

套取保命钱疯狂蚕食医保基金

■ 帅才 苏晓洲 报道

医院花钱请人住院,“患者”住一次院赚 200 元,一些人和机构竟然将骗取“保命钱”“救命钱”做成了一门买卖。记者调查发现,部分地区骗取医疗保险基金的手段不断翻新,挂床骗保、冒名报销、医保卡滥用等做法,正疯狂蚕食医保基金。

种种乱象蚕食医保基金

近期,有群众反映,长沙市望城坡医院医生自掏腰包请参加医保的老年人“住院治疗”,只需要提供医保卡,住院四天后即可获得 200 元奖励。

先后多次在望城坡医院住院的老人胡爷爷告诉记者,住院期间自己很少去医院,但是每天都有吃药打针、检查治疗项目的清单。每次住院费用均在几千元不等。

长沙市望城坡医院办公室主任王海文告诉记者:“科室有创收任务,理疗科临聘人员梁建明为了提升科室业绩,违反医保政策引入住院病人。经医保局查实,有 5 名病人存在挂床骗保行为。目前医院理疗科已经停业整顿,梁医生面临处罚。”

记者调查了解到,长沙的部分医院倒贴钱请人住院,为假病人办理虚假住院手续,然后拿着虚假住院结算单到医保部门

报销,便可套取国家医保基金。

实际上,挂床骗保早已不是业内的新鲜事,而且成为一些医院非法牟利的“潜规则”。据了解,2013 年,长沙就有 18 家医院因存在“挂床住院”套取医保基金等违规行为被查处,这些骗保医院以“优惠”“倒贴”等方式诱导病人住院骗保,骗取医保基金。

处罚太轻致屡罚屡犯

据悉,这些“骗保”医院多数为民营医院,部分“骗保”医院存在对患者“小病大治”的情况,本来不需要住院治疗的小病,在填写住院病历历时更改为需要住院治疗的大病种,以套取医保基金。还有部分“骗保”医院存在伪造虚假病历,花钱雇请参保病人来医院住院和虚报药品的行为。

医院被查出“挂床住院”会有什么后果?一位“业内人士”告诉记者,一家存在严重此类违规行为的医院,当地医保局给予的处罚是“停止医保服务资格 1 个月并处以相应罚金”。

一些基层医保局工作人员告诉记者,职工医保监管缺乏法律政策依据,主要依据医疗服务协议,导致监管部门发现医院“请人住院”、挂床骗保、小病大治等违规行为,只能一罚了之,而处罚内容主要是暂停医院医保支付协议,由于违规成本

低,导致很多医院屡罚屡违。

一位中部省份的医保局工作人员坦言:“病人住院需要达到住院指征,医生说达到住院指征就可以住院,这些我们也不懂,只能审查医院人均住院费用有没有超标,对于医生开什么药、做什么检查我们不懂,也管不了。”

记者调查发现,除了挂床骗保,医保卡变身购物卡可变相套现成为公开的秘密。在长沙市一些药店,日用品、食品、酒类等商品均可通过刷医保卡购买,部分商品刷医保卡还可享受九折优惠。

记者在长沙市岳麓区一家药店看到,非药品陈列区专柜摆着桂圆干、云耳等商品,专柜最底层还摆着一些不同品牌的酒。药店工作人员告诉记者:“卖得快的墨鱼干已经售完,这些商品均可刷医保卡。”

建立信息共享平台 多管齐下完善监管

由于有关政策法规尚未出台,法律和监管存在漏洞,处罚力度不够,近年来骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或者其他社会保险待遇的情况时有发生—在司法实践中,上述行为有的按诈骗罪处理,有的给予行政处分,但更多的还是在追回待遇后不予追究。

一些基层医保部门工作人员告诉记

者,目前查处的骗保违规情况集中在挂床住院、小病大治,处罚方式主要为按实拒付,监管力度不够,原因是监管缺乏依据,国家的有关政策法规尚未出台,法律和监管存在漏洞,给了不法分子可乘之机。

全国人大代表、郴州市第一人民医院副院长雷冬竹认为,我国医保信息目前尚无统一规划和标准,各地没有实现信息共享,重复参保、重复报销骗取医保基金的案例屡见不鲜。

专家建议,建立医疗机构信息共享平台,实现住院票证网络查询和住院时间、地点等信息查询共享,并将医保卡、农合卡使用情况记入个人诚信档案,直接与报销额度挂钩。

雷冬竹认为,监管医保基金,必须由懂医务、懂财务的专业人员进行,对医院医疗行为和医疗过程进行监管,不能简单控制住院人数、住院率、次均住院费,还要对病人的入院审查、诊疗过程、药品比例、出院报销等各个环节进行严格监管。

所以,对于骗取医保基金的不法行为,一方面是要加大惩处力度,将骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金的,视作诈骗行为处理。另一方面是加强对医保基金监管。将医保卡、农合卡使用情况记入个人诚信档案,直接与报销额度挂钩,同时由懂医务、懂财务的专业人员对医院医疗行为和医疗过程进行严格监管。

医保大规模“假余真亏” 政策解套势在必行



■ 苏晓洲 帅才 报道

近期,人社部 2012 年统计公报显示,年末城镇基本医疗保险统筹基金累计结存 4947 亿元,个人账户积累 2697 亿元。同时,至 2013 年底一些省份医保基金结余超过千亿元。这些数据引起社会舆论广泛热议,如此规模结余是不是意味着当前我国医保资金已多到“花不完”的地步?

然而,记者实地调研发现,大部分基层地区的真实情况是,较为普遍的医保亏空,相关机构的医保资金捉襟见肘,坐困愁城。且不说大规模结余,即使与我国医保制度提出的“以支定收、收支平衡、略有结余”目标,也越来越远。

“寅吃卯粮”难以为继

据湖南省人社厅公布的数据显示,“新医改”推行至今,湖南省职工医保、城镇居民医保和新农合等 3 项基本医保参保人数达 703597 万人,其中职工医保政策范围内报销比例比改革前提高了约 10 个百分点,每年受益的职工群众很多,受到老百姓广泛欢迎。

但与此同时,湖南省怀化市洪江区医保局局长姚加权接受记者采访时,也对当前如何维系当地职工医保这个“盘子”感到忧心忡忡。据了解,洪江区这个只有约 5 万人口的小地方,职工医保 2010 年至 2012 年共亏损基金 3832 万元。最新结算数据显示,2013 年 1 至 4 月,基金收支相抵又亏了 628 万元。“历年累计结余被消耗殆尽,现拖欠医院医疗费用 1500 万余元,难以为继。”他说。

洪江区的情况,是当前职工医保“沉陷”现象的冰山一角。一个中部地级市人社局负责人告诉记者,当地除了一个城区和一个经济强县职工医保有累计结余外,市本级和其他约 10 个县区均累计亏损,很多统筹地区早已“寅吃卯粮”。为还医院欠账,甚至动用了属于参保人员私人财产的个人账户余额。

即便如此,当地最大的两家医院负责人仍然对记者说,两家医院分别被该市医保经办机构拖欠超过 16 亿元和 1.5 亿元。“因为无法及时得到医保补偿费用支付,有医院被迫贷款给医生发工资,有医院不愿接收收取职工医保病人。”当地卫生部门负责人说。

湖南省郴州市第一人民医院副院长雷冬竹向记者介绍说,医保资金拖欠医院报销款已成“潜规则”。2013 年,郴州市职工医保基金拖欠医院 3000 多万元,“自负盈亏的公立医院救死扶伤却拿不到报销款,怎么保证对病人的服务质量不会打折扣?”

记者了解到,近年来,一些地方为了防止职工医保亏空继续加大,将医保资金切块下定额计划到各个医院。每年第四季度,一些医院“切块资金”用完,就向其他医院特别是中心城市大医院“推病人”。如此一来,不仅导致大城市大医院“爆棚”,更使相关地方病人因为跑上级医院而吃苦受罪并支付更高的就医费用,在很大程度上加剧了看病难、看病贵。

“缴少付多”且“假余真亏”

根据各地人社部门统计,全国大多数地方,职工医保资金都有结余。但一些医保管理、卫生、财政等部门专家指出,医保资金是“结余过多”还是“亏空严重”不能一概而论,至少职工医保就是“总体盈余掩盖局部亏空”甚至“假结余真亏空”。

据记者获得的一个地级市统计数据示,截至 2013 年底该市职工医保累计结余 65844 亿元,其中统筹基金结余 29284 亿元。“实际情况是仅市本级职工医保经办机构累计拖欠医院、药店金额就达到 32 亿元,拖欠费还挂在账上,结余是个假象。”这个市卫生部门负责人说。

更有一位地方财政部门官员透露,按规定,职工医保每年必须提取相应的风险基金以应对特殊情况,但实际操作中往往无法足额提取风险基金。如考虑这一因素,一些地方职工医保基金实际亏空可能更严重。相关部门专家指出,“缴得少花得多”是相关地方职工医保亏空严重的重要原因,主要体现在两个方面。

一是参保人员结构严重失衡。姚加权给记者算了一笔账,原洪江一家老国企退休职工杨某参加职工医保共缴纳 4920 元。7 年多来共住院 17 次,医保为其支出 21 万元。而原洪江瓷厂破产改制后 844 名退休退养人员共缴费 115 万元参加职工医保。10 年来医保基金共计支出 855 万元。姚加权说,洪江区退休人员达到 12380 人(含改制企业 10442 人),占职工医保参保总人数的 67%,“1 个在职人员供养 2 个退休人员,这种参保人员结构无论如何也运行不下去。”

二是报销额攀升呈失控态势。比如,湖南省邵阳市职工医保不仅参保单位包括大量缴费基数低的困难企业,且来自这些领域的退养职工随着年龄增大健康状况况愈下,医疗消费持续攀升。据统计,2013 年邵阳市本级职工参保人数 156 万,全年住院率达 28.5%,市直参保人员住院的均次费

用达 8308 元,都高于全国平均水平。疲软的归集能力与强劲的刚性支出需求此消彼长,趋势难以遏制。

财政“救急” 政策“解套”势在必行

记者在采访中了解到,内地很多城市为了解职工医保燃眉之急,也采取了一些应急措施。如加大财政预算并确保职工医保配套资金足额到位、提高医保基金征缴基数并努力实现“应缴尽缴”等措施,但由于扩大参保规模潜力有限、地方财政配套资金属于“杯水车薪”,效果有限。还有一些地方,更采取切块包干乃至强制打折付费等办法来减少医疗费用支出,客观上容易损害医院和参保人员利益,“副作用”非常明显。

一些多年来从事“新医改”操作的干部和专家认为,针对部分职工医保“沉陷区”面临的困难,除了医保管理机构和地方政府通力协作扩大参保规模、强化基金征缴、规范待遇标准和加强基金管理,还亟待国家采取如下措施定向“救急”并探索政策“解套”:

其一,对特殊地区采取政策性扶持措施。目前,类似洪江等地职工医保基金巨大缺口多属历史遗留下的沉重包袱,基层和地方财力根本无力负担。作为过渡性措施,相关地方建议国家应该给予临时性救助,以化解社会不稳定因素。

其二,提高医保统筹层次。现在,我国以区县为单位的统筹单位很容易在参保人员结构失衡的地区产生严重亏空。为此,应该将区县统筹提高到地市统筹,在有条件的地方应该试点推进省级统筹。这样不仅能缩小地区差距,还能更好利用医保基金。

更有专家提出,如今对沿海等发达地区而言,大量劳动力、经商办企业者等青壮年人力资源的流入,使这类地区不仅占经济实力强的优势,还对内地特别是不发达地区医保资金归集形成“虹吸效应”。而后者在人口结构变为以老人、小孩为主后,单纯依靠地方力量筹集医保资金肯定会更加捉襟见肘。

为了减轻医保领域“马太效应”,这一领域资金应参照“分税制”将统筹上升到国家层面。只有国家统一掌握部分医保资金,在发达地区和欠发达地区之间以一般和专项“转移支付”方式填平补齐,才能更好解决“医保沉陷”问题。

其三,推动“多保合一”。当前,即使是职工医保严重亏损的地方,新农合、城镇居民医保还能保持不同程度盈余或者平衡。为此,应探索对现行医保制度加以整合,推进“三保合一”。此外,应加快推进对机关事业单位医疗保险、公费医疗等“超国民待遇”的改革,将这些领域尽快纳入覆盖全民的一体化医保,通过做大医保资金池,来提高医保制度的支付水平和抗风险能力。

山西将实现 医保目录“一药一码”

■ 王斌 报道

今年,山西省将开展“畅通医保”专项行动,推进医保“三个目录”统一编码应用和更新,从而解决参保人员异地就医后,费用垫付多、报销难等诸多问题,保障省内异地就医直接结算顺畅进行。这是记者日前从陕西省医疗工伤生育保险工作会议上了解的。

目前,随着医疗保险参保人群扩大,异地就医人数也在不断增多。如果全省医保系统“三个目录”编码不统一,有可能出现这样的情况:一个编码代表一个药品,在太原输入这个编码代表一个价格,在忻州同样的编码又是另一个价格,这会造成跨统筹地区间不能及时结算,导致参保患者异地就医报销手续繁琐。此外,“目录”中经常会有新的药品纳入,同时剔除一些老药,这就必须对相应系统进行更新。

今年,山西省将加快医保“三个目录”的统一编码应用和更新。据介绍,山西省制定基本医疗保险“三个目录”,是为了保障参保人员基本医疗保险需求,合理控制医疗费用,规范基本医疗保险用药,具体为《药品目录》《诊疗项目范围》和《医疗服务设施范围和支付标准》。按规定,参保人员发生的“三个目录”范围以外的就医费用,不纳入统筹报销范围。

为此,山西省将对医保“三个目录”进行统一编码管理,实行“一药一码”,从而实现省内异地就医实时结算。此外,山西省将全面推进城镇居民大病保险,探索具有托底功能的大病保障措施,保障重点向困难人群倾斜。

到去年年底,全省医疗、工伤、生育保险参保人数分别达到 1086 万人、550 万人、446 万人,参保率都达到 95%以上。在此基础上,山西省启动运行异地就医即时结算,医保服务水平明显提升。山西省内异地就医直接结算系统现已覆盖山西省包括太原在内的 8 个市的城镇基本医疗保险参保人员,其余长治、阳泉、吕梁 3 市也将于今年实现覆盖。目前,符合规定的 3 类人员可以享受省内异地就医直接结算,出院时只需付清自费部分,省去了先垫付、后报销的麻烦。这 3 类人员包括:异地安置人员,包括长期在异地工作和退休后异地居住者;按规定转往异地就诊人员;异地急诊就医备案者。

补充商业医保 为健康加把保护伞

■ 唐晓琳 报道

在众多保险产品中,消费者对于医疗保险的认可度普遍较高,认为其更贴近日常生活。

社保之上可再添商业医保

从个人具备的保险来看,一部分人只有社保,一部分人在社保的基础上拥有统筹医疗保险,与前者相比,有统筹医疗保险的消费者对于商业医疗保险的需求不大,而只有社保的消费者应适当补充医疗保险。新华人寿保险股份有限公司吉林分公司培训部王英生表示,在理赔时,社保和医疗保险的赔付比例可能会存在差别,消费者可以自主选择先通过社保报销或是先通过商业保险理赔。但需要注意的是,商业医疗保险对定点医院和用药标准也有类似于统筹医疗保险的规定。此外,对于有统筹医疗保险的消费者来说,可以补充住院补贴类保险。

医疗险保费会随年龄提高

投保医疗险时,对于投保人的年龄和身体状况有一定要求,超过 40 岁投保,保险公司可能会要求其体检,体检的项目也相对细致。随着年龄的增长,医疗险的保费会逐渐提高,一般来说,超过 65 岁则不能再投保医疗险。据了解,一份保额为 1 万元左右的医疗险,保费平均在 500 元左右,消费者可以选择单独投保,也可作为附加险投保,但单独投保的保费略高。住院补贴一般分为三个档次,一档为 30 元/天-50 元/天,二档为 80 元/天,三档为 100 元/天,一般来说,住院前三天免赔,超过 15 天则需要提交申请。

保证续保功能满足投保人需求

由于医疗险核保比较严格,因此,许多投保人都担心次年无法续保。据保险公司相关工作人员介绍,如今,各家保险公司大多提供医疗险的保证续保功能,如果投保后的前三年没有发生住院医疗,那么,从第四年起则可以保证续保,但各家保险公司对于续保期限有不同规定,大体上可分为两类,一类为短期续保,一般为 5 年,也就是说,投保人满足保证续保的条件后,在投保后的第四年到第八年可以顺利续保,但第九年保险公司则要重新核保;另外一类则为长期续保,投保人满足保证续保条件后,直至投保人 64 岁(以最高可投保至 65 岁产品为例)都可进行续保。