

103名群众 受到国家安全机关表彰奖励

新华社北京4月15日电(记者 冯家顺)记者4月15日从国家安全部获悉,在第十一个全民国家安全教育日到来之际,国家安全机关开展了2025—2026年度公民举报危害国家安全行为表彰奖励活动,共有103名群众受表彰奖励,其中特别重大贡献奖励3人、重大贡献奖励23人、重要贡献奖励77人,受奖人数创历史新高。

据介绍,这是国家安全机关连续第8年组织全国范围的表彰奖励活动,越来越多人主动通过国家安全机关12339举报受理渠道,积极举报危害国家安全的违法犯罪行

为,自觉守护国家安全。

受表彰人员中,网络公司员工于先生举报某公司向境外出口违禁原材料产品并将国内最新生物研究数据向境外售卖,有效消除生物安全领域重大风险;科研专家吴先生,率队在我某海域执行海洋环境科考任务时,观测到境外军机投放可疑装置,指挥团队启动应急响应成功将该装置捞获,并在靠港后立即上交;务工人员贺先生,发现“海外投资信息群”群主为境外人员并在群内大肆散布政治煽动性言论,他与对方巧妙周旋,配合国家安全机关开展有关调查。

此外,还有境外人员向媒体工作者董先生表示愿意高价有偿“咨询”涉及我国政治、经济等方面的“内部爆料”,董先生举报后协助国家安全机关挖出了潜伏的境外间谍;旅游博主朱女士,在旅游期间偶遇一外籍女子向其发放反宣材料,她主动举报并全力配合国家安全机关依法查处某境外组织的非法活动。

据介绍,各地国家安全机关依据反间谍法、公民举报危害国家安全行为奖励办法相关规定,对获奖人员给予了精神和物质奖励。

共青团中央、国家安全部 启动主题团日活动周

新华社南京4月15日电(记者 王明玉 朱国亮)在第十一个全民国家安全教育日到来之际,共青团中央、国家安全部在南京理工大学举办总体国家安全观宣传教育主场示范活动,并共同启动“国家安全 青春挺膺”主题团日活动周。

活动现场,2部国家安全主题宣传片与广大观众见面,围绕“统筹发展和安全 护航‘十五五’新征程”主题,深刻阐释国家安全与新一代青年的紧密关系。在主题团课环节,青年创新团队讲述科研奋斗故事,原创微话剧再现革命先辈热血情怀,一线宣讲员分享守护国家安全的基层实践。活动还设置了“我与国家安全”青年沙龙、“国家安全长城行”主题展览等,立体阐释总体国家安全观的丰富内涵和时代价值,号召广大青年共筑国家安全青春长城。

据悉,“国家安全 青春挺膺”主题团日活动周由共青团中央、国家安全部共同发起,至今已连续开展3年。活动覆盖全国数百万个基层团组织,吸引数千万人次团员青年参与,教育引导广大团员青年有效提升国家安全意识和素养。

我国将健全 药品价格形成机制

记者 彭韵佳 徐鹏航

国务院办公厅4月14日发布《关于健全药品价格形成机制的若干意见》,提出14条举措,包括优化创新药等新上市药品首发价格机制、发挥医保支付标准对药品价格形成的引导作用、引导药店合理制定药品零售价格、强化短缺药保供稳价等。

意见要求加强药品价格治理,提出实行药品价格风险预警、健全药品价格风险处置制度、防范非理性竞价中标影响供应、严惩药品和原辅料生产经营领域以缺涨等违法违规行为、加强医药领域全链条穿透式审计监督、建立药品医保价值评估制度等针对性措施,引导药品价格运行在合理区间。

(来源:新华社)

2025年全国基层医疗卫生机构诊疗人次达55.6亿

我国分级诊疗格局 已基本建立

记者 赵晨熙

近日,国务院办公厅印发了《关于加快建设分级诊疗体系的若干措施》,提出完善分级诊疗协同机制、引导群众基层首诊等多项举措。国家卫生健康委副主任郑哲在4月13日召开的国务院政策例行吹风会上介绍,分级诊疗体系就是按照疾病的轻重缓急和治疗难度,合理地引导患者有序就医,让常见病、多发病到基层解决,相对疑难危重症在上级医院救治,这样既能方便群众就医,又降低了就医负担。

郑哲指出,2015年以来,国务院办公厅先后印发了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》等文件,基本形成了分级诊疗制度的框架设计。总体来看,我国分级诊疗体系建设正在由打好基础逐步转向质量效益综合提升阶段。

在分级诊疗体系建设方面,我国取得一些进展。郑哲介绍,目前全国有超过110万所医疗卫生机构覆盖城乡,基本医疗卫生服务覆盖14亿人,超过90%的居民可以在15分钟内到达最近的医疗服务点,我国医疗卫生服务可及性明显改善。同时,基层已具备了常见病诊疗和慢性病管理,包括公共卫生等基本服务能力,基层医疗服务更加夯实。此外,分级诊疗格局已基本建立,2025年数据显示,全国基层医疗卫生机构诊疗人次达55.6亿,占比已超半数,基层诊疗人次和占比持续提升。

郑哲表示,下一步,国家卫健委将加快推进分级诊疗体系建设,为群众提供方便可及、优质高效、系统连续的医疗卫生服务。

(来源:法治日报)

推动基金支付审核从“人防”向“技防”升级 医保基金监管新规织密安全防护网

记者 赵晨熙

◆医保基金安全不仅关系广大群众的切身利益,也关系医疗保障制度的健康可持续发展。然而,一些不法分子却将医保基金视为“唐僧肉”,欺诈骗保、违规收费等行为屡有发生,不仅蚕食群众切身利益,更严重透支医保制度公信力。

◆4月1日起,医保基金监管领域的一项重磅新规——《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》(以下简称《实施细则》)施行。《实施细则》共5章46条,基于2021年5月1日起施行的《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《条例》),进一步明确了医保行政部门监管职责,细化规定了违法行为的主观认定标准等内容。

◆国家医疗保障局副局长黄华波在近日国家医保局召开的新闻发布会上指出,《实施细则》的颁布实施,有利于提高医保基金监管精细化水平,更好地打击违法违规使用医保基金和欺诈骗保行为,提升医保治理效能。

精准打击欺诈骗保行为

“制定《实施细则》就是要进一步畅通《条例》落地的‘最后一公里’,将《条例》的框架性、原则性规定转化为可执行、可追责的操作标准,为基金监管工作提供操作性更强的制度依据。”黄华波介绍,《条例》实施近五年来,监管工作取得了显著成效。各级医保部门共追回医保资金约1200亿元,智能监管挽回基金损失95亿元;初步扭转了医保基金监管“宽松软”被动局面,医保破除“回流药”历史顽疾,归集药品追溯码超1000亿条。

《条例》实施以来,医保基金监管法治化进程显著加快,但在实际监管工作中仍面临一些具体问题,亟须通过《实施细则》加以明确和细化。其中,精准打击欺诈骗保、维护医保基金安全就是一个重要方面。

近年来,部分医疗机构用免费接送、小额礼品、费用减免等蝇头小利,哄骗本无需住院的患者虚假入院,看似温情满满的“贴心服务”背后实则套取医保资金的卑劣骗局。这些行为不仅占用宝贵医疗资源,导致真正的患者就医受阻,也造成医保基金大量流失。

“《实施细则》重点打击以‘车接车送、减免费用、给好处费、赠送米面油’等方式骗保的行为。”国家医保局基金监管司司长顾荣介绍,《实施细则》规定,定点医药机构通过说服、虚假宣传、违规减免费用、提供额外财物(服务)等方式,诱使引导他人冒名或者虚假就医、购药的,可以认定为欺诈骗保。对于个人,《实施细则》明确,明知他人实施欺诈骗保行为,仍然参与其组织的违法活动,并接受赠予财物、减免费用或者提供额外服务的,可以按照欺诈骗保进行处罚。

为重点打击倒卖“回流药”问题,《实施细则》针对定点医药机构、药贩子等职业骗保人、参保人员作出相应细化规定。比如,定点医药机构组织他人利用医保骗购买药品、医用耗材后,非法收购、销售的,可以认定为欺诈骗保。个人长期或多次向不特定交易对象收购、销售医保药品的,可以认定存在以骗保为目的。

《实施细则》还细化了常见的个人骗保有关情形,比如,通过造假骗取医保待遇;出租、出借本人医疗保障凭证并非法获利;冒名享受医保待遇;重复享受待遇等。

“《实施细则》对监管中遇到的比较典型的突出问题进一步予以细化,为严厉打击欺诈骗保提供更加有力的法律武器。”顾荣说。

坚持宽严相济监管理念

定点医药机构是医保基金使用最关键的环节之一,欺诈骗保案件中,定点医药机构骗保的主观故意难以认定一直是医保基金监管中的突出难题。

“欺诈骗保主观故意的认定不仅涉及监管执法行为的合规和效能,也关系参保人切身权益的保障,一直是基金监管和执法工作的重点和难点。”国家医保局规划财务和法规司司长蒋成嘉指出,在欺诈骗保案件中,直接证明行政相对人内心存在“主观故意”往往很困难。对此,《实施细则》对欺诈骗保主观故意的认定规则作出明确规定。

《实施细则》坚持“客观行为推定”原则,依法明确举证责任。要求机构首先要存在分解住院、挂床住院、过度诊疗、过度检查、串换药品等客观违法事实,在此基础上若实施虚假宣传医保资质和政策、

违规减免费用和提供额外财物或服务特定组织诱导行为,应当推定其具有骗取基金的主观故意。当事人若主张自己无欺诈骗保的主观故意,必须自行提供充分证据,否则将承担骗保的法律责任。

《实施细则》还对各类机构及其工作人员骗保行为进行了系统梳理,设定违法客观行为禁区,为执法提供了清晰的负面清单。

在严厉打击欺诈骗保的同时坚持宽严相济,是医保部门秉承的监管理念。《实施细则》对相关内容予以明确和细化。

顾荣介绍,《实施细则》明确轻微不罚的适用标准,即违法行为轻微并及时改正,没有造成危害后果的,不予行政处罚。此外,明确首违慎罚处理方式,初次违法且危害后果轻微并及时改正的,可不予行政处罚。

“如果一家定点医药机构两年内曾经因同一性质问题已被行政处罚或协议处理过,则不属于首次违法情形。”顾荣表示,对屡查屡犯的将严肃处理。

明确经办机构具体职责

医保经办机构既是医保管理服务的第一线,也是守护基金安全支付出口的“第一守门人”,直接关系到参保群众的切身利益。

国家医保局医保中心主任樊卫东指出,《实施细则》的出台,为医保经办机构持续深入依法、准确、有力履职提供了更明确、更具操作性的法治准绳和行动指南。

其中很重要的一点就是明确了医保经办机构是实施医保协议管理的法定主体。《实施细则》要求,医保经办机构负责与符合条件的医药机构签订医保服务协议,实施协议管理。通过协议约定条款,行使管理职责,规范医疗服务行为。

《实施细则》同时明确了医保经办机构三方面具体职责。基金支付责任方面,要求经办机构负责审核医药费用、生育津贴等,并按协议约定结算和拨付医保基金,还明确了对违反协议使用医保基金的行为,可采取包括督促整改、暂停拨付、追回费用、中止医药服务直至解除协议等一系列处置措施。核查基金使用行为方面,包括核查定点医药机构履行协议、执行医保费用结算项目和标准情况,核查参保人员参保登记、待遇享受情况等,并对发现的涉嫌违法行为,细化了分类处置措施。

值得注意的是,《实施细则》特别明确了协议双方权利义务。针对定点医药机构不履行协议的情况,经催告无效后,经办机构可作出要求其履行协议的书面决定,仍拒不履行的,可向法院申请强制执行。同样,如经办机构违反协议的,定点医药机构也有权要求整改、提请协调处理或提起行政复议、行政诉讼。

“这种双向约束机制,体现了权责对等和程序正义,保障医保服务协议在法治框架下规范履行。”樊卫东表示,《实施细则》对费用审核提出更高要求,全国医保经办系统将加快完善以大数据智能审核为核心的常态化、全流程经办审核机制。运用人工智能、知识图谱等技术,提升对重复收费、分解收费、高套病种等违规行为的自动识别和精准拦截能力,推动基金支付审核从“人防”向“技防”升级。此外,将坚持“严管理”与“优服务”并重,在打击违规使用基金行为的同时,持续优化异地就医结算、个人账户跨省共济等便民服务,保障群众权益。

(来源:法治日报)