

7月起,我省调整职工医保缴费基数上下限

2021年7月1日起,我省城镇职工基本医疗保险(含生育保险)月缴费上下限基数调整。

全省按省统计局公布的2020年全省全口径城镇单位就业人员年平均工资73517元计算,确定2021年我省城镇职工基本医疗保险(含生育保险)月缴费基数上限为18379元,下限为3676元。

调整用人单位和职工个人缴纳基本医疗保险费的基数上下限,是贯彻落实《国务院办公厅关于印发降低社会保险费率综合方案的通知》和《福建省人民政府办公厅关于印发福建省降低社会保险费率综合工作方案的通知》精神,减轻企业负担的一项重要举措。

从2019年5月1日起,我省城镇职工基本医疗保险(含生育保险)缴费基数上下限计算口径,由原来按当地上年度职工(城镇非私营单位)月平均工资的60%~300%确定,修改为暂按全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%~300%确定。

若按原政策以2020年全省城镇非私营单位年平均工资88149元计算,月缴费基数上限为22037元,下限为4407元。

按2020年全省全口径城镇单位就业人员年平均工资73517元计算,月缴费基数上限为18379元,下限为3676元。

计算口径修改后,月缴费基数上限下降了3658元,下限下降了731元。预计2021年将为全省参保单位减轻职工医保缴费负担约20.9亿元,减负人数约292.33万人。

(福建医疗保障)

【一图读懂】

省医保局等三部门联合打击医保监管领域“三假”等欺诈骗保行为专项整治行动

一、整治思路

坚持“三个并重”

一是坚持全面覆盖与突出重点并重

整治对象覆盖2020年1月1日以来纳入基本医疗保险基金支付范围的所有医药服务行为和医药费用,重点聚焦“假病人”“假病情”“假票据”等欺诈骗保行为。

二是坚持预防与查处并重

持续加强打击欺诈骗保相关政策的宣传教育,坚持以案说法、警钟长鸣,全面增强定点医药机构相关人员的“底线”“红线”意识,参保人员的法律意识和社会责任意识。

三是坚持行业自律与专项治理并重

引导定点医药机构切实落实内控主体责任,规范执业行为和管理服务,建立健全医保服务、财务等内部管理机制,履行行业自律公约,构建多部门联动机制。

二、整治重点

重点聚焦“三假”等恶性欺诈骗保行为,主要包括:

1 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据;

2 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;

3 虚构医药服务项目;

4 定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的,实施的以下行为:

1.分解住院、挂床住院;

2.违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;

3.重复收费、超标准收费、分解项目收费;

4.串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施;

5.为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利;

6.将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算;

5 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

三、整治手段

包括大数据筛查、突击检查、视频监控、群众举报、病历抽查、跨部门跨地区数据比对等监督检查手段。

四、进度安排

从2021年4月至9月,为期6个月,分为四个阶段。

动员部署阶段,6月5日前完成

下发联合方案,各地结合实际各自制定实施方案。

数据筛查阶段,6月15日前完成

建立工作专班,制定数据筛查规则,开展数据筛查和分析评估,确定重点整治对象。

重点整治阶段,8月31日前完成

充分发挥部门联合优势,深挖欺诈骗保犯罪行为,查处一批大案要案,惩处一批违法犯罪嫌疑人。

总结提升阶段,9月30日前完成

认真总结分析专项整治做法、成绩和存在问题。

五、整治目标

通过打击医疗保障领域“三假”等恶性欺诈骗保行为,查处一批大案要案、曝光一批典型案件,树立一批先进典型,强化医保基金监管高压态势,确保基金安全、高效、合理规范使用,提升人民群众的医疗保障获得感。

福建省医疗保障局