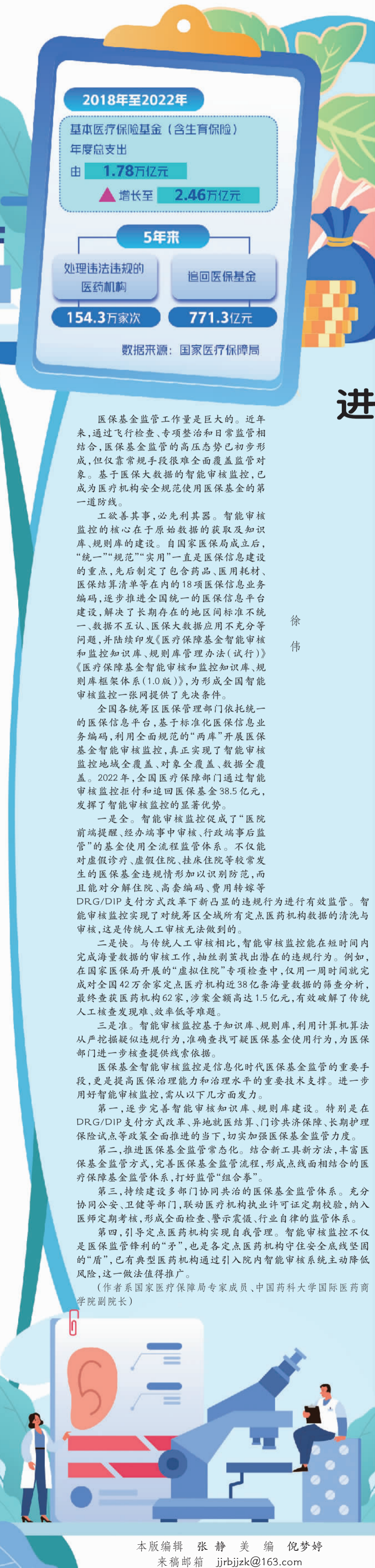
第三,加强绩效考核,强化经办协议管理。持续推进定点医药机构绩效考核结果与医保付费、清算、协议续签和终止等措施挂钩,引导定点医药机构自律自我管理。

第四,加强内部管控,强化经办机构自身管理。严格落实对经办机构的内控管理要求,聚焦待遇审核、结算支付等经办关键环节,规范审核结算流程,严肃基金结算管理,实现结算更加公开透明。

复杂性、区域性问题的作用,强调发挥“利剑”震慑的功能效应。

近日,国家医保局、财政部、国家卫健委、国家中医药局四部门联合发布《关于开展2023年医疗保障基金飞行检查工作的通知》,正式启动2023年全国飞检行动。国家医保局会同有关部门将于8月至12月对全国31个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团全覆盖飞检。此次飞检聚焦医学影像检查、临床检验、康复三大领域,时间范围为2021年、2022年医保基金使用和管理情况,必要时可追溯检查以前年度或延伸检查至2023年度。与去年相比,今年的检查对象更具体,包括定点医疗机构、定点零售药店、医保经办机构。

飞行检查是一把“利剑”,体现的是一份责任、一种精神。医保系统把飞行检查作为检验能力作风建设成果的考场,聚焦重点领域、重点机构、重点行为,直插市县,不以机构大而破规,不以问题小而姑息,切实肩负起医保基金监管责任,生动诠释了“功成不必在我,功成必定有我”的担当精神。



医保基金监管工作量是巨大的。近年来,通过飞行检查、专项整治和日常监管相结合,医保基金监管的高压态势已初步形成,但仅靠常规手段很难全面覆盖监管对象。基于医保大数据的智能审核监管,已成为医疗机构安全规范使用医保基金的第一道防线。

工欲善其事,必先利其器。智能审核监管的核心在于原始数据的获取及知识库、规则库的建设。自国家医保局成立后,“统一”“规范”“实用”一直是医保信息建设的重点,先后制定了包含药品、医用耗材、医保结算清单等在内的18项医保信息业务编码,逐步推进全国统一的医保信息平台建设,解决了长期存在的地区间标准不统一、数据不互认、医保大数据应用不充分等问题,并陆续印发《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法(试行)》《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0版)》,为形成全国智能审核监管一张网提供了先决条件。

全国各统筹区医保管理部门依托统一的医保信息平台,基于标准化医保信息业务编码,利用全面规范的“两库”开展医保基金智能审核监管,真正实现了智能审核监管地域全覆盖、对象全覆盖、数据全覆盖。2022年,全国医疗保障部门通过智能审核监管拒付和追回医保基金38.5亿元,发挥了智能审核监管的显著优势。

一是全。智能审核监管促成了“医院前端提醒、经办端事中审核、行政端事后监管”的基金使用全流程监管体系。不仅可对虚假诊疗、虚假住院“专项检查中,仅用一周时间就完成对全国42万余家定点医疗机构近38亿条海量数据的筛查分析,最终查获医药机构62家,涉案金额高达1.5亿元,有效破解了传统人工核查发现难、效率低等难题。

二是快。与传统人工审核相比,智能审核监管能在短时间内完成海量数据的审核工作,抽丝剥茧找出潜在的违规行为。例如,在国家医保局开展的“虚拟住院”专项检查中,仅用一周时间就完成对全国42万余家定点医疗机构近38亿条海量数据的筛查分析,最终查获医药机构62家,涉案金额高达1.5亿元,有效破解了传统人工核查发现难、效率低等难题。

三是准。智能审核监管基于知识库、规则库,利用计算机算法从产控掘疑似违规行为,准确查找可疑医保基金使用行为,为医保部门进一步核查提供线索依据。

医保基金智能审核监管是信息化时代医保基金监管的重要手段,更是提高医保治理能力和治理水平的重要技术支撑。进一步用好智能审核监管,需从以下几方面发力。

第一,逐步完善智能审核知识库、规则库建设。特别是在DRG/DIP支付方式改革、异地就医结算、门诊共济保障、长期护理保险试点等政策全面推进的当下,切实加强医保基金监管力度。

第二,推进医保基金监管常态化。结合新工具新方法,丰富医保基金监管方式,完善医保基金监管流程,形成点线面相结合的医疗保障基金监管体系,打好监管“组合拳”。

第三,持续建设多部门协同共治的医保基金监管体系。充分协同公安、卫健等部门,联动医疗机构执业许可证定期校验,纳入医师定期考核,形成全面检查、警示震慑、行业自律的监管体系。

第四,引导定点医药机构实现自我管理。智能审核监管不仅是医保监管锋利的“矛”,也是各定点医药机构守住安全底线坚固的“盾”,已有典型医药机构通过引入院内智能审核系统主动降低风险,这一做法值得推广。

(作者系国家医疗保障局专家成员、中国药科大学国际医药商学院副院长)