

去年9月至12月中旬,在我市进行的医保巡查执法中,143家违规定点医药机构和76名违规参保人员受到查处,追回违规医保基金107.52万元,追回参保人员违规医疗费27.8万元,6人已移送司法机关——

医保“救命钱”，需要我们共同守护

医保基金被许多人称为“救命钱”。从医保制度建立至今,我市职工医保、居民医保参保人员已超过700万人。在医保不断兜起民生保障底线的同时,却有一些人和机构,通过住院、异地就医报销、刷卡套现等违规操作,骗取参保人员的“救命钱”。

在一场大病就能毁灭一户中产家庭的现实面前,对医保,我们还有着更高更远的期待。吞噬医保“救命钱”的各种蠹虫,绝不是和我们无关的“路人”。这笔“救命钱”,需要我们共同守护。



记者 周琼 通讯员 任社

稽查人员对药店进行集中检查。

(周琼 任社 摄)

医保中远期基金 收支平衡压力大

医保,对不少人来说,似近又远。说它近,是因为它和我们每个人的生活息息相关,如今,我们看病配药离不开医保的支持;说它远,是因为很多人并不真正了解它作为“众家救命钱”的深刻内涵。

不少“60后”“70后”还记得,以前上医院看病买药,都要实打实地从自己口袋里掏钱。为了共同面对大病风险,我国开始推进医保体系建设。短短十几年间,我国建成了世界上最大的全民基本医保网。目前,全民基本医保参保人数超过13.5亿人,参保率稳定在95%

以上。国家的巨额投入,换来了人民群众的实实在在的福利:个人卫生支出占卫生总费用的比重已降到30%以下,部分地区的职工医保报销比例甚至超过了90%。

作为东部沿海发达地区,我市的医保制度建设更是走在全国前列。2001年1月,我市城镇职工基本医疗保险正式实施;2003年,开始施行新型农村合作医疗制度;2008年,启动城镇居民医疗保险制度;2015年9月,我市医保打破户籍限制,启动统一的城乡居民医疗保险。在制度不断完善的同时,

我市参保人员的医保待遇也得到了持续提升。如果参保人员的历年账户有余额,走进附近的社区医院看个头痛发热的小毛病,自个儿可以“一分钱不掏”。

然而,我们也应该看到,我国医疗费用的增速大大高于医保基金的积累速度。据中山大学政治与公共事务管理学院教授刘军强与中国人民大学劳动人事学院副教授刘凯等人的统计,从1978年起,中国的卫生总费用花了28年才达到1万亿元的规模。然而,达到第二个万亿元仅用了4年时间,达到第三

个万亿元则不到3年。1978年至2013年的35年间,我国卫生费用的年均增长率超过17.6%,远高于经济和居民收入的增速。按照这一趋势,我国卫生总费用将在2020年达到10万亿元,2030年达到50万亿元,2040年达到252万亿元。按照医保费用占卫生总费用60%的比例来计算,也许,只需要十几年时间,我国的医保基金就有可能面临当期赤字。

在这样的“远虑”之下,打击各种蠹虫对医保基金的吞噬,已是当务之急。

医保诈骗 手段不断翻新

去年11月,央视曝光了沈阳市两家医院虚构医疗服务骗取医保基金案件。一辆面包车,一个“领队”,天天有人拉着一车又一车的人送到医院,没有检查,这群“病人”就住进了医院。“病人”能领到医院免费派发的盒饭,吃完喝完休息好,到了下午,排队点名,上车回家。回家前,神秘的“领队”会和“病人”逐一核对数字,发还每个人的医保卡,再给上一笔“劳务费”。吃吃喝喝一整天,临走还能领几百元钱,“住院能挣钱”这

类荒诞事件背后隐藏的,是国家医保基金大量流失的现实。原来,按照当地医保的相关规定,退休人员在一级医院住院享有97%的报销额度。靠中间人招来的这些老人,医院给他们办理了4天的虚假住院手续,出院时,每位老人都会被消费医疗费用上千元。

骗保事件,在宁波同样有发生。参保人周某等5人,长期通过虚构病情骗取医保慢性病药品,然后转卖给药贩子阮某,去年9月,海曙区人民法院分4批对周某和阮

某等判处4个月到6个月不等的拘役或有期徒刑、罚金,并追回医保基金损失11.15万元。

在余姚市泗门镇的一个村卫生室内,医生沈某将“黑手”伸向了医保基金。2016年1月至2018年4月,沈某私下留置参保人施某的社保卡并随意使用,共计上传推拿、针刺、红外线治疗等中医诊疗费用104023元。在这个村卫生室的中医治疗过程中,还存在着多刷社保卡的行为。目前,在对该村卫生室暂停医保服务协议的同时,医生沈某已被移交

当地公安机关立案处理,医保基金损失的10.86万元已被追回。

除了医生的“空刷”,一些零售药店也有在有意无意地“代刷卡”。在宁波海王星辰健康药房的一家连锁店内,工作人员自去年4月至12月间,故意为购药者刷脸逃避人脸识别系统监管、进行医保结算38次,“人证不符”购药103人次,超量配药4次,共造成违规费用1.4万元。社保部门已对该药店作了暂停医保服务协议6个月的处理,并追回相关违规金额。

医保反欺诈 扎紧“救命钱”袋口



2800余家医保两定机构(定点医院、定点零售药店),700多万名参保人员,巨大的覆盖面带来的是巨大的监管压力。如何在提高医保覆盖面和医疗保障待遇的同时,在医保基金监管机制上做“加法”?早在几年前,我市就开始了各种探索。

我市投入的智慧医保监管平台,通过提升费用审核智能化水平,从源头扎紧“救命钱”的袋口。市社保部门负责人告诉记者,我市此前办理的一起骗保案,就是通过一组大数据比对发现端倪的。“打个比方说,参保人员上午在江北开具某类药物后,下午换一家医院开药时,医生工作台上就会跳出他此前的就诊记录和余药量,开药数量明显超出正常范围的,大数据平台就会向监管人员发送提示。”

同时,记者了解到,去年9月起,由我市人力社保部门牵头,联合市卫计委、公安局、市场监督管理局成立了全市打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动领导小组,在全市范围内集中开展医保反欺诈专项

行动,抽调精干力量组成检查组,以白天暗访、夜晚突击查访等形式深入医院、药店开展检查。

据悉,医保反欺诈专项行动主要针对以违法违规和欺诈骗保等手段骗取、套取医保基金的行为。对医疗机构重点检查虚假医疗、挂床住院、人证不符、违规收费等,对零售药店重点检查药品进销存台账、空白处方、串换药品、留存参保人社保卡等,对参保人员主要检查就诊频次高、医疗费用多及异地就医行为。从去年9月至12月中旬,全市共出动医保巡查执法人员1600余人次,集中检查定点医药机构1016家次,查处违规定点医药机构143家(其中医疗机构72家、零售药店71家),查处违规参保人员76人。目前,已对16家定点医疗机构、20家定点零售药店暂停医保服务协议,2家定点零售药店解除医保服务协议,追回违规医保基金107.52万元,追回参保人员违规医疗费27.8万元,6人已移送司法机关(其中参保人员5名、医务人员1名)。

记者手记

医保是艘大船,我们都在上面

去年年初,一篇名为《流感下的北京中年》的文章,在朋友圈刷屏。文中的主人公是一位生活在北京的中产者,家中有车有房,几十万元的流动资产加上一定的投资,生活水准保持在中游偏上。不幸的是,他的岳父因患上了所有人都不以为然的流感被送进ICU,短短29天,耗去数十万元,老人依旧溘然长逝。

两万字的长文,一场在人们眼中的常见病,一个月的艰辛苦楚,都在冷静而克制的文字中呈现。

中产和无产之间、小康和赤贫之间,也许只隔着一场病。

近年来,随着医保制度的完善,个人的医疗费用占比在下降,但是个人绝对支出仍在快速

增长。无病也治、小病大治、诱导住院、挂床住院、顶替住院、滥用药物、虚开检查……部分无良机构为了赚取利润,套取医保基金的手段无所不用其极。同时,即便是在拥有基本医保的前提下,依旧有不少人,特别是一些低收入人群,仍难以负担一场大病所带来的诊疗开销。对医保,我们依旧有着更深远的期待,期待它可以给我们更多的安心,期待它可以让我们不用为没钱治病发愁。

医保就像一艘大船,也许现在,它看起来跟我们没有太大关系,但别忘了,这里有我们交的钱,未来,我们也许要靠它保命。如果船漏了,我们都还在上面,那就为时已晚了。(周琼)

图 示

