

加强城乡居民医保监管 提高医保基金使用效益

□蒋国平

2004年以来,江苏省宜兴市全面组织实施了城乡居民基本医疗保险民生工程,不断扩大参保覆盖面,参保人员达45.6万人。随着国家基本药物制度实施和公立医院改革的推进,面对新的形势,该市加强了城乡居民医保基金监督管理,建立了医保监管制度,规范了医疗机构服务行为,提高了医保基金的使用效率,确保了医保基金的安全。

建立监管队伍 加大监管力度

建立专管员队伍进行实地监督。市城乡居民医保办在每个定点医疗机构配有一名专管员。专管员的工作主要内容是宣传政策制度、核对患者信息、配合监管定点医院。患者入院后,专管员会及时核对患者身份证和医疗保险卡信息,进一步保障城乡居民医保基金的合理支出和安全使用,有效地杜绝了“冒名就医”、“蓄意骗保”、“假住院”等情况的发生。

配备专职医生实时监审。市卫生局从市人民医院、中医院等抽调了四名专职医生配合城乡居民医保的结报审核。四名审核员成立审核小组,分工定片,每位参保人住院的信息由各定点医院通过内网上传给审核小组,审核医生每天都会对信息平台中上传的结报案例进行审核,通过网上实现实时审核。这是城乡居民医保对定点医疗机构监管的重要组成部分。审核小组每周上报网上监管情况,召开分析例会,针对审核中发现的问题,采用现场抽查、电话调查

等形式加大对定点医疗机构的检查,并及时发放整改通知书,要求医院立即整改,逐步规范了医疗服务行为。

建立监管制度 规范支出行为

制订住院费用补偿定额分配办法。市医保办充分考虑了各定点医院前三年结报补偿占比情况和辖区服务参保人数占比情况后,通过科学测算,出台了城乡居民医疗保险住院费用补偿定额分配办法,对定点医院结算实行年度定额总量控制的原则;年度内住院补偿费用严格执行总量控制、超支不补的原则;实行按月补偿和年终决算的原则。制度出台以来,绝大多数定点医院采取了扎实的举措,切实降低了住院总费用水平,加强了住院指征的把握,使用基金未超过定额分配量,达到了医保基金安全运行的预期目标。

不断完善目录管理制度。为保证城乡居民医保基金运行的平稳有序,市医保办统筹考虑了门诊结报和住院结报,通盘把握了有限的基金筹集总量和群众住院实际报销水平的关系,通过科学测算,调整和完善了目录库中有关药品和诊疗项目的结报比例,使之更符合全市城乡居民医保的实际情况,并定期对各医院的目录对照工作进行督查。2011年5月,市人民医院升为三级医疗机构、全市医疗总费用快速增长影响基金安全运行,城乡居民医保办通过已知医保数据的科学测算,及时调整市人民医院的出院结报比例及医保目录库药品的结报比例,保障了基金安全及有效运行,确保了基金运行平稳有序。

严格执行单病种限额结算的规定。2013年出台了新型农村合作医疗住院费用限额结算实施细则,执行单病种限额结算政策。城乡居民医保办将审核定点医院单病种限额结算作为日常监管的一项重要内容。通过网上监管、现场检查等方式,考核各定点医院病种限额结算的落实情况,对于无故规避限额结算的病例,一经查实,严格按照定点医院服务行为协议中的相关条款进行处罚。

不断加强转外就医的审核管理。2012年出台了进一步加强城乡居民医疗保险转外就医审核管理的意见,严格转外就医申请审批制度,规范了城乡居民医疗保险转外就医程序,建立分级诊疗体系,提高医保基金使用效率,维护医保基金安全。自制度出台以来,全市转外就医人次比值均控制在10%左右,低于全省17%的平均水平。对于宜兴市医保授权转外的6家医疗机构,不仅对转外审核有新的要求,同时特别加强了对转外人次的要求,目的就是进一步规范城乡居民医保转外就医程序,建立分级诊疗体系,降低全市医疗总费用,维护医保基金安全。

不断加强外伤赔案审核力度。2012年出台了参加城乡居民医疗保险因外伤住院的相关规定,明确了外伤病人首诊医生、医疗机构、医保办、医保专管员在外伤案件审核过程中承担的职责,规范外伤病历书写,对医保专管员外伤审核提出新要求。为规范参保人就医行为和医务人员医疗服务行为,建立了城乡居民医保黑名单制度,将提供虚假信



息、蓄意骗保的参保人以及帮助参保人进行骗保的相关工作人员纳入黑名单，并根据有关规定对其进行处罚。2013上半年，医保办和中国人寿业管中心（政府购买服务）一起重点核查了8家医疗机构20多份外伤病案，并进行逐一上门调查核实，将证实提供虚假信息的6名参保人纳入黑名单，及时追回违规结报基金1.3万元。2013年城乡居民医保业务管理中心调查外伤2413件，拒赔778件，拒赔金额890万元，比上年同期分别增长88%和50%，有效防范了非补偿范围内城乡居民医保基金的不合理支出，取得较为明显成果。

推行住院病案抽查评审制度。依托市医学会成立的宜兴市病案审核专家组，对照“合理住院、合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费”的原则，定期对参保人员住院病案进行抽查评审。抽查评审的病案既有随机抽样的，也有平日网上审核时存在疑点的，对评审中发现的违规行为，按照医保政策有关规定做出相应处理，并把评审结果作为年度考核的重要内容和下发服务保证金的重要依据；同时还采取突击抽查、参与夜

查房等形式，从“五个合理”等方面加大了监管力度，共对35家定点医疗机构各种违规行为进行处罚，暂停了2家定点医疗机构住院实时结报资格。这些管理工作的深入推进，有效促进了全城市城乡居民医保制度的规范运行。

八项规定规范医疗服务行为。下发了进一步规范定点医疗机构服务行为的几点意见，共八项规定，即严禁超量随带药品、严禁超量随带医疗和检查项目、严禁随意对照上传信息、严格执行部分病种限额结算标准、严格遵守“合理住院、合理检查、合理用药、合理治疗”、严格执行物价规定标准、严格杜绝蓄意骗保行为、严格执行转诊转院的管理，对违反规定造成城乡居民医保基金损失的处以发生额3—5倍、5—10倍、10—20倍的罚款。

建立信息平台 发挥实时监督审核功能

发挥城乡居民医保信息平台的监管作用。城乡居民医保信息系统是城乡居民医保的主要信息平台，所有日常结报业务都依托于该系统，可以有效对医

院上传字段的规范性进行判断，可以通过前台调取每个病人每日实时的住院明细，审核更加及时、有效。审核医生每天对信息平台中上传的结报案例进行审核，对发现问题和达不到考核指标的医院及时发放整改通知书和预警告知书，要求医院整改，及时规范医疗服务行为，对存在问题不改正的，进行相应处罚。2013年共发放了200多份整改通知书及预警告知书；切实落实服务保证金的制约机制，全年共扣除11家医院服务保证金2.13万元。

发挥药品及诊疗项目目录库的制约作用。城乡居民医保药品及诊疗项目目录库经过近10年的运行，许多已经不适合和不能满足当前工作需要，调整后的新目录库包括药品12911种、诊疗项目及材料6079条。从保障参保群众基本医疗需求出发，将全部进口药品、部分高值药品和材料调出农保目录库，将国家基本药物目录库内的药品纳入社区目录库平台内，确保国家基本药物制度的有效落实。同时，规范了中成药使用，对中成药报销比例也作了适当调整，从政策上引导合理用药，有效控制药品费用。经过调整，从根本上规范了医院的收费行为，基本杜绝了乱收费、乱对照现象，使得城乡居民病人结报对照更加准确、规范。

进一步规范药品的使用权限。为保障参保人的基本医疗需求，对药品目录库中进口药品结报比例进行调整，要求医院使用进口药品需书面告知病人，取得同意并签字后才能使用，对医疗机构故意将进口药品对照成国产药品的违规行为进行处罚，从政策上引导医院使用廉价的国产药品，降低医疗费用。同时将药品监管平台与平时监管工作有机结合，及时对使用情况异常的药品作出调整，取得较好效果。□

（作者单位：江苏省宜兴市财政局）

责任编辑 刘慧娴