

# 如何强化基层医疗保险基金监管

孙 瑞

(西平县社会医疗保险中心, 河南 驻马店, 463900)

## 一、引言

随着社会经济的发展, 因为不健康的生活方式和人口老龄化, 人们的生活和工作开始被各种各样的疾病所困扰。“三高”(高血压、高血糖、高血脂)、颈腰椎病、恶性肿瘤等常见病发病率不断攀升, 这使得近年来医院就诊量不断增加, 加上定点医疗机构超标准收费、过度诊疗和非法手段骗取医保基金等行为, 都给医保基金带来了很大压力。县级医疗保障行政部门和经办机构作为基层医疗保险基金的守门人, 具有和参保群众接触更多、距离更近、调查更方便等特点, 在捍卫医保基金安全上发挥着中流砥柱的作用。如何实现高效率的医保基金监管, 让老百姓的看病钱真正用到该用的地方, 基于此, 本文主要从有效利用医保基金的角度出发, 深入分析基金运行过程中的问题和策略。

医疗保险是个人缴费、企业缴费和政府补助相结合的一种参保方式, 作为互助共济、减轻医疗费用给参保患者带来经济负担的医疗保障制度, 其是重要的民生工程。医保基金的合理有效使用, 在很大程度上解决“看病难、看病贵”的问题。医保基金涉及征缴、使用等多个环节, 同时医保基金的监管涉及运行环节的监管和运行机制的监管。

运行环节监管是指对医疗保险基金使用的监管, 如经办机构是否为不属于医保保障范围的人员办理医保待遇手续, 违反规定支付医疗保障费用; 定点医疗机构是否存在诱导住院, 过度、不合理诊疗等情况; 参保人员是否存在依靠医保待遇倒卖药品等行为, 这些都属于运行环节监管范畴。

运行机制监管则是针对医疗保险基金的规章制度的监管, 如各地医疗保险基金制度是否符合国家规定标准。从整体来看我国医疗保险基金范围较广, 执行力大; 从行政组织理论来看, 医疗保险基金监管是资源的合理规范, 为社会提供了有效的平衡。作为基层医疗保障基金监管部门, 强化监督力度, 保证基金导出方向的重点是针对医保基金的使用主体, 以打击欺诈骗保为目的, 以基金运行环节的监管为主要抓手, 最大程度限制医保基金的浪费和流失。

## 二、医保基金使用环节存在的问题

### (一) 异地就医增加医保基金支出

随着经济社会的发展和产业化结构的日益丰富, 人员流动增加, 相应的参保人员异地就医情况也开始频繁出现。我国医疗保险基金统筹等级较低, 地方与地方之间的医疗保险信息无法做到有效共享和精准传递, 这导致个别参保群众存在两地参保, 重复报销的现象, 大大增加了医保基金的支出。另外, 随着社会化水平的不断提高, 人们对健康的要求和对就医条件的要求也随之攀升, 高住院人次和转诊率增加了医疗保险基金的支出, 也给医保基金的运行带来了一定风险。

### (二) 定点医疗机构主观控费意识不足

医保基金的使用主体是定点医疗机构, 这些年来, 定点医疗机构对医保控费要求的认识不足, 其在追求社会效益的同时, 也在不断追求经济效益, 由此出现了各种违规现象。多收费、重复收费、串换收费等现象大大增加了医保基金的支出, 不符合医保管理规定, 难以实现医疗和医保的平衡。

### (三) 缺乏专业的监管团队

医保基金的监管不仅涉及对诊疗行为的监管, 还涉及相关数据的分析, 法律文书的应用等。在现行条件下, 医疗保险基金监管团队尚缺乏专业化所需要的医疗、统计、法律等专业的执法人员。现有监管人员的专业职能、个人素养有限, 无法保证医疗保险基金的有效监管, 这容易使资金收入和产出的社会效益产生差异, 造成医保基金失调, 影响医疗保险基金监管工作作用的发挥。

## 三、医疗保险基金监管策略

近期, 国家医保局曝光的十例典型案件中, 涉及违规使用医保基金数达千万余元, 如此惊人的数字, 无疑会对医保基金的安全造成威胁, 给医保制度的健康运行带来隐患, 所以强化医保基金的监管已刻不容缓。提高医疗保险基金的管理力度, 必须对医保基金的使用加以严格管控, 并充分认知欺诈骗保的长期性和复杂性, 保持监管过程的持续性

和灵活性,不断提高综合素质和能力,做到多观察、勤思考、善总结,运用多种有效工作方法和手段来做好医保基金监管工作。

### (一) 利用好移交线索

之前,由于各地管理模式不同,难免出现人工难以发现和避免的问题,如两地参保造成重复报销的现象。不过,近年来,随着大数据技术被广泛应用于各个领域,医疗保险基金也能通过大数据比对来发现以往难以发现的问题,从而为基层医疗保障提供问题线索,方便其针对性核实解决问题。基层医疗保障部门应利用好上级提供的线索问题,切实负起责任,维护好医保基金安全,确保基金健康运行。

### (二) 梳理风险,全面监管

定点医疗机构的骗保行为有:允许或者诱导非参保个人以参保人名义住院;将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围;将非定点医疗机构发生的费用合并到定点医疗机构参与医保结算等。参保人员的欺诈骗保行为有:将本人的社保卡转借他人就医或持他人社保卡冒名就医;非法使用社保卡,倒买倒卖牟利等。经办机构工作人员的欺诈骗保行为有:为不属于医疗保障范围的人员办理医保待遇手续;违反规定支付医疗保障费用等。针对以上违规违法使用医保基金的行为主体,需将过去的定点医疗机构主要监管转向全面监管。

### (三) 建章立制,强化日常

监管工作需建章立制,从源头上做好事前防控工作,建立医保识别制度,做到人、证对照。首先,建立参保患者住院管理制度,防止各种形式的骗取套取医保基金情况的发生;其次,以问题为导向,对照医保《三目录》,来确保诊疗过程规范、合理;再次,对定点医疗机构实行网格化管理,组织监管人员不定期突击检查,严禁出现挂床住院、放宽住院标准等违规情况;最后,要以零容忍的态度查办违规问题,对于监管中发现的定点医疗机构违规现象,需坚决严肃查处,保持高压态势,对定点医疗机构违法违规行形成强力震慑。

### (四) 创新方式,突出重点

在以大数据为依托的医疗保障监管环境下,监管部门需充分利用好大数据,来做好医保基金使用数据的统计和分析,及时发现问题,针对性开展日常检查、交叉检查、飞行检查及重点抽查。同

时,严格按照《条例》中基金的使用规定来对违法违规行为进行界定,明确各项条款对应的法律责任,实施营商环境优化和行政执法为一体的新式医保监管方法,有效利用医保基金。

### (五) 部门联动,形成合力

按照各部门职能职责,大力查处定点医疗机构的违法违规行为,建立起由卫健体委、市场监管、公安、医疗保障等部门组成的联合检查组,按照执法要求对检查中发现问题进行及时分类处理,确保检查无死角、无漏洞,形成监管合力。如对于在定点医疗机构发现的病历书写不规范、检查治疗无原始登记、长期诊疗无医嘱等违规行为,由卫健体委进行处理;对于药品、耗材不按规定建立进销存台账,导致账实不符等问题,由市场监管部门进行处理;对于虚录费用、串换项目、冒名顶替骗取套取医保基金等涉嫌犯罪的,由公安部门处理;对于不严格执行医保《三目录》,乱用、滥用药品、诊疗服务项目的,由医保部门处理。

### (六) 畅通渠道,鼓励举报

监管部门要通过各种渠道和方法,强化正面宣传教育,以典型案件为警示,积极营造全社会共同打击欺诈骗保行为的氛围。同时,欢迎参保群众、新闻媒体、社会舆论等对医保基金进行社会监督,畅通举报渠道,有效利用举报线索。对于举报案件,要按照事实清楚、证据确凿、程序合法,处理准确的要求来严格调查核实,做到严肃、认真、及时、准确核实,并及时回复举报人。另外,还应设立举报投诉基金,对群众举报投诉属实的案件,一经查实,给予举报人一定数额的现金奖励,以此来鼓励群众对医保违规问题进行积极监督和举报。

## 四、结语

医疗保险基金监管工作对于促进我国社会平衡和维护参保人员合法权益有着重要的作用。针对医保基金运行过程中存在的问题和不足,应加大监管力度和不断创新监管方法。以大数据为依托,全社会共同参与,能最大程度降低基金滥用和欺诈骗保情况出现的可能性,从而使医疗保险基金得到合理使用,保障医保制度健康运行。

【作者简介】孙瑞,西平县社会医疗保险中心。