



规范医疗保障基金使用，守好百姓 “救命钱”

作者：于春春 韩韬

电话：010-58352878

邮箱：yuchunchun@xinhua.org

编辑：杜少军

审核：张 骐

官方网站：cnfic.com.cn

客服热线：400-6123115



医疗保障基金是百姓的“救命钱”，基金合理高效的使用关系到参保人的切身利益，也是推动实施健康中国战略的重要因素之一。近年来，有关骗取医保基金的案件频发，涉及主体多、金额大，成为影响医保制度健康持续发展的“毒瘤”。近日，我国医疗保障领域首部行政法规《医疗保障基金使用监督管理条例》颁布，明确基金使用相关主体的职责，规范基金的使用，织密扎牢医疗保障基金监管制度的笼子。

目录

一、医疗保障基金体量大，筑牢群众健康防线.....	3
二、骗取医疗保障基金问题突出，监管形势严峻	4
三、监管条例落地，守好百姓“救命钱”	4

规范医疗保障基金使用，守好百姓“救命钱”

医疗保障基金是百姓的“救命钱”，基金合理高效的使用关系到参保人的切身利益，也是推动实施健康中国战略的重要因素之一。近年来，有关骗取医保基金的案件频发，涉及主体多、金额大，成为影响医保制度健康持续发展的“毒瘤”。近日，我国医疗保障领域首部行政法规《医疗保障基金使用监督管理条例》颁布，明确基金使用相关主体的职责，规范基金的使用，织密扎牢医疗保障基金监管制度的笼子。

一、医疗保障基金体量大，筑牢群众健康防线

医疗保障事关人民群众的健康福祉，是全面建成小康社会的重要民生指标。我国从20世纪90年代开始探索改革医疗保障体系，《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》的颁布，标志着我国医疗保险制度改革进入了新阶段。经过二十多年发展，我国已经实现了基本医疗保险制度的全民覆盖，包括城镇职工医保、城镇居民医保、新农合等，降低了人民群众的就医负担，使人民群众有更多的获得感、幸福感和安全感。

我国基本医疗保险制度建立以来，覆盖范围不断扩大，保障水平稳步提升，对维护人民群众健康权益、缓解因病致贫、推动医药卫生体制改革发挥了积极作用。当前，我国的基本医疗保险基本实现了全覆盖。截至2020年12月底，基本医疗保险参保人数136099.65万人，参保覆盖面稳定在95%以上，医疗保障基金收入24639亿元，支出20949亿元，历年滚动结余超过3万亿元。

在新冠肺炎疫情防治工作中，医疗保障制度发挥了重要作用。国家医疗保障局对患者采取了特殊的报销政策，将国家卫生健康委《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》覆盖的药品和医疗服务项目，全部临时纳入医保基金支付范围；对异地就医患者先救治后结算，报销不再执行异地转外就医支付比例调减规定；对集中收治的医院，医保部门将预付资金减轻医院垫付压力，患者医疗费用不再纳入医院总额预算控制指标。确保患者不因费用问题影响就医，收治医院不因支付政策影响救治。

在新冠疫苗接种费用方面，国家医疗保障局副局长施子海表示，按照党中央、国务院的决策部署，疫苗和接种费用由医保基金负担，财政对医保基金给予适当的补助，居民个人免费接种；医保基金主要通过动用历年的结余来负担，不会影响群众当期的看病就医待遇。

二、骗取医疗保障基金问题突出，监管形势严峻

医疗保障体系涉及多个主体，包括政府、参保人、医保经办机构、医药医疗机构等，与此同时，其运行又包括参保、缴费、筹资、基金管理、待遇与支付、监督检查等多个环节。多主体参与、多环节运行就意味着监管难度较大，某个环节出现了问题，将直接影响到医疗保障制度的有效性。

骗保等违法违规问题在医疗保障体系内高发、频发。数据显示，2019年处理违法违规违约的医药机构26.4万家，占被检查机构的32%，追回医保基金115.6亿元；2020年对60余万家定点医药医疗机构进行了检查，共处理违法违规违约定点医药机构40余万家，追回医保基金223.1亿元。自2018年以来，已追回医保资金348亿元。

2021年2月24日，国家医保局曝光了9起骗保案件。案件显示出骗保方式、手段多样化，如借用他人医保卡虚假住院、伪造病历、药品、化验检查、隐瞒第三方责任等，骗取医保基金多则400余万，少则几万元。

可以看出，相关机构在打击骗取医疗保障基金等违法违规事件方面取得了一定成效，但违法违规机构占比之高，也反映出当前我国医疗保障基金监存在明显监管漏洞。

违规行为影响医保基金使用效率。部分医疗机构出于对利润的追求，“以药养医”“以检查养医”的现象尚未完全消除。小病大治，对患者进行不必要的检查、开药不合理等，导致患者多花钱，同时增加医保支出。

资料显示，当前我国慢性病患者数量庞大，其中高血压、糖尿病患者数量超过3亿，社会医疗费用负担较重。应该重视提高医保基金的使用效率，将资金合理的分配使用，在更大程度上保障参保人的身体健康水平。

清华大学医院管理研究院教授杨燕绥表示，部分参保人员认为缴纳了医保费用，如果不使用就会吃亏，这种意识就容易被少数医疗结构及从业人员“下套”，形成利益共同体，蚕食医保基金。中国社会保障学会会长郑功成认为，违规违法使用医保基金不仅造成基金流失，也导致了医保待遇的不公，是影响医保制度健康持续发展的“毒瘤”。

三、监管条例落地，守好百姓“救命钱”

医疗保障基金的安全性，关系到其可持续发展。近年来，有关部门高度重视医保基金的规范使用问题，多次发文指导推进改革。

2017年，国务院办公厅印发《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》提出多项改革内容，如实行多元复合式医保支付方式，推行按病种付费等，以规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。

2020年2月，中共中央、国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》指出，要织密扎牢医保基金监管的制度笼子，着力推进监管体制改革，建立健全医疗保障信用管理体系，以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。

2020年7月，国务院办公厅印发的《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》强调，强化医保基金监管法治及规范保障，加强医保基金监督检查能力保障，加大对欺诈骗保行为惩处力度，统筹推进相关医疗保障制度改革，协同推进医药服务体系改革。

值得注意的是，长期以来，我国医保基金的监管措施主要是以部委文件、指导意见的形式存在，在法律法规方面，只有社会保险法、刑法中有少量的规定，难以在实操层面对基金达到有效监管，给部分主体可乘之机。

2021年2月19日，我国发布首部《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称“医保基金条例”），并将于5月1日起施行。医保基金条例对医疗保障机构、定点医药机构、参保人员等的行为规范作出明确规定；对于各主体的违法行为，明确其法律责任，并加大惩罚力度。例如，对于医疗保障经办机构的骗保行为，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款；定点医药机构的违法违规行为造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款。

国家医保局相关负责人表示，医保基金条例将为促进基金安全有效使用提供坚实的法制基础，将有力提升医保基金监管能力。将进一步规范医疗机构的医疗行为，促进合理用药和检查，通过一系列措施，合理使用医保基金，同时降低不合理的医疗费用，用好管好老百姓的“救命钱”。中国社会保障学会会长郑功成表示，这是我国医保基金管理步入法治化轨道的重要标志，将正式开启医保基金管理的法治之门。

重要声明

新华财经研报由新华社中国经济信息社发布。报告依据国际和行业通行准则由新华社经济分析师采集撰写或编发，仅反映作者的观点、见解及分析方法，尽可能保证信息的可靠、准确和完整，不对外公开发布，仅供接收客户参考。未经书面许可，任何机构或个人不得以任何形式翻版、复制、刊登、转载和引用。